

que promove a igualdade de oportunidades a todos os seus trabalhadores, então a procura por atividades de formação deveria ser equilibrada entre os profissionais que compõem seus quadros. Observamos, porém, que tais atividades são solicitadas em maior parte por profissionais que ocupam cargos de nível superior, mais especificamente médicos das mais diversas especialidades, do que as solicitadas por qualquer outra categoria profissional. Essa diferença se acentua sobremaneira quando são levados em conta os demais trabalhadores que exercem funções de nível médio e nível fundamental nas mais diferentes áreas de atuação dentro da instituição, tendo eles ou não curso superior. Com base nessa realidade e levando-se em conta que todos os trabalhadores do GHC têm oportunidades iguais dentro da instituição, pensamos em argumentos que talvez pudessem justificar tal situação, como por exemplo, maior facilidade de acesso às informações e aos computadores da instituição, publicização de atividades, facilidade de liberação desses trabalhadores de suas atividades profissionais, necessidade de atualização e aprimoramento das equipes, período de afastamentos para realizar atividades por conta dos acordos sindicais homologados pelo GHC.

Eixo Gestão - resumo expandido

Trabalhos de Pesquisa

“EM OBRAS”: UMA HISTÓRIA SOBRE O PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Vanessa Lora, Jeane Félix

Palavras-chave: Programa Requalifica UBS, infraestrutura, Ambiência

Este trabalho contemplou a Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e teve por objetivo contar uma história acerca de como surgiu o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Requalifica UBS – e como ele é monitorado através do Sistema de Monitoramento de Obras – o Sismob. Trata-se de um estudo feito a partir da análise de documentos referentes ao Requalifica UBS e da observação participante no ambiente de trabalho como campo de formação. As Portarias que implantam e redefinem os componentes do programa serviram de documentos para análise descritiva no trabalho. Ademais, os relatos selecionados para serem apresentados durante a IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família compuseram o diálogo com o Programa Requalifica UBS que foi feito a partir da ótica da importância de uma boa infraestrutura e ambiência das UBS nos processos de trabalho que contribuem para o sucesso e avanço da Atenção Básica. A estratégia metodológica de observação participante foi utilizada para contar a minha visão do Programa, partindo das vivências que tive como especializanda do Departamento de Atenção Básica, sendo

que para isso, recorri aos meus escritos registrados no diário de campo, bem como das conversas que tive com os colegas do Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos. Ao final do processo de escrita deste trabalho, observa-se que a criação do Programa Requalifica UBS, que repassa recurso para os municípios construírem, reformarem ou ampliarem suas UBS, possibilita a melhoria e a (re) qualificação de sua estrutura, readequando e ambientando os espaços e potencializando os processos de trabalho, promovendo mais saúde para a população em questão, além da satisfação dos profissionais no desempenho de seu trabalho.

A “NOVA” CLASSE MÉDIA E A COMPRA SERVIÇOS PRIVADOS DE SAÚDE NO BRASIL

Ingrid D’avilla Freire Pereira, Jeni Vaitsman

Palavras-chave: nova classe média, Sistema Único de Saúde (SUS), relações entre o público e o privado

1. APRESENTAÇÃO E OBJETIVO: As relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o subsistema privado – a partir das condições peculiares de seu desenvolvimento no Brasil – têm revelado as contradições para a efetivação do direito à saúde no Brasil. As tensões entre estes projetos se reafirmam a partir de 2003 com a eleição dos governos petistas e suas diretrizes de crescimento econômico, inclusão pelo consumo e ampliação de programas de transferência de renda condicionada para os mais pobres (PROGRAMA DE GOVERNO DILMA ROUSSEFF, 2014). Ao mesmo tempo em que é possível afirmar que entre os anos de 1992 e 2012 houve redução da pobreza (de 16,0% para 6,0%) e da pobreza extrema (de 8,0% para pouco mais de 3,0% da população) (IPEA, 2012; IPEA, 2013),

mais recentemente a agudização das crises econômicas e política do país têm afetado a formalização do trabalho e o poder de compra (redução dos salários nominais e elevação das taxas de inflação). Faz parte desta dinâmica, a construção do discurso sobre as aspirações das famílias brasileiras, especialmente das que compõem a “nova” classe média, com relação a compra de serviços de saúde. A compra de serviços de saúde por esta população seria uma aspiração? Quais fatores a mobilizam? Este discurso vem sendo induzido pelo governo? Quais as repercussões deste processo para a experiência da cidadania? 2. MATERIAL E MÉTODO: O surgimento da “nova” classe média esteve, inicialmente, associado à possibilidade de compra de itens como computador, celular, carro, casa financiada crédito em geral e produtivo, contribuição previdenciária complementar, diploma universitário, escola privada, plano de saúde, seguro de vida e o mais expressivo de todos: a volta da carteira assinada (NERI, 2008). Entretanto, a constatação de que este segmento da classe trabalhadora alcançou o status de ascensão ao padrão de consumo moderno e de que ela representa o estrato predominante na sociedade brasileira não foi ser saudado com otimismo por diversos autores (POCHMANN, 2014; FLEURY, 2013; SOUZA, 2010). Este trabalho propõe a análise dos argumentos da Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE) – Secretaria vinculada à Presidência da República que vinha sistematizando pesquisas prioritárias para o governo em sua publicação oficial chamada “Vozes da Classe Média”. Na primeira edição do exemplar a SAE afirma que a compra de serviços privados consiste em comportamento esperado, ou mesmo uma aspiração da nova classe média, equiparando a compra de serviços como saúde e educação à aquisição de bens duráveis (BRASIL, 2012). 3. RESULTADOS: O fenômeno de mobilidade social ascendente

verificado na última década no Brasil ocorre simultaneamente à manutenção dos custos de vida elevados, bem como o acesso restrito a serviços públicos, que tem como consequência o crescimento expressivo dos mercados privados de serviços de saúde e de educação. De acordo com a primeira edição do Caderno Vozes da Classe Média, há uma demanda crescente por serviços privados de saúde na medida em que há elevação da renda das famílias. O percentual de pessoas com “plano de saúde particular na classe média (24%) é 4,5 vezes à correspondente porcentagem na classe baixa (5%), na classe alta essa porcentagem (65%) é apenas 2,7 vezes a correspondente porcentagem na classe média”. E conclui que no caso da saúde, o comportamento da “nova” classe média se assemelha muito mais à classe alta do que à classe baixa (SAE, 2012, p.33). Os argumentos da SAE para explicar a as razões pelas quais a “nova” classe média aspira à compra de serviços privados de saúde são: a) maior disponibilidade de recursos financeiros; b) maior apreço pela maior qualidade oferecida por serviços privados; c) maior inadequação dos serviços oferecidos (pelo SUS) às necessidades dos mais pobres; e d) acesso compulsório mediante tendência das empresas ofertarem planos de saúde coletivos. Tais hipóteses demandam análise crítica que, neste trabalho, foi realizada a partir de revisão de literatura sobre classes sociais e sobre a relação público-privado nas políticas de saúde. O projeto dos governos petistas de ampliação do consumo das classes populares tem apresentado limites, seja do ponto de vista das garantias reduzidas da sustentabilidade do padrão de mobilidade social alcançado – o que fica ainda mais evidente nos contextos de crise – como também da prevalência dos gastos em saúde mantém as iniquidades sociais no acesso aos serviços de saúde. Apesar da definição do SUS como um sistema de acesso universal, a

constituição de um projeto de consumo de serviços privados demonstra a hegemonia do setor privado com implicações para a efetivação da cidadania, o que se reafirma no fato de que as publicações analisadas equiparam a compra de serviços como saúde e educação pela NCM à aquisição de bens duráveis. A existência de altos gastos privados reflete a fragilidade e ambiguidade das políticas de saúde no Brasil. O fato das famílias no estrato mais baixo de renda concentrarem seus gastos em saúde na compra de medicamentos, com presença residual de gastos com seguro de saúde, atendimento ambulatorial especializado, atendimento odontológico e exames complementares evidencia a possibilidade de comprometimento da renda das famílias brasileiras (COSTA & VAITSMAN, 2014). CONSIDERAÇÕES FINAIS: A sustentabilidade das mudanças alcançadas pela melhoria de renda tem ficado comprometida especialmente pela construção de um projeto inclusivo a partir do consumo. Em tempos de crise, como o SUS pode se constituir efetivamente como alternativa para a consolidação do direito à saúde? Do nosso ponto de vista, a continuidade do ciclo de inclusão e desenvolvimento social passa, necessariamente, pela ampliação das políticas públicas e pela efetivação do direito à saúde. Esta realidade pode contribuir ainda para a construção da solidariedade, componente estruturante dos sistemas de proteção social.

A ENGRENAGEM DO PLANEJAMENTO REGIONAL: DA MICRO À MACRO-ORGANIZAÇÃO DO COMPARTILHAMENTO

Vilma Constancia Fioravante dos Santos, Julia Negri Sampaio, Adriana Roese

Palavras-chave: Regulação, Regionalização, Sistema Único de Saúde

Apresentação: O Planejamento Regional em saúde no Rio Grande do Sul vem se consolidando paulatinamente e está sendo impulsionado pelo Decreto nº 7508 de 2011. Este, especialmente, em função de suas diretrizes voltadas ao planejamento da saúde, organização da assistência à saúde e a articulação interfederativa, colocadas em prática por meio das Regiões de Saúde. A regulação do Sistema de Saúde local é um instrumento para a organização e otimização dos recursos disponíveis no Sistema e para a autonomia municipal no atendimento das necessidades em saúde e nas negociações nos fóruns propositivos comuns da Região de Saúde. A problemática aqui debatida envolve situações no sentido de contribuir com o Planejamento Regional de uma região de saúde in loco. Esta área se conforma a partir de um redesenho proposto pela Resolução nº 555/12, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A escolha desta Região de Saúde se deu em função desta ter, em sua conformação, uma Capital e estar inserida em uma Região Metropolitana, em que os limites de um Município e outro são tênues, tanto no que concerne as distâncias geográficas, quanto os deslocamentos provocados pelo movimento de seus habitantes em busca de trabalho e atendimento em saúde. Esta pesquisa é intitulada Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Planejamento em Saúde: Os Desafios da Região Metropolitana Porto Alegre-RS. A mesma é financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) do Brasil e a Secretaria de Estado da Saúde do RS/SES-RS, no âmbito do Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde, sob chamada FAPERGS/MS/CNPq/SESRS n. 002/2013. O presente estudo busca analisar a organização da Região de Saúde

10 no Estado do Rio Grande do Sul. Assim como, compreender o olhar dos gestores municipais da saúde e sua atuação na administração do sistema público de saúde. Desenvolvimento: Pesquisa qualitativa do tipo exploratória, tendo a área analisada no estudo composta por seis Municípios - Alvorada, Cachoeirinha, Gravataí, Glorinha, Porto Alegre e Viamão - articulados em uma das 30 Regiões de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul. Os dados apresentados foram gerados a partir de entrevistas semiestruturadas, junto aos gestores municipais de saúde. Estas foram transcritas na íntegra e categorizadas a partir da análise de conteúdo, auxiliada por software de organização de dados e das categorias empíricas. Salienta-se que o projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética da UFRGS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Resultados: A regulação dos recursos nos municípios que compõem a RS10 é permeada pela demanda gerada em função da ampliação da oferta de serviços na atenção básica, este processo amplia a demanda por acesso aos serviços de saúde em outros níveis do Sistema de Saúde, ou seja, haverá como consequência o aumento do volume de encaminhamentos para a média e alta complexidade. Isto se torna uma discussão permanente nas instâncias das Coordenadorias Regionais de Saúde, tendo em vista que é justamente nestes níveis de atenção que os Municípios encontram as principais dificuldades em garantir o direito de acesso universal ao atendimento em saúde da população. Soma-se a esta questão, a escassez de recursos humanos para atender a esta demanda, fator compartilhado por todos os municípios, a decorrência disto é um intenso fluxo de encaminhamentos para consultas especializadas em outros municípios. Além disso, outro gargalo apontado pelos municípios, é que o fluxo de encaminhamentos dentro do

Estado é regulado normativamente pela Capital, entretanto, isto não estaria sendo publicizado entre os Municípios, no que se refere ao número de vagas que podem ser utilizadas pelos municípios para cada especialista. A tímida participação dos gestores municipais no planejamento regional foi apontada como uma fragilidade sobre como foram determinadas as referências médicas no Estado. Em decorrência disso, não é possível planejar com antecedência os encaminhamentos, contribuindo assim para o aumento da fila de espera. Outro aspecto é que, além da carência de médicos especialistas, os gestores contam com outra dificuldade, o limitado número de equipamentos para uma linha de tratamento completa. Assim, em algumas situações, pode haver o médico especialista no município, porém não ter serviços para realizar diagnósticos ou proporcionar o tratamento necessário. As consequências dessa combinação de dificuldades são as mais variadas, como por exemplo, a longa fila de espera para atendimento e tratamento de média e/ou alta complexidade, os deslocamentos de pessoas entre regiões distantes, a superlotação de Unidades de Pronto Atendimento na busca de tratamentos mais complexos, a falta de insumos, ausência de recursos para diagnosticar, entre outras situações relacionadas. Diante desse cenário, os gestores reconhecem a necessidade de uma rediscussão do planejamento em saúde na região como um todo, assim como do próprio pacto federativo, da regionalização, dos repasses para municípios e das referências. Entretanto, é reconhecido que dificilmente estas complicações são tratadas em reuniões e congressos, e isto acaba por nunca ser trabalhado em espaços coletivos de discussões. Os gestores apontam que a funcionalidade do sistema esta ultrapassada e engessada, novas demandas e necessidades têm surgido,

porém soluções para tais não têm sido realizadas para acompanhar as mesmas. Frente a este panorama, uma das soluções vislumbradas para enfrentar o grande quantitativo de pessoas nas filas de espera seria a implementação de ambulatórios de especialidades. A intenção dos municípios é contratar o máximo de especialidades para o município, como cardiologista, pediatra, dermatologista, ginecologista, dentre outros, para que as pessoas não precisem procurar por atendimento e tratamento em unidades de Pronto Atendimento. Desta maneira, diminuindo o número de usuários nas emergências e, também, encurtando a longa fila de espera para atendimento de média e alta complexidade. Considerações Finais: A demanda para tratamento e atendimento na média e alta complexidade vem aumentando cada vez mais, entretanto, a oferta desses serviços e de equipamentos diagnóstico-terapêuticos não tem acompanhado na mesma proporção. Estes obstáculos são compartilhados pelos municípios da RS 10, mesmo a Capital que concentra boa parte da capacidade instalada este ator tem a incumbência de atender o Estado inteiro. A questão vai além dos limitados recursos humanos, físicos e materiais, o cerne da questão está relacionado ao processo de Planejamento, Regulação e monitoramento em Saúde, que não tem acompanhado o processo de inovações e mudanças no campo da saúde. Além da rediscussão do pacto federativo e da municipalização de responsabilidades que nem sempre tem respaldo quanto à capacidade técnica e financeira para sua execução. Um caminho vislumbrado para isso é este tema ser inserido em encontros coletivos de debates para repensar na estrutura do sistema e para maior transparência e desenvolvimento de capacidade técnica para as tomadas de decisões.

A GESTÃO COMPARTILHADA NO ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: ALGUMAS REFLEXÕES

Angelica Cristina Nagel Hullen, Márcio Eduardo Brotto

Palavras-chave: Programa Bolsa Família, SUAS, SUS

1. INTRODUÇÃO: Com a criação do Programa Bolsa Família – PBF, em 2003, o Brasil, passa a ter um programa de transferência de renda com condicionalidades, destinado às famílias em situação de pobreza com renda per capita mensal de até R\$ 77,01 até R\$ 154,00 ou extrema pobreza, com renda per capita de até R\$ 77,00, que atinge mais de 13 milhões de pessoas na atualidade (MDS/08-2015). Para a sua execução, o Programa três dimensões centrais: o alívio imediato da pobreza pela transferência de renda diretamente às famílias; a ruptura do ciclo intergeracional da pobreza, por meio do acesso aos serviços de educação, saúde e assistência social; e a oferta de ações e programas complementares que contribuam para o desenvolvimento integral das famílias. No que se refere às condicionalidades do Programa as mesmas relacionam-se à educação e a saúde. Na educação todas as crianças e adolescentes de 6 a 15 anos devem estar matriculados na rede regular de ensino e obter frequência mínima de 85%. Aos jovens de 16 e 17 anos a matrícula é facultativa e a frequência mínima é de 75%. Já com relação à saúde, os compromissos são assumidos pelas famílias que possuem crianças menores de 7 anos, gestantes e nutrizes. As atribuições para gestão e execução deste acompanhamento são compartilhadas entre a saúde, entre o Ministério da Saúde (MS) com as gestões estaduais e municipais do Sistema

Único de Saúde (SUS) e a política de Assistência Social, por meio do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) e as Secretarias Estaduais e Municipais de Assistência Social. **2. OBJETIVO:** O objetivo desta pesquisa consiste em analisar a contribuição da integração entre a política de saúde e da política de Assistência Social na agenda das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família; as evidências que reforçam o impacto do PBF na melhoria das condições de vida e saúde das famílias beneficiárias; bem como os desafios futuros para a articulação entre a Assistência Social e Saúde para esta agenda. Por meio desta pesquisa, pretendemos demonstrar que a conjugação de esforços entre as equipes do SUS e dos SUAS nas diversas esferas, e as diretrizes do PBF, em consonância com as práticas do Serviço Social, na garantia de acesso aos serviços básicos de saúde para as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, contribuíram para a redução das vulnerabilidades e efetiva integralidade do cuidado aos beneficiários, melhorando as condições de vida e de saúde e contribui para a ruptura do ciclo intergeracional de pobreza. **3. METODOLOGIA:** Para a realização deste trabalho utilizamos a pesquisa documental, por meio da análise da literatura existente, bem como das informações contidas no site do MDS e no Sistema de Gestão do PBF na Saúde. Além disso, realizamos “rodas de conversa” com a equipe que compõe a Coordenação Estadual do Programa Bolsa Família do estado do Rio de Janeiro, técnicos do MDS e participação em eventos intersetoriais regionais com a presença de representantes das Coordenações Estaduais e municipais das políticas de Saúde, Educação, Assistência Social e PBF e presença nas reuniões da CIB- Comissão Intergestores Bipartite, quando este tema foi discutido na pauta. **4. RESULTADOS:** No Brasil, as estratégias para a redução da pobreza da desigualdade residem no crescimento

da renda per capita e na distribuição mais igualitária de renda, além da combinação de políticas que estimulem o crescimento econômico e diminuam ao mesmo tempo, a desigualdade. E nesse contexto o PBF mostra-se como uma estratégia que tende a reduzir à pobreza, em especial, a extrema pobreza monetária das famílias. Porém, é necessário um conjunto amplo de acesso a políticas públicas, compreendidas pela via de direitos, para que as famílias em situação de vulnerabilidade consigam reduzir a condição em que se encontram. O SUS, devido ao seu caráter universal é uma importante política de promoção e inclusão social, apesar de ainda persistirem algumas dificuldades, especialmente no que se refere a sua consolidação como um sistema público equânime. Para melhorar a situação da saúde da população, que também significa reduzir a pobreza e as desigualdades, considera-se importante a intervenção de ações coordenadas entre as diversas políticas, com foco nas situações de vulnerabilidades. Desde a primeira vigência de acompanhamento das condicionalidades do PBF pela saúde, em 2005, até a primeira vigência, em 2015, o número de famílias a serem acompanhadas pela Saúde passou de 5,5 milhões, para aproximadamente 11,8 milhões de família. No 1^o semestre de 2015 foram acompanhadas mais de 8 milhões de famílias, sendo monitoradas mais de 5 milhões de crianças e 180 mil gestantes. No que se refere ao acompanhamento das condicionalidades previstas para as crianças beneficiárias do PBF, os registros mostram importante evolução. É importante destacar o percentual de acompanhamentos do estado nutricional das crianças e do calendário vacinal atualizado. Na primeira vigência das condicionalidades (2005), apenas 277.323 crianças foram acompanhadas. Na 1^a vigência de 2015, esse número passou para mais de 5 milhões de crianças. Ou seja, observa-se

que além da ampliação da cobertura é possível perceber que as ações contínuas no acompanhamento do estado nutricional das crianças, identificando as prioridades para este público. Além disso, é possível constatar também a consolidação do quadro nacional de imunizações, visto que as ações de acompanhamento das condicionalidades permitiram avanços no que se refere a este quadro no país. Para que estes resultados fossem possíveis além da integração entre as políticas de Saúde e Assistência Social foi necessário um conjunto amplo de ações envolvendo a atuação dos Assistentes Sociais para que ocorresse o efetivo acompanhamento das condicionalidades. Dentre as principais ações identificadas, podemos destacar: Planejamento das ações da agenda de condicionalidades de saúde nas esferas estaduais e municipais; Mobilização e sensibilização das famílias nos equipamentos sociais; Rodas de conversa e participação em eventos para as famílias sobre a importância do cumprimento de condicionalidades; Palestras específicas sobre as condicionalidades com a equipe de saúde (como por exemplo para nutrizes); Ações de acompanhamento familiar; Monitoramento do acompanhamento das condicionalidades; Registro das informações das famílias no SICON (Sistema de Condicionalidades). 5. CONCLUSÕES : O empenho e a confluência dos esforços entre os princípios de atenção básica do SUS e SUAS, as diretrizes do PBF e as ações desenvolvidas pelos profissionais do Serviço Social na garantia do acesso aos serviços básicos de saúde, propiciaram que um número considerável de famílias, mais de 8,7 milhões, passassem a ser acompanhadas no que se refere ao estado nutricional e calendário vacinal das crianças e pré-natal das gestantes. Estes resultados demonstram o amplo envolvimento dos gestores e equipes de profissionais de ambas as áreas, bem como o reconhecimento da

importância da agenda o compromisso e a oportunidade na garantia do acesso aos serviços básicos de saúde com a consequente redução das vulnerabilidades sociais no Brasil. É necessário ainda que alguns desafios sejam vencidos para que o processo se consolide, dentre os quais podemos destacar: a ampliação do diálogo e da intersectorialidade entre as políticas, o repasse de informações par as famílias e a ampliação da rede da política de Assistência Social e Saúde, dentre outros.

A GESTÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES PARA O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFES

Thais Dias Carvalho Martins, Fracis Sodré, Denilda Littike

Palavras-chave: Processo trabalho, Gestão e Política de saúde

APRESENTAÇÃO/OBJETIVO: As reformas ancoradas na chamada Nova Gestão Pública (NGP) proliferaram nos últimos 20 anos, alimentando processos de mudança a fim de combater dois supostos problemas burocráticos: a ineficiência relacionada ao excesso de procedimentos controles processuais, e a baixa responsabilização dos gestores públicos sobre o funcionamento dos serviços de saúde pública. Para alcançar esses objetivos, a proposta básica foi flexibilizar a administração pública e aumentar a sua produção. O Brasil não ficou de fora desse perfil reformista. O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, formulado pelo então Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), seguiu muitas linhas básicas da Nova Gestão Pública (Sano & Abrucio, 2008). A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) é uma dessas alternativas. A EBSERH é uma empresa pública de direito privado criada em dezembro de 2011 pelo

governo federal, que foi pensada para administrar todos os hospitais universitários (HUs) pertencentes às instituições federais de ensino e supostamente resolver os problemas crônicos de pessoal destas instituições. A empresa abre, de forma mais flexível, os HUs ao capital privado, entrega para um 'terceiro' a sua administração, implementa metas produtivistas de desempenho e faz a gestão das relações de trabalho. Os hospitais universitários no Brasil recebem financiamento do Ministério da Educação e da Saúde. Cumprem o papel de serem formadores de recursos humanos através dos trabalhos de ensino, pesquisa e extensão universitária, capacitando e treinando recursos humanos para a saúde pública no país. No caso do Espírito Santo, o Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) – hospital pertencente à Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) foi o primeiro a conveniar com a EBSERH. A proposta é que a gestão dos recursos humanos e do capital para isto seja administrada por esta empresa pública de direito privado. Trata-se de reeditar uma relação que tem como princípios os mesmos das Fundações Estatais de Direito Privado e das Organizações Sociais (OS's), ou seja, o de transferência de patrimônio público e financiamento das políticas sociais mediante a celebração de contratos de gestão e a possibilidade de captar recursos com a venda de serviços que mercantilizam as políticas sociais. Desde o mês de dezembro de 2011 o Hospital Universitário da UFES vivencia a possibilidade de ter a sua gestão repassada para tal empresa, o que se formalizou recentemente, no início do ano de 2013. Pretendemos com esta pesquisa caracterizar como é o planejamento da gestão dos trabalhadores e suas políticas denominadas por "política de recursos humanos" para este trabalhador do SUS que guarda a peculiaridade de ser também um formador de novos profissionais. Um

estudo já realizado por nosso grupo de pesquisa traz resultados preliminares sobre o tema da gestão implantada pela EBSEH no HUCAM, no entanto, muitos dados ainda encontram-se difusos, sem respostas dadas oficialmente pela própria empresa – o que nos coloca novamente como questão de pesquisa o tema da gestão do trabalho pela EBSEH com a finalidade de complementares análises, dados e informações que ainda não possuímos em função da ausência de respostas não oferecidas pela EBSEH. O trabalho tem como objetivo geral estudar a política de gestão de pessoas do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de uma pesquisa de estudo social com abordagem qualitativa por meio da busca e análise documental referente ao tema. Foi feito o exame de documentos como teses, dissertações, artigos publicados, livros, noticiários e buscas em sites com informações sobre a proposta de gestão da EBSEH. Utilizaram-se bancos de dados como o Scielo, a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, e a Biblioteca Virtual em Saúde, e analisou-se documentos institucionais internos, como o Plano Diretor Estratégico dos Hospitais Universitários Federais (PDE), enfatizando o HUCAM. Analisamos e comparamos o atual organograma atualizado pela EBSEH, com o organograma criado pela UFES em 2010. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Identificamos no histórico do HUCAM que foram elaborados três Planejamentos Estratégicos: 1996, 2004 e 2010, referindo-se ao planejamento das ações e serviços, com o objetivo de definir diretrizes, metas e projetos a serem efetivados. Ao realizar este planejamento devem ser considerados os condicionamentos institucionais, e além das normas do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC), existe a Lei de responsabilidade fiscal (HUCAM,

2010). Após o convênio com a EBSEH, foi elaborado o Plano Diretor Estratégico para o HUCAM, 2014. O organograma é um esquema representativo de organizações que diferenciam relações hierárquicas, disposições, relações internas, entre outros aspectos. Assim, através de sua análise estrutural é possível apontar avanços e retrocessos. Após a análise minuciosa de ambos os organogramas, nota-se que dentro do organograma da UFES em 2010, o organograma do “HUCAM 2010” apresenta organização verticalizada clássica, baseado em Serviços, Divisões, Departamentos e Diretoria. O nível hierárquico aparece através do arranjo do poder organizacional verticalizado. Conforme abordado anteriormente conclui-se resumidamente, que o organograma “HUCAM 2010” consistia-se em Conselho de Deliberação Superior e Diretoria em ênfase, seguido por cinco Diretorias de Departamentos, dezesseis Divisões e setenta e dois Serviços. O atual organograma “HUCAM/ EBSEH 2014” consiste em Superintendência, três Gerências, Colegiado Executivo em ênfase, Auditoria e Conselho Consultivo (Secretaria, Comissões), Ouvidoria, Assessoria Jurídica, Assessoria de Comunicação, Unidade de Planejamento, Setor de Gestão da informação e informática, e o Núcleo Operacional composto por quatorze setores, quarenta e três unidades e sete divisões. Entre as diversas mudanças geradas pelo novo organograma, destaca-se o aumento no número de gestores significando uma maior subdivisão do trabalho que acaba por dificultar a integração entre trabalhador e gestor. Há redução da base composta por Unidades - anteriormente eram chamados de Serviços - e Divisões. A Diretoria passa a ser chamada de Gerência, aumentando os salários pagos aos gestores. Foi inserido também os Setores, que é composta por Unidades. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A EBSEH surge num contexto crítico dos

HUF's. Alegaram que o problema era gestão, criticaram as condições físicas estruturais dos HUF's, entre outros. É perceptível um forte clima de tensão entre servidores UFES e empregados EBSEH, que acaba por afetar nos atendimentos. Muitos trabalhadores relatam a dificuldade de ter acesso à presidência do hospital, fato esse que aumenta o clima de tensão por parte dos trabalhadores. Durante toda a pesquisa procuramos por documentos institucionais da empresa com o intuito de embasar nossos estudos, e durante muito tempo não tivemos sucesso. O Plano Diretor Estratégico dos HUF's, utilizado em nossa análise, havia sido publicado recentemente, no entanto, recebemos a informação que o atual organograma publicado utilizado em nossa pesquisa já havia sofrido algumas alterações e atualmente está passando por novas modificações.

A IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO SGA NO SETOR DE SAÚDE

Teresa Santos Leal, Alaercio Aparecido Oliveira

Palavras-chave: Qualidade, SGA, Saúde

Sustentabilidade é a habilidade de sustentar ou suportar uma ou mais condições exibidas por algo ou alguém, é uma característica ou condição de um processo ou de um sistema que permite a sua permanência, em certo nível, por um determinado prazo. Este conceito, tornou-se um princípio, segundo o qual o uso dos recursos naturais para a satisfação de necessidades presentes não pode comprometer a satisfação das necessidades das gerações futuras. O objetivo deste estudo é identificar expectativas, insatisfações e necessidades do Sistema de Gestão Ambiental nas instituições de saúde nos dias atuais, considerando a mudança no comportamento do consumidor que está

se tornando a cada dia mais informado, conhecedor dos seus direitos e, portanto, mais exigente, habituando-se a este modelo existente em algumas organizações. Utilizou-se pesquisa exploratória, descritiva e de campo em dois Hospitais da região metropolitana de Curitiba. Verificou-se que as unidades hospitalares têm conhecimentos de gestão ambiental, porém ainda não executa por falta de orientação, a empresa tem normas sobre SGA, ainda que mostrem falhas, e funcionários demonstrem total desconhecimento e descaso sobre o assunto. Percebe-se a necessidade de uma conscientização dos funcionários na divulgação de conhecimentos em SGA mais humanizada nesse aspecto, para evitar a perda da essência teórico/prática dos conceitos e da posição em destaque já que há necessidade presente de uma busca contínua que exige o comprometimento de toda a equipe envolvida.

A LEI DOS 60 DIAS: UMA ANÁLISE DA LEI 12.732 DE 2012, QUE DISPÕE SOBRE O DIREITO AO INÍCIO DO TRATAMENTO DO CÂNCER NO SUS, APÓS UM ANO DE SUA IMPLEMENTAÇÃO

Luciana Souza Aquino, Ana Laura Brandão, Paulo Eduardo Mendonça

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Neoplasias, Política de Saúde, Oncologia

O câncer é assunto de relevância para a saúde pública, e tornou-se prioridade na Agenda da Saúde do Ministério da Saúde. Frente a algumas situações e problemas decorrentes da capacidade e do funcionamento da rede de atenção oncológica para o tratamento do câncer, o Tribunal de Contas da União realizou auditoria operacional no ano de 2011 sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). Neste cenário em novembro de 2012, foi sancionada a Lei

nº 12732/12 que “dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início”. Objetivo: Compreender a trajetória e os desdobramentos da Lei 12.732/12 após um ano de sua implementação. Metodologia: Análise do discurso da transcrição de audiência pública do Senado Federal acerca deste tema. Resultados: Organizados em duas perspectivas: questão transversal e a questão central de cada ator presente na audiência. Na perspectiva transversal apontou-se a questão comum a todos os participantes que se refere ao prazo de 60 dias que é estabelecido pela Lei, já na perspectiva central foi mencionado um conjunto de causas que levariam ao problema da demora para o início do tratamento de câncer. Para melhor análise do problema em questão, elaborou-se um modelo evidenciando as causas e consequências relacionadas à rede de Atenção Oncológica como: Gestão; Capacidade Instalada; Integração da Rede; Sistemas de Informação; Financiamento; Recursos Humanos e; Assistência Farmacêutica. Assim como as suas consequências, tais quais: Desassistência; Judicialização e; Medidas governamentais na elaboração de Leis ou portarias. Conclusão: Trata-se de um problema multicausal, e que este, demanda ações complexas no âmbito da gestão, e por outro lado, a Lei dos 60 dias não é suficiente para a garantia de algumas demandas preconizadas pela PNAO.

A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NA DEMOCRATIZAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL

Diego Ferreira Lima Silva, Claudio Valdivino Silva, Elza Maria Souza

Palavras-chave: Participação, Democratização, Conselhos de Saúde

Este ensaio apresenta a trajetória da participação da sociedade civil brasileira nas conquistas do setor de saúde no período da redemocratização política no País. Autores como Carvalho, Fleury Paim e Gerschman auxiliam a compreensão desse caminho. Pretende-se demonstrar a importância dos movimentos sociais da saúde e suas diferentes relações com o Estado brasileiro com vista à institucionalização dos Conselhos de Saúde. Como alternativa fundamental para a concretização da democracia participativa, os avanços práticos dos mecanismos de controle social desses colegiados ainda são bastante limitados. Estudos realizados sobre Conselhos de Saúde no Brasil, para compreender seja a sua funcionalidade e organização ou o grau de conhecimento de seus membros quanto a suas atribuições, de modo geral, apontam uma profunda distância entre o espírito da Lei 8.142/90 e a realidade desses colegiados. Presoto e Westphal destacam que os regimentos internos dos Conselhos não têm se efetivado na prática, pois há um desconhecimento por parte dos conselheiros de suas funções legalmente definidas. Um estudo realizado por Cotta et al. aponta que 44,2% dos conselheiros entrevistados afirmaram que não divulgam as decisões tomadas no Conselho Municipal de Saúde (CMS) à população e que para 35,3% dos entrevistados as pautas discutidas nas reuniões são determinadas pelo secretário municipal de Saúde e 11,8% afirmam que as prioridades dos temas são determinadas apenas pelos conselheiros. Dessa forma, pode-se dizer que, a exemplo do que ocorre no CNS, a representatividade da sociedade ainda tem um caráter controlado e limitado. Wendhausen e Caponi destacam as relações assimétricas entre os conselheiros usuários e os representantes dos demais segmentos. Os autores registraram que, de 77 falas dos representantes dos segmentos presentes em uma das reuniões do Conselho, 33

foram do presidente do Conselho e 20 de outros representantes governamentais, que, somadas, representam 62% de falas do segmento governamental; apenas 17 falas foram feitas pelos outros segmentos, e, destas, somente 7 eram referentes aos usuários. Esse estudo evidencia a condição hegemônica do segmento governamental. Landerdhal et al., ao analisarem as resoluções de um Conselho de Saúde, constataram que grande parte das resoluções tratava da indicação de representantes, principalmente para os hospitais, convênio com a Casa de Saúde e para o Conselho Regional de Saúde. Escorel, ao analisar os avanços práticos dos mecanismos de controle social, avalia que ainda são bastante limitados, mas aponta as potencialidades desses colegiados desde que apresentem certas características, como: diversidade em sua composição, simetria do poder interno, representatividade de todos os participantes; deliberações democráticas, compreendidas como tempo e informações necessárias para reflexão e discussão dos temas propostos; prestação de contas à sociedade e pressão sobre o poder constituído para levar em conta as deliberações. A autora, que coordena um estudo sobre controle social no Brasil, aponta que, em 2010, período estudado, das 41 resoluções do Conselho Nacional de Saúde, 20 tratavam do funcionamento das comissões internas e apenas seis faziam referência a alguma deliberação da conferência, o que demonstra uma preocupação menor em propor e influenciar as políticas de saúde. Foi possível sintetizar os caminhos da história recente do controle social no Brasil no campo da saúde. Percebe-se, então, as diversas faces e momentos da relação entre o Estado e a sociedade civil. Quase 25 anos após a criação do SUS e 23 anos dos principais marcos normativos – leis 8.080 e 8.142, que criaram o SUS e institucionalizaram o controle social –, o que se vê é que, apesar

dos esforços para consolidar essa visão moderna de participação social, o quadro de reordenação social e política proposto ainda não experimentou um progresso sequencial dos direitos civis, políticos e sociais. Na atual conjuntura política de dez anos de um governo que traz como premissa as bandeiras populares, dentre elas a saúde como exercício de democracia, o que se visualiza é um esvaziamento político da maioria dos Conselhos ao longo do País, com práticas ainda marcadas pelo passado de legitimação do poder dominante. O papel exercido outrora pelos movimentos sociais e populares de formação de conselheiros cada vez mais se distancia da população, institucionalizado na representação de um controle social ainda aparentemente “figurativo”. Diante dessa realidade, questiona-se a atuação dos Conselhos de Saúde como espaço público democrático. Em suma, a democratização da saúde ainda atravessará muitos desafios, sobretudo no campo político. Parece que a dificuldade de desenvolver mecanismos que permitam a consolidação do controle social é diretamente proporcional aos desafios de consolidação do SUS, visto que não basta apenas ofertar serviços de qualidade; é preciso oferecer serviços de qualidade construídos com a participação da sociedade. Para consolidar essa visão moderna de participação social, o quadro de reordenação social e política proposto ainda não experimentou um progresso sequencial dos direitos civis, políticos e sociais.

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL CONTEMPORÂNEA NO CONTEXTO DA POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA

Thayane Santos Crespo da Cunha

Palavras-chave: Política Social, Saúde Mental, Trabalho

A política de saúde mental contemporânea no contexto da política social brasileira. Thayane Santos Crespo da Cunha (Mestranda do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social – UFF) Apresentação: O trabalho pretende contribuir para compreensão acerca da política social enquanto campo de produção de novos conhecimentos. Configura-se como categoria de análise complexa dentro das ciências sociais e, portanto, necessita de novas incorporações conceituais que estão atreladas à tradução prática sobre o que é política social. Ao discutir sobre as roupagens assumidas pela política social, suas configurações social e cultural e principalmente os desafios para sua efetivação, deve-se levar em conta as intenções e relações de poder intrinsecamente associados à efetivação ou não dos objetivos. Os atores envolvidos no processo de construção e suas intencionalidades e valores defendidos aparecem como outros elementos que nos possibilitam compreender como uma determinada política social se insere na dinâmica dos projetos societários. Analisar a política social implica desvendar o jogo de forças envolvidas, os atores que participam desde o processo de formulação e todo o processo de formação das instituições que direcionam as práticas. Enquanto política pública, a política social inserida no bojo das ações governamentais está implicada na dimensão histórica e política da proteção social e no desenvolvimento econômico. As reflexões em torno do desenvolvimento da proteção social nos permitem apontar que as características de cada modalidade de proteção social a partir da formação do Estado moderno assumiram aspectos da cidadania ora traduzida como “invertida”, ora como “regulada”, ora como “plena” em diferentes contextos institucionais e políticos (FLEURY, 1989; SANTOS, 1979). Tratando-se da formação da política social

no Brasil, as características dos diferentes modelos de proteção social estão presentes na conjuntura atual. E ainda que o caso brasileiro possua formas específicas inerentes à sua tradição histórica e política, que na maioria das realidades territoriais reproduz práticas conservadoras, os modelos de “cidadania invertida” e “cidadania regulada” analisados pelos autores citados são reproduzidos nas diversas instâncias. Inicialmente a “cidadania invertida” configurou o acesso aos serviços sociais mediante práticas assistencialistas, na comprovação de miserabilidade e no reconhecimento do indivíduo na condição de necessitado (FLEURY, 1989). E já no contexto do autoritarismo burocrático na década de 1960 o avanço da privatização dos serviços, principalmente na saúde, inclusive desencadeando um “movimento” no desenvolvimento de novas ações no campo da saúde mental a partir da articulação política dos profissionais. Trazendo a análise para o contexto contemporâneo da política social brasileira e as estruturas de bem-estar defendidas por alguns autores como um processo de abertura democrática a partir do período constituinte e a interação de novos atores na cena política nos anos oitenta, as políticas sociais assumem em sua estruturação o princípio de justiça social. Entretanto, conforme destaca Fleury (2008) a proposta da seguridade social articulou lógicas diferenciadas já existentes de reconhecimento na dinâmica de formação das políticas sociais: com o campo da saúde direcionado pela necessidade, a previdência social pela condição de trabalho e a assistência social pela incapacidade do indivíduo, ainda que numa tendência ao modelo de “individualização dos riscos” mediante o avanço da ideologia neoliberal (ibidem, p. 17). As inovações nesse processo de formação do modelo de seguridade social no Brasil trouxeram dois princípios

que foram destacados nesse trabalho para nossa compreensão acerca da Política de Saúde Mental e os desafios da premissa intersetorial na condução das ações públicas nessa área. A construção da Política de Saúde Mental como um “movimento”: Partimos da premissa de que a Política de Saúde Mental deve ser pensada enquanto processo social e contínuo de transformação da atenção e cuidado em saúde mental, sobretudo ao considerar como objeto de ação o sujeito em sofrimento mental e “a existência global e complexa do corpo social” (AMARANTE, 2010, p. 66 apud ROTELLI, 2001). Porém, num breve histórico a literatura nos mostra que durante toda a história houve um destino social designado àqueles considerados “loucos” segundo a ordem instituída referente a cada período histórico e seus respectivos ordenamentos sociais, políticos e econômicos na formação da sociedade ocidental. Para Serra (1979), a trajetória do desenvolvimento do saber psiquiátrico se inscreve no sentido de manutenção da ordem burguesa no final do século XIX, enquanto instância que assume um papel político na medida em que serve à disponibilidade do Estado burguês, por conseguinte, verifica-se um discurso político que estabelece o destino social dos sujeitos considerados “doentes mentais”. A lógica de desinstitucionalização até então elementar nas alternativas de reforma nos outros países europeus como já mencionado, reduzia-se ao processo de desospitalização. O movimento da Psiquiatria Democrática iniciado pelos profissionais dando continuidade ao trabalho desenvolvido por Franco Basaglia e Franco Rotelli, significou antes de tudo um movimento político no sentido de desconstrução do paradigma racionalista, que preconizava a cura da doença mental (problema-solução), um movimento que pautou a “invenção da saúde e de reprodução social do paciente” (AMARANTE, 2001, p. 30). Para isso, foram

criadas estratégias de substituição ao modelo asilar como, por exemplo, a criação de Centros de Saúde Mental e Plantão Psiquiátrico no Hospital Geral, ou seja, construiu-se uma rede de oferta de serviços territoriais substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, com vistas ao tratamento integral desses sujeitos inseridos em suas relações sociais (ibidem, 2001). A participação social nesse processo foi um elemento decisivo na formulação de ações, com a inserção de novos atores sociais nesse processo, na maioria representada por familiares e os próprios usuários. Vale ressaltar a significativa atuação do MTSM na perspectiva de desinstitucionalização do tratamento à loucura no Brasil, enquanto provocador de novas formas de assistência psiquiátrica na desconstrução do ideal hospitalocêntrico e verticalizado, em sempre propor ações a partir da própria realidade dos pacientes psiquiátricos inseridos em seu contexto familiar, social e comunitário. Sendo reconhecido não como um movimento institucional, e sim como um movimento popular. (ibidem, 2013). Já na década de 1990 o rumo da trajetória de desinstitucionalização sob o lema “por uma sociedade sem manicômios” se configurara na criação de novos CAPSs, NAPSS e hospital-dia em vários municípios brasileiros, que tiveram como modelo de atenção em saúde mental a experiência nos municípios de Santos e São Paulo. Considerações finais: Em relação à análise desenvolvida ao longo do trabalho acerca das considerações da Atenção Psicossocial a partir da desconstrução dos paradigmas clássicos de tratamento à loucura no contexto brasileiro, foi possível salientar a necessidade de constante investimento e atenção do Estado no campo da saúde mental, que tem sido marcado pela escassez e precarização dos serviços territoriais. Ainda que a Atenção Psicossocial pressuponha a construção de um conjunto de práticas substitutivas e

transformadoras, precisa-se pensar como tais práticas se traduzem no campo da política social. Enquanto uma política social “em movimento” caracterizada na contemporaneidade da política de saúde pela sua atuação sob o lema “por uma sociedade sem manicômios”, os serviços territoriais são potencialidades de desenvolvimento de ações intersetoriais, tanto no que tange ao combate de práticas hospitalocêntricas quanto na construção de novas modalidades de atenção integral à população usuária. Portanto, a escassez e desconstrução dessas modalidades na cena contemporânea vêm caracterizando uma política cada vez mais distante da concepção de oferta democrática à população usuária.

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO AMAZONAS: AVANÇOS E RECUOS DE UMA POLÍTICA

Raquel Maria Navarro, Júlio César Schweickardt

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental, Amazônia

Este trabalho teve como objetivo a análise do processo de Reforma Psiquiátrica no Amazonas no período entre a década de 1970 até os dias atuais. Para isso, utilizou-se pesquisa de fontes documentais e histórias orais de gestores e profissionais de saúde que estavam envolvidos na política de saúde mental no Estado e no município de Manaus. O Processo de Reforma Psiquiátrica iniciado no Amazonas por profissionais de saúde inconformados pelas condições desumanas, com a violência e corrupção dentro do hospital psiquiátrico público no final da década de 1970, passa a ganhar destaque na década de 1980 ao desenvolver algumas iniciativas embrionárias do que mais tarde seria denominada ‘Reforma Psiquiátrica’. Nos anos de 1979 e 1980,

o movimento buscava a transformação asilar através do desenvolvimento de uma estratégia terapêutica baseada no trabalho assistido, mas na década de 1990 estagnou e perdeu o foco. A discussão foi retomada a partir de 2001 quando se insere novamente nesse processo a partir da aprovação da lei nº 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica). Várias iniciativas marcam a retomada do movimento amazonense em prol da Reforma Psiquiátrica a partir de 2001: a criação da comissão estadual de saúde mental, a realização da 1^a Conferência Estadual de Saúde Mental e de vários fóruns, bem como de vários abraços simbólicos até a consequente discussão e aprovação da Lei Estadual de Saúde Mental, na qual se buscava a articulação de profissionais, gestores e usuários. A Reforma Psiquiátrica amazonense defendeu a criação de serviços substitutivos e o consequente fechamento do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. A mobilização a partir de 2001 levou a formulação da Política Estadual de Saúde Mental aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde através da Resolução CES n 037 de 04/11/2003, que objetivava a desinstitucionalização da loucura através da implantação dos serviços substitutivos. No entanto, o projeto de lei estadual de saúde mental nº3.177 foramsancionados apenas em 2007, segundo os atores dessa Reforma não foram efetivados, sendo que a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS só se deu em 2005, no município de Parintins e, em 2006, no município de Manaus. Essas mudanças não tiveram êxito na garantia da implantação de serviços substitutivos em número suficiente para atender a demanda em saúde mental, principalmente na capital de Manaus. Ao se fazer uma análise histórica do processo de Reforma Psiquiátrica no Amazonas foi possível constatar ao longo de várias décadas uma alternância no movimento de articulação e desarticulação entre

trabalhadores de saúde mental, gestores e usuários em prol da saúde mental do Amazonas, o que enfraqueceu o movimento e fez com que perdesse o foco em vários momentos. A data de 1980-1981 é relevante para a história da desinstitucionalização da loucura no Amazonas porque representou o início do processo de desinstitucionalização psiquiátrica. O primeiro registro é político-ideológico, na luta pela substituição do modelo asilar e sua tecnologia e o segundo é teórico-técnico, pela transformação radical do campo da saúde mental pela terapia ocupacional. Enquanto no Brasil a atenção em saúde mental inicia ações para a desinstitucionalização no final da década de 1980 e início da década de 1990, o Amazonas manteve o modelo hospitalocêntrico e uma desospitalização com a redução dos leitos psiquiátricos. Esse modelo resultou, muitas vezes, em práticas de desassistência e abandono, em decorrência do espaço vazio deixado pela não efetivação de serviços substitutivos. O Estado do Amazonas, a partir dos anos 1990, atravessou um processo de estagnação na discussão da Reforma Psiquiátrica. Devido ao desgaste e desentendimentos dos envolvidos no movimento, os profissionais de saúde mental, organizações da sociedade civil e usuários deixaram de discutir os rumos da saúde mental no Estado, trabalhando de forma isolada. Isso trouxe como consequência o enfraquecimento do movimento e a diminuição das discussões das políticas públicas e as ações em saúde mental. Os atores pesquisados entendem que reforma psiquiátrica não se efetivou completamente porque houve uma desarticulação dos atores da Reforma Psiquiátrica e a falta de mobilização da sociedade civil para pressionar os gestores no sentido de implantar uma rede de serviços substitutivos. Essa realidade só começa a mudar no Amazonas a partir da visita do coordenador nacional de saúde

mental, em 2005, para uma avaliação da política de saúde mental do estado. Nesse momento, aproveitou a oportunidade para esclarecer e sensibilizar o secretário estadual de saúde para a importância da implantação dos serviços substitutivos e destacou o papel a ser desempenhado pelos CAPS nessa nova rede de assistência em saúde mental. O fato de ter logrado êxito nessa visita, abriu espaço para a retomada das discussões e no ano seguinte foi implantado o primeiro CAPS em Manaus. Passado dez anos, verifica-se uma mobilização para a implantação de outros CAPS em Manaus, e para o cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, mas ainda esse processo é muito lento e aquém das necessidades das pessoas em sofrimento ou transtorno mental. A descentralização dos atendimentos para as policlínicas de Manaus nas últimas décadas demonstra um movimento político público que reforça o modelo ambulatorial-hospitalar (Modelo médico-centrado), que não faz parte da Rede de Atenção Psicossocial. Na capital do Estado há a manutenção da prática hospitalar/ambulatorial como estratégia de cuidado à pessoa em sofrimento ou transtorno mental. Os atores envolvidos no movimento da Reforma Psiquiátrica têm questionado a mudança desse modelo hospitalar no cuidado à pessoa em sofrimento ou transtorno mental. A política de saúde mental no Amazonas tem sofrido também pelo desinteresse dos gestores e governantes, segundo as fontes documentais e orais da pesquisa. Ao observar os serviços presentes no interior do Estado, a partir de uma política de implantação de CAPS’s, verifica-se que os mesmos têm tentado ser resolutivos, devido às dificuldades de acesso a capital e às suas especificidades regionais. Porém ao se abordar a questão de cadastramento de leitos em hospitais gerais o impasse no interior é o mesmo que na capital, devido

à falta de capacitação de recursos humanos que deem suporte nas crises psiquiátricas. Segundo as fontes documentais e orais, outros fatores como: o lento processo de fechamento do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro tem gerado um impasse para a alocação desses profissionais (com um amplo conhecimento no manejo de crises psiquiátricas) para assumirem outros serviços de base comunitária; capacitação de profissionais de outros serviços. Esses são pontos fundamentais para o avanço no processo de desinstitucionalização. Outro ponto de suma importância é a inclusão da Saúde Mental nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde do Amazonas com recursos financeiros alocados e definidos com o objetivo de implementar a Rede de Atenção Psicossocial. A partir dessa descrição e análise histórica, concluímos que a Política de Saúde Mental no Estado tem sido influenciada pelos conflitos e desencontros entre os atores e a gestão da saúde. Trazendo prejuízos para a efetiva realização da Reforma Psiquiátrica no Estado do Amazonas. A Reforma Psiquiátrica no Amazonas: avanços e recuos de uma política

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: MOLDES, CORTES, COSTURAS, REMENDOS, ALINHAVOS E O DESAFIO DE VESTIR A COORDENAÇÃO DO PROGRAMA

Elenita Sureke Abilio, Maria José de Jesus Alves Cordeiro, Conrado Neves Sathler

Palavras-chave: Residência Multiprofissional em Saúde, Formação em Saúde

Este trabalho apresenta uma reflexão sobre o direcionamento político da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) proposto pelas instâncias deliberativas, a partir do processo de implantação do Programa de

Residência Multiprofissional em Saúde no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (RMS-HU/UFGD), relatando a experiência da autora no programa como preceptora e como coordenadora. A proposta é discutir a Formação direcionando o foco para os programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), que estão em andamento desde o ano de 2005, gerido pela Portaria Interministerial MEC/MS nº. 2.117/05, fazendo um recorte a partir do processo de implantação do Programa a partir de 2009. A experiência na coordenação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) contribuiu para que a autora estivesse imbuída de intensas inquietações referentes ao compromisso com o Hospital como instituição executora, com as relações que se configuram nos cenários de prática, com a participação dos residentes em espaços de cogestão e à formação dos residentes para o SUS, centralizando para o processo de transição da graduação para a pós-graduação o qual a residência opera. A pesquisa é qualitativa e descritiva. A corrente teórica do movimento pós-estruturalista orientará a pesquisa por estar intimamente ligado ao pós-modernismo e que destaca como aporte teórico alguns autores da Saúde Coletiva e das teorias do Currículo. O trabalho traz em si, o discurso da desafiante função de estar num lugar nunca habitado e ter que desbravar esse campo por vezes florido, por muitas vezes minado. A formação dos profissionais de Saúde que atuam no SUS tem suscitado sempre grandes discussões e com isso a busca de estratégias pedagógicas que se adaptem às necessidades de saúde

A SAÚDE ORGANIZADA EM REDE: REFLEXÕES SOBRE A PORTARIA MS 4279/2010

Ilidio Roda Neves

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Administração de Serviços de Saúde, Descentralização, Sistema único de Saúde, organização & administração

A saúde é uma questão complexa e de difícil explicação, mas que, entretanto, sabemos que envolve o acesso aos bens de consumo, aos serviços de saúde, à previdência social e à educação, assim como ao meio ambiente, a economia e as relações com o capital. Esta heterogeneidade e complexidade de elementos que se articulam e permeiam no campo da saúde, exprimem-se numa pluralidade de maneiras. Decodificar e atuar na realidade da saúde exige capacidade para lidar de forma produtiva com o diferente, o contraditório e o conflituoso, disponibilidade para o contato, manejo de tensões, senso crítico e autoanálise, estabelecendo um esforço permanente de convivência na diversidade, o que torna a atuação em rede um elemento fundamental e não apenas um padrão de interação. Assim, o objetivo deste trabalho é analisar a portaria 4279 de 2010 do Ministério da Saúde, que propõe a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, tendo como suporte teórico os pressupostos da Saúde Coletiva. O Ministério da Saúde, a partir da portaria 4279, propõe, com a estruturação das RAS, sobrepujar a fragmentação que existe nos serviços de saúde oferecidos e na gestão do SUS e intensificar as relações em rede. Aponta também neste documento que a regionalização e a organização do sistema sobre a forma de rede é estratégia fundamental para que se cumpram os seus princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade, destacando “a construção de vínculos de solidariedade e cooperação” como principais atributos. Nela a ideia de pactuação, contratualização e gestão ramificam-se, de tal forma que chega às unidades de serviço. O que se espera com isto é o aperfeiçoamento constante da gestão e, conseqüentemente, criar

um processo contínuo de aprendizagem. Construir de fato uma rede implica estabelecer internamente constantes pactuações da gestão necessárias para que ocorra o envolvimento de diferentes participantes na construção das políticas públicas. O trabalho em rede é uma oportunidade de desenvolvimento de atos que democratizem o acesso e a participação de uma multiplicidade de atores sociais, em constante troca de informações, propicia a conjunção de objetivos comuns e/ou complementares ao potencializar a criação de canais de comunicação entre aqueles que a compõe. As atividades assim planejadas apresentariam um grande potencial de sucesso, sendo muito mais eficientes do que as elaboradas e desenvolvidas a partir do modelo gerencial hegemônico, que quebra e dificulta o estabelecimento de relações entre singularidades, tanto entre os trabalhadores de saúde, como entre usuários e uns com os outros, da repetição e reprodução da realidade e da normatização excessiva e burocratização da organização do trabalho. Contraditoriamente, circulam no meio oficial de governo uma leitura sobre o SUS na qual rede quer significar, simplesmente, uma ligação entre as diferentes esferas de gestão, estruturas de transmissão de normas e produtos de execução. O êxito da organização em rede não pode ser medido por métodos de gestão tradicional, baseada em dados numéricos, mas sim pela competência em estabelecer e cumprir objetivos claramente definidos, que queiram criar, produzir, ampliar no espaço em rede da qual façam parte, de tal maneira que isto mobilize e contribua para compor e articular o grupo, levando a produção de ações cooperadas. As RAS seriam organizações onde o poder de gestão pulverizaria-se por diversos serviços de saúde, sendo os pontos unificadores e de vinculação entre si, os objetivos, propostas comuns, as ações cooperadas e interdependentes, possibilitando oferecer

a uma determinada população a atenção contínua e integral necessária. Muito embora o trabalho em rede não seja uma novidade foi com o desenvolvimento nas últimas décadas das redes cibernéticas que se tornou possível o crescimento de uma “inteligência coletiva” nas diversas redes, em especial da área da saúde, possibilitando uma maior difusão das informações e a participação ativa da população, ressignificando o campo e a própria forma como este se organiza, incorporando outra lógica de funcionamento, mais horizontalizado, democrático e participativo. Dentro dos princípios preconizados pela lei orgânica da saúde, apontando alternativas viáveis para o desenvolvimento de processos democráticos de interação, para a construção de políticas públicas, com a interlocução de um amplo espectro da sociedade interagindo e participando das tomadas de decisão, ultrapassando o restrito e fechado espaço dos especialistas e dos grupos que, tradicionalmente, fazem parte das deliberações. Ao tratar de rede em saúde estamos também falando de integração vertical e horizontal, onde a integração vertical se refere à articulação de unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade e de focos de ação que são responsáveis por serviços e ações de natureza distinta, ainda assim, complementares. Já a integração horizontal refere-se à articulação entre unidades de mesma natureza de serviços, nível de complexidade, necessidade tecnológica e conhecimento, onde são feitos acordos para troca de saberes e auxílio, buscando assim ampliar o campo de atuação e diminuir os custos com o ganho em escala. A expectativa com este tipo de integração é que as estruturas de saúde trabalhem alinhadas com um objetivo comum, um mesmo propósito, sob uma única linha de comando, uma gestão única e que a comunicação flua entre as diferentes unidades, desenvolvendo suas ações de

forma cooperada e interdependente. Este trabalho nos serviços de saúde seria composto por uma grande quantidade e variedade de linhas em conexão nas quais ocorrem encontros que seriam, ao mesmo tempo, operativos, políticos, comunicacionais, subjetivos, uma forma de linguagem que potencializaria a criação e o desenvolvimento de vínculos interpessoais e intersociais, fluxos permanentes plurais e amplos de trocas entre os profissionais e os usuários do sistema. As instâncias de gestão e a sociedade civil organizada, formando uma rede complexa de relações de múltiplas direções e sentidos que ocorriam a partir de pactuações estabelecidas entre si – que poderia tanto se compor a partir de tensões e conflitos como de acordos consensuais – que atuariam no desenvolvimento das linhas de cuidado, a partir das quais se materializariam e adquiririam valor de uso perante o usuário do SUS, possibilitando acontecer às ações em saúde bem como o desenvolvimento de políticas públicas de saúde. Isso daria às redes ao mesmo tempo um caráter caótico e um potencial revolucionário de ações de transformação institucional. Se esta rede for pactuada e desenvolvida de forma colaborativa, de fato, a complexidade de fatores, questões e elementos que a englobarão e a ela estarão ligados poderão produzir em quem participa um forte sentimento de pertença. Os trabalhadores, assim como a equipe, poderão se sentir como parte de algo maior, que se interconectará com outras equipes, serviços, pessoas e redes, a aqueles que vivem nos territórios de saúde. As exigências e desafios existentes no campo da saúde demandam o trabalho interdependente de vários profissionais, com diferentes níveis e graus de formação, não só atuando conjuntamente, mas em rede. Assim, o envolvimento dos profissionais na rede, as contratualizações, pactuações e participações na gestão dos

serviços são fundamentais para a sua valorização como trabalhadores da saúde: a saúde como campo de pesquisa e trabalho é extremamente complexo e deve envolver o conjunto dos seus profissionais. Sendo um dos grandes desafios e característica das redes a busca por articular desejos e interesses pessoais e profissionais com as necessidades e anseios da sociedade na medida em que são usuários do sistema de saúde.

A TRANSVERSALIZAÇÃO NA GESTÃO DOS EQUIPAMENTOS COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Luana Paula Santos de Lima

Palavras-chave: Transversalização, transversalidade, Gestão, Saúde

Neste trabalho iremos observar o princípio da transversalidade. O princípio da transversalidade prevê que a atenção e a gestão devem andar juntas sendo diferente dos modelos verticais, burocratizados e hierárquicos presente em muitos serviços, sempre em busca do fortalecimento de redes, melhorando assim os modos de cuidar e gerir os serviços. O HumanizaSUS quer propor e quer apostar que o conceito de homem ideal se distancie e que busquemos aprender pelos conceitos de experiência, ou seja, essa humanização vai acontecer no concreto das vivências diárias dos serviços de saúde, nas propostas diárias dos humano - colaboradores que não são aquele homem perfeitos e idealizados. A PNH sob essa perspectiva aproxima as iniciativas já existentes, a fim de englobar e vigorar, tendo como base as experiências do SUS, aumentando as conversas sobre s conceitos da humanização e a não separação entre a atenção e a gestão. Desta forma fica evidente a necessidade da discussão e da elaboração de pesquisas sobre o tema

transversalidade, pois este é um subsídio extremamente valioso para orientação dos modos de gerir serviços de saúde, em especial os serviços de saúde, visto que sem o estudo dos possíveis melhoramentos as formas de atenção e de gestão, não se fazem avanços nos modelos burocratizados de gestão e na busca pela co-gestão. O objetivo deste trabalho é verificar o conceito de transversalidade e sua aplicação na gestão dos equipamentos de saúde. O presente estudo se caracterizou como uma pesquisa bibliográfica de natureza qualitativa e descritiva. Para seu desenvolvimento, foi realizado um levantamento bibliográfico na biblioteca virtual da saúde, nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), por meio das palavras chave transversalidade e transversalização e que faziam referência aos serviços de saúde, não houve delimitação da janela cronológica para pesquisa. Foram incluídas na pesquisa todas as publicações desta temática, e após a identificação das obras, foi feita a leitura dos resumos, e selecionadas aquelas que fizeram referência ao objeto da pesquisa. Em seguida as publicações foram lidas na íntegra e realizada a identificação o conceito de transversalidade, posteriormente caracterizadas conforme o ano de publicação, base de dados, titulação/profissão dos autores e o conceito de transversalidade. A análise se realizou considerando o referencial teórico de transversalidade da Política Nacional de Humanização. Encontrou-se 7 trabalhos utilizando a palavra chave transversalização e 74 com a palavra transversalidade, totalizando 81 publicações. Entre estes, após a leitura dos resumos, foram excluídos 69 que não fizeram referência ao objeto de pesquisa, não se apresentaram na íntegra e estavam escritos em outro idioma, restando 12 publicações a serem analisadas. Entre as publicações, 5 fazem referência ao conceito

de transversalidade em diferentes níveis de gestão, 5 descrevem sobre assistência, um sobre rede e um sobre política. Verificamos nesta pesquisa que houve a ampliação da compreensão sobre os conceitos de transversalidade e transversalização complementando o conceito da PNH. Nas publicações 6 e 10 se utilizou o conceito da análise institucional onde descreve sobre os atravessamentos políticos, econômicos, sociais, culturais, sexuais e libidinais existentes em uma relação social e conseqüentemente em todas as instituições. Já nas publicações 1, 2, 3, 5, e 11 observou-se o conceito utilizado na educação, onde um tema deve estar presente em várias áreas. Averiguamos que o conceito utilizado no princípio da transversalidade da Política Nacional de Humanização ainda esta sendo insuficientemente estudado pelos profissionais dos equipamentos de saúde, e esta sendo pouco aplicado pelos gestores dos serviços, houve somente 2 trabalhos que utilizaram o conceito exato da PNH, 7 abrangeram parcialmente. Observou-se entre as publicações, apenas a publicação 6 e 9 aborda a gestão, trabalhando o conceito da transversalidade utilizado na análise institucional. As outras publicações 8 e 11 abordam a assistência. No estudo 8 se discute a transversalização da clínica, utilizando como um potencializador das ações e no 11 discute a transversalidade na prática psicossocial, ou seja, no dia a dia das ações e atendimentos realizados no serviço. Encontramos um trabalho (12) onde se estudou aplicação do conceito de transversalidade da PNH na gestão de equipamentos de saúde. E explicita que a PNH indica o fortalecimento do trabalho em equipe como estímulo a transversalidade. Para que não se perca a característica instituinte do SUS todos os profissionais da saúde devem se apropriar dos princípios da PNH e utilizá-los nas suas práticas diárias. Fomentando a figuração principal

desses sujeitos, mostrando aos gestores que os trabalhadores da saúde podem fazer seu exclusivo processo de trabalho, podendo inclusive aperfeiçoar a gestão participativa e dessa forma aumentar a transversalização das pessoas e redes incursas no atendimento aos usuários, criando assim uma gestão corresponsável. Para isso acontecer os profissionais deve pensar e criar mecanismos em rede, com a ausência de atravessamentos hierárquicos, que tenham incontestável reconhecimento da importância de diferentes saberes e uma descentralização da supervisão. Também, dispositivos internos coletivos, flexíveis e dinâmicos de troca de saberes, que motivem a valorização da experiência profissional sem minimização da experiência humana, buscando alto grau de comunicação e motivando a criação de conhecimentos subjetivos. Criando assim uma nova configuração dos serviços de saúde, com base em uma organização coerente de atendimento territorial e descentralizado. Tornando esses equipamentos metamórficos e transformadores no atendimento em saúde, se mostrando propícios para implementação de práticas que estimulem a produção de subjetividades interdisciplinares, que implicam na constituição de novas formas de se pensar, tratar, cuidar e gerir o serviço, na busca da resolubilidade da atenção em saúde. Fazendo desta forma os próprios humanos - colaboradores irão estruturar uma assistência e gestão que utilizam a PNH como norteador e que incorporem o conceito de transversalidade nas práticas do dia a dia das instituições de saúde, fazendo com que ocorra o encontro entre a gestão e a assistência. Observamos que o conceito de transversalidade e transversalização encontrado nos trabalhos transitam por definições dadas por diversos autores e por várias linhas de pensamento e que houve a ampliação da compreensão sobre

os conceitos complementando o conceito da PNH. Dentre os trabalhos, três deles fizeram referência à gestão dos serviços e trouxeram uma visão positiva do uso da transversalidade como interventora da transversalidade nos saberes e nas práticas do cotidiano do serviço, produzindo desta forma subjetividades e mudança da cultura dos trabalhadores. Podemos afirmar que apesar do pequeno número de trabalhos encontrados, a qualidade dos achados se mostra relevante e condizente com o exposto na PNH.

ACESSO A SAÚDE BUCAL: AVALIAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE

Mary Anne de Souza Alves FranãÇA, Newillames Gonçalves Nery, Francijane Diniz de Oliveira

Palavras-chave: equidade, saúde bucal, acesso

APRESENTAÇÃO: O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante na atenção a saúde. Em virtude das desigualdades nas condições de saúde bucal no Brasil, deve-se assegurar na organização da demanda a disponibilidade dos serviços de saúde considerando as diferenças entre os indivíduos. Para que o acesso a assistência em saúde bucal seja equânime é necessário ponderar questões específicas da saúde bucal e aspectos socioeconômicos e de saúde geral. Descrever os critérios de ordenação da demanda utilizados na ficha de equidade em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Goiânia. **DESENVOLVIMENTO:** A ficha de equidade foi elaborada com dados da situação socioeconômica, condições de saúde geral e bucal das famílias e seus respectivos escores. Informações como situação de trabalho (empregado ou desempregado), condições referidas (alcoolismo, tabagismo, gestante,

hipertenso e diabetes), condições de saúde bucal como dor de dente, necessidades de prótese foram dentre outras utilizadas como critérios de priorização. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** A implantação da ficha permitiu a ordenação da demanda de forma mais equânime por priorizar o agendamento relacionando os determinantes de saúde e as necessidades de saúde bucal percebidas pela família. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os critérios de priorização para agendamento na ficha da equidade em saúde bucal deu oportunidade aos profissionais de organização da demanda, onde a ordem de chegada não representa o principal critério e priorizando as famílias em situações de risco. E, além disso, esta ficha forneceu dados para que a ESB possa fazer o diagnóstico das famílias e subsídios para o planejamento das atividades.

ACIDENTES DE TRABALHO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM ENVOLVENDO MATERIAIS PERFUROCORANTES: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Leila Conceição de Paula Miranda

Palavras-chave: Acidentes de trabalho, equipe de enfermagem, saúde ocupacional

APRESENTAÇÃO: De acordo com Brasil (2002) acidente de trabalho (AT) refere-se a todos os acidentes que ocorrem no exercício da atividade laboral podendo ocasionar, no trabalhador, morte ou lesão, levando à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho. Segundo Simão et al. (2010) as doenças ocupacionais e os acidentes de trabalho constituem um importante problema de saúde pública em todo o mundo. Dentre os trabalhadores de saúde, os que têm maior probabilidade de acidentes são os de Enfermagem, especialmente os de nível médio, que são os que prestam assistência direta ao cliente.

(PAULINO, LOPES E ROLIM, 2008). Os acidentes de trabalho envolvendo material perfurocortante entre os trabalhadores de enfermagem são frequentes, sobretudo devido ao número elevado de manipulação de agulhas, cateteres intravenosos, lâminas e outros materiais utilizados na execução dos procedimentos técnicos da assistência de enfermagem e representam prejuízos aos trabalhadores e às instituições. (MARZIALE e NISHIMURA, 2004). Barboza, Soler e Ciorlia (2004) dizem que as principais causas de acidentes com perfurocortantes relacionam-se a não observação de normas, imperícia, condições laborais inadequadas, instruções incorretas ou insuficientes, falhas de supervisão e orientação, falta ou inadequação no uso de equipamentos de proteção individual (EPI). Na prevenção de acidentes, os esforços devem ser concentrados inicialmente na eliminação dos perigos e/ou eliminação dos riscos, não permitindo interação direta entre pessoas e perigos e, posteriormente, orientações e fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI). Com a combinação dessas medidas, é possível obter melhores resultados na prevenção de acidentes do trabalho e de doenças ocupacionais. (NISHIDE, BENATTI e ALEXANDRE, 2004). Diante do exposto, este trabalho trata-se de uma pesquisa que buscou conhecer a problemática dos acidentes de trabalho envolvendo materiais perfurocortantes. Porque e quando eles acontecem, quais são os principais fatores de risco predisponentes, quais medidas a serem adotadas frente a esses acidentes e as principais recomendações para preveni-los. Teve-se por objetivo geral realizar um estudo de revisão bibliográfica sobre os acidentes de trabalho na equipe de enfermagem envolvendo materiais perfurocortantes no período de 2002 até 2011. Os objetivos específicos: identificar porque e quando os acidentes com

materiais perfurocortantes acontecem; conhecer os fatores de risco predisponentes para a ocorrência de acidentes de trabalho na equipe de enfermagem com materiais perfurocortantes; identificar a ocorrência da notificação e subnotificação dos acidentes; fornecer informações sobre medidas de proteção para os trabalhadores de enfermagem; prevenir-se contra acidentes de trabalho com perfurocortantes. DESENVOLVIMENTO: A presente pesquisa foi desenvolvida por meio de uma revisão bibliográfica, retrospectiva, compreendendo os anos de 2002 a 2011, sendo realizada pela internet, buscando referenciais teóricos em artigos científicos disponíveis nas bases de dados Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Electronic Library Online). RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Os resultados obtidos com este trabalho mostram que inúmeros são os fatores relacionados com os acidentes de trabalho, na equipe de enfermagem, envolvendo materiais perfurocortantes. Dentre eles destacam-se o não uso dos equipamentos de proteção individual (EPI), a manipulação de agulhas, a dupla jornada dos profissionais, falta de atenção durante a manipulação do material e o turno diurno de trabalho. Outro dado relevante da pesquisa é que a subnotificação dos acidentes de trabalho com perfurocortantes existe e é um fator que impede o acompanhamento dos mesmos, pois se não há notificação não há dados referentes ao acontecimento, não sendo possível adotar medidas de prevenção. Foi constatado que as medidas de precauções-padrão são importantes para evitar os acidentes envolvendo materiais perfurocortantes. Assim como o treinamento da equipe de enfermagem, através da educação continuada e o correto descarte dos materiais perfurocortantes em local adequado são também medidas efetivas e necessárias que devem ser

implementadas no ambiente de trabalho para proporcionar uma maior segurança aos profissionais da enfermagem. O fato de se conhecer a problemática dos acidentes de trabalho envolvendo materiais perfurocortantes contribui sobremaneira para que os trabalhadores de enfermagem protejam-se e previnam-se contra tais acidentes. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O presente estudo de revisão bibliográfica permitiu identificar as razões da ocorrência dos acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes na equipe de enfermagem. Bem como propor medidas de proteção para os trabalhadores de enfermagem prevenir-se contra tais acidentes. Por fim conclui-se que é necessário implementar ações educativas no ambiente de trabalho para qualificar constantemente a equipe de enfermagem para a correta prática do exercício profissional além do uso adequado dos equipamentos de proteção para assegurar a sua saúde promovendo o seu bem estar geral, minimizando e reduzindo a ocorrência dos acidentes de trabalho envolvendo materiais perfurocortantes.

ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS EM TRABALHADORES DE SANTARÉM-PA

Gabriela de Cássia Oliveira dos Santos, Aragonês da Silva Franco, Marilyn Neves Nogueira, Andréa Leite de Alencar, José Walter Silva Costa

Palavras-chave: Saúde do trabalhador, animais peçonhentos, EPI

APRESENTAÇÃO: Saúde do trabalhador, por definição legal do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei 8.080 de 1990, em seu artigo sexto, estabelece que é um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção

da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Trabalhar em ambientes que oferecem más condições tanto estruturalmente quanto psicologicamente, acarreta em sérios riscos à saúde física e mental do profissional, por isso é importante a colaboração na proteção do ambiente, nele compreendido o do trabalho. ¹ O mundo do trabalho é complexo, exigindo cada vez mais novos sistemas e novas tecnologias de produção, fazendo necessária a criação de novas técnicas para controle e prevenção de acidentes. ² Cabe ressaltar a necessidade de informar aos trabalhadores e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, respeitando a ética profissional. ¹ O trabalho pode oferecer meios para gerar uma vida saudável, mas também pode gerar mortes, doenças e a incapacidade parcial ou permanente do indivíduo ao exercer suas funções. ² Os animais peçonhentos são aqueles que produzem substância tóxica, e possuem um aparelho especializado para inoculação desta substância na sua presa ou predador. ³ Devido ao alto número de notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em agosto de 2010, o agravo foi incluído na Lista de Notificação Compulsória (LNC) do Brasil, publicada na Portaria Nº 2.472 de 31 de agosto de 2010 (ratificada na Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011).^{4,5} Segundo o Tribunal Superior do Trabalho (TST), conforme o art. 19 da lei nº 8213/91, acidente do trabalho é aquele que pode ocorrer pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal, perturbação funcional que cause a morte, perda ou redução permanente ou temporária, da capacidade para o

trabalho.6 Desta forma este estudo visa averiguar o número de acidentes ocorridos em trabalhadores, causados por estes animais na cidade de Santarém-Pará, no período de janeiro de 2012 a setembro de 2015. DESENVOLVIMENTO: O presente estudo foi realizado em Santarém, Pará, e a coleta de dados foi do período janeiro de 2012 ao mês de setembro de 2015, as informações foram obtidas no SINAN. Esse banco de dados é gerado a partir da junção das informações constantes nas fichas de notificação das Secretarias Municipais de Saúde e investigação específica para o agravo: Acidente por Animais Peçonhentos. A metodologia adotada foi a quantitativa/descritiva, sendo que o modelo quantitativo considera tudo que for quantificável, traduzindo em números, opiniões e informações, fazendo-se necessário o uso de recursos e técnicas estatísticas. E o modelo descritivo pode estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza, expondo as características de determinada população. Para traçar o perfil da população acidentada foram obtidas as variáveis sociodemográficas (gênero) e aquelas relacionadas ao acidente (tipo de animal, classificação final, evolução do caso e local da picada). Após, exportou-se o banco de dados para o Microsoft Excel versão 2010, onde os dados foram tabulados e analisados. RESULTADOS: Os dados coletados apontam que no período de janeiro de 2012 a setembro de 2015, a cidade de Santarém-Pará obteve um total de 1852 casos de indivíduos picados por animais peçonhentos. Dentre esses, 237 (12%, 237/1852) casos correspondem aos trabalhadores acidentados na cidade de Santarém, Pará. A maior parte destas ocorrências aconteceram em zonas rurais 86,49%(205/237), o que denota a importância da Norma Regulamentadora 31 - NR 31, que tem por objetivo estabelecer os preceitos a serem observados na

organização e no ambiente de trabalho, de forma a tornar compatível o planejamento e o desenvolvimento das atividades da zona rural, que envolve a agricultura, pecuária, silvicultura, exploração florestal e aquicultura com a segurança e saúde e meio ambiente do trabalho.8 Na zona urbana foram 12,23% (29/237) casos, a periurbana 0,42% (1/237) e em áreas indefinidas foram 0,84% (2/237). Destes 87,76% (208/237) que foram acometidos correspondem ao gênero masculino e 12,23% (29/237) ao gênero feminino. A classificação final do acidente de leve a moderado se deu em 78,05 % (185/237) dos casos e de 20,67% (49/237) classificado como grave, houve ainda 1,26% (3/237) casos que aparecem em branco ou ignorados. Sendo a letalidade correspondente a 0,84%, significando que houve 2 óbitos no período pesquisado. Quanto ao tipo de animal peçonhento, a maioria dos casos notificados de acidentes por estes animais foram ocasionados por serpentes 56,11% (133/237) e escorpiões 33,33% (79/237), seguido pela aranha 2,10% (5/237), lagarta 0,42% (1/237) e abelha 0,42% (1/237). Outros animais peçonhentos que não foram identificados correspondem a 7,59% (18/237). Os locais mais atingidos pela picada foram os pés dos trabalhadores 43,03% (102/237), as mãos 22,78% (4/237) e as pernas 17,72% (42/237). Outras partes (cabeça, braço, e etc.) correspondem a 16,45% (39/237). CONSIDERAÇÕES FINAIS: O presente estudo, apesar de apresentar limitações em seus dados, como as dos registros de algumas variáveis em branco ou de "ignorados", foi possível delimitar a situação dos acidentes por animais peçonhentos na cidade de Santarém-Pará. Ressalta-se a necessidade de uma abordagem educativa aos trabalhadores quanto ao cuidado em realizar suas atividades laborais em locais de riscos, visando a sua proteção durante toda a jornada de trabalho. É necessária a

promoção de treinamento em segurança e saúde no trabalho, um estudo das condições de trabalho com análise dos riscos originados do processo produtivo. A maioria dos casos notificados foram por serpentes e escorpiões, o que se ressalta o uso dos equipamentos de proteção individuais (EPI's), que ajudam em medidas de controle, prevenção e minimização dos danos causados por estes animais, que envolve algumas medidas simples como usarem botas com cano longo ou botinas com perneira, evitando as picadas nos membros inferiores onde o índice foi maior, e o uso de luvas e mangas de proteção nas atividades rurais e de jardinagem. Examinar calçados e roupas pessoais antes do uso também são importantes como medida de prevenção. Fazendo com que estes trabalhadores tenham estas atitudes, ocorrerá por consequência a redução dos índices destes acidentes, efetivando dessa forma a promoção da saúde do trabalhador, principalmente do trabalhador rural, onde a situação é bem mais grave, como aponta este estudo.

AÇÕES INTERSETORIAIS PARA A PREVENÇÃO DA CONTAMINAÇÃO HUMANA E AMBIENTAL POR AGROTÓXICOS

Graziella Chaves Trevilato, Robriane Prosdocimi Menegat, Vilma Constância Fioravante dos Santos, Marilise Oliveira Mesquita, Deise Lisboa Riquinho

Palavras-chave: saúde do trabalhador, intersectorialidade

APRESENTAÇÃO: Este resumo tem origem no Projeto de Pesquisa intitulado "Impactos do Cultivo do Tabaco na Saúde do Trabalhador e na Qualidade do Solo e da Água em Propriedades dos Municípios da 'Metade Sul' do Rio Grande do Sul". Para desenvolver

o projeto, partiu-se da premissa de que a saúde do trabalhador produtor de tabaco está em situação de vulnerabilidade, e que os impactos ao meio ambiente estão relacionados a esse tipo de trabalho. Atitudes de integração entre diversos setores podem colaborar para a preservação da saúde e do ambiente em que a população rural vive, proporcionando condições de sustentabilidade na agricultura e no modo de vida. Tem-se como objetivo conhecer quais são as ações intersectoriais locais com enfoque na prevenção ao uso inadequado e contaminação humana e ambiental por agrotóxicos utilizados no cultivo de tabaco. DESENVOLVIMENTO (MÉTODO DE ESTUDO): Trata-se de um recorte de uma pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa, com perspectiva metodológica híbrida. A etapa qualitativa se desenvolveu junto aos gestores e profissionais envolvidos na questão de pesquisa e responsáveis pelas secretarias municipais de saúde, meio ambiente, agricultura e Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER) de três Municípios produtores de tabaco, que aceitaram participar do estudo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram coletados entre 2014 e 2015 por meio de entrevistas semiestruturadas e examinadas pela análise de conteúdo, e a identificação das categorias empíricas foi realizada por meio da análise temática. Foram respeitados os aspectos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº. 496, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto implementou a coleta dos dados após aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o número 18647813.5.0000.5347. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Nos Municípios do estudo, a maioria dos trabalhadores rurais trabalhava com o cultivo do tabaco. A EMATER de um dos Municípios declarou

já ter identificado problemas de saúde decorrentes do trabalho laboral dessas pessoas e, então, entraram em contato com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) buscando intervenções que resolvessem essas situações. Segundo os entrevistados, a doença da folha verde do tabaco e o alto índice de suicídio e de homicídio acometem os fumicultores de forma importante. A partir dessa constatação, a EMATER colaborou com a área da saúde ao indicar essas questões como problemas de saúde pública e ao recomendar e conduzir as pessoas aos serviços do Sistema Único de Saúde em busca de tratamento. A depressão foi considerada pelos entrevistados como o principal fator indutor do suicídio, compreendida como decorrência, inclusive, do uso de agrotóxicos. Ainda em integração com outras organizações, a EMATER de Candelária tinha uma ação conjunta com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Santa Cruz do Sul, e a partir daí realizavam reuniões mensais para discutir e debater sobre o uso dos agrotóxicos, além de outras questões pertinentes, e conseguiram verbas para realização de exames que comprovam a doença da folha verde na população exposta. A mesma EMATER desenvolvia também ações sociais baseadas em políticas nacionais e estaduais, atividades com a Secretaria de Meio Ambiente - contribuindo com campanhas de educação ambiental perpassando questões sobre agrotóxicos no meio ambiente e na contaminação da água, trabalhando junto ao Conselho Agropecuário. Além dessas parcerias, interagia principalmente com o setor saúde, participando de grupos nos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), trabalhando os assuntos suicídio e doença da folha verde e trabalhando também com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), atuando com questões como o meio ambiente e a coleta de lixo no interior. Apesar do bom

entrosamento da EMATER com a Secretaria Municipal de Saúde, nota-se a necessidade de maior amparo das políticas públicas para continuar melhorando a atenção à saúde e a organização da rede de saúde do município. Nos Municípios, a EMATER trabalhava com forte ênfase na agroecologia. Em um deles, a EMATER possuía forte relação com a EMBRAPA, Universidade e Organizações Não Governamentais (ONGs). A Secretaria Municipal de Saúde de deste mesmo Município desenvolvia ações com a EMATER, Secretaria de Meio Ambiente e Vigilância Ambiental, nessa última em escolas. Ainda na Vigilância Ambiental eram trabalhados assuntos como a Doença de Chagas, a Dengue, e orientações quanto ao cuidado com a água com a contribuição do VIGIAGUA. No mesmo Município citado anteriormente, quanto à integração com a EMATER, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) trabalhava conjuntamente no interior, e a SMS era responsável pela coleta de material para o exame de cotinina, que indica a intoxicação pela doença da folha verde. Em dois Municípios, as questões quanto à doença da folha verde e o suicídio eram trabalhadas de forma intersetorial com a EMATER, a Secretaria Municipal de Saúde através do CAPS, equipes de saúde da família e a Secretaria Municipal de Meio Ambiente, a partir do cuidado com o meio ambiente, a coleta de lixo no interior e a educação ambiental, a qual se dá geralmente nas escolas (ação conjunta com a Secretaria Municipal de Educação), e inclui na pauta a temática do uso de agrotóxicos. As Secretarias Municipais de Agricultura dessas cidades também uniam trabalhos com a Secretaria Municipal de Saúde e com os ACS, devido ao seu papel fundamental na interação com a população. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Com a pesquisa, tem sido possível aproximar a Universidade dos serviços de saúde e de apoio à agricultura nos Municípios em

questão, promovendo saberes importantes para essas entidades, beneficiando os agricultores. Além disso, pôde-se ressaltar a importância do fortalecimento das ações no âmbito do SUS, principalmente no que diz respeito à saúde dos trabalhadores rurais expostos a diversos riscos provenientes da atividade laboral, como a depressão, neoplasias, doenças crônicas. Nota-se que as instituições têm conhecimento sobre a contaminação da água por agrotóxicos, porém pouco se faz ou ainda se estuda o que fazer quanto a essa problemática. Nos municípios estudados, foram identificadas atuações da Vigilância Ambiental, Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, EMBRAPA, EMATER, Secretaria Municipal de Saúde, de Agricultura e de Meio Ambiente. Pôde-se perceber que as ações intersetoriais, juntamente com a força das políticas públicas contribuem para a preservação, manutenção e recuperação da saúde ambiental e dos fumicultores, melhorando a qualidade de vida dessa população.

AGIRES MILITANTES, PRODUÇÃO DE TERRITÓRIOS E MODOS DE GOVERNAR: CONVERSÕES SOBRE O GOVERNO DE SI E DOS OUTROS

Kathleen Tereza da Cruz

Palavras-chave: Estado, Organização, Governo, Cartografia, Micropolítica, Governamentalidade, Governo de si e Outros

APRESENTAÇÃO: O presente estudo analisa agires militantes de gestores em saúde e os territórios vivenciais forjados para si e para outro a partir de suas práticas micropolíticas, isto é, seus modos de governar. É uma pesquisa cartográfica que percorre duas experiências governamentais vivenciadas pela autora como gestora em

duas secretarias de saúde, uma municipal (2004-2006) e outra estadual (2007-2010). Foi desenvolvido e defendido como tese de doutorado na Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, dentro do Programa de Pós-graduação de Clínica Médica (FCM/UFRJ) com apoio da CAPES. Analisa as vivências da autora nesses governos, tomando-as não como uma individualidade, mas como a singularidade do modo como atravessam o seu corpo, as forças de um determinado contexto histórico. Forjam-se alguns conceitos-ferramenta “avaria”, “bússola visceral” e “Caixa de Ferramentas para Sentintes” que possibilitam produzir novos planos de análise e percorrer os desconfortos criados por um modo de exercer o poder formal de governar essas organizações, o que permite dar visibilidade e dizibilidade para ao lugar negativo que se produzia para o outro e às repercussões negativas desse tipo de política na fabricação dos coletivos gestores em organizações de saúde. Como efeito ocorre uma “torção” do olhar da pesquisadora, no sentido perceber o seu protagonismo como fabricante do mundo vivido, avariando-se sua perspectiva instrumental na relação com o outro, existente até então, e que agenciava a submissão do seu agir militante a um mundo do qual ela “sentia” ser vítima do outro – era o outro que não fazia, não sabia, o outro enunciado como “problema” das organizações. Este movimento de revisitar, estranhar e analisar estes agires, construiu linhas de fuga dos territórios instituídos da gestão e encarnados no corpo da autora como um modo de existência, em busca da fabricação de outros mundos possíveis para os coletivos e para as organizações em saúde, que fossem agenciados pela perspectiva que toma o outro como alteridade para si e não como coisa a ser manipulada, que toma a política como possibilidade de fabricação de coletivos que apostam no outro como potencia da organização. Movimentar-se

nesse sentido significou vazar as referências de um Estado dado, no sentido de produzir novas narrativas do Estado vivido como agenciamento, criando outros planos de análise sobre funcionamento vivido nas organizações de saúde e as afecções no corpo decorrentes dessa experiência no exercício do poder formal de governar a si e aos outros. Nesse sentido, se aposta em uma estética na qual partilhar o sensível é uma forma de experimentar a política, convidando o leitor a percorrer seus movimentos na produção e exploração dos elementos e dos planos que compõem os vários ambientes possíveis do conjunto da experiência, as afecções vividas, a fabricação das entradas e das saídas, os acontecimentos produzidos e produtores do agir, e o efeito dessa produção como potência do corpo para descobrir as potências de vida que escapam a razão, produzindo o algo mais que vai além do que temos consciência, abrindo-se para novas narratividades. Registra-se a exploração dessas experiências e a produção do campo de investigação que circunscreve certo campo comum de interesse que posiciona a problemática dos agires de militantes e seus modos de produzirem a si e de governarem o outro, diante do fato de que todos governam e todos são gestores. Focou-se a atenção nos desconfortos que foram revividos quando se buscava onde se situava o outro nos modos de agir e governar, liberando o desejo e a necessidade de dar voz ao que estava querendo “poder”. Narra o desenvolvimento de como se utilizou os elementos heterogêneos – como o desenhar e o pintar, o produzir imagens, o encontro com a poesia, a poesia, a produção de imagem – na fabricação de dispositivos para produzir linguagem para os interditos do campo da gestão vividos pela autora como gestora, cartografando os territórios vivenciais e seus conjuntos de práticas. Evidenciaram-se avarias que põe

em foco o tema do coletivo, evidenciando o efeito do agir líder nos mesmos, e visibilizando este modo de governar, ou seja, este agir governo que atua na produção da organização com império e do coletivo como lugar da indução a comportamentos e da captura do outro. Descreve-se o engendramento das faculdades política e médica na produção de um agir estratégico e epistêmico, constitutivos desse agir líder, e que se tornam constitutivos do coletivo vivido pela autora, como um funcionamento em cada um, fabricando um modo de governar a si ao outro a partir de um agir instrumental na relação com o outro como exercício de uma política. Desenha-se uma cartografia do território da gestão em saúde através da exploração intensa de artefatos heterodoxos para fazer falar, construindo o campo de investigação a partir da análise dos desconfortos vividos no exercício do seu agir militante em relação aos efeitos produzidos por suas políticas. Produz uma teoria sobre o agir militante no território da saúde, caracterizando os agires gestores em dois: agires guerreiro e agires estado. Agires militantes estado-guerreiro atuam na dobra constitutiva do território da gestão, deparando-se de um lado com o território material que são organizações produtoras de saúde, estabelecimentos de saúde, redes reais no lugar e no tempo e do outro lado no território dos homens, que problematiza esse processo de constituição da construção da subjetividade dos próprios militantes, dos seus modos de governo, de suas produções enquanto coletivos sentintes. Esses agires militantes, percorrem estes territórios da dobra, ora como nômades, percorrendo territórios desconhecidos, em busca dos alimentos para produção da vida, com suas bússolas viscerais, guiando-os intuitivamente de encontro em encontro, em sensações de satisfação, de compreensão, de paixão, mas também

de frustração, de angústia, de dúvidas, de medo, de solidão, de estranhamento, o que denominamos de agires guerreiro. Outra hora, como sedentários, a partir de seus controles eletrônicos à frente do aparelho de televisão (os gabinetes dirigentes), operando em saltos, entre os canais estruturados de políticas, projetos, intervenções, modelos, refugiando-se no conhecido, no reconhecido, no legitimado, no instituído, em busca de conforto, de certeza, de segurança, de previsibilidade, operando normas, receitas e resultados agires estado. Utiliza-se uma correlação entre o agir do militante com o do pintor/artista, na qual se percebe uma relação com seus projetos muito semelhante a do pintor e sua obra, o que permite abrir uma chave para discutir o campo de atuação da gestão como um território instituído na imprevisibilidade dos efeitos produzidos pelos agires tensionados constantemente por suas intencionalidades por resultados. Dessa forma, ao governar somente podemos recolher dos agires, seus efeitos a posteriori, pois não se consegue prever o que vai acontecer, somente se pode “intencionar”. Portanto, governar é intencionar resultados, mas produzir acontecimentos. O intencionar resultado é claramente atributo de um agir linha, que em sua forma estriada de produzir o espaço, tenta dominá-lo e demarcá-lo, através da produção objetos esquemáticos (dos fatos políticos) e suas respectivas imagens públicas (as marcas de governo), típicos do agir-estado. O produzir acontecimentos, é justamente o inesperado provável, o desconcertante “efeito colateral”, o incontrolável efeito nanquim, que insi em vazar a política de governo, e manchar flores e jardins os mais variados possíveis, deslocando linhas originalmente planejadas.

ANÁLISE DA EDUCAÇÃO PERMANENTE, PLANEJAMENTO E GESTÃO ATRAVÉS DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

Tatiane Fernandes Trindade, Ana Paula Gossmann Bortoletti, Alcindo Antônio Ferla, Gimerson Erick Ferreira, Érica Rosalba Mallmann Duarte

Palavras-chave: Educação Permanente, Planejamento em Saúde, Avaliação em saúde

Apresentação: A Atenção Primária em Saúde (APS) é uma das estratégias de organização e reorganização dos sistemas de saúde. No Brasil, essa estratégia deve ser vista como reordenadora da atenção à saúde, dado seu combate às iniquidades nesse campo. Corroborando com essa ideia em 2011, foi aprovada a atual versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual defende que a atenção básica (AB) deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (1). Neste contexto, o Ministério da Saúde (MS) propôs, na ação “Saúde mais perto de você”, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). O PMAQ tem por objetivo “a implantação de um modelo de gestão que valoriza cada vez mais a avaliação e a utilização desta para o planejamento, qualificação e financiamento de suas ações (2). O programa está dividido em 4 etapas, sendo a primeira a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes, a segunda etapa compreende o desenvolvimento das ações que são implementadas por meio de autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional, a terceira etapa é a avaliação externa e por fim, na quarta etapa, ocorre a recontratualização

iniciado um novo ciclo. Nesse contexto, a educação permanente apresenta papel importante para a mudança das práticas profissionais e organização do trabalho, redirecionando o modelo de atenção, uma vez que é construída a partir dos nós críticos do processo de trabalho, possibilitando a educação ascendente e a promoção de experiências inovadoras, visto que a mudança do modelo de atenção impõe a necessidade de qualificação dos serviços de saúde e de seus profissionais (1,3). A AB requer um saber e fazer em educação permanente para concretizar o novo modelo de atenção à saúde no Brasil, que visa à integralidade do cuidado com melhoria do acesso e da qualidade dos serviços ofertados (3), entretanto, essas mudanças demandam planejamento das ações com vistas a atingir o objetivo proposto. O planejamento pode ser entendido como um pacto de ações para a superação de desafios e favorece o monitoramento e a avaliação das ações implementadas, servindo de subsídio para reordenamento ou manutenção das ações. Objetivo: Este trabalho teve como objetivo analisar o impacto da educação permanente no processo de planejamento da equipe e a atuação da gestão na organização do processo de trabalho na atenção básica no Rio Grande do Sul (RS) a partir dos dados do primeiro ciclo do PMAQ. Método do estudo: Pesquisa quantitativa, transversal e exploratória, com abordagem de análise secundária de dados, a partir da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva, com testes de tendência central, qui-quadrado e comparações de frequências absolutas e relativas. Resultados: No primeiro ciclo do PMAQ, o RS teve, entre seus municípios, 69% de adesão ao programa, totalizando 827 equipes participantes, dentre as quais havia equipes da saúde da família e equipes da

atenção básica. Destas, nove não cumpriram a etapa de avaliação externa, portanto não integraram este estudo. A maioria das equipes participantes (72,1%) conta com atividades de educação permanente que envolvam profissionais da atenção básica. Dentre estas, 73,5% consideram que as atividades contemplam as necessidades e demandas das equipes e 26,5% consideram as atividades insuficientes. Com relação ao planejamento das ações, 89% das equipes haviam desenvolvido alguma atividade de planejamento nos 12 meses anteriores à pesquisa. Foi observado que equipes com atividades de educação permanente estão mais associadas às atividades de planejamento e à definição de resultados e metas. Definir resultados e metas é fundamental para a concretização dos propósitos do planejamento. Quando não se acompanham as ações que foram planejadas a fim de atingir um determinado resultado, qualquer resultado serve. É preciso pensar no que se está fazendo e onde determinada tarefa nos levará. Quanto ao apoio para o planejamento e a organização do processo de trabalho, 79,1% das equipes que realizaram atividades de planejamento nos últimos 12 meses responderam que receberam apoio. Com base nos resultados da avaliação externa do PMAQ, pôde-se perceber que as equipes contam com mais de um apoiador, não estando restritas somente ao apoiador institucional. Os resultados sinalizam que, envoltos de trabalho e cumprindo normas preestabelecidas, nem sempre os gestores conseguem perceber os vieses de seu trabalho de suas equipes. Ter um apoiador pode facilitar a tomada de decisões, fornecendo maior segurança ao gestor e à construção de meios para enfrentar as dificuldades encontradas. Todas as equipes participantes da pesquisa foram questionadas sobre o fornecimento, pela gestão, de informações que auxiliem na análise da situação de saúde: 82,8%

referiram receber um ou mais informativos. Referente ao processo de autoavaliação, 81,7% das equipes tinham realizado algum tipo de avaliação nos seis meses anteriores à pesquisa, 17,4% não realizaram e 1% não sabia ou não respondeu. A educação permanente apresenta íntima relação com os processos de planejamento e a presença de uma gestão que disponibilize informações úteis para análise da situação de saúde. O apoio da gestão na discussão dos dados de monitoramento, na realização de autoavaliação e na organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ também teve associação significativa com equipes de municípios onde há educação permanente. A evidência encontrada neste estudo, de que equipes de AB com atividade de educação permanente nos municípios estão mais associadas ao monitoramento e à análise dos indicadores e das informações de saúde, corrobora com a ideia de que a educação permanente é um ponto importante na transformação das práticas profissionais a partir da problematização da realidade apresentada. Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e ideias, compreendendo os processos e propondo soluções. Considerações finais: A presença da educação permanente mostrou-se estatisticamente significativa para os processos de mudanças e melhorias na atenção básica, sendo oportunos sua ampliação e seu fortalecimento a fim de atender às demandas das equipes de atenção básica e suas respectivas populações. Uma gestão de qualidade depende do planejamento de suas ações com acompanhamento de resultados e metas. O primeiro passo para o planejamento é o levantamento de problemas com a eleição de prioridades. Neste sentido, a autoavaliação e o acesso à informações para análise

da situação de saúde são primordiais. O PMAQ traz a autoavaliação rompendo com o aspecto negativo que muitas vezes está intrinsecamente relacionado a qualquer tipo de avaliação, promovendo mudanças por meio da identificação dos problemas e das dificuldades encontradas no próprio processo de trabalho e valorizando o que há de melhor e que se traduz em qualidade do serviço.

ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DE HOSPITAIS REGIONAIS EM UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO

João Paulo Teixeira Silva, Roberval Edson Pinheiro Lima

Palavras-chave: Hospitais Regionais, Regionalização, Rede Hospitalar

APRESENTAÇÃO: O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população. Desde a sua gênese, muito se avançou em termos de descentralização, de pactuações de objetivos e metas, entre os representantes das esferas de governo e da adoção de componentes de planejamento, entre outros aspectos. Neste sentido, a regionalização surge como estratégia de descentralização da oferta de assistência à população e possibilidade de resolução de grande parte dos agravos e doenças, o mais próximo possível da residência das pessoas, conferindo comodidade e facilitando o acesso à população. Ela se mostra, ainda, como uma diretriz organizativa capaz de melhorar a qualidade e a racionalidade da assistência de uma determinada região, unindo recursos econômicos, humanos, tecnológicos em um serviço regional a fim de que uma população de determinado

território tenha suas necessidades de saúde supridas. O hospital, no contexto assistencial, é uma instituição voltada ao diagnóstico e tratamento de pessoas, clientela com perfil interno e externo ao estabelecimento, que serve ao mesmo tempo para promover a saúde, assim como a manutenção e/ou restabelecimento da saúde do paciente. Evidencia-se sua caracterização como uma organização extremamente complexa, e com características técnico-assistenciais e administrativas próprias. Enfatizar o controle de custos nas organizações públicas corrobora com a necessidade de imprimir resultados no processo de atenção e assistência, bem como, confere status de qualificação para o exercício das funções de gerência e/ou gestão. Os resultados desse processo são uma maior produtividade, uma maior qualidade na assistência e aumento na racionalização do uso de recursos. Destaque-se que no Brasil, mediante busca em registros técnico-científicos, que o achado mais significativo é que os hospitais não fazem uso de nenhum sistema de custos que oriente e ofereça parâmetros para suas decisões administrativas, controle de atividades e investimentos. A utilização de indicadores que permitam aferição de produção e qualidade, como a Taxa de Ocupação Hospitalar (TxOH) e o Tempo Médio de Internação (TMI), dentre outros, associados às informações de orçamento e custos como o Valor Médio do Procedimento (VMP), são ferramentas importantes no planejamento e na tomada de decisão dos gestores. O objetivo deste estudo é avaliar a eficiência de hospitais regionais das principais regiões do estado do Rio Grande do Norte, à luz dos principais indicadores como TxOH, TMI e VMP. Além da avaliação do alcance e/ou impacto dos objetivos e do custo-eficácia, isto é, medir e comparar os custos e suas consequências no perfil sanitário da população, permitindo analisar a sua eficiência relativa. DESENVOLVIMENTO

DO TRABALHO: Trata-se de um estudo avaliativo de metodologia qualitativa, que incorpora a avaliação normativa e promove uma pesquisa avaliativa, buscando estudar os componentes do objeto em relação às normas e critérios e examinar as relações que existem entre os diferentes objetos da pesquisa. Para este estudo avaliativo foram selecionadas seis unidades hospitalares integrantes da rede estadual de um estado do Nordeste Brasileiro. Sendo duas unidades de pequeno porte, duas de médio porte e duas de grande porte. A escolha de duas unidades para cada classificação de porte é justificada pela possibilidade de comparação de desempenho entre unidades de mesma classificação, aferindo os indicadores, buscando possibilidades de nexos explicativos. O foco da abordagem se concentra nos elementos que traduzem o reflexo do custeio assistencial, importante componente do processo de trabalho da gestão em saúde, escalonando a análise pelo porte assistencial. Os critérios de inclusão foram: (1) ser um hospital-geral; (2) ser de gerência do poder público estadual; (3) possuir número de leitos operantes; (4) ter expressividade na assistência à demanda referenciada dentro da região no qual está instalado. O período em análise foi do ano de 2014, os dados sobre produção hospitalar e ambulatorial foram coletados nas bases de dados oficiais do Ministério da Saúde (MS), com fulcro no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), além do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) onde constam os dados sobre leitos operantes de cada unidade. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Dentre os indicadores utilizados na análise, a TxOH busca avaliar a utilização dos leitos na unidade por meio de uma relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período. O TMI é usado como critério para aferir a

quantidade de dias que um leito é ocupado. Já o VMP consiste no valor monetário médio para uma determinada internação. O valor do Giro dos Leitos (GL) é usado para representar a utilização desse durante o período considerado e a resolubilidade no tratamento, sendo calculado pela relação entre o número de pacientes que saem e o número de leitos disponíveis em determinado período. Os indicadores de VMP, TMI e TxOH tiveram seus maiores índices nos hospitais de grande porte, cujas médias foram, respectivamente, R\$ 1.453,94, 7,5 e 71%; enquanto os de médio porte obtiveram R\$ 409,10, 4,0 e 41,4%. Os índices alcançados pelos hospitais de pequeno porte seguindo os critérios supracitados foram R\$ 481,10, 3,5 e 35,7%. A análise evidenciou ainda que a TxOH e o TMI são maiores na clínica médica, onde um dos hospitais de grande porte registrou o mais elevado valor de TxOH (123,5%) e o outro da mesma categoria atingiu o maior valor de TMI (11,1). O melhor desempenho na média do GL foram dos hospitais de pequeno porte, muito embora as unidades desta categoria registrassem os valores mais extremos (um com índice 17 e o outro 5). Nos hospitais de médio e pequeno porte o TMI em leitos cirúrgicos girou por volta de 2 dias. Considerando a portaria nº 1.631/2015 do MS, a TxOH média ideal para uma unidade hospitalar está entre 80 e 85% e o TMI médio ideal é 5,5 (sendo para a clínica médica uma média de 8,0). Desse modo é possível notar que os hospitais de grande porte são os que mais se aproximam dos padrões estabelecidos. Os hospitais de pequeno porte apresentam índices bem abaixo do considerado ideal e, por realizarem mais procedimentos de média complexidade o retorno financeiro é menor, resultando em maior custo para o estado a sua manutenção. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As unidades de referência regionais têm como papel principal ofertar

assistência médica de maior complexidade à população. Entretanto, no Rio Grande do Norte, pelo excesso de hospitais regionais, a grande maioria com baixa resolubilidade e eficiência, oneram o estado que propiciam melhora da qualidade de vida da população. Assim sendo, se faz necessário repensar o perfil das unidades, analisando sua eficiência por meio de indicadores e definir quais as melhores estratégias para ofertar uma assistência racional e qualificada à população. Neste sentido, é interessante considerar a tendência internacional de que os hospitais de grande porte apresentam maior eficiência no sentido da utilização de sua capacidade potencial instalada e disponibilidade de recursos de natureza diversa, como cognitivos, tecnológicos, materiais, financeiros, dentre outros. Considerando que estes atendem a casos de maior complexidade, gerando considerável retorno financeiro à gestão, tornando-os mais sustentáveis.

ANALISE DE CONTEXTO MUNICIPAL DE MUNICÍPIOS COM ADEÇÃO DOS TIPOS 1 E 2 AO PROGRAMA DE FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM MINAS GERAIS

Lucília Nunes de Assis, Eliete Albano de Azevedo Guimarães, Juliana Vaz de Melo Mambrini, Filipe Curzio Laguardia, Nayara Dornela Quintino, Zélia Maria Profeta da Luz

Palavras-chave: ação intersectorial, integralidade em saúde, vigilância da saúde

A Vigilância da Saúde (VS) propõe a articulação das ações de promoção, de screening, de proteção e de assistência para o enfrentamento de problemas de saúde de indivíduos e de grupos (causas determinantes, riscos, agravos ou danos), tendo por base o território, a intersectorialidade e a avaliação dos

processos desenvolvidos. Esse modelo subsidia a integração das ações pertinentes à Vigilância Epidemiológica (VE), Vigilância Sanitária (Visa), Vigilância Ambiental (VA), Vigilância da Saúde do Trabalhador (Visat) e Promoção da Saúde pela articulação entre serviços da VS e Estratégia de Saúde da Família (ESF), além de considerar o contexto das políticas públicas, intersetoriais à saúde, implementadas. Políticas de saúde recentes apresentam diretrizes para a reorientação das ações e serviços da VS e da Atenção Primária à Saúde (APS), na perspectiva da integralidade dos serviços em rede e também no que tange às práticas de saúde intersetoriais. O Projeto Estadual de Fortalecimento da VS (PFVS) em Minas Gerais (MG) visa a descentralização desses serviços de forma articulada à ESF, na perspectiva do alcance da efetividade das ações de VS. O objetivo do estudo foi caracterizar municípios com adesão ao PFVS segundo políticas públicas relacionadas aos determinantes da saúde. Procedeu-se a um estudo de casos múltiplos com abordagem quantitativa. Os municípios-caso foram selecionados dentre os 853 municípios de Minas Gerais-MG considerando o porte populacional (Departamento de Informática do SUS-DATASUS, 2012), as metas alcançadas no PFVS (Sistema Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas/GEICOM da Secretaria do Estado de Saúde-SES/MG, 2013) e o Índice Mineiro de Responsabilidade Social-IMRS (Fundação João Pinheiro/MG, 2013). O IMRS, com variação de 0 a 1, foi classificado a partir do referencial das faixas do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal-IDHM. Assim, os municípios, quanto a um cenário de políticas públicas, podem apresentar nível muito alto (0,800-1,000); nível alto (0,700 a 0,799); nível médio (0,600 a 0,699); nível baixo (0,500 a 0,599) e nível muito baixo (0,000 a 0,499). Após análises estatísticas prévias de correlação utilizando

o coeficiente de Spearman (valor $p < 0,05$), oito municípios-caso foram selecionados: seis municípios de adesão tipo 1 ao PFVS com IMRS de maior diferença para caracterizar situações opostas e pareados segundo porte populacional (menos de cinco mil habitantes-hab.; de cinco a menos de 20 mil hab. e de 20 a menos de 50 mil hab.) e dois municípios-caso com adesão tipo 2 ao PFVS, com resultado de meta alcançada nesse Projeto em contraste e porte de 500 mil a menos de um milhão de hab. Os municípios de adesão tipo 3 não foram incluídos por constituírem menos de 0,5% dos municípios do estado. A caracterização dos municípios-caso foi feita por meio de uma análise descritiva dos índices das políticas públicas e respectivas tendências no âmbito dos 853 municípios de MG. Utilizou-se o Programa de Análise Estatística R, versão 3.0.0 (2013-04-03). Os dois municípios com adesão tipo 1 ao PFVS, de menor porte e IMRS de valores opostos, formaram o único par que se diferenciou quanto ao cenário da assistência social. Os demais pares de municípios-caso, independente de IMRS ou resultado de metas no PFVS diferentes, apresentaram índices de assistência social semelhantes, classificados como médio ou baixo. Nos municípios-caso o Índice de Renda/Emprego não encontrou relação com as políticas de assistência social. Destaca-se que a predisposição no conjunto de 853 municípios mineiros foi de uma associação inversa entre o desenvolvimento de políticas de assistência social e o Índice de Renda/Emprego do município ($p < 0,0001$). A responsabilidade municipal com a cultura local identificou-se pela disponibilidade de equipamentos diversos como museus, teatros, cinemas, bibliotecas, centros culturais, grupos artísticos, dentre outros, além da presença de estruturas gestoras na área. Nesse setor, os municípios-caso de adesão tipo 1 ao PFVS, com melhor IMRS, se destacaram. Situação contrária ocorreu

para o par de municípios com adesão tipo 2 ao PFVS que se diferenciavam pelos resultados alcançados no mesmo, visto que o de pior resultado apresentou melhor Índice de Cultura. Os municípios de adesão tipo 1, com melhor IMRS, tiveram destaque na responsabilização quanto à educação. O par de municípios com adesão tipo 2 ao PFVS, de resultado em contraste quanto ao mesmo, não obteve diferenças entre seus Índices de Educação. Dentre os oito municípios-caso apenas um alcançou nível de responsabilização médio (0,600-0,699) quanto ao setor educação, os demais ficaram entre baixo ou muito baixo, como cerca de 94% dos municípios mineiros. Todos os municípios-caso comparados entre si, com melhor IMRS ou melhor resultado no PFVS, apresentaram melhores Índices de Esporte/Lazer/Turismo. Os municípios-caso de adesão tipo 1 e 2 ao PFVS, respectivamente, com melhores IMRS e melhor resultado no PFVS, também obtiveram melhores condições ambientais. Faz-se constar que dentre os 853 municípios os melhores Índice de Saneamento/Habituação/Meio Ambiente estavam nos municípios maiores ($r=0,48$; $p < 0,0001$) e com melhor renda ($r=0,18$; $p < 0,00001$). Os municípios-caso de maior IMRS apresentaram melhor resultado quanto à segurança pública. Já os municípios-caso comparados pela distinção entre os resultados no PFVS, apresentaram correlação inversa, sendo que o de melhor resultado no Projeto foi o que teve pior segurança pública dentre todos. Em geral, nos municípios de MG, os sub-índices do IMRS referentes à renda/emprego e segurança pública não se relacionaram ($p > 0,05$), sendo que quanto maior o porte populacional, pior foi a situação da segurança pública ($r = -0,11$; $p < 0,001$). Os resultados apontaram que os municípios-caso de IMRS em contraste, independente do tipo de adesão ao PFVS, apresentam maior disparidade quanto às

políticas públicas analisadas e que nem sempre as mesmas estiveram relacionadas à renda ou porte do município. O contexto municipal do município de adesão 2 ao Projeto, com melhor resultado quanto às metas pactuadas, não foi mais favorável no que tange à responsabilização com a assistência social, cultura, educação e segurança pública. A identificação prévia desses diferentes contextos favorece a melhor compreensão da descentralização da VS, visto que a capacidade de gestão dos municípios é determinada por desigualdades sociais, econômicas, políticas e pelos mecanismos de gestão adotados. Portanto, faz-se necessário aprofundar o estudo no âmbito dos municípios-caso, a fim de se obter maiores explicações quanto a possíveis condicionantes dos serviços da VS/ESF e respectivas ações de vigilância desenvolvidas.

ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS REGIÕES DE SAÚDE: A APROXIMAÇÃO ENTRE OS MUNICÍPIOS

*Vilma Constanca Fioravante dos Santos,
Adriana Roese*

Palavras-chave: Regionalização, Política de Saúde, Consciência Regional

APRESENTAÇÃO: A descentralização das Políticas Públicas no Brasil, em conjunto com sua redemocratização, é um fator que contribui para que o Estado se aproxime das pessoas. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos anos de 1990 com suas Normas Operacionais Básicas (NOB), os Municípios foram responsabilizados pela provisão de serviços e organização de sistemas municipais de saúde. A integração destes sistemas municipais tem sido pensado no âmbito do SUS a partir das Redes de Atenção em Saúde (RAS) que

compõem em conjunto as Regiões de Saúde, estes arranjos tem a intencionalidade de fortalecer as estruturas municipais e superar as desigualdades regionais no campo no que concerne a oferta de serviços em saúde. Tem-se como objetivo analisar as dificuldades enfrentadas pelos Municípios em estudo na efetivação da organização das Regiões em Saúde. Desenvolvimento do Trabalho Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa. A área empírica em estudo é composta por 6 Municípios articulados em uma das 30 Regiões de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul. O Decreto 7.508 de 2011 que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde provocou a necessidade de os Estados repensarem o seu mapa de saúde a partir do novo conceito de Região de Saúde adotado. O Rio Grande do Sul promoveu o redesenho territorial das suas Regiões de Saúde, em 2012, com a resolução 555/2012/CIB/RS, esta normatização alterou a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Estado, aproximando Municípios limítrofes e objetivando maximizar a capacidade instalada dos Municípios. Este estudo é financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) do Brasil e a Secretaria de Estado da Saúde do RS/SES-RS no âmbito do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde, sob chamada FAPERGS/MS/CNPq/SESRS n. 002/2013. Resultados Análise preliminar dos dados da pesquisa apontam para dois eixos de análise, um deles voltado à configuração regional que aglutinou Municípios anteriormente estranhos uns aos outros e a presença de uma Metrópole no desenho regional. O fato de que a reorganização dos Municípios se deu em nome da idealização de uma configuração em que sejam possíveis novas e flexíveis formas de agenciamento

entre os Municípios ainda é perpassada pela manutenção de um modelo de territorialização, ainda da década de 1950, quando eram então chamadas de Delegacias ou Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Este processo histórico no Sistema de Saúde brasileiro implicou em o Estado em estudo atualmente possuir 30 Regiões de Saúde redesenhadas distribuídas nas 19 CRS's já existentes. O impulso promovido pelo Decreto 7508 de 2011, provocou a transição de Municípios entre as CRS, no redesenho de algumas das Regiões de Saúde. Esta situação foi apontada pelos entrevistados como um retrocesso na discussão política e nas negociações com a Gestão Estadual. Isto está relacionado ao fato de que, as diferenças de estrutura organizacional dentro das CRS implicam diretamente nas condições institucionais para negociar e tencionar junto ao Estado recursos para o Municípios. Outro fator que interfere na capacidade de articulação e negociação regional é o amadurecimento das discussões entre os representantes municipais e estaduais nas arenas decisórias, que tem sido dificultado em função das mudanças político-administrativas. O processo de descentralização na Região de Saúde é impactado pelas disparidades em relação à densidade populacional e a distribuição e concentração das tecnologias e especialidades nos Municípios. Os gestores municipais apontaram que o crescimento demográfico não foi acompanhado pelo aumento da capacidade instalada e do teto financeiro para subsidiar os serviços de saúde. A realidade da região em estudo com a inserção de uma Metrópole em seu desenho regional conforma relações que interferem no entendimento que se tem sobre o papel desempenhado por esta enquanto referência em saúde para a região e para o Estado. Essa situação traz dificuldades aos Municípios para a organização em Regiões de Saúde e a responsabilização pelo

compartilhamento regional dos serviços de média e alta complexidade. A cooperação e a solidariedade regional são fragilizadas pela relação intermunicipal com a Metrópole, concentradora da maior densidade tecnológica. O não compartilhamento de forma equânime dos serviços desta, na Região de Saúde, é interpretada pelos municípios como uma forma inadequada de distribuição da oferta tecnológica. Mesmo frente ao posicionamento da região, a perspectiva da gestão de saúde da metrópole é de que sua relação regional não se sobrepõe à estadual. Tendo em vista que, a oferta de serviços deveria ser balizada pelas necessidades dos usuários, pois a experiência da metrópole demonstra que se isso ficasse à critério dos municípios, estes resolveriam individualmente suas filas de espera com recursos da Capital. O processo de articulação política em âmbito regional é reconhecida como incipiente pelos entrevistados. A Metrópole é identificada como um dos atores que exerce mais força nas decisões regionais e estaduais. Neste contexto, os Municípios consideram a possibilidade de que, a Metrópole deveria compor uma única Região de Saúde, ou talvez estar separado das regiões, representando unicamente uma referência Estadual. Considerações Finais O processo de descentralização vertical, do Estado para os Estados e Municípios, é permeado de elementos que evidenciam o quanto alcançar resultados mais equitativos e efetivos demanda que as Políticas Públicas sejam afinadas à realidade local. No caso em estudo verifica-se que, o agenciamento dos Municípios em Regiões de Saúde traz consigo possibilidades importantes ao desenvolvimento local e, também, retrocessos no que concerne à perda do que já havia sido consolidado no âmbito das negociações que por ventura já haviam sido firmadas por municípios que tinham entre si interesses incomuns e que

até mesmo poderiam estar em recortes territoriais diferentes. As dificuldades enfrentadas na efetivação deste complexo arranjo organizacional demanda inovações no âmbito da gestão pública, especialmente para resolver problemas concretos que emanam do processo de atender especificidades que ora são locais, ora regionais. Possivelmente, um dos desafios mais vultuosos neste contexto seja da promoção de relações mais solidárias entre os municípios que possuem entre si diferentes capacidades técnicas e de capacidade instalada para o atendimento das necessidades em saúde da população.

APLICAÇÃO DO CICLO PDCA COMO FERRAMENTA GERENCIAL EM UM HOSPITAL DE REFERENCIA DO SUS

Vivian Gomes Mazzoni, Leylane Porto Bittencourt, Myllena Cândida de Melo, Mônica Villela Gouvêa

APRESENTAÇÃO: do que trata o trabalho e o objetivo; O objetivo é relatar a aplicação do ciclo PDCA como ferramenta gerencial em um hospital quaternário do SUS, promovendo diálogo constante entre os sujeitos, de modo a adequar processos gerenciais e enfrentar conflitos e tensões que possam vir a comprometer a qualidade da assistência. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: descrição da experiência ou método do estudo; Para atender aos objetivos propostos adotou-se o Ciclo PDCA (do inglês Plan-Do-Check-Act). Trata-se de ferramenta gerencial de avaliação e de execução de processos. O PDCA foi originalmente desenvolvido, na década de 30, pelo estatístico americano Walter A. Shewhart e popularizado, na década de 50, pelo especialista em qualidade W. Edwards Deming. O Ciclo PDCA é também conhecido como Ciclo de Shewhart, Ciclo da Qualidade ou Ciclo de Deming, e é extremamente útil

para a solução de problemas e nesse sentido, poucos instrumentos se mostram tão efetivos para a busca do aperfeiçoamento organizacional. A ferramenta faz referência ao estímulo e incorporação de uma cultura de avaliação orientada por um paradigma educativo em que é preciso problematizar a maneira de pensar, perceber, julgar e avaliar constantemente. Nos últimos 70 anos, após a publicação da proposta de Shewhart, o ciclo tem contribuído no processo de estruturação do pensamento, ordenação de esforços e planejamento de projetos ou mudanças. Vale ressaltar que, durante todos estes anos, o método foi aperfeiçoado, passando a incorporar diferentes etapas com modelagem cíclica em que cada uma das etapas possibilita o desenvolvimento da fase seguinte. Em geral, constitui uma ferramenta de gestão simplificada em que se faz necessário identificar o objeto do processo de trabalho, além de definir a matriz de responsabilidades, estabelecer as medidas de controle e analisar o fluxo de todas as etapas necessárias para completar o ciclo de realização. São estas características que fazem do PDCA uma ferramenta ativa em que todos os atores relacionados ao processo de trabalho têm participação e propriedade diante de cada uma das suas etapas. O Ciclo PDCA é dividido em 4 partes ou etapas, como se segue: P (Plan) = Planejar; D (Do) = Executar; C (Check) = Verificar e; A (Act) = Agir. Cada uma destas etapas é responsável pela retroalimentação do ciclo e contribui, sobremaneira, para a tomada de decisões. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa; O PDCA vem sendo utilizado como ferramenta para a educação continuada de trabalhadores de enfermagem. O planejamento de sua aplicação envolveu quatro fases que serão descritas a seguir. A fase 1 consistiu no planejamento das temáticas, teorias e/ou processos que

serão desenvolvidos com as equipes, nessa fase foram desenvolvidos os instrumentos que serão utilizados para os treinamentos posteriores: avaliação inicial, dinâmicas de grupo e avaliação final do treinamento. A fase 2 envolveu dois momentos. a) Treinamento das lideranças setoriais em relação à temática anteriormente planejada, utilizando os instrumentos necessários, e b) Replicação do treinamento pelas lideranças setoriais aos membros de sua equipe, incluindo a aplicação da avaliação inicial e das dinâmicas necessárias. Na fase 3 foram adotados rastreadores. Foram selecionados pacientes de uma lista de pacientes ativos, de forma a “rastrear” suas experiências por todo o hospital. Os pacientes selecionados foram os que passaram por vários setores ou serviços complexos e, portanto, tiveram mais contato com várias partes do hospital. A abordagem através dos rastreadores acompanhou a experiência de certo número de pacientes por todo o processo de cuidados de saúde do hospital e permitiu identificar problemas em uma ou mais etapas do processo de cuidados ao paciente ou nas interfaces entre os processos. Os rastreadores são de dois tipos: rastreadores de paciente individual e rastreadores de sistemas (gestão de medicamentos, prevenção e controle de infecção, gerenciamento e segurança de instalações, sala de operação, central de suprimentos estéreis, endoscopia). Este relato diz respeito à aplicação de rastreador de paciente individual, com o intuito de verificar a aquisição do conhecimento do treinamento anteriormente realizado pelas lideranças setoriais e pela equipe de enfermagem que presta assistência direta ao paciente. Durante a aplicação do rastreador individual, o avaliador precisa analisar o prontuário do paciente com a equipe responsável pelos cuidados e tratamento do paciente e posteriormente entrevistar o paciente e/ou a família (se isso for apropriado

e a permissão for concedida pelo paciente e/ou pela família), utilizando instrumento específico de coleta de dados. Na fase 4, a gerência receberá a análise das avaliações iniciais e finais, realizadas pela equipe, além do relatório dos rastreadores, verificando quais os processos que estão falhos, o que precisa ser melhorado e o que precisa ser treinado novamente, além de, elencar indicadores, para monitoramento de todo o processo. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O ciclo PDCA é um método gerencial de tomada de decisões que visa garantir o alcance das metas necessárias e pode auxiliar para uma administração voltada para a melhoria contínua. Por meio de suas etapas, espera-se que os resultados obtidos, e também o próprio processo em si, sejam melhorados, formando uma espiral de qualidade ascendente. A essência do ciclo PDCA é a ideia de que as saídas de um processo geralmente formam parte das entradas do processo subsequente, formando um circuito de realimentação de informações para a tomada de decisões sobre o controle da qualidade do processo. O Ciclo PDCA tem como objetivo exercer o controle dos processos, podendo ser usado de forma contínua para seu gerenciamento em uma organização, por meio do estabelecimento de uma diretriz de controle (planejamento da qualidade), do monitoramento do nível de controle a partir de padrões e da manutenção da diretriz atualizada, resguardando as necessidades do público alvo.

ARTICULANDO A PRODUÇÃO DE SAÚDE EM REDE: MAPEAMENTO DOS SERVIÇOS INTERSETORIAIS DE APOIO ASSISTENCIAL PARA O CIS/UNP

Emanuelly Souza, Haíla Morais, Gerlândio Medeiros, Jéssica Silva, Alice Nascimento, Lívia Lima

Palavras-chave: saúde, ferramenta, gestão

Este trabalho é fruto de um projeto de intervenção desenvolvido durante a disciplina Estágio Básico em Psicologia e Processos de Saúde, do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Potiguar (UnP). O projeto foi realizado no Centro Integrado de Saúde (CIS) da referida universidade, um serviço-escola que oferece assistência multidisciplinar à saúde aberta à comunidade, objetivando contribuir para a formação acadêmica de futuros profissionais de saúde, numa perspectiva de integralidade do cuidado, baseando-se nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, na tentativa de sanar uma carência observada nas instituições que formam a rede de assistência municipal, o projeto tentou a construção de uma cartilha composta por informações sobre os serviços disponíveis, organizados sob a forma de uma rede intersetorial de apoio assistencial, com vistas a facilitar e agilizar os encaminhamentos necessários aos casos atendidos pelos estagiários de Psicologia do serviço. O projeto utilizou-se do método qualitativo e da pesquisa-intervenção, fazendo uso de um questionário semiestruturado aplicado aos colaboradores do CIS, com o intento de averiguar as dificuldades vivenciadas na condução dos casos clínicos e dos encaminhamentos necessários, e os serviços importantes que deveriam constar no material a ser construído. Com base nos dados auferidos, foi produzida uma cartilha que poderá auxiliar no tratamento psicoterapêutico, nela constando informações sobre serviços na área jurídica, da assistência social, da saúde e da segurança. Espera-se, com a proposição desse trabalho, galgar maior agilidade nos encaminhamentos, redução da fila de espera por atendimento e fortalecimento da intersectorialidade na atenção à saúde.

AS CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO NO SUS*Senir Santos da Hora*

Palavras-chave: Saúde, Trabalho, Crise,

APRESENTAÇÃO: O estudo pretende analisar os impactos da crise do capital nas relações de trabalho no SUS. Nesse sentido, faz-se necessário destacar as transformações societárias contemporâneas em uma perspectiva histórica, analisando os seus fundamentos e seus impactos na vida social. Em primeiro lugar, inicio, procurando analisar o processo de crise capitalista na particularidade brasileira e as respostas engendradas pelo capital por meio da mundialização financeirização e da contrarreforma do Estado, no bojo do ideário neoliberal. Em segundo lugar, e justamente por isso, busca-se mostrar de maneira sintética os impactos da crise estrutural do capital nas relações de trabalho no SUS, elucidando a forma sangrenta de retração de direitos trabalhistas e/ou previdenciários dos servidores públicos. Ao fim, torna-se premente a abordagem dos impactos das medidas de austeridade, que visam à recuperação do equilíbrio econômico, sobre a vida da classe trabalhadora, na medida em que sugerem corte de despesas em políticas sociais, com expressivo corte no orçamento da política de saúde. Logo, podemos afirmar que estamos vivendo uma crise duradoura, sistêmica, crônica e permanente que atinge a própria estrutura de produção e reprodução do capital. As observações que se seguem têm o objetivo limitado de escrutinar alguns pontos básicos da crise estrutural do capital, sem por outro lado, deixar de situar a crise do sistema capitalista enquanto expressão de suas próprias contradições, no âmbito da dinâmica da acumulação. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica qualitativa, desenvolvida no período de doutoramento

da pesquisadora, onde são apresentadas, a partir de uma análise de produção teórica, as tendências atuais e desafios da política de saúde para os trabalhadores do SUS, seja pelas formas de enfrentamento das novas expressões da questão social, seja pelas novas configurações dos espaços sócios - ocupacionais e ainda pelas condições sociais que circunscrevem o trabalho na atual conjuntura. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: A crise é inerente ao modo de produção e não há possibilidades de existência do capitalismo sem crise, pois ela é funcional ao seu modo de produção: é por meio dela que o capitalismo se restaura e cria as condições necessárias à sua existência. Pois, a crise não é entendida como um acidente de percurso, nem algo aleatório ou independente do movimento do capital. Estamos vivendo à contradição mais radical do capital, que vem acarretando, entre tantas consequências, profundas mutações no interior do mundo do trabalho: de um lado forças produtivas sem precedentes, de outro lado uma desumanização do trabalho, marcada pelo enorme desemprego estrutural e pelo crescente contingente de trabalhadores em condições precarizadas. Pois, a crise tem efeito destrutivo, não para o capital, mas para a classe trabalhadora. Esta crise atinge hoje o seu grau mais perverso, com a negação dos direitos, cujas tendências destrutivas se estendem por toda parte, através da expropriação e violação das condições fundamentais de vida da classe trabalhadora, com o desmonte dos direitos historicamente conquistados, com a corrosão do trabalho por meio do aumento da precarização das relações e condições laborais – além da informalidade de metade da população economicamente ativa -, com a desorganização política dos sujeitos coletivos e com a criminalização dos movimentos sociais. Não obstante, essa crise, vai exigir profundas transformações macrossocietárias, com mudanças

regressivas nas relações entre Estado e sociedade civil, em um quadro de recessão, impulsionado pelo aumento do desemprego e do subemprego, da radicalização das desigualdades e da pobreza, assim, como da regressão das políticas sociais, mediante o processo de privatização, mercantilização e refilantropização. CONSIDERAÇÕES FINAIS: No Brasil, desde o ano de 1990, as crises implicaram em ausência de investimentos em políticas sociais. Nesse sentido, cabe afirmar a tese de que a redução de investimento em política social vem corroborando para a elevação da precarização do trabalho. Um dos maiores cortes, das medidas de austeridade, atingiu a política de saúde, com redução de 11,77 bilhões em seu orçamento, conforme explicita a Programação Orçamentária e Financeira para o ano de 2015, além de outras medidas que alteram os direitos dos servidores públicos e dos demais trabalhadores do Regime Geral da Previdência Social, cujas reformas para as leis trabalhistas flexibilizam cada vez mais as relações e condições laborais estabelecidas no SUS. O ajuste fiscal vai permitir que a União alcance o superávit primário de R\$ 55,3 bilhões dos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social, conforme prevê a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) 2015. O que podemos constatar é que as medidas de austeridade, executadas no atual governo, seguem as diretrizes propostas pelos organismos financeiros internacionais. Estes, particularmente o Banco Mundial e o FMI têm um único interesse, que é o promover um aquecimento nas relações econômicas e financeiras internacionais, sob o discurso de equilíbrio econômico. Esse processo desencadeado propicia alterações nas relações e condições de trabalho na esfera estatal, principalmente no âmbito do SUS. Essas características do mundo do trabalho contemporâneo – polivalência, terceirização, subcontratação,

queda salarial, crescimento de contratos de trabalhos temporários, desemprego – afetam todas as profissões. Na esfera estatal, a forma de inserção dos trabalhadores, mediante a realização de concursos públicos vem sendo modificada pelo aumento das contratações temporárias e da terceirização das atividades profissionais via cooperativas, fundações, entidades filantrópicas e organizações não governamentais, que ratificam a grande tendência de precariedade das relações e condições de trabalho, e, ainda, as contradições e tensões no campo das políticas públicas, do ponto de vista de suas racionalidades.

ASSISTÊNCIA À MULHER NO SEGUIMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM UMA REGIÃO DE SAÚDE*Ana Cristina Bortolasse de Farias*

Palavras-chave: Teste Papanicolaou, Rede de Atenção à Saúde, Equidade de Acesso, Estratégia de Saúde da Família

APRESENTAÇÃO: Nas últimas décadas, o câncer tornou-se um problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que para ano 2030, no mundo, haja 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas com a doença. Uma eficiente medida para redução da mortalidade é o rastreamento abrangente e constante que pode reduzir óbitos por câncer de colo de útero em mais de 70% em relação às populações não assistidas. A finalidade do rastreamento é detectar alterações celulares em estágios iniciais para que procedimentos de intervenção sejam oportunos, ou seja, assegurar o seguimento destas mulheres. Dados estaduais apontam que mais de 60% das mulheres com alteração celular do colo do útero em Mato Grosso do Sul não estão sendo seguidas

pela rede de atenção à saúde, fato que compromete as intervenções precoces. Diante ao exposto, este estudo objetivou analisar o fluxo assistencial estabelecido para as mulheres com resultado do exame citopatológico alterado a partir de entrevistas realizadas para profissionais da rede básica e especializada, com base no protocolo de Diretrizes e fluxos assistenciais estabelecidos pelo Ministério da Saúde. **DESENVOLVIMENTO:** Estudo transversal na microrregião de Nova Andradina tendo como cenário os municípios que a compõem: Angélica, Anaurilândia, Batayporã, Ivinhema, Nova Andradina, Novo Horizonte do Sul, Taquarussú e Dourados, sendo este último, sede da macrorregião de saúde e referência para a assistência de alta e média complexidade. Foram elaborados quatro diferentes formulários para entrevista, 01 para profissionais da atenção primária (33 entrevistas), 01 para coordenadores municipais de saúde da mulher (07 entrevistas), 01 para os profissionais do sistema de regulação municipal e de referência para região (08 entrevistas), e 01 para profissionais da atenção especializada (04 entrevistas). Cinquenta e dois profissionais foram entrevistados, abrangendo todos os pontos assistenciais relacionados à assistência à mulher. Os quatro instrumentos tinham dois blocos, o primeiro, comum a todos (Sexo, faixa etária, profissão, tempo de trabalho e treinamento/capacitação para atuar na área). No segundo bloco do instrumento destinado aos profissionais da atenção básica foi inquirido sobre os fluxos assistenciais (forma de registro do resultado, conduta da equipe, acompanhamento à mulher, instrumentos utilizados e barreiras enfrentadas para o seguimento nos níveis de maior complexidade). Aos coordenadores municipais da saúde da mulher foi questionado como é realizado o

monitoramento do seguimento dos exames com resultados alterados e quais estratégias para assegurar o atendimento dos casos de câncer do colo do útero. O instrumento aos serviços de regulação investigou o processamento dos encaminhamentos, sistema de recebimento e autorização dos mesmos, forma de deslocamento do paciente e o mecanismo de comunicação com a mulher. O instrumento da atenção especializada para média e alta complexidade buscou listar os procedimentos executados, formas instituídas para o monitoramento do tratamento e identificação das dificuldades do setor. As entrevistas foram realizadas entre os meses de dezembro de 2013 e março de 2014. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, CAAE: 29402114.3.0000.0021. **RESULTADO:** Todos os procedimentos especializados preconizados pelas Diretrizes Brasileiras para o seguimento do câncer do útero estão disponíveis na rede, exames de colposcopia, biopsias; exereses da zona de transformação/cirurgia de alta frequência; conização do colo uterino, radioterapia, quimioterapia e cirurgia de colo uterino. As entrevistas com atenção primária apontam falhas quanto à conformidade entre resultados de exames e intervenções. Grande parte dos exames com resultados como, “células escamosas atípicas indeterminadas provavelmente não neoplásicas” e “lesão intraepitelial de baixo grau”, 16 (48%) e 26 (78,8%) respectivamente, são encaminhados para outros níveis de atenção quando a recomendação é tratar no nível local. Por outro lado, lesões que devem ser encaminhadas, dos 33 profissionais da atenção primária entrevistados, 07 (21,21%) afirmam tratar no nível local. Não há acompanhamento efetivo no encaminhamento das mulheres com resultado de exame alterado, quando 18 (54,54%) unidades de atenção primária,

os profissionais orientam as mulheres a procurar o serviço de regulação do próprio município e em 09 (27,27%) a procurar diretamente o serviço de referência. Para os casos em que é necessário encaminhar para a sede da macrorregião, todas as unidades de saúde, 33 (100%), solicitam que a mulher procure o serviço de regulação do município de origem para agendamento. Em 27 (81,8%) das unidades de saúde não há informações de contra referência da assistência e/ou tratamento realizado nas mulheres encaminhadas aos serviços especializados. Na atenção primária, 25 (75,8%) citam dificuldades para seguimento ao tratamento das mulheres com exame alterado. Dentre eles, 14 (42,4%) apontam dificuldade para agendar exames complementares, 11 (33,3%) afirmam falta de vagas para realizar o agendamento para a primeira consulta nos outros níveis de complexidade e 09 (27,3%) dificuldades para consultas subsequentes. Dos sete coordenadores municipais da saúde da mulher 01 informou receber e registrar o resultado do exame. Em seis municípios a coordenação não registra. Referem que o monitoramento da assistência é feito pelo Sistema e Informação do Câncer (SISCAN) ou por meio de reuniões de equipe. Conforme os coordenadores do sistema de regulação dos municípios, a paciente é informada sobre a sua agenda de atendimento na atenção especializada por meio de contato telefônico em 06 (75%) municípios, que também notificam a equipe de ESF, ou seja, há duas ações para comunicar a mulher sobre seu agendamento. Dourados, município de referência para os demais, comunica o serviço de regulação do município de origem, sem contato com a paciente. Todos os municípios que encaminham se responsabilizam pelo transporte das mulheres. Dos 04 profissionais da atenção especializada, 02 afirmam que há demanda reprimida para a

assistência à mulher. Motivos relacionados à gestão e estrutura do serviço como a falta de material, equipamentos e de profissionais, além de estrutura inferior à demanda. Uma das preocupações expressas pelos entrevistados foi o atendimento da mulher com diagnóstico tardio, em estágios avançados, o que dificulta o tratamento e o prognóstico de cura. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estudo identificou que embora os fluxos assistenciais estejam previstos nas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, os mesmos estão sem coordenação. A falta dessa gestão é um importante componente explicativo para os resultados ruins encontrados na região e que motivaram esta pesquisa: 70% das mulheres com alterações celulares de colo de útero não são seguidas e o estado tem um dos maiores índices de mortalidade por câncer do colo do útero. Evidenciou a necessidade de aprimorar o atendimento às mulheres sob dois aspectos. Um deles trata da qualificação dos trabalhadores, onde, cada nível de atenção à saúde da mulher execute assistência que lhe é definida pelos protocolos clínicos, ampliando a capacidade resolutiva. O segundo aspecto aponta para a necessidade de melhorar os sistemas de acompanhamento entre os pontos de atenção, mantendo a mulher permanentemente no foco e a colocando nos pontos de atenção previstos para a respectiva linha do cuidado. Afinal compete ao sistema de saúde e não ao cliente a garantia do acesso à assistência. Consideramos este estudo de suma importância dado o seu relevante diagnóstico de falhas em uma política pública instituída e deve ser analisado pelos tomadores de decisão para a adoção de novas práticas visando a efetivação da rede de assistência.

ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO PELA SAÚDE SUPLEMENTAR NO MUNICÍPIO DE DOURADOS-MS

Laura Caroline Mendonça Thiry, Fabiane Melo Heinen Ganassin, Rogério Dias Renovato

Palavras-chave: Saúde Suplementar, Envelhecimento, Serviços de Saúde para Idosos, Supplemental Health, Aging, Health Services for the Aged

APRESENTAÇÃO: O rápido envelhecimento populacional no Brasil causou uma mudança na característica demográfica e epidemiológica da população, dando lugar a doenças crônicas e incapacidades funcionais, o que leva o aumento da procura de serviços de saúde. A qualidade do envelhecimento terá relação direta com os gastos em saúde, assim as políticas públicas de saúde e social deverão considerar a manutenção da capacidade funcional e a promoção a saúde. Para tanto, o Brasil possui diversas políticas públicas voltadas para o idoso. Dentre elas, a Política Nacional da Pessoa Idosa (PNSPI) - Portaria nº2.528 de 19 de outubro de 2006 - que tem como principal finalidade a recuperação e a autonomia e independência do idoso, através de medidas coletivas e individuais em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, surgiu o interesse de pesquisar sobre o sistema de saúde suplementar e suas políticas de saúde para com o idoso, em conhecer melhor tal sistema voltado a pessoa idosa no âmbito de Dourados/MS, uma vez que este sistema deve estar em consonância com as políticas públicas de saúde para o idoso. Atualmente, o sistema de saúde brasileiro oferece três tipos de contratação de serviços: os públicos, que englobam o SUS; o sistema de saúde suplementar, com seus planos privados pré-pagos individuais ou coletivos e os serviços

de contratação direta pelos indivíduos. A saúde suplementar foi regulamentada no ano de 2000 com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão de regulação, normatização e fiscalização das atividades que garantem a assistência à saúde privada. O envelhecimento da população está afetando a saúde suplementar de forma rápida, visto que a estrutura etária dos beneficiários está ficando cada vez mais envelhecido, em uma comparação com a população brasileira no ano de 2010, o contingente de beneficiários com 60 anos ou mais era de 11, 1%, ao passo que o da população total era de 10,8%. Segundo um estudo relacionado ao ano de 2008, observou-se o aumento da adesão de beneficiários com faixa etária a partir de 25 anos e idosos com 80 anos ou mais, as mulheres são as que mais possuem planos de saúde, a renda percapta, também é fator influenciador para adesão aos planos de saúde, em média, indivíduos com renda entre 2 a 3 salários mínimos, alegam possuir plano de saúde. Além disso, também foi estudada a escolaridade, inferindo que enquanto a maioria de idosos sem plano de saúde possui nível de instrução correspondente a no máximo o ensino fundamental, os idosos com plano de saúde apresentam ensino superior e ensino médio. Os idosos são os principais utilizadores da saúde suplementar, em relação a contratação de planos de saúde a faixa etária que mais cresce, é a de idosos. Observa-se um contínuo crescimento dessa faixa etária, em março de 2013 os idosos ocupavam 12,9 % de pessoas com 59 anos ou mais. O envelhecimento da população nem sempre esteve entre as preocupações do país, porém com o rápido aumento da população idosa, tornou-se um ponto a ser estudado, já que o Brasil atinge características demográficas de países de primeiro mundo, mesmo que seus sistemas e instituições não condigam com esse cenário. No Brasil algumas iniciativas da década de

60 tiveram impacto para a construção das políticas brasileiras para a pessoa idosa, que foi a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia em 1961, que promovia obras sociais e iniciativas de amparo a velhice. Atualmente dentre as leis que amparam a saúde do idoso, em âmbito nacional, estão a Política Nacional do Idoso (PNI), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), e Estatuto do Idoso em âmbito municipal da cidade de Dourados/MS, a Política Municipal da Pessoa Idosa e do Conselho Municipal da Pessoa Idosa, Lei nº2717 de 29 de novembro de 2004. Assim, com base no que foi visto, o Brasil em termos de legislação está se mobilizando para melhorar a qualidade de vida durante o envelhecimento. Logo, torna-se relevante conhecer o que a saúde suplementar tem feito e está fazendo para melhorar a saúde da população mais envelhecida, de forma que o objetivo deste projeto de pesquisa é descrever as atividades de assistência à saúde do idoso oferecida pelo sistema de saúde suplementar atuante no município de Dourados/MS, no período de 2010 a 2015. Identificando as atividades de saúde disponibilizadas aos idosos e relacionar as propostas de assistência à saúde do idoso ofertadas pelo sistema de saúde suplementar com a Política Municipal da Pessoa Idosa de Dourados/MS. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Este estudo terá caráter descritivo com abordagem qualitativa. Será realizado na cidade de Dourados/MS, no âmbito comercial e administrativo das empresas operadoras de planos de saúde, a população alvo será os gestores das operadoras de assistência a saúde que serão contatados pessoalmente ou através de telefonema. A participação dará mediante a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A coleta de dados será realizada através de entrevista semiestruturada com uso de gravador de áudio para transcrição

da fala do participante, as entrevistas darão início logo após aprovação do Comitê de Ética e serão marcadas previamente para um melhor desenvolvimento. A análise de dados será realizada através da técnica de Análise de Conteúdo. IMPACTOS: Espera-se que com este estudo seja possível conhecer as políticas de saúde voltadas para a pessoa idosa no sistema de saúde suplementar através das operadoras de plano de saúde de Dourados/MS e quais atividades de saúde são ofertadas a essa população, uma vez que as políticas públicas de saúde do idoso visam principalmente a qualidade de vida, independência e autonomia do mesmo. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Esta pesquisa surgiu do interesse em conhecer as políticas públicas voltadas para o idoso na saúde suplementar e ações de saúde oferecidas a essa população, já que as políticas públicas estão em consonância com as diretrizes do SUS. Assim, espera-se que os objetivos deste projeto sejam alcançados, permitindo conhecer melhor as relações entre a saúde da pessoa idosa no sistema suplementar e as políticas de saúde voltadas aos mesmos.

ATENÇÃO AO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL: UMA ANÁLISE A PARTIR DE DADOS DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)

Silvia Troyahn Manica, Luciana Barcellos Teixeira, Maria de Lourdes Drachler, Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira

Palavras-chave: câncer do colo do útero, atenção básica em saúde, saúde das mulheres

APRESENTAÇÃO: O câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais incidente em mulheres e o sétimo na população em geral, com cerca de 530 mil novos casos e 270 mil óbitos no mundo em 2012, o equivalente

a 7,5 % das mortes por câncer no sexo feminino. No Brasil foi o terceiro tumor mais incidente em mulheres e a quarta causa de mortalidade feminina por câncer no referido ano. Visando reduzir estas altas taxas de incidência e mortalidade, o exame citopatológico do colo do útero, método de rastreamento do câncer do colo do útero, possui sensibilidade e especificidade aceitáveis, baixo custo, segurança na realização e boa aceitação pelas mulheres, o que lhe confere relevância para a saúde pública. O Ministério da Saúde preconiza a realização trienal do exame citopatológico do colo do útero, correspondendo a coberturas anuais de 33,3% da população alvo de rastreamento da doença, mulheres de 25 a 64 anos de idade. O alcance da cobertura preconizada desses exames em mulheres nesta faixa etária tem sido considerado o componente mais importante da atenção básica à saúde dessa população no que diz respeito à redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. Visando melhorias nos processos de trabalho das equipes de atenção básica e ampliação do acesso e da qualidade dos serviços prestados à população feminina brasileira. Este trabalho tem como objetivo investigar a atenção ao câncer do colo do útero ofertada pelas equipes de atenção básica participantes do PMAQ. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Estudo epidemiológico, observacional, descritivo e de base nacional, que utilizou dados de entrevistas realizadas com profissionais coordenadores de 17.202 equipes de atenção básica participantes do PMAQ em 2012. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: No que diz respeito à realização do exame citopatológico do colo do útero, 97,3% das equipes de saúde de atenção básica entrevistadas informou realizá-los na unidade de saúde. Durante as visitas domiciliares 83,1% das equipes informou que seus agentes comunitários de saúde

realizavam a busca de mulheres elegíveis para realização do exame citopatológico do colo do útero. Nestas unidades de saúde 55,3% não possuíam o registro do número de mulheres com exames citopatológicos em atraso, 82,7% possuíam o registro de mulheres com exames citopatológicos alterados e 87,7% realizava o seguimento das mulheres após o tratamento realizado. A divulgação e sensibilização da importância da realização do exame citopatológico ocorreu em 92,3% das equipes de saúde. Estes resultados sugerem que a quase totalidade das equipes de saúde participantes do PMAQ informou realizar exames citopatológicos do colo do útero no serviço de saúde. De acordo com dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), em 2012 o Sistema Único de Saúde realizou mais de oito milhões de exames na população alvo do rastreamento da doença no Brasil, contudo este número de exames parece insuficiente, conforme indicado pela cobertura nacional de exames citopatológicos do colo do útero de 15,8% naquele ano. Um elemento importante para a elevação das estimativas de cobertura desses exames é o recrutamento sistemático de mulheres para a realização do exame citopatológico. Contudo, 16,9% das equipes de saúde referiu que seus agentes comunitários não costumam adotar tal prática. Além disso, mais da metade das equipes de saúde informou não controlar a periodicidade com que o exame citopatológico é realizado, isto é, nestas equipes se desconhece o número de mulheres em atraso que algum dia compareceu ao serviço de saúde para realizar este exame e, até mesmo, o número de mulheres que nunca realizou o exame citopatológico. Este cenário é típico de um programa de rastreamento oportunístico, dado que o programa organizado de rastreamento do câncer do colo do útero ainda não foi implementado no Brasil. De

maneira geral o rastreamento oportunístico ocorre quando a pessoa procura o serviço de saúde e o profissional aproveita o momento para rastrear alguma doença ou fator de risco. Por esse motivo, não considera o recrutamento e o controle sistemático da população alvo do rastreamento da doença. Embora essa forma de proceder seja a predominante na maioria dos serviços de saúde no mundo é menos efetiva no impacto sobre a morbimortalidade atribuída à condição rastreada, o que provavelmente justifica as altas taxas de incidência e mortalidade do câncer do colo do útero em países em desenvolvimento como o Brasil. O número de equipes que possuíam o registro de mulheres com exames citopatológicos alterados e que realizava o seguimento das mulheres após o tratamento realizado, apesar de satisfatório, também pode ser aperfeiçoado, dado que este acompanhamento é considerado indispensável, pois essas mulheres se tratadas de maneira adequada, não apresentarão evolução para lesão invasiva, o que contribuirá para a diminuição da incidência e mortalidade do câncer do colo do útero no Brasil. Ademais, mesmo que 92,3% das equipes de saúde tenham informado realizar atividades de divulgação e sensibilização da importância da realização do exame citopatológico do colo do útero, este percentual também deve ser ampliado. Esta divulgação e sensibilização para a comunidade sobre a importância deste exame possuem extrema relevância para redução da morbimortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. Sobretudo porque esta doença possui cerca de 100% de chances de cura, podendo ser tratada em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos quando diagnosticada e tratada precocemente, o que representa, portanto, grande melhoria na sobrevivência e qualidade de vida das mulheres. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A realização do

exame citopatológico e demais ações do rastreio sob responsabilidade das equipes de atenção básica participantes do PMAQ devem ser problematizadas, sobretudo, porque estas equipes têm divulgado e realizado o exame, no entanto, não possui registros das mulheres que o realizam e tampouco sobre o intervalo em que estes exames têm sido realizados. Esta falta de controle das ações que compõem a atenção ao câncer do colo do útero tende a gerar um contingente de mulheres super-rastreadas e outras em atraso na realização do exame citopatológico. Além disso, identificou-se que as equipes de atenção básica participantes do PMAQ necessitam qualificar o registro de mulheres com exames citopatológicos do colo do útero alterados, pois este registro é essencial para assegurar a realização dos procedimentos diagnósticos e encaminhamento para tratamento dos casos confirmados de câncer. Entende-se que a melhoria dos indicadores da atenção ao câncer do colo do útero investigados neste estudo deve ser foco do Sistema Único de Saúde para garantir a atenção integral à saúde das mulheres em todo o país.

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE FORTALEZA É COORDENADORA DO CUIDADO E CENTRO DE ATENÇÃO DAS REDES PRIORITÁRIAS DEFINIDAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE?

Érica Larissa Fontenele do Vale, Luana Pereira do Nascimento Lima, Kellinson Campos Catunda, Milena Bezerra Oliveira, Andressa Pontes Araújo, Francisca Aparecida Pinheiro Cavalcante, Lucia Conde de Oliveira

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Atenção Primária em Saúde, Redes de Atenção à Saúde

O Sistema Único de Saúde vem sendo organizado numa rede regionalizada

para prestar atendimento integral a sua população. Nesse sentido, vem se estruturando a atenção primária em saúde numa tentativa de reorientação do modelo de atenção à saúde. Para avançar nesse processo o Ministério da Saúde resolveu instituir as Redes de Atenção à Saúde (RAS), reforçando o papel da atenção primária como coordenadora e ordenadora do cuidado em saúde, ao mesmo tempo em que definiu cinco redes prioritárias para serem estruturadas. Desta maneira, segundo Santos e Andrade (2013) para superar tais fragilidades do sistema de saúde, as redes de atenção são pensadas como um novo modelo de gestão e de organização alternativo ao estabelecido até então, caracterizado através da burocracia, da verticalização, da hierarquização e da setorização. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza contratou a assessoria de Eugênio Vilaça Mendes para orientar o processo de implantação das redes de atenção no município. Analisar a atuação da Atenção Primária em Saúde (APS) de Fortaleza como coordenadora do cuidado e como centro de atenção das redes prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde. Desta forma, tem-se como objetivos específicos: caracterizar o funcionamento da APS de Fortaleza; identificar os avanços e visualizar os desafios postos para a efetivação da integralidade no sistema único. Esta pesquisa é de natureza qualitativa. Para elaboração, deste estudo, foi necessário um aprofundamento do referencial teórico com pesquisa bibliográfica, além de um levantamento documental. Desse modo, dentre os documentos que definimos como referenciais para análise da configuração atual das RAS e dos serviços e ações ofertados na APS, estão: a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988; Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 e lei 8.142/1990; decreto nº 7.580/2011; portaria nº 1.459/2011; portaria nº

4.279/2010; Política Nacional de Atenção Básica/2012; e referenciais legais e estudos teóricos sobre o tema. Ademais, fez-se necessário o trabalho de campo e as observações sistemáticas, como técnicas de pesquisa, no intuito de perceber como as diretrizes e regulamentações propostas pelo Ministério da Saúde estão sendo colocadas em prática. Para isso, selecionamos dentre as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), a Dr. Jurandir Picanço, na qual desenvolvemos a pesquisa durante o período de junho, julho e agosto de 2015. Utilizamos como critério, para seleção da unidade, a classificação das regionais, indicando quais as UAPS laboratórios para implementação das redes no município. A pesquisa seguiu as normas éticas previstas na Resolução 466/2012, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE. A Unidade de Atenção Primária em Saúde, selecionada para o estudo, fica localizada na secretaria Regional V em Fortaleza. Foi fundada em 1982. Atende uma população de 17.500 pessoas. Nela estão quatro equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e cada equipe atende, em média, 4.200 pessoas. As equipes são compostas por 21 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cinco médicos (dois servidores, um médico contratado pelo Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB), e dois médicos contratados pelo programa Mais Médicos), três dentistas, cinco auxiliares de enfermagem, três agentes de saúde bucal. Considerando os dados acima, percebe-se a flexibilização do trabalho, caracterizando o processo de precarização das relações trabalhistas que compromete a qualidade dos serviços pela insegurança dos trabalhadores e a descontinuidade do trabalho que dificulta a formação de vínculos com os usuários. Acerca da área de abrangência, a unidade tem a quantidade ideal de quatro equipes de ESF, que se responsabilizam por atender 22 micro áreas,

das 25 que compõem a região adscrita. Há, portanto, três áreas que estão descobertas, das quais os usuários devem buscar informações diretamente na Unidade de Saúde. No que se refere ao espaço físico, é importante ressaltar a UAPS dispõe de uma boa infraestrutura, foi sendo modificado ao longo dos anos e passou por uma reforma no ano de 2013, melhorando as instalações e as condições de atendimento. Apesar da recente reforma e da boa estrutura atual da unidade de saúde, ainda há problemas com equipamentos, principalmente, os odontológicos. A partir das observações foi possível perceber as fragilidades na organização e gestão dos serviços na UAPS e, principalmente, em estabelecer diálogos com os demais serviços de saúde, resultando nos pontos desarticulados das RAS e nas respostas insuficientes as necessidades da população. Nesse contexto, ficou evidente a dificuldade em realizar encaminhamentos referenciados, pela limitação de oferta dos serviços especializados de média e alta complexidade, e de medicamentos e insumos básicos. Cinquenta por cento da carga horária de trabalho das equipes de saúde da família concentra-se no atendimento da demanda espontânea, fragilizando a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde. Quanto ao fluxo de usuários na unidade de saúde, conforme observações realizadas, é maior no turno da manhã. O início da tarde apresenta pouca movimentação, considerando que nesse horário os atendimentos realizados são apenas os que possuem horário marcado e o atendimento à demanda espontânea inicia-se apenas às 16 horas. Durante todo o dia, há grande rotatividade de usuários no Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC), onde é realizado o agendamento de consultas e exames, além de esclarecimento de dúvidas. Em outra situação pudemos observar que há aparente despreparo no atendimento ao usuário, ao demonstrar

atitudes aparentemente apáticas diante das demandas dos usuários. Os registros dos diários de campo obtidos durante as observações sistemáticas permitiram obter as informações que foram sistematizadas. A UAPS na qual está sendo realizada a pesquisa não consegue oferecer assistência à saúde de forma a suprir as necessidades da população, considerando que não oferece sequer todos os serviços que estão programados para serem realizados, seja por falta de insumos, de material ou de capacitação profissional no que diz respeito a um tratamento mais humanizado ao usuário. Entretanto, os indícios apresentados são resultados da parte inicial da pesquisa que serão aprofundados, portanto, na medida em que a pesquisa de campo prosseguir teremos novos elementos que favorecerão maior propriedade para conclusões mais elaboradas. Embora, já se constitui como instrumento de profunda importância para compreender as complexidades, limitações, dificuldades e desafios impostos à garantia de uma atenção à saúde baseada na integralidade, na longitudinalidade e na capilaridade.

ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PMAQ-AB – UM TRABALHO DE EQUIPE

Ana Carolina Oliveira Peres, Maria Eduarda Pereira Caminha, Rafael Sebold, Ana Izabel Jatobá de Souza, Ana Lúcia Schaeffer Ferreira de Mello

Palavras-chave: Avaliação em saúde, Atenção Primária à Saúde, Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde, Melhoria de Qualidade

Apresentação: Diante do desafio de planejar a gestão municipal de saúde, o governo

normatiza os compromissos entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) em torno de prioridades que são relevantes para saúde pública brasileira. A partir de tal normatização surge o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), considerado uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para qualificar a Atenção Básica (AB) por meio de incentivos financeiros às equipes de saúde mediante pactuação de metas de qualidade. O principal objetivo do PMAQ é induzir e ampliar o acesso de forma a contribuir para melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais, além de instituir a cultura da avaliação e do monitoramento em saúde. Um dos mecanismos que viabiliza esta pactuação é o Plano de Saúde, que apresenta uma análise detalhada dos indicadores de saúde do município. O PMAQ iniciou em Florianópolis - SC no ano de 2012 e o Programa se mostrou potente estratégia de formação e fortalecimento do trabalho em equipe do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) realizado em parceria entre Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Universidade Federal de Santa Catarina. Para propor ações de acordo com os indicadores que precisavam de melhorias, as equipes realizavam uma autoavaliação que as permitia elaborar uma matriz de intervenção e assim, definir os papéis de cada membro no desenvolvimento das ações para cada meta pactuada. Dessa forma, profissionais e residentes participaram de todas as etapas do PMAQ: avaliação interna da equipe, planejamento coletivo das ações e realização das ações. O presente estudo teve como objetivo analisar as ações que foram adotadas pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF), com o apoio da REMULTISF para alcançar as metas pactuadas no

Pacto Municipal de Saúde e na melhoria dos padrões avaliados insatisfatoriamente na AMAQ, após a implementação do PMAQ-AB em 2012, em um Centro de Saúde no município de Florianópolis. Desenvolvimento do Trabalho: Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritiva e analítica, com referencial teórico metodológico no Estudo de Caso. Utilizou-se dados secundários e análise de documentos disponibilizados pelo município, tais como as atas de reuniões de equipes e de planejamento geral da Unidade Básica de Saúde (UBS), os relatórios de produção do Sistema de Informação Municipal (INFOSaúde), as planilhas de planejamento da AMAQ e a matriz de intervenção do PMAQ proposta para a UBS eleita para o caso. A análise incluiu duas dimensões: as estratégias adotadas pelas equipes da UBS, e a participação dos residentes nas ações desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Odontologia e Enfermagem para os indicadores selecionados. Resultados: O Pacto Municipal de Saúde é o instrumento de planejamento da SMS no qual consta estratégias, diretrizes, objetivos e indicadores para o desenvolvimento da saúde no município. A partir de indicadores de pactos anteriores, um plano de monitoramento para as mudanças foi elaborado, agregando diretrizes provenientes de oficinas municipais e dimensões de acesso, baseadas em revisões de literatura. A escolha dos indicadores ficou limitada àqueles que podiam ser monitorados e avaliados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), por este ser o único instrumento disponível para alimentação e acompanhamento das EqSF de maneira individualizada. Dentre os 47 indicadores selecionados do Pacto Municipal, a UBS do estudo avaliou insatisfatoriamente e priorizou 7 padrões que interferem diretamente nos indicadores relacionados à saúde bucal, saúde da mulher e saúde

da criança, propondo para eles ações de intervenção. A partir da priorização, as EqSF adotaram estratégias em busca da melhoria do acesso pela população aos serviços e também para alcançar as metas pactuadas. Foram adotadas 5 (cinco) estratégias: 1 – Reestruturação do Grupo de Gestantes; 2 – Reorganização das atividades do Programa Saúde na Escola; 3 – Ampliação do acesso para prevenção do câncer de colo de útero; 4 – Promoção do aleitamento materno exclusivo; 5 – Ampliação do acesso à 1^a consulta odontológica programática; Em todas as estratégias adotadas, as residentes de odontologia e enfermagem atuaram de maneira ativa desde o planejamento até a realização das ações. O quadro abaixo sintetiza as estratégias planejadas e as ações geradas. **ESTRATÉGIA-AÇÃO GERADA:** Reestruturação do Grupo de Gestantes Realização do Grupo de Gestantes no território Integração profissional-residentes-usuários no ambiente de trabalho (CS); Promoção da autoavaliação e monitoramento das ações da equipe; Reorganização das atividades do Programa Saúde na Escola (PSE) Integração intersetorial; Criação e Realização do Grupo de Escuta para o PSE; Ampliação do acesso para prevenção do câncer de colo de útero Manutenção da oferta do nº de consultas de enfermagem para realização do preventivo; Promoção do aleitamento materno exclusivo Fortalecimento do trabalho multiprofissional na realização do Grupo de Bebês Ampliação do acesso à 1^a consulta odontológica programática Avaliação clínica em saúde bucal no território; Aumento da oferta de vagas para 1^o consulta odontológica programática; Aumento das ações coletivas de escovação bucal supervisionada; Porém, a realização dessas ações foram expressivas e efetivas apenas para os atores envolvidos ativamente nesse processo: Funcionários da UBS, residentes e comunidade. Para a gestão, as equipes não conseguiram atingir as metas pactuadas para os indicadores,

pois a produtividade numérica do residente não é computada para os profissionais das equipes as quais os residentes estão inseridos, apesar da pró-atividade, da atuação de forma crítico-reflexiva, pautado no trabalho em equipe e na construção coletiva junto da coordenação, funcionários e junto aos usuários da UBS, sendo capaz de contribuir na dinâmica do território, promovendo saúde e prevenindo agravos. Considerações Finais: Com a realização desse estudo, foi possível identificar a partir das ações, as fortalezas e fragilidades presentes nas relações de trabalho e como estas se modificam em prol de metas, de melhorias de acesso aos usuários, e no desenvolvimento do trabalho em equipe. O maior desafio encontrado foi conferir maior visibilidade ao trabalho realizado pelo residente, uma vez que, quando este assume a liderança e execução da ação, sua produção não pode ainda ser contabilizada para a EqSF, impossibilitando o registro pelo PMAQ. A participação dos residentes no processo de implantação do PMAQ, oportunizou à REMULTISF, o aprendizado para a gestão articulando conhecimento e prática multiprofissional na atenção básica.

AUDITORIA NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE FISIOTERAPIA DO SUS: PROPOSTA DE PROTOCOLO

Fabiane Costa Santos, Ítalo Ricardo Santos Aleluia, Hugo Moura Santos, Jailson Souza Santos Júnior, Juliana Correia Bahia, Marcus Vinicius Mendes Santana, Rafael Rego Souza, Suzane Paixão da Silva

Palavras-chave: auditoria, Fisioterapia, serviços

APRESENTAÇÃO: A auditoria de serviços de saúde tem como objetivo verificar a eficiência, eficácia e efetividade da atenção prestada ao usuário e no Sistema Único de

Saúde(SUS)éumaatividademultiprofissional que demanda a participação de diferentes categorias profissionais (BRASIL, 2004). Nos SUS, o aumento na produção ambulatorial de Fisioterapia, nos custos com atendimentos e no quantitativo de serviços próprios e terceirizados são fatos que desafiam o controle da qualidade na atenção prestada e exigem do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) ferramentas e estratégias capazes de monitorar o processo de auditoria nesses serviços (ALELUIA, 2012; SANTOS et al., 2011). Evidências apontam a ausência dos profissionais de Fisioterapia na auditoria do SUS como importantes desafios na especificidade e validade das auditorias em serviços fisioterapêuticos (SANTOS et al, 2010; ALELUIA e SANTOS, 2013). Atualmente as ferramentas existentes para auditoria de serviços de Fisioterapia mostram-se de baixa aplicabilidade e reprodutibilidade, com importantes fragilidades de escores e pontuações que permitem emissões de julgamento mais consistentes e estimativas de implantação (MASCARENHAS, 2010a 2010b). Esse estudo teve como objetivo propor um protocolo de auditoria para os serviços ambulatoriais de Fisioterapia do SUS. MÉTODO: Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem descritiva realizado em duas etapas. A primeira correspondeu a uma extensa revisão de literatura através de artigos científicos, documentos institucionais do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), com vistas à identificação de dimensões e critérios que pudessem compor o protocolo. A revisão bibliográfica considerou documentos publicados entre 200 a 2014 e foi realizada nas bases de dados Lilacs, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde e portal Latin Science, para os artigos. Para os documentos normativos consultaram-se as publicações disponíveis nos sites do MS e COFFITO. Foram incluídos

artigos e documentos que tratassem da avaliação normativa de serviços de saúde, relativas às questões de legalidade, estrutura física, recursos humanos, organização e funcionamento e gestão de resultados. Nesta etapa, encontrou-se 150 artigos, 17 documentos técnicos do MS e 11 documentos do COFFITO. Ao final, foram utilizados 69 documentos pertinentes na construção do protocolo, cujas informações foram sistematizadas em uma planilha qualitativa para organização das informações. Os critérios foram organizados em blocos e construiu-se um escore simples para cada um. A segunda etapa correspondeu à submissão da proposta preliminar do protocolo a um processo de validação com 16 auditores de Saúde Pública, lotados em diferentes estados do Brasil. O objetivo da validação foi obter o melhor grau de consenso possível dos participantes, com relação aos blocos e seus respectivos critérios que emergiram da revisão de literatura. Nesta etapa, utilizou-se o Método Delphi (HARTZ e VIERA-DA-SILVA, 2005), em rodada eletrônica única, de forma individual e anônima, obedecendo à seguinte sequência: (1) elaboração de convite para os auditores e envio por email; (2) construção de um formulário eletrônico contendo os blocos e critérios propostos, utilizando a ferramenta Google Drive; (3) encaminhamento do formulário eletrônico via email, para os participantes; e (4) análise e tratamento dos resultados. Para cada critério os participantes deveriam exprimir seu grau de concordância através de uma escala numérica que variava de zero (discordo totalmente) a dez (concordo totalmente). Ao final de cada bloco, existiram campos para o registro de sugestões. Os resultados da validação foram analisados considerando a média aritmética e o desvio padrão (DP) das pontuações atribuídas pelos participantes para cada critério. Sendo assim, adotou-se como

padrão para permanência do critério uma média > 7 e DP < 3. Considerou-se também as sugestões qualitativas. Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) de Salvador-Ba e aprovada sob parecer nº 024939/2015. Todos os participantes assinaram o TCLE. RESULTADOS: A proposta final do protocolo consistiu na verificação inicial das características do serviço que permitam compreender suas especificidades administrativas e, portanto, possibilitar a comparabilidade com a situação de outros serviços de fisioterapia da rede SUS e a reauditoria para reavaliação do impacto que as modificações e recomendações pós-auditoria tiveram sobre o serviço. O protocolo final obteve como resultado os seguintes blocos de verificação: (1) adequação normativa, relacionados aos aspectos legais e burocráticos de rotina dos serviços de Fisioterapia essenciais para o funcionamento; (2) estrutura física, que inclui aspectos de acessibilidade arquitetônica, segurança e conforto do ambiente; (3) recursos materiais, que inclui os equipamentos mínimos para funcionamento, armazenamento, manutenção, cadastramento e atualização; (4) recursos humanos, que dispõe sobre o cadastramento e atualização dos profissionais no CNES; obediência à jornada de trabalho estabelecida em lei, registros obrigatórios, dentre outros; (5) organização e funcionamento, relativos à organização do processo de trabalho; e (6) gestão de resultados, correspondente às estratégias baseadas em resultados para melhoria e aperfeiçoamento de suas falhas, visando aumentar a qualidade e a satisfação dos usuários. A averiguação da conformidade dos blocos supracitados deverá ser o produto do julgamento em relação ao cumprimento de cada critério organizado nos blocos, a partir da correspondência

entre as informações produzidas em roteiros de observação in loco e levantamento documental (produto desta pesquisa), para atribuição da pontuação final do critério. Na distribuição da pontuação dos critérios propõe-se um escore simples com pesos diferenciados para itens considerados indispensáveis e de maior relevância para o serviço. Assim, o objetivo é que o auditor, de posse das informações coletadas na observação e análise documental possa julgar se o serviço cumpre ou não o critério estabelecido ou se sua característica administrativa se aplica ao que está sendo averiguado. Em situações nas quais, administrativamente, o serviço não se enquadre no critério proposto, o auditor terá a opção de atribuir o “não se aplica”, cujo escore global final deverá ser redistribuído em virtude desta situação. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Essa pesquisa teve como objetivo propor um protocolo de auditoria para os serviços ambulatoriais de fisioterapia do SUS próprios, contratados e/ou conveniados. As informações produzidas na revisão de literatura permitiram a construção de um instrumento que abrangesse o máximo de quesitos relevantes nos serviços de fisioterapia, a fim de proporcionar uma visão ampla sobre os aspectos da estrutura, processo e resultados. Em virtude do crescimento significativo dos custos com atendimento, da produção ambulatorial, e do quantitativo de convênios e contratos com serviços privados de Fisioterapia, espera-se que a proposta deste instrumento possa viabilizar uma melhor sistematização, oferecendo praticidade nas auditorias nos serviços de Fisioterapia do SUS, já que a falta/escassez de profissionais fisioterapeutas nas equipes auditoras de saúde pública põe em déficit a visão específica dos fatos encontrados nas auditorias fisioterapêuticas. Ademais, espera-se que essa ferramenta possa servir de instrumento para realização de pesquisas

avaliativas que permitam estimar o grau de implantação das conformidades nos serviços, permitindo comparabilidade entre distintos tipos de prestadores (públicos, privados e filantrópicos). A proposta deste protocolo não reduz a importância da construção de novos instrumentos nem a relevância da participação do fisioterapeuta nas equipes de auditoria do SUS. Novos estudos que possam contribuir com informações para a gestão dos serviços públicos de Fisioterapia são cruciais, principalmente no que diz respeito aos aspectos relativos à auditoria destes serviços.

AUDITORIA OPERACIONAL NA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE: 10 PASSOS IMPORTANTE PARA AVALIAÇÃO DA CONFORMIDADE E DO DESEMPENHO

Manases José Bernardo de Lima, Breno Cesar Spindola

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Auditoria em Saúde, Gestão por Resultados

Apresentação do e o objetivo do trabalho: O objetivo do sistema de controle é verificar seus registros e procedimentos, de maneira sistematizada, permanente e periódica, funcionando de maneira harmônica. O que implica na existência de procedimentos e instrumentos adequados. O sistema de auditoria reforça a figura dos quatro “es” da auditoria de gestão, detalhadas na obra de Rocha e Quintiere (2008), quais sejam a Economia, a Eficiência, a Eficácia e a Efetividade (GLOCK, 2008). De acordo com Catelli (2009), a missão do controle é viabilizar a aplicação dos conceitos de gestão econômica dentro da empresa otimizando seus resultados, deixando de ser um controle puramente a posteriori, para destacar-se também como controle prévio e concomitante das ações governamentais

(SANTANA, 2010). De acordo com a Lei Complementar nº 141/2012, a avaliação de gestão em saúde passa pelo controle periódico do cumprimento dos objetivos da gestão, de suas atribuições e da melhoria dos indicadores de saúde (BRASIL, 2012). Todavia, apesar da diretrizes estabelecidas, não se identifica instrumentos e procedimentos sistematizados para avaliar a qualidade da gestão em saúde na esfera municipal. A auditoria é uma atividade de gestão obrigatória no processo de condução e desenvolvimento do sistema de saúde. Desta forma, é fundamental a construção de proposta de processos e procedimentos de auditoria em saúde que possibilitem uma avaliação de conformidade e desempenho de uma gestão de saúde na esfera municipal. Os Princípios e Exigências Constitucionais são definidos no Capítulo VII que trata da administração pública, estabelecendo princípios basilares: LEGALIDADE, IMPESSOALIDADE, MORALIDADE, PUBLICIDADE.... e a “EFICIÊNCIA”. Esta última trazida pela Emenda Constitucional 19, a qual traz consigo outros princípios como: Economicidade, Eficácia e Efetividade. Este trabalho objetivou propor um Programa de Auditoria para avaliação da conformidade e do desempenho da gestão em saúde na esfera municipal. Desenvolvimento do trabalho: descrição da experiência ou método do estudo: estudo inovador e original, de paradigma teórico-metodológico positivista, do tipo avaliativo, método indutivo; e fenomenológico e fenomenográfico, não experimental e exploratório, combinação de abordagem, levantamento survey, propósito de nível exploratório, analítico e interpretativo-explicativo, e análise documental, utilizando triangulação de método. (SANTOS, 2009; MINAYO, 2010; BABBIE, 1999). Como proposta de método na análise e na construção de uma proposta de Programa de Auditoria Operacional, o desenho do

estudo foi constituído de duas grandes dimensões investigativas: 1^a Dimensão: Conformidade da Gestão – Apresenta Padrões de Conformidade da Gestão que aponta para sua estrutura organizacional e para o cumprimento de seus compromissos normativos e institucionais. Apontam para as competências e o Modelo de Gestão vivenciado em cada lugar. Esta dimensão possui elementos da organização e do desenvolvimento da gestão do SUS que precisam ser cumpridos, controlados e analisados pelos órgãos de controle interno e externo, bem como pelo controle social. Passa pelas questões legais, administrativas e pela ideologia política prática, que podem ser visualizadas no Painel de Compromissos e na Organização Jurídica e administrativa (normativa, Legal), bem como no cumprimento da legalidade Conformidade Contábil e fiscal da gestão municipal. Esta dimensão contribuiu mais efetivamente na elaboração de elementos para compor a Proposta de Programa de Auditoria Operacional da Gestão Municipal de Saúde, relacionados aos princípios da ECONOMICIDADE (Insumos / Investimento) / EFICIÊNCIA (processos). O produto final desta dimensão foi a construção de um Painel de Compromissos, identificando os principais compromissos e exigências normativas para a conformidade da gestão em saúde, seus instrumentos de gestão comuns no SUS e aqueles específico da gestão local. 2^a Dimensão: Desempenho da Gestão – Apresenta aspectos relacionados às prioridades em saúde no contexto locorregional e nacional, bem como aponta para os resultados alcançados pelas ações e serviços de saúde e seu impacto na qualidade de vida da população. No caso do produto da saúde, por tratar-se de um conceito muito complexo, não pode ser medido apenas como números absolutos e sempre requer a comparação com outras realidades. Logo, torna-se fundamental

a construção, qualificação e eleição de Indicadores de Saúde que apontem para o grau de desempenho da gestão em saúde. Esses indicadores podem ser de processos, de resultados. Para este trabalho, como proposta metodológica, a partir do levantamento dos compromissos normativos e políticos da gestão municipal, construiu-se um quadro de ações, identificadas em cada compromisso, bem como, um Painel de Indicadores, os quais passaram por processo de qualificação. Esta dimensão contribuiu mais efetivamente na elaboração de elementos para compor a Proposta de Programa de Auditoria Operacional da Gestão Municipal de Saúde relacionados à EFICÁCIA (produtos) da gestão municipal e sua EFETIVIDADE (impacto) de suas ações e serviços de saúde. Resultados e/ou impactos: os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa. A partir da análise dos normativos legais da gestão em saúde, considerando as evidências científicas dos problemas, das ações e das políticas de saúde, bem como o marco teórico escolhido, foram identificadas diversas questões importantes da gestão de qualidade e por resultado no campo da saúde pública. Destacam-se as dez temáticas consideradas no trabalho como as mais importantes no processo de Auditoria Operacional para avaliação da gestão em saúde na esfera municipal, com foco em sua conformidade e em seu desempenho. Essas temáticas aglutinam aspectos fundamentais da organização da gestão em saúde, de seu modelo assistencial, e ainda, elementos ligados às prioridades em saúde coletiva no território local, regional e no país. São eles: Aspectos ligados, sobretudo, à Conformidade da Gestão: 1 – Organização e conformidade da Gestão do Sistema de Saúde na esfera municipal; 2 – Modelo de Gestão Instituído; 3 – Desenho da Rede de Ações e Serviços de Saúde e sua conformidade; 4 – Planejamento,

Monitoramento e Avaliação das ações e serviços de saúde; 5 – Custo dos Serviços de Saúde (despesas dos serviços, Economia da Saúde); 6 – Análise de Relatórios do SIOPS; 7 – Gestão de Trabalho e de Educação na Saúde; 8 – Participação e Controle Social; 9 – Acesso à Informação; e 10 – Auditoria em Saúde. Considerações finais: A auditoria se traduz em uma ferramenta importante para a mensuração da qualidade e dos custos das ações e serviços de saúde, por isso precisa ser institucionalizado no espaço da gestão em saúde como uma estratégia de avaliação sistemática e formal, sendo realizada por pessoas não envolvidas diretamente em sua execução, buscando fiscalizar, controlar, avaliar, regular e otimizar a utilização dos recursos, físicos e humanos, a fim de determinar se a atividade está de acordo com os objetivos, e ainda, contribuindo para a tomada de decisão. A Triangulação de Método ampliou a capacidade investigativa; revelou peculiaridades por região e esfera de gestão; apontou semelhanças e diferenças melhor discutidas no trabalho; aprofundou os termos/concepções identificados; e fez emergir divergências e conflitos. Percebeu-se a necessidade de sistematização de um novo processo investigativo do problema sob a ótica dos trabalhadores e usuários da saúde.

AUDITORIA OPERACIONAL NA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE: 10 PASSOS IMPORTANTES PARA AVALIAÇÃO DA CONFORMIDADE E DO DESEMPENHO

Manases José Bernardo de Lima, Breno Cesar Spindola

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Auditoria Operacional, Gestão por Resultados

APRESENTAÇÃO: O funcionamento do controle implica na existência de procedimentos e instrumentos

adequados para verificação dos registros e procedimentos, de maneira sistematizada, permanente e periódica, funcionando de maneira harmônica. O sistema de auditoria reforça a figura dos quatro “es” da auditoria de gestão, detalhadas na obra de Rocha e Quintiere (2008), quais sejam a Economia, a Eficiência, a Eficácia e a Efetividade (GLOCK, 2008). De acordo com Catelli (2009), a missão do controle é viabilizar a aplicação dos conceitos de gestão econômica dentro da empresa otimizando seus resultados, deixando de ser um controle puramente a posteriori, para se destacar também como controle prévio e concomitante das ações governamentais (SANTANA, 2010). De acordo com a Lei Complementar 141/2012 a avaliação de gestão em saúde passa pelo controle periódico do cumprimento dos objetivos da gestão, de suas atribuições e da melhoria dos indicadores de saúde (BRASIL, 2012). Todavia, apesar da diretrizes estabelecidas, não se identifica instrumentos e procedimentos sistematizados para avaliar a qualidade da gestão em saúde na esfera municipal. A auditoria é uma atividade de gestão obrigatório no processo de condução e desenvolvimento do sistema de saúde. Desta forma, o objetivo aqui é a construção de proposta de processos e procedimentos de auditoria em saúde que possibilitem uma avaliação de conformidade e desempenho de uma gestão de saúde na esfera municipal. Os Princípios e Exigências Constitucionais são definidos no Capítulo VII que trata da administração pública, estabelecendo princípios basilares: LEGALIDADE, IMPESSOALIDADE, MORALIDADE, PUBLICIDADE....e a “EFICIÊNCIA”. Esta última trazida pela Emenda Constitucional 19, a qual traz consigo outros princípios como: Economicidade, Eficácia e Efetividade. Desenvolvimento do trabalho: descrição da experiência ou método do estudo: estudo inovador e original, de paradigma teórico-metodológico positivista, do tipo avaliativo, método indutivo; e fenomenológico e

fenomenográfico, não experimental e exploratório, combinação de abordagem, levantamento survey, propósito de nível exploratório, analítico e interpretativo-explicativo, e análise documental, utilizando triangulação de método. (SANTOS, 2009; MINAYO, 2010; BABBIE, 1999). Como proposta de método na análise e na construção de uma proposta de Programa de Auditoria Operacional, o desenho do estudo foi constituído de duas grandes dimensões investigativas: 1^a Dimensão: Conformidade da Gestão – Apresenta Padrões de Conformidade da Gestão que aponta para sua estrutura organizacional e para o cumprimento de seus compromissos normativos e institucionais. Apontam para as competências e o Modelo de Gestão vivenciado em cada lugar. Esta dimensão possui elementos da organização e do desenvolvimento da gestão do SUS que precisam ser cumpridos, controlados e analisados pelos órgão de controle interno e externo, bem como pelo controle social. Passa pelas questão legais, administrativas e pela ideologia política pratica, que podem ser visualizados no Painel de Compromissos e na Organização Jurídica e administrativa (normativa, Legal), bem como no cumprimento da legalidade Conformidade Contábil e fiscal da gestão municipal. Esta dimensão contribuiu mais efetivamente na elaboração de elementos para compor a Proposta de Programa de Auditoria Operacional da Gestão Municipal de Saúde relacionados aos princípios da ECONOMICIDADE (Insumos / Investimento) / EFICIÊNCIA (processos). O produto final desta dimensão foi a construção de um Painel de Compromissos, identificando os principais compromissos e exigências normativas para a conformidade da gestão em saúde, seus instrumentos de gestão comuns no SUS e aqueles específico da gestão local. 2^a Dimensão: Desempenho da Gestão – Apresenta aspectos relacionados às prioridades em saúde no contexto

locorregional e nacional, bem como aponta para os resultados alcançados pelas ações e serviços de saúde e seu impacto na qualidade de vida da população. No caso do produto da saúde, por se tratar de um conceito muito complexo, não pode ser medidos apenas como números absolutos e sempre requer a comparação com outras realidades. Logo, torna-se fundamental a construção, qualificação e eleição de Indicadores de Saúde que apontem para o grau de desempenho da gestão em saúde. Esses indicadores podem ser de processos, de resultados. Para este trabalho, como proposta metodológica, a partir do levantamento dos compromissos normativos e políticos da gestão municipal, construiu-se um quadro de ações, identificadas em cada compromissos, bem como, um Painel de Indicadores, os quais passaram por processo de qualificação. Esta dimensão contribuiu mais efetivamente na elaboração de elementos para compor a Proposta de Programa de Auditoria Operacional da Gestão Municipal de Saúde relacionados à EFICÁCIA (produtos) da gestão municipal e sua EFETIVIDADE (impacto) de suas ações e serviços de saúde. Resultados e/ou impactos: os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa -A partir da análise dos normativos legais da gestão em saúde, considerando as evidências científicas dos problemas, das ações e das políticas de saúde, bem como o marco teórico escolhido, foram identificadas diversas questões importantes da gestão de qualidade e por resultado no campo da saúde pública. Destacam-se as dez temáticas consideradas no trabalho como as mais importantes no processo de Auditoria Operacional para avaliação da gestão em saúde na esfera municipal, com foco em sua conformidade e em seu desempenho. Essas temática aglutinam aspectos fundamentais da organização da gestão em saúde, de seu modelo assistencial, e ainda, elementos ligados às prioridades em saúde coletiva no

território local, regional e no país. São eles: Aspectos ligados sobretudo à Conformidade da Gestão: 1 – Organização e conformidade da Gestão do Sistema de Saúde na esfera municipal; 2 – Modelo de Gestão Instituído; 3 – Desenho da Rede de Ações e Serviços de Saúde e sua conformidade; 4 – Planejamento, Monitoramento e Avaliação das ações e serviços de saúde; 5 – Custo dos Serviços de Saúde (despesas dos serviços, Economia da Saúde); 6 – Análise de Relatórios do SIOPS; 7 – Gestão de Trabalho e de Educação na Saúde; 8 – Participação e Controle Social; 9 – Acesso à Informação; e 10 – Auditoria em Saúde. Considerações finais -A auditoria se traduz em uma ferramenta importante para a mensuração da qualidade e dos custos das ações e serviços de saúde, por isso precisa ser institucionalizado no espaço da gestão em saúde como uma estratégia de avaliação sistemática e formal, sendo realizada por pessoas não envolvidas diretamente em sua execução, buscando fiscalizar, controlar, avaliar, regular e otimizar a utilização dos recursos, físicos e humanos, a fim de determinar se a atividade está de acordo com os objetivos, e ainda, contribuindo para à tomada de decisão. A Triangulação de Método ampliou a capacidade investigativa; revelou peculiaridades por região e esfera de gestão; apontou semelhanças e diferenças melhor discutidas no trabalho; aprofundou os termos/concepções identificados; e fez emergir divergências e conflitos. Percebeu-se a necessidade de sistematização de um novo processo investigativo do problema sob a ótica dos trabalhadores e usuários da saúde.

AVALIAÇÃO DAS REDES E CUIDADOS INTEGRADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Ana Laura Brandão, Paulo Eduardo Xavier de Mendonça, Eduardo Fernandes Felix de Lima

APRESENTAÇÃO: As redes de cuidado integrado são uma questão central para a efetividade de um Sistema de Saúde. Apesar do consenso do importante papel das redes, suas definições, formas de organização e operacionalização não são consensuais. Tais redes estão fundamentalmente centradas nos usuários e são desenvolvidas para aumentar, através da redução da fragmentação, a integração dos cuidados e melhorar os resultados clínicos, a satisfação, eficácia e eficiência do cuidado além de reduzir custos. O impacto da integração nos resultados em saúde e no bem-estar tem sido difícil de ser aferido e avaliado. Por esta razão, autores apontam para o importante papel do monitoramento e avaliação da integração da atenção à saúde. Para o funcionamento e organização das redes de cuidados, são importantes os conceitos de integração, coordenação e continuidade do cuidado. A coordenação do cuidado entre níveis assistenciais se dá através da articulação entre os serviços e ações de saúde. Segue desde a APS aos prestadores de maior densidade tecnológica. A continuidade dos cuidados deve ser entendida como o resultado da coordenação, do ponto de vista do paciente. É definida como o grau de coerência da experiência recebida no atendimento pelo paciente ao longo do tempo. Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivos compreender como os estudos, tanto nacionais como internacionais, avaliam as redes de cuidados integrados de atenção à saúde e identificar o papel da Atenção Primária à Saúde nas redes. **DESENVOLVIMENTO** Partiu-se das seguintes perguntas norteadoras: Como se caracterizam os estudos voltados para avaliação das redes e cuidados integrados de atenção à saúde? Qual é o papel da APS? A busca literária foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) onde foram consultadas as bases de dados

Medline, Pubmed, Lilacs, PAHO e IBECs. A expressão de busca foi: “Delivery of Health Care Integrated” OR “Delivery of Health Care” OR “Comprehensive health care” OR “Network health”) AND (evaluation OR assessment). A busca foi realizada de agosto a novembro de 2013. Na busca, surgiram 2548 artigos. Com a aplicação do filtro de idiomas (inglês, português e espanhol), 2255 artigos foram selecionados para análise de título. Destes, 299 foram selecionados para leitura dos resumos. Após novo filtro, resultado da leitura dos resumos, restaram 75 artigos para leitura integral. Três artigos eram repetidos e 24 foram considerados que não se aplicavam aos critérios estabelecidos. Desta forma, obteve-se um total de 48 artigos. **RESULTADOS** A produção sobre o tema se ampliou ao decorrer das décadas com maior ênfase a partir dos anos 2000. Em relação aos tipos de estudo, os que apresentaram maior número foram os estudos de caso com 52,1 %, seguidos dos de revisão de literatura (45,8%) cujo foco era basicamente a definição conceitual de rede de cuidado, integração e coordenação do cuidado. A maior parte dos artigos (41,7 %) apresenta um modelo próprio de avaliação. Em segundo lugar são os artigos que avaliam a rede de cuidados integrados através dos conceitos da qualidade (16,7%). Depois são dos que não mencionaram nenhum método ou instrumento específico (14,6%). Na sequência temos os que utilizaram os atributos da APS para avaliar a rede em 12,5% dos estudos. E por fim os artigos que utilizaram o Balanced Score Card como metodologia de avaliação das redes (10,4%). Quase metade dos artigos não mencionou o papel da APS (47,9%). Os artigos que apenas incluíram a APS no modelo de avaliação forma 27,1%, representada através de alguns indicadores. Na sequência temos os artigos que além de incluir a APS a colocaram como fundamental no processo

de integração das redes de cuidados (25,0%). O conceito de desempenho das redes de cuidados integrados é centrado em três objetivos: melhorar a saúde, melhorar a capacidade de resposta às expectativas da população e garantir a equidade. A medição do desempenho se relaciona ao alcance de metas com os recursos disponíveis. No caso dos artigos que apresentaram modelo próprio de avaliação, eram estudos de caso (52,1%), o que contribuiu para muitos desses estudos descreverem modelos lógicos próprios. Em geral os modelos baseavam-se em matrizes analíticas compostas por dimensões amplas relacionadas ao sistema de saúde. Essas dimensões, por sua vez, são representadas por indicadores que consideram a experiência do paciente, a eficácia do cuidado, a segurança dos pacientes, etc. Os artigos que empregaram na avaliação a perspectiva da Qualidade se basearam em indicadores para avaliar a qualidade do processo de atenção para assim avaliar o sistema como um todo. Um terceiro artigo baseou-se em documento da OMS de 2000, responsável por introduzir um marco conceitual para avaliar desempenho do sistema de saúde, composto por dimensões como: cobertura das ações em saúde, utilização da atenção e acesso aos serviços. Os artigos que não apresentaram método de avaliação se deve ao fato de que na busca bibliográfica, muitos artigos eram do tipo de revisão (45,8%). Logo, sua maioria, não apontou uma metodologia específica ou mesmo algum instrumento de avaliação. Balanced Score Card tem sido utilizado no monitoramento e avaliação dos cuidados em saúde, tanto em nível distrital como em nível nacional. A OMS aprovou a abordagem do BSC na avaliação em saúde para o fortalecimento dos sistemas de saúde. Sucessos na sua utilização foram relatados nos sistemas de saúde da Holanda, Itália, Canadá, Afeganistão, China e Zâmbia. Dentro dos estudos que incluíram a APS

na avaliação, alguns a pontuaram como fundamental para integração do sistema. Tal conclusão foi obtida segundo dois diferentes aspectos. O primeiro deles foi a importância da continuidade do cuidado na integração e a longitudinalidade. Outro aspecto destacado é a importância da gestão da informação e da comunicação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** A falta de especificidade e clareza na definição de cuidados integrados prejudica a compreensão sistemática, sua aplicação e gerenciamento. A atenção integrada está associada a resultados positivos na melhora do desempenho do sistema. No entanto, as evidências acumuladas sobre a eficácia são derivadas de estudos de diferentes modelos e componentes, o que traz menos certezas com relação a cada estratégia e seus resultados. As avaliações são desenvolvidas de forma pulverizada, isto é, estratégias e métodos distintos empregados na avaliação da atenção integrada. Dos métodos descritos, ressaltou-se o uso da avaliação da qualidade, que é considerado um conceito multifacetado, assumindo assim vários significados, que podem variar de acordo com os atores. A APS vem exercendo importante papel na organização das ações e serviços dos sistemas de saúde desde meados do século XX. Porém, na revisão realizada a APS foi incluída na concepção de avaliação de redes em menos da metade dos estudos. Um grande desafio é enfrentar a fragmentação, ordenando os sistemas de saúde com base na APS, constituindo sistemas universais de saúde que garantam a atenção integral. Neste sentido, o presente estudo conclui que é importante reforçar o papel dos serviços de APS como a porta de entrada do sistema com ação resolutiva, assim como aclarar o papel das equipes da APS na condução, coordenação do processo do cuidado, integração com os outros níveis assistenciais e a regulação dos fluxos de atendimento.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE ADOECIMENTO ENTRE PROFISSIONAIS DA CONSTRUÇÃO CIVIL NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ/SC

Naraiane Fermino, Priscila Locatelli, Katrini dos Santos Conteratto, Calandra Zotti, Clodoaldo Antônio de Sá, Rosana Amora Ascari, Tania Maria Ascari

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Risco Ocupacional, Enfermagem, Gestão

INTRODUÇÃO: Nas últimas décadas as transformações ocorridas em todo o mundo tiveram intensa repercussão na saúde dos indivíduos e coletividade dos trabalhadores. A inclusão crescente de novas tecnologias, aliadas a um novo conjunto de inovações organizacionais modificou fortemente a estrutura produtiva dos países em desenvolvimento, resultando em mudanças profundas na organização, nas condições e nas relações de trabalho. O fortalecimento laboral reflete na atual fase do sistema capitalista, implicando em um grande consumo das energias físicas e psíquicas dos trabalhadores. A insegurança gerada pelo medo do desemprego submete os indivíduos a contratos de trabalho precários, baixos salários e a ambientes insalubres e de alto risco, comprometendo a saúde e a vida do trabalhador. Nessa perspectiva, destaca-se a indústria da construção civil, que é considerada um setor de amplo avanço para a atual economia brasileira. Porém, este setor expõe graves problemas que necessitam com extrema urgência serem resolvidos, como exemplos: as não conformidades com as leis vigentes, frequente informalidade da mão de obra, baixa escolaridade dos trabalhadores, problemas de produção e qualidade, entre outros². O objetivo deste estudo foi avaliar os riscos de adoecimento presentes nas atividades laborais dos trabalhadores da Construção

Civil no município de Chapecó/SC, Brasil e identificar o perfil destes trabalhadores. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa transversal de abordagem quantitativa, tendo como cenário uma empresa do ramo da construção civil, localizada no município de Chapecó-SC, Brasil. Participaram 73 indivíduos atuantes nos seis canteiros de obras da referida empresa no período de novembro e dezembro de 2013. O instrumento utilizado para a pesquisa foi o Inventário sobre o Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), que tem por finalidade investigar o trabalho e os riscos de adoecimento por ele provocado em termos de representação do contexto de trabalho, exigências (físicas, cognitivas e afetivas), vivências e danos³. É apresentada a partir da descrição do contexto de trabalho avaliada pela Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT); descrição das exigências avaliada pela Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT); descrição do sentido do trabalho, avaliada pela Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) e descrição de efeitos do trabalho para a saúde avaliados pela Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT). A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina sob nº 433.212/2013. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Ao analisar as características dos trabalhadores da construção civil, houve predomínio do sexo masculino (92%), entre 18 a 28 anos (29%), casado (49%), com ensino fundamental incompleto (29%), atuando entre 6 a 10 anos na construção civil (24%) e trabalhando na atual instituição de 6 a 11 meses (39%), no período diurno, com carga diária de 9 horas, totalizando 44 horas semanais. A EACT é composta por: organização do trabalho, condições de trabalho e relações sócio profissionais. O primeiro fator foi avaliado

com média 3,68, na avaliação moderada, considerada crítica representando situação-limite, potencializando o custo negativo e o sofrimento no trabalho. O segundo fator, Relações Sócio profissionais, obteve média 1,88 sendo avaliada como positiva satisfatória. O último fator desta escala são as Condições de Trabalho, avaliada como positiva, satisfatória. A ECHT é composta por: custo físico, cognitivo e afetivo. O primeiro fator obteve resultado negativo, tendo como consequência o risco de adoecimento, requerendo providências imediatas nas causas. O fator Custo Cognitivo, teve avaliação moderada, crítico. O terceiro fator, custo afetivo, foi avaliado positivamente, satisfatório. A EIPST é composta por: realização profissional e liberdade de expressão, esgotamento profissional e falta de reconhecimento. A partir dos resultados o fator Realização Profissional, foi avaliado com média 4,65, sendo avaliado positivamente, satisfatória. O segundo fator, Liberdade de Expressão, obteve resultado 4,17, situando o mesmo na avaliação positiva, satisfatória. O terceiro fator, Esgotamento Profissional, resultou média 2,02, situando o mesmo na avaliação negativa, porém satisfatória. O quarto fator, Falta de Reconhecimento, atingiu média 1,21, sendo avaliado negativamente, porém satisfatório. A EADRT é composta pelos fatores: danos físicos, danos psicológicos e danos sociais. Em ambos os fatores, foram obtidos resultados positivos suportáveis, ou seja, esta avaliação significa resultados positivos e que devem ser mantidos. **CONCLUSÃO:** Apesar de ser um instrumento longo, o ITRA, proporciona a identificação dos riscos de adoecimento em vários contextos do ambiente laboral e como a enfermagem pode atuar sobre esses riscos, além disso, sua aplicação gera uma reflexão nos trabalhadores sobre o processo de trabalho e as relações com sua saúde. A partir disso, espera-se que este

estudo possa refletir no olhar de todos os profissionais da saúde, principalmente, dos enfermeiros que têm um papel fundamental na promoção e prevenção à saúde desses trabalhadores, tanto no âmbito assistencial e administrativo quanto no da educação, integração e principalmente no âmbito da pesquisa que no decorrer do estudo percebeu-se fragilidades em relação à indústria da construção civil, que possui um vasto campo para estudo e pesquisa.

AVANÇOS NA GESTÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB): UM PANORAMA REFLEXIVO SOBRE A SUA IMPLEMENTAÇÃO EM 2014

Diana Carolina Ruiz Mendoza, Mónica Sacramento Souza, Níliá Prado, Maria Guadalupe Medina, Rosana Aquino

Palavras-chave: Atenção básica, Política Nacional de atenção básica, implementação, participação social, financiamento

Apresentação A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é considerada prioritária para a consolidação do Sistema Único de Saúde, ao considerar a Atenção Básica, o contato preferencial com os usuários e o “centro de comunicação” com toda a rede de atenção à saúde. Portanto, os avanços ou retrocessos na sua implementação são muito relevantes. O ano de 2014, foi marcado por eventos que influenciaram direta ou indiretamente a PNAB, a despeito da instabilidade econômica no cenário nacional, aumento da inflação, discussões em torno do caso de corrupção na Petrobrás e a discussão acerca dos investimentos financeiros para realização da Copa do Mundo, além disso, foram realizadas as eleições presidenciais, e diversas mudanças na gestão administrativa do Departamento de Atenção Básica (DAB) no nível central. Tendo em vista que no ano 2012 a PNAB foi reformulada, é de interesse

analisar os avanços e desafios no processo de implementação das diretrizes renovadas. A nova Política Nacional de Atenção Básica permanece articulando a Atenção Básica (AB) com importantes iniciativas do SUS, programas e estratégias transversais que visam à expansão e melhoria da qualidade das ações e serviços, com vistas ao fortalecimento da AB no Brasil, e incorpora outros programas como o PMAQ, PROVAB, Mais Médicos, dentre outros, que buscam consolidar a PNAB no país. O presente estudo de revisão documental pretendeu resgatar, de forma breve, as iniciativas referentes à implantação da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio de fatos relacionados ao processo de implementação das propostas supracitadas, especialmente no ano de 2014, como parte do processo de acompanhamento da política de APS. Referente ao ano de 2014, neste estudo buscou-se localizar os fatos sistematizando-os em categorias pré-definidas, a saber: fatos e eventos relevantes para a implantação da política, participação social e resultados alcançados pelas estratégias e/ou iniciativas que compõem a PNAB. Portanto, este estudo analítico é relevante por propor o monitoramento anual dos avanços e desafios colocados no cenário da saúde para a consolidação da PNAB, permitindo uma reflexão crítica acerca do processo de implementação de estratégias governamentais e dos interesses e posicionamentos concretos dos atores sociais. Método: Trata-se de uma revisão e análise de documentos e sites oficiais, como publicações e portarias do Ministério da Saúde (MS), bem como revisão da literatura científica sobre a temática no Brasil, referente ao cenário nacional na saúde, participação social na Atenção Básica, implementação de iniciativas que constituem o arcabouço da PNAB atual, atores envolvidos na implementação da políticas/programas, fatos decisões e ações relevantes para

a política e resultados alcançados. Foi realizado levantamento de documentos e publicações em bases de dados científicas (Scielo, Periódicos Capes, Science direct) e sites específicos (ABRASCO, CEBES, Rede Unida, CONASS, CONASEMS), relatórios, artigos científicos e outros documentos que poderiam conter informações sobre a implementação da PNAB no ano 2014. Para a análise dos dados, utilizou-se uma matriz de sistematização desenhada com o auxílio do software Excel[®]. Resultados No ano 2014 ocorreram debates relacionados à abertura do SUS ao capital estrangeiro e sobre a PEC nº 358 do orçamento impositivo, a ampliação de vagas para cursos de medicina e residências médicas como parte da proposta do programa Mais médicos, o lançamento do terceiro edital do PROVAB com a inclusão dos profissionais da odontologia e enfermeiros. Houve ampliação na cobertura e a na articulação intersetorial do Programa Saúde na Escola, foi implantado o programa peso saudável e publicado o caderno de atenção básica nº 39 contemplando a discussão sobre o NASF, foi redefinida a Política Nacional de Promoção da saúde, e foi permitida a incorporação das vagas do PROVAB no Programa Mais Médicos para assim assegurar a permanência do profissional na atenção básica nos municípios por um período mais prolongado. Também ocorreram importantes fatos relacionados ao Programa Mais Médicos, como a renovação do termo de cooperação técnica MS – OPAS/OMS para continuidade do intercâmbio Brasil-Cuba e publicação de portarias referentes a qualificação das ações no programa. No mesmo ano, a lógica do financiamento da AB foi direcionada para a ampliação da Estratégia Saúde da Família, implementação de Academias da Saúde, Consultórios na Rua, Requalifica SUS, PMAQ, Programa Mais Médicos e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB. O tema

participação social também foi amplamente debatido. Em maio, foi instituída a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS), com o objetivo de fortalecer e articular os mecanismos e as instâncias democráticas de diálogo e a atuação conjunta entre a administração pública federal e a sociedade civil. Uma carta aberta em defesa da PNPS, detalhando críticas de diversos setores conservadores do país à recém-lançada Política e as articulações advindas para barrar o Decreto 8.243 que a instituiu, foi assinada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) quem destacou o seu posicionamento contrário aos conservadores. Os avanços na PNAB em 2014 tem sido objeto de estudo de vários autores. Um estudo evidenciou que as equipes de saúde da Família atuam cada vez mais como porta de entrada preferencial, atendendo a demandas diversas e exercendo a função de filtro para a atenção especializada. Contudo, persistem importantes barreiras organizacionais para acesso, os fluxos estão pouco ordenados, a integração da APS à rede ainda é incipiente e/ou inexistente a coordenação entre APS e a atenção especializada. Em outro estudo, os autores descreveram as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas realizadas pelas equipes de saúde da família com base em dados do PMAQ, indicando incipiência da realização das ações analisadas, especialmente aquelas dirigidas para idosos e para a detecção de problemas entre escolares, além de pouca comprovação das ações realizadas, traduzindo a baixa institucionalização dessas ações no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Estas publicações reiteraram alguns dados levantados na sistematização dos diversos documentos. Considerações finais A análise de artigos científicos e documentos técnicos permitiu problematizar algumas questões relevantes acerca dos desafios

da PNAB. Os desafios se expressam na falta de entendimento, conhecimento e regulamentação formal nos sistemas locais; necessidade de capacitações voltadas para equipes de saúde, gestores e conselheiros; desarticulação entre as legislações e o modelo de atenção e gestão adotado pelo município; limites do caráter deliberativo e autonomia dos sistemas locais na condução de diretrizes especificadas nas políticas nacionais, entre outros. As análises também possibilitaram inferir uma premissa à integralidade das ações e serviços no SUS e na APS, como as fragilidades na integração de rede de atenção à saúde em relação ao ordenamento e definição do fluxo, em especial na contrarreferência, fato que pode comprometer a integralidade e o papel da Atenção Básica de coordenar o cuidado e ordenar as redes. Foi possível identificar também alguns antagonismos que incidem, diretamente, no controle social na Atenção Básica implicando recuos, que podem ser observados no contexto de privatização da atenção básica em alguns estados e incipiente implementação dos Conselhos Locais de Saúde.

CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM REDES CENTRADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Italo Ricardo Santos Aleluia, Maria Guadalupe Medina, Thiago Santos de Souza, Erika Rodrigues de Almeida, Mariana Nossa Aragão, Rosana Aquino, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Luara Cambuí

Palavras-chave: Atenção Primária, Redes, Modelo de Atenção, Condições Crônicas

APRESENTAÇÃO: A atenção às condições crônicas exige melhorias na prestação do cuidado relativas ao acesso, à qualidade e à continuidade da atenção, mediante a

integração de serviços entre os diferentes níveis do sistema de saúde e ao interior de um mesmo nível (ALMEIDA et al., 2012). No âmbito da APS, o cuidado às condições crônicas deve ser orientado por práticas que visem integrar os níveis assistenciais e facilitar o ordenamento de fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações, através da conformação de redes de atenção que tenham como finalidade garantir a integralidade do cuidado; a integração entre trabalhadores e serviços; a racionalização e otimização do processo de trabalho e a continuidade da atenção (PIRES et al., 2010; SISSON et al., 2011). De um lado, autores ressaltam a falta de integração dos cuidados como um entrave crítico e que contribui para erros de diagnóstico e de tratamento, utilização equivocada de recursos e aumento dos custos para o sistema de saúde (PUIG et al., 2009). Do outro, atestam que a fragmentação do cuidado reduz a eficiência da atenção, contribuindo para a instalação de longas filas de espera, duplicações de provas diagnósticas e hospitalizações desnecessárias (ALMEIDA et al., 2012; LORENZO e NAVARRETE, 2007). As reformas organizacionais dos sistemas de saúde têm atribuído diferentes conformações de modelos que visam orientar os meios, as práticas e processos de trabalho, seja nas relações entre profissionais, entres estes e os serviços e/ou população usuária, entretanto, há que se destacar a escassez de estudos que sistematizem essas proposições e que identifiquem suas potencialidades, modos de operacionalização, metodologias avaliativas e graus de sucesso e insucesso. Esse estudo teve como objetivo sistematizar o conhecimento produzido na literatura nacional e internacional sobre características da atenção às condições crônicas, em redes centradas na atenção primária à saúde. MÉTODO: Trata-se de um estudo de revisão sistemática da literatura nacional e

internacional. Compuseram essa revisão documentos como artigos, dissertações de mestrado e teses de doutorado, publicados entre 2000 e 2012 e indexados nas bases de dados científicas Pubmed, Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Na elaboração das sintaxes de busca priorizaram-se aquelas que garantissem a sensibilidade (inclusão do maior número possível dos documentos relacionados ao objetivo do estudo) e especificidade (exclusão dos documentos não relacionados ao objetivo do estudo). Utilizou-se combinações e operações booleanas, a partir de descritores previamente definidos e categorizados nas bases de dados Pubmed (MeSH Terms) e nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), além dos unitermos presentes nas publicações identificados nas leituras exploratórias sobre a temática, ambos nas línguas inglesa e portuguesa. Para seleção e busca dos estudos na língua inglesa utilizou-se os MeSH Terms Primary Health Care, Chronic disease, Cardiovascular diseases, Hypertension, Diabetes Mellitus, Pulmonary Disease, Chronic Obstructive, Asthma, Neoplasms. Já para as buscas em língua portuguesa adotou-se unitermos como Atenção, Doenças Crônicas, Doença Crônica, Condições Crônicas, Doenças cardiovasculares, Hipertensão arterial, Diabetes, Câncer, Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Inicialmente foram reunidos 1.990 documentos, distribuídos em 875 (43,9%) artigos na base Pubmed, 650 (34,2%) artigos na base Scielo e 465 (23,4%) dissertações e/ou teses na base BVS. A seguir, procedeu-se à exclusão dos documentos em três etapas. Na primeira foram suprimidas as duplicidades de cada base com a exclusão de 453 artigos e 154 dissertações e/ou teses. Na segunda etapa restaram 1383 textos e foi realizada a leitura dos títulos e resumos, com a exclusão de 746 artigos e 239 dissertações e/ou teses. Nesta etapa aplicaram-se os seguintes

critérios de exclusão: (1) não tratar de condições crônicas da espécie humana; (2) não abordar as doenças ou condições crônicas definidas como condições traçadoras para esse estudo; (3) tratar de doenças ou condições agudas; (4) não tratar de propostas/características de gestão de serviços em redes centradas na Atenção Primária à Saúde (APS); e (5) textos não redigidos nas línguas portuguesas e inglesas. Na terceira etapa leu-se 398 textos restantes e foram excluídos 116 artigos e 46 dissertações/teses, restando, ao final desta revisão, um total de 236 documentos para serem utilizados no preenchimento da matriz de sistematização dos resultados. Considerou-se características ou elementos sobre modelos de cuidados, seja quanto ao conteúdo das práticas, seja quanto às relações profissional-usuário, profissional-profissional e profissional-comunidade. A análise dos textos foi feita de forma duplo-cega por dois revisores, através de uma matriz de sistematização dos resultados. RESULTADOS: Considerando as características da atenção às condições crônicas em redes centradas na APS, os documentos revisados indicaram que a relação entre os profissionais deve ser orientada por uma atuação multidisciplinar e multiprofissional. Além disso, são necessárias melhorias nos mecanismos de integração e comunicação entre profissionais da APS e profissionais da atenção especializada, assim como entre os profissionais e gerentes de unidades básicas de saúde. Alguns estudos chamaram a atenção para a necessidade da integração de práticas convencionais com práticas complementares e inovadoras nos sistemas de saúde. Os autores evidenciaram que a relação profissional-usuário deve ser pautada em práticas educativas, que orientem os sujeitos portadores de condições crônicas e seus familiares para o autocuidado. Foi mencionada, também, a

importância de estratégias comunicacionais para o aconselhamento que considerem o contexto de vida e saúde dos sujeitos, incluindo-os nas decisões e no planejamento sobre o processo assistencial. Uma gama de produções destacou a relevância do papel dos familiares no monitoramento e adesão ao tratamento, além da necessidade de práticas de acolhimento, vínculo e responsabilização, integrando profissionais, usuários e familiares. No que tange à relação profissional-comunidade, foi possível identificar que essa díade deve ser pautada em práticas educativas que promovam o empoderamento dos sujeitos para o autocuidado. Quanto ao modelo de prestação dos cuidados, os estudos recomendaram a priorização de práticas de aconselhamento preventivo e de promoção da saúde, em que os usuários e a comunidade tivessem seus aspectos sociais, culturais, étnicos, dentre outros, levados em consideração pelas equipes, de modo a valorizar e fortalecer as potencialidades comunitárias, sobretudo, estabelecendo parcerias com lideranças e organizações locais. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Esse estudo delineou as características da atenção às condições crônicas em redes centradas na atenção primária. As principais proposições apontaram a integração das práticas e do processo de trabalho de forma multiprofissional e interdisciplinar. O âmbito das relações entre profissionais e usuários remonta para práticas voltadas ao empoderamento e integração de usuários e familiares com vistas à maior participação destes, no processo decisório relativo ao plano de cuidados, que devem estar centrados, sobretudo, em práticas educativas e de promoção da saúde, mediante parcerias comunitárias. Assim como as características de gestão de serviços, o espectro da atenção às condições crônicas em rede apresentou diversas proposições e recomendações, com importantes limitações relativas a critérios e

indicadores de avaliação do conteúdo das práticas. Houve ainda um importante déficit de estudos que apresentassem métodos de avaliação e/ou descrevessem experiências concretas sobre as proposições. Nesse sentido, recomenda-se estudos de avaliação de efetividade das diferentes recomendações, que fomentem inferências capazes de sustentar sua implantação, avaliação e monitoramento, no âmbito das políticas e programas voltados à prestação do cuidado em redes centradas na APS.

CARACTERÍSTICAS DA GESTÃO DE SERVIÇOS EM REDES CENTRADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA CONDIÇÕES CRÔNICAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Italo Ricardo Santos Aleluia, Maria Guadalupe Medina, Ana Luíza Queiroz Vilasbôas, Thiago Santos de Souza, Erika Rodrigues de Almeida, Luara Cambuí, Rosana Aquino, Mariana Nossa Aragão

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Redes, Gestão de Serviços, Condições Crônicas

APRESENTAÇÃO: As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um importante problema de saúde pública, por denotarem alta carga de morbimortalidade (SCHMIDT et al., 2011). Sua expressiva prevalência tem aumentado em velocidade significativa com efeitos importantes sobre a qualidade de vida da população e sobre os sistemas de saúde (MENDES, 2011; GIOVANELA, 2011; HOFMARCHER et al., 2007). Diante deste cenário, as reformas organizacionais dos sistemas de saúde têm apontado a necessidade da constituição de redes centradas na atenção primária como eixo estruturante para garantia da integralidade do cuidado, da integração entre trabalhadores e serviços, da continuidade do cuidado, da

racionalização de custos e da otimização do processo de trabalho (MENDES, 2011; GIOVANELA, 2011; HOFMARCHER et al., 2007). Como integrante das redes de atenção à saúde, a gestão/gerência é elemento fundamental na organização dos recursos humanos e materiais disponíveis e na condução das estratégias de oferta e organização das práticas nos serviços e entre os serviços, seja de forma horizontal ou vertical (TANAKA, 2010; ALMEIDA et al., 2010; LIN, 2007). Na literatura, diferentes proposições relativas à gestão de serviços de saúde em redes centradas na APS para DCNT estão em evidência. Entretanto, há importantes controvérsias, ambiguidades, além de diferenças importantes relativas à abrangência temporal e espacial das experiências, sua efetividade, metodologias avaliativas e níveis de evidência. O objetivo deste trabalho é apresentar o conhecimento produzido na literatura nacional e internacional sobre características da gestão de serviços de saúde às condições crônicas, em redes centradas na atenção primária à saúde. MÉTODO: Trata-se de um estudo de revisão sistemática da literatura nacional e internacional sobre as características da gestão de serviços em redes centradas na APS. Compuseram essa revisão documentos como artigos, dissertações de mestrado e teses de doutorado, publicados entre 2000 e 2012 e indexados nas bases de dados científicas Pubmed, Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Na elaboração das sintaxes de busca priorizaram-se aquelas que garantissem a sensibilidade (inclusão do maior número possível dos documentos relacionados ao objetivo do estudo) e especificidade (exclusão dos documentos não relacionados ao objetivo do estudo). Utilizou-se combinações e operações booleanas, a partir de descritores previamente definidos e categorizados nas bases de dados Pubmed (MeSH Terms) e nos Descritores em Ciências da Saúde

(DECS), além dos unitermos presentes nas publicações identificados nas leituras exploratórias sobre a temática, ambos nas línguas inglesa e portuguesa. Para seleção e busca dos estudos na língua inglesa utilizou-se os MeSH Terms Health Services Administration, Primary Health Care, Chronic disease, Cardiovascular diseases, Hypertension, Diabetes Mellitus, Pulmonary Disease, Chronic Obstructive, Asthma, Neoplasms. Já para as buscas em língua portuguesa adotou-se unitermos como Gestão, Doenças Crônicas, Doença Crônica, Condições Crônicas, Doenças cardiovasculares, Hipertensão arterial, Diabetes, Câncer, Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Inicialmente foram reunidos 1.990 documentos, distribuídos em 875 (43,9%) artigos na base Pubmed, 650 (34,2%) artigos na base Scielo e 465 (23,4%) dissertações e/ou teses na base BVS. A seguir, procedeu-se à exclusão dos documentos em três etapas. Na primeira foram suprimidas as duplicidades de cada base com a exclusão de 453 artigos e 154 dissertações e/ou teses. Na segunda etapa restaram 1383 textos e foi realizada a leitura dos títulos e resumos, com a exclusão de 746 artigos e 239 dissertações e/ou teses. Nesta etapa aplicaram-se os seguintes critérios de exclusão: (1) não tratar de condições crônicas da espécie humana; (2) não abordar as doenças ou condições crônicas definidas como condições traçadoras para esse estudo; (3) tratar de doenças ou condições agudas; (4) não tratar de propostas/características de gestão de serviços em redes centradas na Atenção Primária à Saúde (APS); e (5) textos não redigidos nas línguas portuguesas e inglesas. A terceira etapa de exclusão correspondeu à leitura completa dos 398 textos restantes onde foram excluídos 116 artigos e 46 dissertações/teses, restando, portanto, ao final desta revisão, um total de 236 documentos para serem utilizados no

preenchimento da matriz de sistematização dos resultados. Para esse estudo considerou-se características da gestão de serviços de saúde tudo que envolvesse proposições, características ou elementos relacionados à gestão, organização e financiamento de serviços de saúde em redes de atenção à condições crônicas centradas na APS. A análise dos textos foi feita de forma duplo-cega por dois revisores, através de uma matriz com categorias de análise emergentes, a partir da revisão, a saber: (1) organização das práticas assistenciais entre os serviços; (2) gestão do trabalho; (3) participação social; (4) planejamento e avaliação; (5) e financiamento. RESULTADOS: As principais características da gestão de serviços em redes centradas na APS para atenção às condições crônicas indicaram que as práticas profissionais devem estruturar-se sob a forma de padronização de condutas, utilização de protocolos e de sistemas informatizados. A importância dos sistemas de referência e contrarreferência com fluxos bem estabelecidos, implantação de linhas de cuidado, acesso regulado à rede, criação de parcerias com organizações e instituições da sociedade civil, além da integração de práticas de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, também foram apontados. Outras questões apontadas na literatura abarcaram a gestão do trabalho, na perspectiva da educação permanente, do treinamento profissional e da avaliação e monitoramento de desempenho dos profissionais para aumentar a competência técnica das equipes e melhorar a qualidade da atenção. Além disso, autores ressaltaram a gestão participativa para viabilizar a participação dos profissionais, usuários e comunidade como atores sociais importantes no planejamento e na tomada de decisão, na atenção ao portador de doença crônica, no âmbito da APS. Por fim, destacou-se o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de

forma regular e institucionalizada, sob a ótica do usuário, a fim de identificar fragilidades, estabelecer metas e elencar prioridades de saúde. Não foram encontradas proposições sobre financiamento nos textos analisados. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A sistematização proposta nesse estudo apontou uma variedade de ideias, proposições e recomendações interessantes, mas, sobretudo, ambiciosas. Os estudos analisados não apresentaram critérios e indicadores para avaliação das proposições nem mecanismos para operacionalizá-las. Apesar da identificação desse conjunto de elementos sobre as características da gestão, não foram observadas, na maioria dos estudos, metodologias ou, mesmo, experiências concretas que sustentassem as proposições ilustradas. Além do mais, identificou-se uma expressiva escassez de estudos avaliativos que apontassem a efetividade e a viabilidade das diferentes proposições, bem como mecanismos e modalidades de financiamento, além de proposições relativas à seleção, contratação e qualificação de recursos humanos. Dessa forma, os achados não são conclusivos para que se possam emitir generalizações sobre as características relativas à gestão de serviços de saúde e à atenção às doenças crônicas. Contudo, uma gama de elementos foi identificada e sistematizada, os quais podem ser considerados importantes para o processo de tomada de decisão em políticas ou programas que visam operacionalizar a produção do cuidado em redes integradas e centradas na APS.

CONEXÕES COM A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA REDE INTERESTADUAL DE SAÚDE PERNAMBUCO-BAHIA - REDE PEBA: TRILHAS E TRILHOS DE UMA PESQUISA COMPARTILHADA

Raquel Miguel Rodrigues, Emmanuela Mendes Amorim, Clara Oliveira Esteves,

Márcio Costa de Souza, Nathália Rosa, Nancy Oliveira Brandt, Bárbara Eleonora Bezerra Cabral, Mário Sérgio Oliveira Machado

Palavras-chave: Regulação em Saúde, Redes de Atenção à Saúde

APRESENTAÇÃO: Este resumo trata sobre a conexão do grupo de pesquisadores com a Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco. Esta é a primeira Região Interestadual de Saúde do país, que envolve a macrorregião norte da Bahia, com sede em Juazeiro e a macrorregião sudoeste de Pernambuco, sede em Petrolina (rede PEBA), compreendendo, na sua conformação inicial, 55 municípios. Este estudo situa-se no âmbito da pesquisa nacional: “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no SUS: Avalia quem pede, quem faz e quem usa”. Este resumo tem, portanto, o objetivo de discutir os caminhos trilhados pela pesquisa para a entrada no campo da Rede Interestadual - PEBA a fim de apresentar uma reflexão sobre as apostas da pesquisa. DESENVOLVIMENTO: Nesta pesquisa, partimos do olhar cartográfico para rastrear os movimentos realizados no cotidiano das pessoas envolvidas na produção do cuidado junto às diferentes redes de atenção à saúde. As fontes identificadas em cada rede são variadas, utilizando diversos instrumentos para coleta de dados, como fontes documentais, caso - traçador, usuário-guia e narrativas. Partimos também do encontro enquanto aposta metodológica. Dessa forma, cada pesquisador vai construindo “entradas” a partir de conexões já existentes ou constituídas com sujeitos que, direta ou indiretamente, fazem parte da assistência à saúde local. Vamos construindo agendas formais estruturadas e/ou informais nos serviços, e/ou nas gestões locais, municipais e/ou estaduais de Saúde para

apresentação e autorização da pesquisa. Os encontros realizados são variados em tempo, quantidade e modos de fazer. Especificamente, na rede PEBA, estamos tecendo diferentes arranjos com os gestores, trabalhadores e usuários, de forma que suas narrativas sobre o campo possam emergir e assim, tomamos tais narrativas como potencial analítico, partindo do pressuposto de que o conhecimento sobre o campo só pode ser produzido a partir dele mesmo. Estamos no processo de construção, com os atores com os quais nos conectamos, da ideia de que eles também são pesquisadores e que realizamos uma avaliação compartilhada a partir do que já é produzido por eles no cotidiano do complexo mundo da produção do cuidado em saúde. RESULTADOS PRELIMINARES: A rede PEBA compõe o conjunto das redes de atenção à saúde em estudo no estado da Bahia. Um importante ponto dessa rede que se destaca no seu processo de construção é a regulação “entre” esse território. A implicação desse grupo de pesquisadores com esse tema nasce da experiência de gestão em saúde de alguns, a partir da percepção de que, dentre os diversos desafios do cotidiano desta prática, a regulação se torna visível e dizível nas experiências, algumas vezes como um incômodo, problema, entrave e outras como resolução, potência e ampliação do acesso. Por isso, assumem o delineamento de marcas cravadas no interior dos processos de subjetivação do pesquisador, gestor e trabalhador que trazemos, enquanto multidão. Desta forma, este lugar de intercessão do acesso à saúde (rede PEBA), muito atravessado pela regulação, pode ter uma força analisadora da produção do cuidado. Entendendo também que uma das apostas desta pesquisa nacional é a de que a experiência vem antes da produção do conhecimento, e não o contrário, as nossas entradas nesse campo partiram do pressuposto de que uma das primeiras ações que precisaríamos alavancar seria

a de identificar atores que participaram do processo de construção dessa rede e que fizeram ou fazem parte dela. A partir da leituras de artigos, dissertações e teses disponíveis, foi possível localizar uma primeira pista: a de que a proposta desta foi produto das experiências de pactuação da oferta dos leitos, principalmente de urgência e emergência, entre os municípios de Juazeiro (BA) e Petrolina (PE). Como se trata de cidades conurbadas, separadas fisicamente apenas pela ponte Presidente Dutra, já havia uma prática cotidiana instituída de pactuação dessa oferta. Em 2009, foi implantada a Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco - Pernambuco-Bahia, porém, no seu processo de institucionalização foram incluídas outras microrregiões de ambos estados atravessados pela constatação dos vazios assistenciais para leitos de urgência e emergência de toda essa região. Outra pista identificada nas referências disponíveis foi a participação, durante a implantação da rede, das instituições - Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-BA); Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP-PE); Secretarias Estaduais de Saúde (BA e PE) e Ministério da Saúde no diagnóstico e formulação da rede. A primeira conexão possível de ser feita foi através de uma entrevista com um representante da Direção de Serviços da FESF responsável pela articulação com os trabalhadores do estado da Bahia vinculados à rede PEBA. Esta entrada, então, se deu a partir de março de 2015. Apesar de identificarmos uma estrutura funcional instituída por deliberações da Comissão Inter gestora Bipartite (CIB) de ambos estados para funcionamento desta rede, a implantação da Central de Regulação Interestadual de Leitos – CRIL aparece como a estrutura de maior relevância, de acordo com as fontes documentais encontradas e pelo relato recolhido na FESF. Nesta mesma entrevista

identificamos atores que participaram desse processo e iniciamos os contatos com os que ainda atuam em Juazeiro, já que a CRIL está sediada neste município. Além destes, realizamos conexão com uma docente da Universidade do Vale São Francisco (UNIVASF), instituição que possui Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e da Família, que nos oportunizou aproximação com a localidade. Fomos inseridos no IV Fórum de Mobilização Antimanicomial do Sertão, em maio de 2015, espaço que nos permitiu a mediação de uma roda narrativa para apresentação da pesquisa e aproximação com trabalhadores da rede. Neste espaço dialogamos com trabalhadores da saúde, da educação, acadêmicos de cursos de graduação e de programas de residência. Um outra entrada foi construída com trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro, que contava com uma trabalhadora que foi participante ativa do processo de construção dessa rede e continua atuando na CRIL. Desde então, maio de 2015, temos construído encontros mensais, tanto com a equipe da CRIL quanto com a equipe de residentes e docentes da UNIVASF. A perspectiva desse arranjo de entradas no campo tem propiciado uma aproximação com o cotidiano dos serviços dos municípios-sede, assim como com o cotidiano da equipe da CRIL, diretamente envolvida na regulação do acesso dessa região aos leitos de urgência e emergência, majoritariamente ofertados nos municípios citados. Nesse momento, estamos identificando, junto com estas equipes, possíveis casos - traçadores que poderão ser nossos “guias” para análise dos efeitos desta rede na produção do cuidado no usuário e através dele. Várias sugestões têm surgido nesse percurso e a ideia é integrarmos usuários cuidados pelos residentes que tenham sido regulados pela CRIL e nos perguntarmos: o que aconteceu? como

foi esse processo? Qual a potência de um arranjo em rede interestadual para qualificar os processos de cuidado? **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A produção desses espaços de diálogo vai sendo forjada à medida que a aproximação dos pesquisadores com os sujeitos dos territórios vai sendo tecida e pode assumir dinâmicas variadas, associando desde rodas de conversa, visitas aos serviços, participação do cotidiano com os trabalhadores nos serviços até participação de eventos promovidos pela rede formal e informal de saúde local. Portanto, todos os sujeitos são potenciais “guias” e pesquisadores para a construção compartilhada da pesquisa.

CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA ATENÇÃO DOMICILIAR POR GESTORES EM SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS: DESAFIOS E POTENCIALIDADES

Patrícia Alves Paiva, Orlene Veloso Dias, Yara Cardoso Silva, Maria de Fátima Ribeiro Luiz Costa, Pollyane Teixeira Rocha, Kênia Lara Silva

Palavras-chave: atenção domiciliar, serviços de atenção domiciliar, redes de atenção à saúde

APRESENTAÇÃO: O Brasil passa por diversas transformações e dentre elas destaca-se a transição epidemiológica. Estas modificações estão atreladas ao aumento do envelhecimento populacional, através da rápida queda da fecundidade e a redução da mortalidade. Além disso, as modificações ocorridas nos padrões de morte, morbidade e invalidez associados aos fatores biológicos, econômicos, ambientais, científicos e culturais são determinantes para tais alterações. Estudos mostram que até a década de 30 do século XXI haverá um predomínio de idosos em relação ao número de crianças, além de

uma diminuição considerável da população em idade produtiva. Para conseguir lidar com estas transformações, se faz necessário novas estratégias e novos mecanismos para o cuidado em saúde, além da construção de políticas públicas adequadas de atenção à saúde e intervenções integrais que se desvinculem apenas do cuidado hospitalar e de práticas anti-hegemônicas. A atenção domiciliar está em ascensão no Brasil desde 1990 e se mostra relevante modalidade de atenção por contribuir com a diminuição da sobrecarga do sistema de saúde proporcionando maior eficiência na atenção à saúde no país. O giro de leitos é uma necessidade para o funcionamento do sistema de saúde e exige mudanças na lógica de organização dos hospitais até a ambulatorização de procedimentos. Os hospitais cada vez mais se voltam a atender casos graves e clinicamente instáveis, principalmente por conta dos custos e de temas relacionados à qualidade da atenção. Desta forma, vem se intensificando a busca por melhores alternativas de atenção à saúde, dentre essas, a atenção domiciliar. Considerando a sua importância o Ministério da Saúde implantou o Programa Melhor em Casa de Atenção Domiciliar (AD) regulamentado pela Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013. Objetivo: Analisar os critérios de inclusão, exclusão, elegibilidade e alta adotados pelos coordenadores de serviços de Atenção Domiciliar, vinculados ao Programa Melhor em Casa no Estado de Minas Gerais. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória de abordagem qualitativa ancorada no referencial teórico-metodológico da dialética. Foram realizadas entrevistas a partir de roteiro semiestruturado, com gestores em saúde de 16 municípios em diferentes regiões do Estado de Minas Gerais entre janeiro e setembro de 2015. Por meio da análise de conteúdo, foi possível identificar as seguintes categorias: critérios

de inclusão, de exclusão, alta e elegibilidade da atenção domiciliar. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer n° 938.240. Resultados: A partir das entrevistas verificou-se que os coordenadores dos programas de Atenção Domiciliar utilizam como critérios as diretrizes da Portaria do Melhor em Casa para admitir, excluir e estabelecer a alta. No entanto, informam que existem exceções aos critérios, de forma a atender melhor às necessidades da população. Foram relatados como critérios de inclusão as condições de saúde do paciente, a identificação de cuidador que assuma os cuidados, o contexto socioambiental e a existência de residência que permita o acesso da equipe e que esteja adaptada às necessidades do paciente. Quanto aos critérios de exclusão apontam as condições estruturais do domicílio, a ausência de cuidador e a falta de segurança para os profissionais. Os critérios de alta estão relacionados a estabilidade clínica e finalização do tratamento. Em alguns momentos a alta é adiada por medidas protetivas devido a estrutura da rede, quando o outro ponto da rede não está bem preparado para receber o paciente e garantir a continuidade do cuidado. No que diz respeito à elegibilidade a maioria dos gestores alega que os pacientes passam por avaliação clínica realizada pelo médico que define se o paciente segue para a atenção domiciliar ou não. A utilização dos critérios indica como desafio para a AD a presença de cuidador. Este desafio pode ser decorrente de diversos fatores tal como tempo para a evolução do quadro do paciente ou a quebra da confiança e relação entre cuidador e profissionais ou cuidador e paciente. Um dos requisitos da atenção domiciliar é o apoio ativo de um cuidador que se responsabilize pelo acompanhamento diuturno do usuário, seja esse cuidador um familiar, um vizinho, um amigo voluntário ou um cuidador contratado. Essa modalidade implica,

portanto, em transferir responsabilidades, ou seja: uma parte do cuidado que institucionalmente seria realizado pela equipe de saúde passa a ser realizada pelo cuidador ou pela família. Nessa perspectiva, a equipe que presta atenção domiciliar tem papel muito importante na relação com o cuidador, que é o responsável por realizar todas as ações básicas para a manutenção da vida, auxiliando-o, capacitando-o em procedimentos assistenciais, esclarecendo dúvidas e fornecendo suporte psicológico. Assim, faz-se extremamente importante a presença do cuidador em todas as etapas do processo de atenção domiciliar. Outro desafio refere-se a rede fragmentada. Os pacientes recebem alta do programa, são encaminhados para outro ponto da rede, mas acabam por vezes retornando para a atenção domiciliar devido a piora do quadro. É relevante informar que o usuário admitido na modalidade AD2 ou AD3 ao receber alta deve seguir para modalidade AD1 que é de responsabilidade da atenção básica. Assim, a terminologia “Alta para AD1” foi proposta reconhecendo e enfatizando a possibilidade – e necessidade – de que um paciente em AD seja encaminhado para a AB, de forma articulada, a fim de que o cuidado no domicílio seja continuado pelas equipes de atenção básica. Conclusões: Os resultados do estudo permitiram evidenciar como é importante que as equipes dominem os critérios de elegibilidade para a AD, bem como os critérios que caracterizam os pacientes conforme as modalidades de cuidado. A partir destes critérios, dos protocolos de serviços de atenção domiciliar e da prática assistencial acumulada pelas equipes, pode-se traçar um perfil dos pacientes elegíveis para a AD com o objetivo de auxiliar as equipes e serviços na sua identificação. Isso é fundamental para fomentar a articulação do serviço de atenção domiciliar em rede, no aumento da resolutividade e na identificação/indicação do paciente elegível

para a atenção domiciliar. Identificaram-se neste estudo elementos que caracterizam a construção de modelo assistencial com ênfase nas tecnologias leves e na atuação multiprofissional. Nesse novo panorama, a família e o usuário reestabelecem a centralidade na condução do cuidado, anteriormente restrito às práticas dos profissionais de saúde. Os resultados deste estudo expõem informações acerca de uma importante modalidade de assistência à saúde, que favorece a gestão do cuidado humanizado, otimiza o leito hospitalar e amplia as Redes de Atenção à Saúde no SUS.

DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS NO CONTEXTO INTERCULTURAL BRASILEIRO

Walmir Pereira

Palavras-chave: PNASI, Saúde Intercultural, Povos Indígenas,

O enfoque do presente trabalho consiste na análise dos desafios e possibilidades abertos com o advento em cena da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI) no contexto intercultural brasileiro contemporâneo, considerando a conjectura heurística segundo a qual a articulação dos eixos cultural, político e sanitário constitui caminho profícuo à consecução de investigações de caráter inter e transdisciplinar para a produção de conhecimento nas áreas temáticas da educação em saúde e de gestão em saúde pública. O mesmo estudo estrutura-se como perspectiva crítica diante das prerrogativas políticas e normativas legais em curso instituintes da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena - emanadas das diretrizes e princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) -. Assim, a diretriz investigativa adotada pela pesquisa aposta

na possibilidade efetiva de articulação entre as áreas da saúde pública, saúde coletiva e promoção da saúde com os campos desconhecidos antropológicos, históricos e sociológicos, considerando a fertilidade de investir-se numa perspectiva de trabalho dialógica e interdisciplinar. Justificamos a empreitada, também, em razão da relevância sociocultural, educativa e sanitária de mirar para a conjuntura do tempo presente propondo-se a trabalhar com povos e coletividades sociais, étnicas e culturais sociologicamente minoritárias, visando à construção de espaços dialógicos, tanto em termos reflexivos como de intervenção social, de promoção em saúde e de desafios para a implementação, estruturação e consolidação das Políticas Nacionais de Atenção à Saúde Indígena no contexto intercultural brasileiro do século XXI. As conquistas no campo da saúde introduzidas pela constituição cidadã de 1988 constituem um marco jurídico político de reconhecimento da diversidade cultural indígena brasileira, visto que historicamente o projeto universalizante da modernidade ocidental, idealmente homogeneizador das relações entre os grupos sociais e étnicos, para se legitimar esteve alicerçado numa perspectiva monocultural eurocêntrica colonialista, na qual o respeito e a promoção da diversidade e das diferenças culturais jamais foram imaginados como possibilidade real de vigência. Contrariamente, em nome de um universalismo essencialista, o Estado Nacional moderno brasileiro longe de reconhecer a gama dos direitos civis, culturais, econômicos e políticos dos grupos sociais e étnicos minoritários formulou um conjunto de dispositivos ideológicos e mecanismos objetivos de produção e reprodução da exclusão e das desigualdades sociais. Em nossa investigação, assinalamos que cada povo e/ou coletividade indígena, possui suas concepções, valores e formas próprias de vivenciar o processo de saúde e

da doença. Frente a tal diretiva, as ações de prevenção, promoção, proteção e educação da saúde precisam considerar e reconhecer esses aspectos como centrais no diálogo entre profissionais e gestores do campo da saúde com os usuários indígenas, observando os contextos interculturais e políticos vigentes, assim como o impacto histórico da relação de contato Interétnico vivenciada por cada povo e/ou coletividade específica. Diante deste contexto histórico é que a Política Nacional de Saúde Indígena vem definindo os objetivos, as diretrizes, as estratégias e responsabilidades de gestão voltadas para as melhorias das condições sanitárias e de saúde dos povos e das coletividades indígenas. A política em tela inclui a saúde diferenciada, o cuidado, a atenção, a promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como os processos de gestão participativa e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde dos indígenas no Brasil. A referida política constitui-se num exemplo a ser considerado de política transversal, e vem operando com os processos de formulação, gestão e execução compartilhados entre as três esferas de governo, seja no campo específico da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, seja em áreas correlatas. A problemática desta investigação articula-se à produção de análises interpretativas e pesquisas empíricas na intersecção dos eixos cultural, político e sanitário, privilegiando uma investigação de cunho inter e transdisciplinar, a qual busca colocar em diálogo campos de conhecimentos das áreas disciplinares das humanidades e das ciências da saúde. Nesses termos, ao eleger como contexto histórico-espacial contemporâneo os espaços territoriais em que estão estabelecidos os povos e coletividades indígenas no âmbito nacional concebe-se

uma perspectiva metodológica interdisciplinar, fomentando, portanto, a possibilidade do conhecimento disciplinar ser pensado e apresentado como temático. A partir da perspectiva metodológica sumariamente aqui delineada, a pesquisa configura um esquema de apreensão dos dados da seguinte ordem: - Plano discursivo e representacional dos agentes sociais pesquisados: neste caso, os povos e coletividades indígenas e suas visões das ações de saúde dirigidas às suas especificidades culturais e étnicas conforme as diretrizes e princípios emanados da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (2002). - Observações e dados oriundos de trabalho de campo, centrado no uso da história oral e método etnográfico junto aos povos e coletividades indígenas. Estas observações e registros de campo conformam-se como elemento importante do projeto a ser desenvolvido junto às coletividades alvo desta pesquisa, a partir da observação *in loco* e da realização de entrevistas com a utilização da técnica de história oral. Em síntese, o tratamento teórico-metodológico a ser dispensado à investigação proposta é o de uma abordagem de natureza inter e, potencialmente, transdisciplinar, o que torna necessário ter clareza da importância do reconhecimento das diferenças e especificidades dos campos disciplinares e princípios norteadores da investigação. Nesses termos privilegia-se - como princípio orientador deste projeto de pesquisa, juntamente com a análise da PNASI no contexto intercultural brasileiro contemporâneo - o sentido atribuído presentemente pelos atores e coletividades indígenas, em suas tradições cosmo políticas e sociocosmológicas, às ideias ocidentais de atenção à saúde e saúde diferenciada para os povos e coletividades indígenas. No que concerne aos povos indígenas, os mesmos têm direitos a conservar suas medicinas

tradicionais próprias e a manter suas práticas de saúde, incluindo a conservação de suas plantas, animais e minerais de interesse vital, sob o ponto de vista cultural e sanitário. Em termos conclusivos, o processo contemporâneo de pós-estruturação e consolidação da Política Nacional de Atenção a Saúde Indígena deve contar com a participação dos indígenas, representados por suas organizações e referentes nos Conselhos de Saúde locais e distritais. No que tange à legislação vigente aos povos e coletividades indígenas, a Portaria do MS nº 70/GM de 20/01/04, a qual aprova as diretrizes da gestão da PNASI, sua implantação deve respeitar culturas, valores, historicidades e tradições sociocosmológicas de cada etnia, bem como integrar as ações da medicina tradicional com as práticas de saúde adotadas pelas coletividades indígenas. Juntamente com as diretrizes emanadas no âmbito da PNASI, outra ação governamental, de responsabilidade institucional do Ministério da Justiça, através da FUNAI, que assume relevância entre os fatores determinantes de saúde e qualidade de vida dos povos e coletividades indígenas, é a garantia dos territórios tradicionais indígenas, por meio de uma política de demarcação, fiscalização e retirada de invasores de seus territórios. A rigor, a promoção da saúde e da qualidade de vida indígena está diretamente relacionada à garantia da demarcação, desintração e vigilância permanente das terras e territórios indígenas. Por fim, a saúde é concebida neste estudo como direito social fundamental das coletividades indígenas e afrodescendentes ao acesso à atenção integral à saúde, mediante a superação dos fatores, tanto de natureza interna como externos ao espaço setorial estrito sensu que tornam essas populações mais vulnerável aos agravos à saúde, respeitando suas peculiaridades linguísticas e etnoculturais, nos termos das legislações

constitucionais e dos dispositivos infraconstitucionais vigentes. Diante deste contexto marcadamente intercultural, para uma adequada problematização da educação e da promoção da saúde dos sujeitos e alteridades indígenas participantes na investigação proposta, acreditamos necessário o reconhecimento de que os indígenas e seus coletivos se constituem, na conjuntura presente, como sujeitos de direitos e dignos de exercerem a condição de cidadania plena. Nesse sentido, a investigação em curso busca refletir sobre as concepções de saúde, expressas discursivamente e postas em práticas pela atual Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena e suas contribuições efetivas na consolidação de iniciativas afirmadoras dos processos educativos e promotores da saúde junto aos povos e coletivos indígenas. Trata-se, portanto, de investir na compreensão da realidade singular experienciada pelos povos e coletividades indígenas no Brasil contemporâneo, nos seus diversos contextos socioculturais, políticos e econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e da qualidade de vida dessas pessoas e coletividades étnica e culturalmente diferenciadas.

DESENVOLVIMENTO DE FERRAMENTA DE GESTÃO PARA O DESENHO DA REDE DE ATENÇÃO EM ODONTOLOGIA : LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE BUCAL DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Jacqueline Webster, Victor Nascimento Fontanive, Fernando Anschau

Palavras-chave: Rede de Atenção em Odontologia, Ferramenta de Gestão em Odontologia, Linha de Cuidado em Odontologia

O presente projeto visa à construção coletiva de uma ferramenta em que, através de mapas analíticos, materializa a produção do cuidado através da vivência dos atores modelo usuário centrado. Desta forma o produto finalístico terá condições de mapear a atenção odontológica nos níveis de densidade tecnológica, empregados na produção do cuidado, demonstrando a amplitude e complexidade da necessidade de atenção odontológica. O modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho configuram “um dos grandes nós críticos” das propostas que apostam na mudança do modelo tecnoassistencial em saúde no Brasil. O enfoque técnico-científico da formação e atualização é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco principal. O desenvolvimento do mapa do cuidado, difundido a cada ator envolvido no processo, serve como ferramenta analisadora que procura “escutar” os ruídos e identificar os incômodos, produzindo um quadro referencial sobre o qual podemos criar novas reflexões como ferramentas para a ação. Este processo perpassa por: Nivelamento de conhecimentos sobre rede de atenção à saúde; As diversas definições atribuídas à rede de atenção à saúde no passar dos anos no Brasil, fazem com que tenhamos que iniciar as discussões a partir de um modelo de ferramenta que expressa à rede de atenção à saúde Bucal proposta para o GHC não só pela exposição da ferramenta em si, mas também pelo nivelamento de conhecimentos a cerca do que é uma rede de atenção à saúde com os trabalhadores em saúde do GHC. Proposição de um fluxograma do cuidado dispensado ao usuário na instituição - construído a partir do usuário; Desta forma, a lógica do trabalho por si será revisitada – agora em função do usuário – criando uma dimensão para discussão da alteridade, além do próprio trabalho. Num continuo o trabalho

apresenta como resultado a proposição de um fluxograma do cuidado dispensado ao usuário - usuário centrado, com intuito de promover o pensar e discutir os processos em odontologia nas diversas esferas de gestão. Para além, disto: amplia os modos de produzir os atos em saúde através da explicitação da Rede de Atenção; reproduz, a partir da linha de cuidado em Saúde Bucal as boas práticas na assistência; expande o desenho da linha de cuidado como ferramenta de gestão para outras áreas além da assistência odontológica; cria espaços de discussão do cotidiano do trabalho na assistência, amplia o conhecimento da rede de atenção em saúde no âmbito da assistência odontológica e identifica os nós críticos que necessitam de soluções para otimizar o fluxo assistencial; Ao final, podemos considerar que a sociedade, atualmente, pode ser configurada através de um modelo de rede, principalmente com a utilização da tecnologia da informação iniciada no final do século XX, promovendo a globalização de informações, tecnologias, mudanças sociais, produzindo reflexos na conceituação político econômica para os Estados. (Castells, 1999). Em sociedades complexas interagem culturas diferentes e pessoas diferentes, com diversos olhares sobre a realidade, assim como sobre a saúde; trazendo também diversas formas de enfrentamento, assim sendo, a assistência à saúde deveria levar em consideração esta diversidade e não gerar barreiras na construção do modelo de atenção. A composição socioeconômica através dos tempos se traduz em atualmente com um cenário onde as transições demográfica e epidemiológica trazem um incremento relativo das condições crônicas. Tem sido assim, no Brasil, que apresenta uma situação de saúde de tripla carga de doenças, manifestada na convivência de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas

externas e doenças crônicas. Há uma crise dos sistemas de saúde contemporâneos que se explica pela incoerência entre uma situação de saúde com predomínio relativo forte de condições crônicas e uma resposta social através de sistemas fragmentados e voltados principalmente para as condições agudas e agudizações das condições crônicas. Na área da saúde pública, mais especificamente no SUS, segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as redes de atenção são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Este modelo de atenção surge como estruturas de serviço que tem em seu fundamento e atuação a conotação de garantir a efetividade das políticas públicas e ações em saúde contrapondo o modelo burocrático, hierárquico, verticalizado e fragmentado que se mostra incapaz de sustentar o acesso e qualidade na atenção à saúde da população. Neste cenário fica clara a necessidade de coordenar a atenção em saúde em seus níveis de densidade tecnológica tendo como objetivos fundamentais à economia de escala, interligar as ações e políticas de saúde viabilizando o acesso da população e qualificação da assistência. (Mendes, 2011). Este processo induz ao planejamento em relação à atenção à saúde, trazendo a tona preocupações quanto à sua sustentabilidade econômico-financeira, política, efetividade técnica e impacto na saúde populacional, temas pertinentes e sempre presentes àqueles que atuam nas esferas de gestão. Essa preocupação fez com que novas formas de pensar os serviços e sistemas de saúde iniciassem uma integração entre o conhecimento clínico e epidemiológico e

o planejamento e a gestão. Este momento trouxe a necessidade de oferta de novos arranjos organizacionais e de revitalização dos conceitos de rede de atenção à saúde. A concepção participativa dos trabalhadores em saúde e dos usuários do sistema único de saúde nestas construções promulgou transversalmente o enlace de diversas áreas antes fragmentadas. Neste contexto, faz-se presente a atenção odontológica com todas as suas especificidades e necessidades de atuação. Para que tenhamos atendimento de qualidade e responsivo, os serviços, de acordo com suas especificidades e capacidade instalada, devem ser resolutivos de forma a não quebrar a linha do cuidado, garantindo uma assistência integral à saúde. A reorganização dos processos de trabalho é base de sustentação para vencer os desafios para alcançar a integralidade na assistência à saúde, aliando-se a isto as ações assistenciais, corroboradas pelas palavras de CECÍLIO & MERHY “... uma complexa trama de atos, procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores [...]”.

DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DO PROTÓTIPO DE UM SISTEMA PARA GESTÃO DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, NATAL/RN

Erika Christiane Fernandes Garcia, Wilma Maria da Costa Medeiros, Ethel Borges Nogueira, Angelica Teresa Nascimento de Medeiros, Marcia Rique Caricio, Roberval Edson Pinheiro de Lima, Elielton Pedroza dos Santos

Palavras-chave: Sistemas de Informação, Epi Info, Gestão em Serviços de Saúde

APRESENTAÇÃO: Os sistemas de informação (SI) tornaram-se um dos principais recursos computacionais na área de gestão em serviços de saúde, sendo capazes de auxiliar os profissionais no processo de trabalho. Diante disso, este objetivo o desenvolvimento e implantação de um protótipo de um sistema para a informatização do atendimento ambulatorial do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel (HMWG), de forma a contribuir com os profissionais, a instituição e os pacientes permitindo facilitar o atendimento, minimizar os erros e prover maior segurança. **MÉTODOS:** O primeiro passo para desenvolver o protótipo foi conhecer o problema de perto e o funcionamento do atendimento ambulatorial do hospital, com o intuito de identificar as necessidades dos usuários e o fluxo das informações. O levantamento dos requisitos foi realizado através de reuniões com a equipe do Núcleo de Assistência a Saúde do Trabalhador (NAST) do HMWG. Num primeira análise constatou-se a falta de informações principais como dependentes de primeiro grau, acarretando atendimento de usuários que não abrangiam essas características, tornando o atendimento fora do objetivo principal como também a falta de informações de saúde do servidor acarretando problemas para futuras ações de saúde. O modelo de processo de software utilizado foi a prototipagem, que é um modelo evolucionário e permite a análise progressiva e interativa das necessidades do sistema, dessa forma um primeiro protótipo é desenvolvido e, então, analisado pelo cliente que pode refinar os requisitos e, assim, construir um novo protótipo até a adequação completa. A partir do levantamento dos requisitos a modelagem do banco de dados foi realizada através do software Epi Info, pois se trata de

um sistema de livre distribuição que contém uma série de programas desenvolvidos para a Microsoft Windows. São destinados ao uso por profissionais da saúde que conduzem investigações de epidemias, administração de banco de dados para vigilância de saúde pública e outras tarefas, além de ser um banco de dados para uso geral e aplicações estatísticas. Durante todo o processo de criação, e depois da implantação, será desenvolvido um tutorial para nortear a equipe de como será a funcionalidade de cada item do cadastro que funções serão aceitas ou não, como será preenchido e o que pode causar a suspensão do atendimento ao servidor e/ou seus dependentes de primeiro grau. Para que assim o sistema tenha fidelidade de informações e também facilidade de acesso para os que o irão utilizar. **RESULTADOS:** Protótipo funcional de um sistema que pode ser acessado em computadores pessoais e notebooks. O primeiro resultado foi o modelo inicial de uma ficha de cadastro, nela procurou-se indicar as informações necessárias. Em seguida, foi obtida a modelagem do banco de dados. A tela principal consta dos dados pessoais principalmente informações dos dependentes de primeiro grau como mãe, pai, filhos e cônjuges, quando for iniciado o cadastramento serão solicitados documentos comprobatórios originais e a posterior de informações de saúde, principalmente cartão de vacina do servidor, data do último periódico, se o servidor é diabético ou hipertenso e para as servidoras do sexo feminino qual a data do último preventivo. Todas essas informações de saúde serão para que em uma análise futura possam ser feitas ações de saúde educativas e preventivas. No geral, tem algumas características do software, em sua maioria a interface de comunicação com usuário, como a navegação em telas, entre outros subconjuntos de funcionalidades, em versão primária, antes que o sistema

venha realmente a ser construído, de forma definitiva. Como o atendimento ambulatorial abrange servidores, terceirizados e aposentados. É necessário que alguns comandos sejam postos e assim não acarrete problemas de cadastro futuros, o servidor terá direito ao atendimento, como também seus dependentes de primeiro grau. Os terceirizados e aposentados terão direito apenas ao seu atendimento, acarretando assim um comando específico para evitar preenchimentos indevidos e problematizando o atendimento ambulatorial. O sistema já passou pela fase de testes e análises preliminares e já entrou na fase de implantação, entrega e feedback da prototipagem e as melhorias surgem de acordo com a necessidade do NAST. De acordo com suas características o protótipo passou pelo nível operacional e encontra-se no nível gerencial e estratégico através do desenvolvimento de módulos com esta finalidade, dessa forma tornando-se visível a transformação dos dados em informação e finalmente em conhecimento. Para início de cadastramento foram feitos cadastros em fichas manuais e juntamente com a apresentação de documentos originais, apenas a cópia do cartão de vacina foi exigida, pois esse vai para um arquivo e depois será analisado para saber se as vacinas do servidor estão atualizadas e desse modo realizar ações para atualização das vacinas. No sistema tem-se o cadastro para saber se o servidor entregou a cópia do cartão de vacina. Depois de realizado o cadastro e confirmados se estão de acordo, segue-se para o arquivo do prontuário e será feita uma pesquisa e verificação se neles constam realmente os dados do servidor e seus dependentes de direito. Nesse caso mãe, pai, filhos e cônjuge, esse só terá o cadastro efetivado se comprovado por certidão de casamento e/ou união estável. No caso de enteados, só serão também cadastrados se forem registrados como

filhos. Após a implantação desse sistema já foram colhidos resultados satisfatórios, onde a limpeza desses prontuários mostrou que o atendimento estava sendo feito para usuários que não tinham direito ao atendimento ambulatorial, tornando o serviço prejudicial a quem realmente necessitava e tinha direito ao atendimento. **CONCLUSÃO:** Todas as informações dos atendimentos ambulatoriais realizados, bem como dados dos dependentes de primeiro grau e os dados decorrentes de exames serão armazenados computacionalmente de forma validada e podem ser acessados de maneira rápida e fácil pela equipe do NAST. O uso de um sistema computadorizado pode trazer maior segurança e minimização de erros. O acesso rápido e consistente às informações de saúde do funcionário do hospital é de fundamental importância para um atendimento seguro e de boa qualidade. Dessa forma, a atitude de informatizar coloca em prática os preceitos do uso de informações em saúde na gestão dos serviços.

DISCRIMINAÇÃO NO PROCESSO DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAS COM HIV/AIDS

Maisson da Silva Berg, Gímerson Erick Ferreira, Jorge Souza da Cruz, Ana Paula de Moraes

APRESENTAÇÃO: Atualmente, tem aumentado o número de pessoas que vivem com HIV/AIDS, e que possuem melhor qualidade de vida, sendo este aumento atrelado à cronificação da doença, resultante dos avanços da terapia antirretroviral. A cronificação possibilitou ainda a essas pessoas, uma melhor inserção no mercado de trabalho e consequentemente a realização de planos e projetos em sua carreira. Entretanto,

alguns desafios ainda perpassam essa questão, como a discriminação que pode estar envolvida na organização do trabalho, particularmente nos processos de gestão de pessoas, e que afetam diretamente indivíduos com HIV/AIDS que desejam a inserção e o desenvolvimento no trabalho. Nessa perspectiva de análise, a manutenção da qualidade de vida dessas pessoas no ambiente laboral torna-se uma preocupação coerente com as temáticas investigadas em saúde do trabalhador, sendo importante refletir essa questão desde sua gênese. Isso porque o contexto da gestão de pessoas na contemporaneidade expõe uma realidade na qual as denominações de seus processos nem sempre revelam a essência do seu discurso, sendo por vezes imbuídos do aperfeiçoamento de mecanismos conforme as exigências do cenário atual. Essa concepção é visualizada, por exemplo, no processo de recrutamento e seleção (R&S), o qual se norteia tipicamente por uma visão gerencial estritamente estratégica, com foco na eficiência e na eficácia sob a perspectiva organizacional, explorando minimamente questões humanas e sociais que deveriam constituir o verdadeiro gerenciamento de pessoal. Nessa perspectiva, considera-se que o processo de R&S pode ser permeado por armadilhas perversas, a exemplo da discriminação, especialmente em se tratando de grupos historicamente marginalizados, que muitas vezes são vítimas da injustiça social, da repressão e do preconceito, como as pessoas com HIV/AIDS. Assim, tem-se o objetivo de refletir criticamente acerca da discriminação de pessoas com HIV/AIDS no processo de R&S, com vistas à sinalização de propostas de intervenção à qualidade de vida desses trabalhadores.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Apresenta-se uma reflexão teórica sobre a discriminação de pessoas com HIV/AIDS no processo de recrutamento e seleção

de pessoas. A discriminação do candidato resulta do preconceito e, considerando que na legislação brasileira não existe uma previsão de quais métodos e técnicas de R&S devem ou não ser utilizadas para que não haja uma conduta discriminatória nesse processo, é comum que o resultado de tudo isto assuma formas de sofrimento no trabalho, assunto de plena relevância. Sob a perspectiva de Christophe Dejours, grande nome da Teoria da Psicodinâmica do Trabalho, o sofrimento consiste numa vivência subjetiva intermediária entre a doença mental e o bem-estar psíquico. Na medida em que o pleno bem-estar não é possível de ser alcançado, a saúde passa a ser concebida como algo inalcançável, conduzindo uma busca constante contra o sofrimento para manter-se na normalidade. Esse sofrimento deriva da racionalidade produtivista que passou a ser disseminada como a única saída para o cenário competitivo atual, não sendo diferente no processo de R&S. Essa lógica da dominação e da competitividade faz com que os métodos de gestão de pessoas se contraponham às conquistas sociais e aos avanços trabalhistas e difunda estratégias gerenciais marcadas pela frieza e perversidade que induzem à discriminação.

RESULTADOS: Embora já exista um avanço legal que sinalize a necessidade de reformulação das estratégias de gestão, a gestão de pessoas ainda está muito voltada para os resultados da organização e pouco preocupada em possibilitar a orientação de gestores, candidatos e até mesmo futuros profissionais em relação a possíveis excessos neste processo. Nesse sentido, os modos de obtenção de informações sobre os candidatos, por mais que em um primeiro momento possam parecer inofensivos, em grande parte das vezes podem ser abordadas por técnicas que são consideradas discriminatórias pela legislação brasileira. Do mesmo modo, a

exigência de exames para aferir qualquer doença, mesmo que esteja dentro do poder de comando do empregador, deve estar relacionada à atividade profissional do trabalhador, sendo que, com relação ao HIV, não pode ser exigido exame anti-HIV para admissão no trabalho, embora haja controvérsias sobre isto. Essa perspectiva discriminatória, tanto pode repercutir no âmbito humano, por atingir diretamente a preservação da liberdade, dignidade e intimidade do trabalhador; como do ponto de vista do profissional de gestão de pessoas, pois pode trazer prejuízos a sua carreira e imagem profissional; como também no âmbito das organizações, uma vez que a falta de discernimento ao adotar condutas discriminatórias, pode levar não só ao exercício de uma conduta pouco ética em relação aos futuros trabalhadores, como também ser gerador de prejuízos legais, financeiros, comprometendo, inclusive, a imagem da organização diante do mercado de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Embora haja um grande número de casos de pessoas infectadas pelo HIV/AIDS, a discriminação existente no cenário do trabalho atual ainda prevalece, de maneira que é importante refletir essa questão, pois a desinformação da sociedade e de gestores sobre o modo com que esse ponto interfere e impacta na vida e na saúde do indivíduo que vive com esse diagnóstico em seu ambiente laboral, pode ser fator de exposição a cargas psíquicas, e gerador de sofrimento, muitas vezes patogênico. Analisar criticamente a discriminação de pessoas com HIV/AIDS no processo de R&S é importante, pois falta empatia aos representantes das organizações no cenário contemporâneo, englobando o aspecto humano em suas ações, para que os trabalhadores não sejam visualizados como mero recursos, mas como pessoas, independente da sua condição de saúde. Pensando em propostas de intervenção, é importante fazer com

que os profissionais responsáveis pelos processos de R&S se dêem conta das ações discriminatórias que podem estar envolvidas em seu trabalho, no sentido de se distanciar desta questão e de buscar novas e diferentes possibilidades de desenvolver tais processos. Contudo, cabe ressaltar que existem fatores históricos, sociais, culturais e econômicos que estão envolvidos nesse processo e que modelam a atuação do profissional, de maneira que muitas vezes, estes profissionais não se dão conta de que estão discriminando. Por tal motivo, é importante fortalecer a informação da sociedade em geral, quebrando paradigmas e buscando medidas que possibilitem o rompimento de preconceitos historicamente impostos. Nesse sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de novos estudos que aborde a discriminação de pessoas com HIV/AIDS no mundo do trabalho, de maneira a possibilitar que ações de discriminação sejam extintas deste cenário e contemplem as condições de inserção e a percepção destas pessoas acerca de tais processos.

DISCURSOS SOBRE A SAÚDE EM DOURADOS (MS): GESTÃO E TECNOLOGIAS

Conrado Neves Sathler, Catia Paranhos Martins, Elenita Sureke Abilio

Palavras-chave: Análise Institucional do Discurso, Produção de Sentidos, Gestão em Saúde, Saúde

Apresentação: Este breve relato se refere a uma parcela de observações discursivas realizadas no percurso da pesquisa docente intitulada "Hospital Universitário: análise institucional de micropolíticas, produção de sentidos, saberes e práticas", pesquisa em andamento na Universidade Federal da Grande Dourados. O objetivo desta pesquisa é o de analisar como

são construídas as práticas hospitalares, quais discursos as sustentam e como estes discursos produzem relações de/ e sobre saúde. Este recorte apresenta um panorama do município de Dourados (MS) e observa nele quais os valores e princípios circulantes sobre saúde na mídia impressa e na internet. Desenvolvimento do trabalho: Compreendemos que as instituições de saúde, todas elas, sejam de intervenções diretas ou atitudinais, de assistência ou gestão, estão inseridas nesta rede discursiva e que ela mesma está dispersa nos demais discursos sobre a saúde em circulação pela aldeia global que caracteriza o nosso mundo. Vamos nos ater a alguns enunciados retirados das páginas online das instituições, de uma revista temática que se vê nos consultórios particulares e de um jornal aberto: esta é a composição de nosso corpus. Escolhemos, para análise, os temas de maior regularidade ou as marcas observadas na materialidade linguística de cada instituição. Como método de análise, fizemos as questões: quem fala? De onde fala? Para quem fala? O que o texto omite? Onde mais é dito o que emerge no texto? Que possíveis efeitos de sentido são gerados pelo texto? Consideramos significativos para nossa análise os enunciados que observamos com maior regularidade discursiva, assim, o sentido do discurso assumiu maior importância para analisarmos os discursos relacionados à saúde e ao SUS. As instituições de saúde são denominadas A1, A2 e A3, por considerarmos que o discurso não está colado a uma instituição com exclusividade, ao contrário, os discursos circulam e sustentam instituições dentro de seus interesses de formação e manutenção de clientela. Os enunciados institucionais estão destacados em itálico. Resultados da pesquisa: A voz dos gestores municipais é muito frequente nos meios de comunicação. E a preocupação geral ainda parece estar relacionada, de forma excessiva, com as

estruturas físicas dos equipamentos de saúde. [...] por exemplo, passou por obras de revitalização, reparos e ampliação. A ativação da UPA modificou os serviços de urgência e emergência do município e levou mais qualidade ao atendimento desafogando as estruturas (A1). Este recorte fala de ...revitalização, reparos e ampliação... do prédio onde funciona o serviço de saúde, aqui em especial sobre a unidade de pronto atendimento (UPA), que ainda é uma prioridade para os gestores. Um argumento comumente apresentado afirma que a visibilidade dos prédios se associa a seu idealizador e isso garantiria votos ao político que o constrói. Os discursos circulantes, exemplificados na fala de um gestor, estão focados nos modelos hospitalocêntricos e centrados no conhecimento biomédico, que privilegia as condutas clínicas laboratoriais e medicamentosas, com ênfase nas tecnologias duras em detrimento às tecnologias leves. As tecnologias em saúde (...) podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo, até o produto final. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais (MERHY, 2005). Isso ilustra o funcionamento discursivo que implica não somente na visão capitalista de que o poder sobre a saúde tem relação direta com o poder sobre a construção de mais serviços e com a capacidade de pagamento dos procedimentos realizados. O problema que se desenvolve no entorno deste discurso é que há nele uma tensão territorial que se instala nas relações. O valor do trabalho clínico está centrado no diagnóstico e na terapêutica e pouco voltado à prevenção e à promoção da vida. A ênfase nas tecnologias duras acaba sendo maior do que o valor dado às tecnologias leves. Como consequência, o valor dado à Atenção

Básica, inclusive na remuneração dos serviços é menor do que aos procedimentos especializados. Por fim, a gestão se volta à doença e pouco se faz pela saúde. Neste contexto, os demais pontos que constituem o campo da saúde são comprometidos: a assistência passa a ser medicamentosa e o controle social se volta ao controle contábil das ações de saúde, diminuindo a importância do acompanhamento das políticas públicas como concepções de relações sociais, econômicas e ambientais ligados à saúde. Além de cuidar dos prédios, o prefeito também pensa na qualidade do atendimento à população. Problemas que existiam quando iniciou sua administração como a constante falta de médicos e remédios, hoje já não existe mais ... (A2). O excerto acima vem apontar para a ligação que a gestão faz entre a qualidade da assistência e as tecnologias duras. Assim, a ligação direta de qualidade do atendimento com a presença de médicos e remédios vai parecer óbvia. Efetivamente, podemos ponderar o que não há essa relação, pois, a presença de remédios, médicos e prédios não garante a saúde da população, por motivos de ordem do acesso e do conceito de saúde empregado, uma vez que a abordagem dos gestores se liga ao conceito de saúde como ausência de doença. Detalhe das instalações: foi planejado de modo a oferecer a máxima comodidade. O objetivo foi tornar o ambiente hospitalar tão agradável e acolhedor quanto possível (A3). E a confusão se manifestou igualmente neste recorte, pois o acolhimento requerido pelo SUS e firmado pela Política Nacional de Humanização afirma que acolher é, sobretudo, estar junto (BRASIL, 2010, p. 06), e se caracteriza pela tecnologia leve. Considerações finais: Percebemos que as mudanças de conceitos, métodos e práticas de Saúde são inócuas se não ocorrem alterações nos modelos de saúde. Como os discursos estão interligados e há

forças econômicas mais hegemônicas no território, é preciso intervenções de outros níveis, como na formação e no controle social para provocar alterações no cenário. Apontamos essa forma de intervenção pela naturalização que observamos de valores interligados na assistência e na gestão e o apagamento discursivo das instâncias de Ensino e de Controle Social.

DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS PARA CONTROLE DA DIABETES DENTRO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO GRANDE-MS

Kelly Santos Schneider Nunes, Doroty Mesquita Dourado, Sandra Christo de Souza

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, tratamento, ESF,

APRESENTAÇÃO: Diabetes Mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas, envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. O DM2 é a forma presente em 90% a 95% dos casos, pode ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos. Uma epidemia de DM está em curso. Em 1985, estimava-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões em 2030. Muitos indivíduos com diabetes são incapazes de continuar a trabalhar em decorrência de complicações crônicas ou permanecem com alguma limitação no seu desempenho profissional. No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável

pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos à diálise. Mundialmente, os custos diretos para o atendimento ao diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e da complexidade do tratamento medicamentoso disponível. Protocolos internacionais e nacionais têm proposto que a assistência em DM seja conduzida por uma equipe multiprofissional na intenção de promover cuidado integral, equitativo, resolutivo e de qualidade. O Ministério da Saúde, em 1994, implantou o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial a partir da atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência. O PSF foi implantado em Campo Grande em 1999, atualmente o sistema municipal de saúde pública conta com 28 Unidades Básicas de Saúde e 34 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). As UBSF abrigam 86 ESF, destas equipes, 42,95% conta com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), esta estrutura determina uma cobertura do PSF de 35,19% da população. O Programa de Controle do diabetes mellitus foi implantado em Campo Grande no ano 2000 e 15 anos após, existem 25.079 pacientes diabéticos cadastrados em toda rede municipal (UBS e UBSF). O paciente recebe o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) junto com medidas que orientam modificações em seu estilo de vida (educação em saúde, alimentação e atividade física). O tratamento tem como meta a normoglicêmica, devendo dispor de boas estratégias para a sua manutenção a longo prazo. Sendo indicado quando os valores glicêmicos encontrados em jejum e/ou pós-prandiais estiverem acima dos requeridos para o diagnóstico

do DM. As principais medicações utilizadas pelo Sistema Único de Saúde são: a insulina de ação rápida, a insulina NPH, a metformina, a glibenclamida. Assim, notamos a importância em avaliar a disponibilidade de medicamentos para o controle da diabetes nas UBSFs de Campo Grande-MS. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, modelo inquérito de avaliação de serviço que têm por referencial teórico-metodológico as categorias básicas de avaliação da qualidade de serviços de saúde: estrutura-processo-resultado (E-P-R) proposta por Donabedian e Starfield com base nas dimensões da Atenção Primária à Saúde. Serão obtidas informações relativas ao atendimento dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, na rede de atenção básica à saúde na região urbana do município de Campo Grande no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2014. O município de Campo Grande tem atualmente 805.397 habitantes de acordo com o Censo IBGE 2010, população ajustada para 2013. Para atender as necessidades de saúde da sua população, o sistema municipal de saúde pública conta com 28 Unidades Básicas de Saúde e 34 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). As UBSF abrigam 86 ESF, destas equipes, 42,95% conta com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), esta estrutura determina uma cobertura do PSF de 35,19% da população. A pesquisa foi realizada em 29 UBSF, sendo estas as que aceitaram participar. Este projeto contou com a participação de pesquisadores de três instituições, Universidade Anhanguera-Uniderp (UNIDERP) instituição executora, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande – MS (SESAU) como instituições parceiras. As informações obtidas foram sistematizadas na categoria: Informações relativas às medicações disponíveis no serviço de saúde das unidades

básicas de saúde da família. A obtenção dos dados se deu por três formulários aplicados cada um a três classes diferentes, sendo elas o paciente, o médico e o gerente da unidade. Cada formulário foi desenvolvido para melhor aferir os dados referentes a essa pessoa dentro da cadeia de atendimento. A aplicação dos formulários foi condicionada a validação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos sujeitos da pesquisa. O Banco de dados foi tratado no programa Excel (Microsoft Corp. Estados Unidos) e analisado estatisticamente no Epi Info 6.0 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos) e Bioestat. RESULTADOS: Analisados os formulários, sendo considerados unicamente os dados relativos a medicação e sua disponibilidade, temos a seguinte configuração: relativo a análise dos pacientes foi prescrito medicação a 96,5%, sendo o tratamento medicamentoso exclusivo em 19,7%; relativo a análise dos médicos 81% prescreveram medicação na conduta inicial do paciente com DM2; relativo a análise das UBSFs 3,4% das unidades disponibilizam 2 classes dos principais medicamentos para tratamento, enquanto 65,5% disponibilizam 3, 17,2% disponibilizam 4 e 10,3% disponibilizam 5, sendo (1) Insulina de ação rápida presente em 89,6% das unidades, (2) Insulina NPH em 89,6%, (3) Metformina em 93,1%, (4) Sulfoniluréia em 24,1%, (5) Glicose Hipertônica (50%) em 24,1% e (6) Glucagom em 3,4%. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A grande maioria dos pacientes com diagnóstico de DM2 fazem uso de medicação, e os médicos optam por iniciá-la precocemente o que torna sua disponibilidade essencial para a eficácia do tratamento e prevenção de complicações. Ainda que a maioria das unidades possua medicamentos, apresentam poucas opções de classes para o correto tratamento, sendo que há diferentes indicações conforme a necessidade. A Metformina e

as insulinas são as que apresentam maior disponibilidade, o que corrobora com as principais combinações para o tratamento de DM2. A Sulfoniluréia sendo uma das principais indicações combinada com a biguanida (metformina) apresenta muito pouca disponibilidade, sendo alarmante.

DO SOFRIMENTO À MORTE NO AMBIENTE LABORAL: REFLEXÕES SOBRE O SUICÍDIO RELACIONADO AO TRABALHO NA CONTEMPORANEIDADE

Maisson da Silva Berg, Gímerson Erick Ferreira, Ana Paula de Moraes, Jorge Souza da Cruz

APRESENTAÇÃO: Anualmente são registrados cerca de dez mil casos de suicídio no Brasil e mais de um milhão em todo o mundo, segundo dados da Organização Mundial de Saúde. Essa silenciosa epidemia tem sido alvo de preocupação de estudiosos, que têm empreendido esforços no ensejo de buscar novas iniciativas e medidas para intervir sob essa questão, visto que o suicídio se configura um problema de saúde de pública. O processo de suicídio é um evento complexo, multifacetado, que envolve aspectos da dimensão consciente e inconsciente do indivíduo e que, em meio à complexidade de suas causas, sinaliza o desespero e o sofrimento. O trabalho pode constituir uma das causas do suicídio, uma vez que, diante dos novos modos de organização do trabalho, leva o trabalhador a adotar estratégias defensivas, as quais, quando insuficientes, podem resultar nas mais diversas patologias, culminando muitas vezes nesse mal. Essa relação é defendida por Christophe Dejours, psiquiatra e psicanalista francês, grande expoente da Psicodinâmica do Trabalho, que há algum tempo vem concedendo relevo a esta questão e que anuncia que o suicídio no local de trabalho é uma mensagem brutal

de sofrimento. Logo, considera-se o ato suicida no ambiente laboral uma questão de relevância social, sendo importante refletir criticamente acerca das práticas disseminadas pela organização do trabalho contemporâneo e que são geradoras de sofrimento patológico, no sentido de buscar alternativas de caráter preventivo ao suicídio e de criar possibilidades de intervenção em saúde do trabalhador. Assim, têm-se como objetivos para esta produção: tecer algumas reflexões acerca do modo como as configurações do trabalho contemporâneo têm contribuído para o suicídio nos locais de trabalho; e levantar propostas para a prevenção do suicídio no trabalho, sinalizando medidas de intervenção em saúde do trabalhador. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de uma reflexão teórico-filosófica ancorada na Teoria da Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Dejours, que por focar na análise da organização do trabalho, e, a partir desse entendimento, compreender como são produzidos os processos de subjetivação, as patologias e a saúde; pode subsidiar um olhar ampliado diante do fenômeno do suicídio relacionado ao trabalho, abrindo caminhos para intervenções em saúde do trabalhador. A Psicodinâmica do Trabalho refere-se a uma teoria e prática específica, desenvolvida por meio de uma investigação interdisciplinar, cujo método é a clínica do trabalho, a qual procura compreender a dimensão sociopsíquica do trabalho, partindo da premissa de que todo comportamento tem um sentido. Por meio da clínica do trabalho, consegue-se desvelar o dito e o não-dito, o visível e o invisível, reconhecendo o real do trabalho e a mobilização empreendida pelo trabalhador para se engajar no trabalho. Nesse sentido, a clínica em Psicodinâmica do Trabalho está ligada à ação, a uma prática e uma intervenção, pois se constitui num modo de dar visibilidade às situações de trabalho

e às vivências de prazer e sofrimento dos trabalhadores, desvelando as mediações que ocorrem entre o sujeito e o real do trabalho. Assim, tal referencial parece oferecer recursos para iluminar a compreensão dos suicídios relacionados ao trabalho, a fim de favorecer propostas de intervenção que possibilitem o desenvolvimento de medidas de prevenção e promoção da saúde do trabalhador. **RESULTADOS:** Para além do paradigma de desenvolvimento da produção anteriormente exaltado na figura do “homem-boi”, e que visava o domínio do trabalhador sob sua capacidade física, as “novas” configurações do trabalho contemporâneo têm expropriado a capacidade intelectual e emocional do trabalhador, induzindo as pessoas a um pensar alienante, oposto aos caminhos da emancipação e que o coloca na condição de “servidão voluntária”. Nessa situação, o trabalhador perde o sentido de liberdade e assume para si os projetos organizacionais, tornando-se conivente ao mascaramento da organização do trabalho injusto e negando o próprio sofrimento, bem como o de seus pares. Esquece os seus próprios desejos e compromete toda a sua subjetividade e rentabilidade do seu corpo e mente em prol da maximização do desempenho e da superação das metas individuais e organizacionais. Frente a essa conjuntura, o trabalhador se submete aos ditames da organização do trabalho. Este incita o investimento ilimitado no trabalho, a intensificação dos ritmos, o aumento da pressão do tempo, as exigências de produção, e as relações precárias que se estabelecem e o faz lidar cotidianamente com a sensação de insegurança, instabilidade, incompetência, solidão, expondo-se a agressões psicológicas que são banalizadas e que situam o bem-estar e a saúde física e mental em segundo plano. Todo esse sofrimento é gerador de sinais e sintomas de descompensações psíquicas

graves e que podem induzir ao suicídio, na medida em que os trabalhadores usam esse subterfúgio como uma forma de solucionar seus problemas. Na perspectiva dejouriana, a relação entre suicídio e trabalho pode ser interpretada à luz de três concepções: ao modo como o indivíduo gerencia seu próprio estresse; às vulnerabilidades individuais que podem ter sido desencadeadas pelo trabalho; e à análise sociogenética, cuja organização do trabalho assume grande importância na saúde mental. Tal perspectiva assinala a urgência em abordar o suicídio e sua relação com o trabalho, na tentativa de pensar ações que possam prevenir esse grave problema. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Em meio ao grande número de suicídios no trabalho em todo o mundo, e considerando a ínfima relação entre estes casos e a organização do trabalho no cenário contemporâneo, propõe-se um maior investimento em medidas de prevenção e intervenção no ambiente de trabalho. O suicídio ainda é um tabu em nossa sociedade, e por este motivo, muitas vezes fugimos da responsabilidade e atribuímos a culpa à “loucura do indivíduo”, ao invés de relacioná-la à “loucura do trabalho”. É necessário falar sobre o assunto, mostrar que ele existe e que é possível combatê-lo. O trabalhador precisa estar ciente de que tem voz e de que junto aos seus pares, pode buscar espaços de negociação que favoreçam o coletivo e a busca de melhores condições de trabalho. Toda essa conjuntura mostra a importância de se promover a emancipação do trabalhador, bem como da sociedade como um todo, no sentido de denunciar, de pressionar e de exigir medidas para as práticas abusivas que possam desencadear o suicídio no trabalho. Anuncia a necessidade de criação e implementação de políticas públicas direcionadas à saúde do trabalhador nas empresas, as quais possibilitem maior autonomia do trabalhador e assegurem propostas de

melhorias do trabalho, buscando propiciar um ambiente mais saudável e um melhor convívio com o coletivo de trabalho. Nesse sentido, é importante que as organizações possam oferecer espaços de deliberação para o trabalhador, propondo modos de gestão mais horizontalizados, em que seja possível discutir o real do trabalho e nos quais possa ser valorizada a circulação da palavra, valorizando as dificuldades do coletivo em cumprir o trabalho prescrito e lançando mão de estratégias que possibilitem a melhoria dos processos. Sugere-se ainda a criação de espaços de atendimento qualificado, direcionados ao atendimento de trabalhadores em sofrimento psíquico e em risco de suicídio, onde a fala e a escuta seja valorizada, o anonimato seja preservado e o trabalhador sintá-se seguro em compartilhar seus medos, anseios e dificuldades, sem se sentir constrangido ou coagido por dialogar sobre seu sofrimento.

ENFRENTAMENTO DE ENFERMEIROS (AS) LÍDERES NA PRIMEIRA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Patrick Schneider, Maria Isabel Ozuna dos Santos, Ana Luísa Pedron Bona, Anna Carolina Colautti, Gisele Silva Lourenço, Priscila Rodrigues da Cunha, Mariana Mendes, Geórgia Rosa Costa

Palavras-chave: Enfermeiros, Liderança, Emprego

APRESENTAÇÃO: Diante das transformações decorrentes do quadro político social e econômico no Brasil, a Enfermagem enquanto profissão deve ser reorganizada com o intuito de avançar não apenas na formação de um novo profissional, mas, principalmente, de um indivíduo crítico capaz de contribuir para a transformação do contexto em que está inserido. A formação profissional deve ser fundamentada em

conhecimentos e na ética, direcionada para a capacidade de identificar problemas, buscando alternativas para superá-los, como o desenvolvimento do raciocínio crítico, a autonomia, a criatividade. Neste sentido, percebe-se que o processo de formação do enfermeiro tem como objetivo investir no desenvolvimento de competências e lideranças. Entretanto, ao egressar da universidade o enfermeiro recém-formado se depara com algumas situações nunca abordadas durante a graduação, o que gera uma sobrecarga de ansiedade e medo. Ao assumir um cargo de líder de equipe, o enfermeiro recém-formado muitas vezes tem receio de ser rejeitado, de ser demitido caso não se configure como um bom líder e até mesmo, sente-se despreparado para ocupar um espaço que é de fato seu. Isto tem gerado, na primeira experiência profissional, a necessidade de reinventar-se já que ser enfermeiro envolve o aspecto de liderança diariamente. As competências referentes ao perfil do enfermeiro foram definidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e podem ser identificadas como: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente. Como metodologia, este estudo fez uso da revisão integrativa da literatura, que buscou evidenciar e discutir as principais características sobre o enfrentamento do enfermeiro na primeira experiência como enfermeiro recém-formado. Foram utilizados cinco artigos, indexados na base de dados Scientific Electronic Library (SCIELO), ressalta-se que os artigos foram escolhidos aleatoriamente e escolhidos de acordo com a melhor abordagem sobre a temática escolhida. **DESENVOLVIMENTO:** A formação na área da saúde passou por várias mudanças, que propuseram maior crescimento e conhecimentos aos futuros profissionais, a partir das Conferências Nacionais de Saúde e criação de leis orgânicas, a formação de

profissionais passou a ter uma visão integral, comprometimento social e formação geral, a partir dessas mudanças ficou claro que o perfil, as competências e habilidades dos profissionais da saúde formados não correspondiam ao exigido pela sociedade da época. Os cursos de graduação em enfermagem tendem a desenvolver um programa de aprendizagem para estimular nos estudantes os valores de enfermagem como profissão autônoma, tendo como centro das atenções é o paciente. Ribeiro (1995) enfatiza a importância da introdução de alterações na formação inicial da enfermagem, tanto no que se diz respeito a conteúdos, como no que diz respeito à forma, utilizando, por exemplo, metodologias que apelem à classificação de valores, confronto com dilemas morais e tomadas de decisões. Porém, logo no início de sua vida profissional, os enfermeiros descobrem que são outras as expectativas das instituições de saúde, que enquadram estes profissionais, geralmente, em tarefas administrativas. **RESULTADOS:** Dos resultados encontrados, vê-se a grande dificuldade de enfermeiros recém formados em atuar como líderes de equipe. Os estudos apontaram que os maiores enfrentamentos tem ligação com a necessidade de superar o preconceito de terem pouca experiência e também pouca idade; obter credibilidade da equipe; superar as lacunas na formação, especialmente no que diz respeito aos aspectos gerenciais e de liderança da equipe, dificuldade de relacionamento interpessoal, dificuldades de trabalhar em equipe, dificuldades em trabalhar com profissionais desatualizados e escassez de recursos. Esses desafios tinham como ponto de convergência a necessidade de estabelecer um relacionamento harmonioso com todos os profissionais que faziam parte da equipe de trabalho. Ao analisar a liderança em enfermagem, vimos que ela se trata de um processo por meio do qual o enfermeiro influencia outras pessoas,

motivando-as a realizar suas ações de modo a atingirem a excelência no trabalho. Outro estudo realizado com enfermeiros recém-formados buscou saber os pontos principais para um bom líder, entre eles foi citada a comunicação, pois com ela o líder pode se relacionar com os demais profissionais e com isso influenciar os outros. Os outros pontos foram: inteligência, autoconfiança, carisma, autoridade, honestidade, destreza técnica e persuasão. Mas para alcançar essa confiança dos demais profissionais, o enfermeiro tem que ter autoconfiança e conhecer o que se passa com a equipe. Foi possível observar que, realmente um enfermeiro recém-graduado não é um produto acabado, precisa de treinamento, incentivo e prática para desempenhar com segurança sua função profissional. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conforme a Lei do exercício profissional nº 7.498 de 1986, o enfermeiro tem como competências, gerenciar unidade em instituição pública e privada; organizar e dirigir os serviços de enfermagem e as atividades dos técnicos e auxiliares; planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os locais de assistência de enfermagem. Embora o cenário prático apresente-se de forma impactante e difícil para o recém-formado no que se refere à liderança, gerenciamento de conflitos e a tomada de decisão, a lei 7.498/86 desde a sua criação sugere um desafio ao profissional e assegura-o e o incentiva a persistir nas ações, ampliando suas perspectivas acerca da sua atuação profissional. Perceber que muitos sonhos adormecem na medida em que o profissional é devorado por um sistema institucionalizado e que isto faz com que o enfermeiro recém inserido no processo de trabalho sintam-se incapaz de liderar e executar suas habilidades nos fez refletir de forma positiva. Embora sejamos inexperientes no modo de agir, somos um novo modelo profissional, capaz de inovar-se e modificar-se conforme a exigência da

situação. Estamos abertos a capacitação, queremos reflexão e ainda buscamos mentores capazes de nos direcionar na tomada de decisão. O importante é acordar, resgatar os sonhos traçados no período de formação, gerir forças que modifique e os torne realidade, somos grande parte da força de trabalho no âmbito da saúde, somos fortes, só precisamos de persistência, de atitude que fortaleça a profissão escolhida. Se somos educados durante a graduação que seremos líderes, porque temos tanto receio em ocupar um lugar que por lei é nosso? Entende-se que políticas devem ser estudadas, sejam estas com interesses políticos, ou mesmo com interesses públicos, porque se tratando de saúde o único intuito político existente deve ser o de que a saúde é um direito de todos e um dever a ser buscado, questionado e solicitado por todos.

EQUIPES GESTORAS NOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE: QUEM SÃO E QUAIS SÃO SUAS FUNÇÕES

Stela Maris Lopes Santini, Elisabete Fatima Polo de Almeida Nunes, Brigida Gimenez Carvalho, Maria Carolina Bof Bonfim, Fernanda de Freitas Mendonça, Carolina Milena Domingos, Elisangela Pinafo, Camila Ribeiro Silva

Palavras-chave: gestão do trabalho, força de trabalho, gestão em saúde

A complexidade dos processos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado e universal, apresenta grandes desafios, em especial aos Municípios de Pequeno Porte (MPP), que correspondem a 73% dos municípios brasileiros (IBGE, 2010), 79,2% dos municípios do Estado do Paraná (PARANÁ, 2013) e 84,5% na área da Macrorregião Norte (Macronorte), composta pelas Regionais de Saúde (RS) de

Apucarana (16a), Londrina (17a), Cornélio Procópio (18a), Jacarezinho (19a) e Ivaiporã (22a). Sabe-se que a gestão em saúde depende de inúmeros determinantes, entre eles a disponibilidade de equipes capazes de atuarem como gerentes nos mais diferentes níveis e áreas do SUS. Pela importância e peculiaridades da estrutura dos MPP, se faz necessário conhecer as características destas equipes e suas funções para contribuir com sua qualificação e com a gestão destes municípios, que exige o aporte de conhecimentos específicos de forma atualizada e coerente com toda a complexidade que envolve a gestão do sistema. Para tanto, esta pesquisa foi iniciada com a identificação dos integrantes das equipes gestoras, mediante contato com as respectivas RS e entrevistas com os secretários municipais de saúde para indicação do nome das pessoas-chaves nos municípios que fossem responsáveis pela coordenação das seguintes atividades: gestão do fundo municipal de saúde, operação dos sistemas de informação, gestão da força de trabalho, vigilância sanitária e epidemiológica, gestão dos serviços de saúde, coordenação de programas e da Estratégia Saúde da Família (ESF), regulação e auditoria, planejamento e avaliação. A escolha das atividades de gestão nestas áreas foi definida considerando que estes são espaços determinantes para a gestão da saúde e conseqüentemente para a operacionalização/implementação do SUS nesses municípios. A população inicial de estudo foi constituída por 828 profissionais que integravam a equipe gestora nos MPP (N=82) da Macrorregião Norte do Paraná, dos quais foram entrevistados 744 profissionais (89,9%), com 84 perdas (10,1%). Dentre os entrevistados, houve predominância de profissionais do sexo feminino (66,9%), sendo que esta tendência se manteve em todas as RS. Quanto à faixa etária, 52,7% dos profissionais encontravam-se entre 30 a 44 anos de idade, com média

de 37,8 anos e moda de 32 anos (idade mais frequente). Quanto ao nível de escolaridade, 524 profissionais (70,5%) referiram ter curso superior e destes, 58,0% possuíam pelo menos uma pós-graduação. Somente 0,3% dos profissionais possuíam unicamente o ensino fundamental completo e nenhum dos entrevistados referiu ensino fundamental incompleto. Estes resultados sugerem uma maior busca por formação de nível superior e especialização pelos profissionais das equipes, bem como a ocupação de funções de gestão/coordenação por profissionais com maior formação. Ainda no quesito escolaridade, 60,3% dos 524 integrantes das equipes gestoras que possuíam curso superior eram graduados na área da saúde e 34,4% eram graduados na área de humanas. Dos 331 profissionais que possuíam especialização, 40,2% eram na área de gestão e modelos de atenção à saúde (enfermagem do trabalho, ESF, saúde coletiva, gestão em saúde pública, etc.) e 32,0% eram na área técnico-assistencial da saúde (hematologia, acupuntura, urgência e emergência, obstetrícia, farmacologia, psiquiatria, enfermagem em Unidade de Tratamento Intensivo-UTI, entre outras) e sete referiram possuir residência, distribuídos em todas as RS, com exceção da 19^a RS. A maioria das funções de gestão eram ocupadas predominantemente por profissionais enfermeiros, exceto para os responsáveis pelos sistemas de informações ambulatorial e hospitalar, pela área de recursos humanos e pelo agendamento de consultas e exames, em que predominaram profissionais com formação em administração; pela vigilância sanitária em que predominaram profissionais com formação em medicina veterinária; pela coordenação de saúde bucal em que predominaram odontólogos; e pela coordenação da assistência farmacêutica e pela coordenação de compras e licitações, em que predominaram farmacêuticos. Quanto à realização de pós-graduações

Stricto Sensu, foram referidas por cinco profissionais, muito provavelmente porque este tipo de pós-graduação esteja mais distribuído em grandes centros e sejam mais direcionados para a área acadêmica e não para a atividade profissional. Além disso, o acesso a estes cursos são limitados pela menor oferta de vagas e pela necessidade de mais tempo de dedicação do que uma especialização, o que pode dificultar a conciliação do estudo com o exercício das funções de gestão. Por ocasião das entrevistas, foi questionado aos profissionais das equipes gestoras quantas e quais funções os mesmos exerciam nas equipes de saúde de seus municípios. Em resposta à primeira questão, 70,1% dos pesquisados relataram exercer até duas funções de gestão e 29,9% mais que duas funções. Em resposta à segunda questão, foram identificados 72 secretários municipais de saúde que representavam 87,8% dos municípios e 9,7% do total de entrevistados. Quanto às demais funções de gestão 66,9% dos entrevistados eram responsáveis pelos diferentes sistemas de informação; 15,1% pelo agendamento de consultas e/ou exames; 13,9% pelo planejamento e avaliação de ações e serviços; 11,6% pela coordenação da ESF/Programa Saúde da Família (PSF) ou Atenção Primária à Saúde (APS); 11,6% pela coordenação da vigilância epidemiológica; 9,8% pela área de recursos humanos, sendo que destes, 68,0% eram vinculados às prefeituras e 32,0% atuavam nas próprias secretarias municipais de saúde. Mesmo a pesquisa tendo sido realizada em 82 municípios, como a maioria dos profissionais atuava em mais que uma função, 86 profissionais se autorreferiram como coordenadores da ESF ou ABS, e igual número pela coordenação da vigilância epidemiológica, podendo sugerir que o mesmo profissional realize estas duas funções; 84 como coordenadores de UBS, 103 como responsáveis pelo planejamento e avaliação, 112 como responsáveis pelo

agendamento de exames e consultas especializadas e 498 como responsáveis pelos diversos sistemas de informações. Foram pesquisados o tempo de atuação dos profissionais nas funções de gestão e o tempo de atuação destes na área da saúde. Em relação ao tempo de atuação nas funções de gestão no município, 26,3% dos profissionais tinham até um ano nas funções e 43,6% de um a seis anos. A média de tempo de atuação nas funções foi de aproximadamente 5,5 anos. Quanto ao tempo de atuação na área da saúde e não especificamente somente na função de gestão, 25,8% (N=192) dos profissionais referiram possuir de 12 a 24 anos de atuação e o tempo médio foi de 11 anos. A maioria dos entrevistados referiu não possuir experiência anterior na função de gestão (74,9%). Os resultados sobre a escolaridade demonstraram que o fato destes profissionais atuarem em MPP, no interior do Estado, não os impediu de ter acesso a processos de formação e pós-graduação, caracterizando equipes com escolaridade adequada ou superior ao exigido aos cargos ocupados, o que pode impactar positivamente no padrão de qualidade da gestão dos serviços. Também confirmou a feminilização das equipes municipais de saúde e o crescimento da participação das mulheres no mercado de trabalho em saúde, bem como a importância dos profissionais da categoria de enfermagem no contexto da gestão de saúde. E evidenciou uma possível sobrecarga de atividades por parte dos profissionais das equipes, pois a maior parte destes (70,1%) conciliavam as atividades das funções de carreira com as de gestão. Sabemos que a gestão da saúde nos municípios não se faz somente pelo gestor formal, daí a importância de investimentos na qualificação das equipes de gestão e da promoção de estratégias de valorização e reconhecimento da função para fixação e melhorias de desempenho das equipes dos MPP.

ESTUDO DE PERFIL DO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE DE UMA REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Liliany Mara Silva Carvalho, Joanito Niquini Rosa Junior, Paulo Henrique da Cruz Ferreira, Alessandra de Campos Fortes Fagundes

Palavras-chave: Gestor municipal de saúde, municipalização, estudo de perfil

Em 1990, foi aprovada pelo Congresso Nacional, a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, que atribui ao município a direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS), e a execução dos serviços, ficando a União e os Estados, responsáveis pela normatização, coordenação, controle, acompanhamento e avaliação. Em complementação a esta no mesmo ano a Lei 8.142 regulamentou a gestão pública do SUS em todos os níveis de governo. Assim, com o advento das referidas leis, tivemos a municipalização da saúde, que é um processo da descentralização da gestão do sistema de serviços até a base político-administrativa do Estado brasileiro, implicando no reordenamento dos papéis que cabem a cada uma das instâncias político administrativas, isto é, ao governo federal e aos governos estaduais e municipais. Municipalizar a saúde significa, portanto, trazer para a gestão municipal a capacidade de definir, junto com os municípios, o que fazer com a saúde na sua área de abrangência, através da autonomia de gestão e descentralização de recursos financeiros. O município passa a ser um nível de grande importância nos processos de descentralização, por assumir novas funções e ser lócus de mudanças. Neste contexto, as políticas descentralizadoras representam novos desafios para a gestão tanto pela assunção de novas responsabilidades, como para instituição de mudanças. A gestão do sistema pode ser entendida como o conjunto de atividades políticas,

técnicas e administrativas desenvolvidas com o propósito de assegurar a condução, o planejamento, a programação, a direção, organização e controle do sistema de serviços de saúde em sua totalidade. A partir das mudanças preconizadas pelo movimento da Reforma Sanitária e que desembocaram na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), as transformações reivindicadas enfocavam, dentre outras, na qualidade da gestão dos serviços. A consolidação do SUS está intimamente ligada ao perfil dos atores que assumem e conduzem as diversas instâncias de governo. É neste sentido, por considerar que mais do que um administrador, o gestor do SUS é uma autoridade sanitária em cada esfera de governo, cuja ação política e técnica deve estar pautada pelos princípios da reforma sanitária brasileira e, considerando o significado estratégico da municipalização, é que o presente trabalho tem por objetivo a análise do perfil do gestor municipal de saúde da Região de Saúde de Diamantina. O trabalho foi realizado através de entrevista semiestruturada, com a utilização de técnicas qualitativas de pesquisa tanto para a coleta, quanto para a análise dos dados. O estudo foi desenvolvido na Região de Saúde de Diamantina, que de acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais (PDR) compreende o total de quinze municípios, com extensão territorial de 14.266,1 km² e população estimada em 174.912 habitantes. São eles os seguintes municípios: Alvorada de Minas, Carbonita, Coluna, Congonhas do Norte, Datas, Diamantina, Felício dos Santos, Gouveia, Itamarandiba, Presidente Kubitschek, Santo Antônio do Itambé, São Gonçalo do Rio Preto, Senador Modestino Gonçalves e Serro. Esta pesquisa atendeu aos princípios éticos e à Resolução 446/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) de nº 840.133 de 21/10/2014. Todos os gestores municipais de saúde participantes

desta pesquisa assinaram previamente a Autorização da Coleta de Dados em que consentiram que o município fosse participante da referida pesquisa. Somente após o consentimento dos 15 municípios o projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP. No momento da entrevista os participantes assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ainda o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimentos. As entrevistas foram gravadas utilizando gravador digital Samsung Galaxy S4 e, em seguida, transcritas na íntegra no software Microsoft Word 2007 (®Microsoft Corporation), respeitando-se todas as falas. Por questões éticas neste trabalho os gestores, nosso objeto de pesquisa, foram denominados como G, sendo enumerados G1, G2, G3 e assim sucessivamente. Para a numeração dos gestores optamos por critério de sorteio, impedindo que o número fosse associado a ordem alfabética, localização geográfica ou outros. Os resultados deste trabalho mostraram que a maioria dos gestores tinham dificuldades para reservar um tempo para responder aos questionamentos, sendo frequentemente interrompidos e demonstrando que haviam tarefas imediatas e corriqueiras que necessitavam ser cumpridas, evidenciando as dificuldades de planejamento para realizar uma atividade previamente agendada. Além disto no momento das entrevistas ficou evidente a necessidade do gestor em se fazer politicamente presente para o atendimento a determinados usuários do serviço de saúde. Evidencia-se que a maioria dos gestores está situada na faixa etária entre 31 a 40 anos (65%), com média de 33,5 anos. A idade compreendeu entre 27 anos, o mais novo deles, e 64 anos o mais velho. Em relação a distribuição por sexo podemos notar que 34% são do sexo masculino e 66% do sexo feminino, mostrando uma disparidade, confirmando a forte presença feminina na força de trabalho

em saúde. Dos 15 entrevistados 67% tem formação em nível superior, sendo que destes 50% formaram-se em algum curso relacionada à área de saúde; 6% tem nível técnico e 27% concluíram apenas o segundo grau. Questionados sobre a participação no curso “De repente... gestor”, curso voltado a formação de gestores municipais de saúde oferecido pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS), constatamos que a maioria deles, 60%, não efetuaram o curso e uma minoria de 40% foi capacitada. Por fim avaliamos o tempo de gestão, a grade maioria compreendeu entre 1 ano e 1 mês a 2 anos como gestor municipal de saúde, seguidos de 20% que tem mais de 3 anos e 1 mês empatados com os que tem 2 anos e 1 mês a 3 anos, 13% revelou-se com menos de 1 ano. Destacamos aqui os extremos em que encontramos um gestor que tinha apenas 3 meses no cargo em comparação a outro com 24 anos de atuação no cargo. Os resultados demonstraram a importância de formação e capacitação dos gestores municipais de saúde evidenciando a necessidade de proposta de um perfil gerencial, que especifique as atribuições e responsabilidades do gestor municipal de saúde. Além disto, no momento das entrevistas ficou evidente a necessidade do gestor em se fazer politicamente presente para o atendimento a determinados usuários do serviço de saúde.

FATORES GERADORES DE ABSENTEISMO DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM SANTA CATARINA, BRASIL

Naraiane Fermino, Nádia Heylmann, Rosana Amora Ascari

Palavras-chave: Absenteísmo, Enfermagem, Gestão, Saúde do Trabalhador

INTRODUÇÃO: O absenteísmo refere-se à frequência ou duração do tempo de trabalho perdido quando os profissionais não comparecem ao trabalho, isso corresponde às ausências quando se esperava que os funcionários estivessem presentes. No entanto, é importante considerar que as causas do absenteísmo nem sempre estão ligadas ao profissional, mas sim à instituição com processos de trabalho deficientes através da repetitividade de atividades, da desmotivação, das condições desfavoráveis no ambiente de trabalho, da precária integração entre os empregados e a organização e dos impactos psicológicos de uma direção deficiente que não visa uma política prevencionista e humanística. Na área da enfermagem, as ausências desorganizam o trabalho de toda uma equipe, ausência que traz graves perturbações à realização das atividades e sobrecarga aos demais membros do grupo. Reduz a produção, aumenta o custo operacional e dificulta a substituição dos trabalhadores diretamente. Os fatores relacionados com o absenteísmo feminino vão desde a necessidade de cuidado dos filhos e das tarefas domésticas até a maior suscetibilidade ao estresse e a problemas de saúde. Mesmo que tenha apenas um emprego, é comum a mulher enfrentar a dupla-jornada, representada pela associação do trabalho “fora de casa” com o trabalho doméstico. Sentiu-se então, a necessidade de conhecer a incidência do absenteísmo por doença junto aos trabalhadores de enfermagem e fatores geradores deste absenteísmo, suas características em relação ao gênero, avaliando os motivos de afastamento, categoria, idade e sexo, na tentativa de refletir sobre a magnitude desta problemática para subsidiar ações de controle do absenteísmo na equipe de enfermagem de um Hospital Universitário no estado de Santa Catarina, Brasil.

METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa

de caráter descritivo, com abordagem quantitativa. Para ter acesso aos registros, do Serviço de Atenção da Saúde do Trabalhador (SAST), foi encaminhado ao Hospital Universitário um ofício destinado ao representante do setor de RH, solicitando permissão de manuseio as informações acerca dos atestados e afastamentos para tratamento de saúde, correspondente ao período de janeiro a dezembro de 2011. A coleta de dados obedeceu a um protocolo que preservou o anonimato das informações individuais. Os dados coletados foram organizados em forma de tabelas, analisados de acordo com estatística descritiva simples e discutidos com base na literatura científica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Este estudo compreendeu um total de 172 pessoas entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que procuraram o atendimento no Serviço de Atenção à Saúde dos Trabalhadores (SAST) em 2011, destes foram totalizadas 136 consultas entre atestados e afastamentos. Os resultados apontam para atestados e/ou licenças médicas no período de estudo, técnicos de enfermagem (72,09%), mulheres (94,19%), na faixa etária de 26 a 35 anos (36,63%), casada (44,19%), com nenhum filho (63,37%), trabalhadoras no período noturno (38,95 %). Alguns autores relacionam como causa do absenteísmo feminino, o fato de a maioria das mulheres inseridas no mercado de trabalho ser responsável pelos afazeres de casa e cuidado com os filhos. Esta dupla jornada de trabalho repercute em seu cotidiano e durante o seu turno de trabalho, não conseguindo afastar-se dos problemas do lar. Os enfermeiros foram responsáveis por 13,5% (76) dos afastamentos. Estudo aponta que a menor frequência de afastamentos de enfermeiros no trabalho pode ser atribuída ao fato de que, sendo o profissional que responde pela equipe de enfermagem, a responsabilidade do cargo pode determinar uma presença

mais constante, e menos cansativa. A ocorrência de uma maior quantidade de atestados entre os técnicos de enfermagem demonstram que quanto mais baixo o nível hierárquico ocupado pelos trabalhadores da equipe de enfermagem, maior a probabilidade de afastamentos por motivo de adoecimento. Quanto ao número de dias afastados do trabalho, se observa que das 136 consultas realizadas, 106 indivíduos que prevaleceram de 1 a 4 dias de afastamento, isto corresponde (77,94%), seguido de 5 a 10 dias com 28 afastamentos (20,58%) e dois afastamentos foram de mais de 10 dias (1,47%). Um estudo constatou que mais de 80% de todas as ausências tem duração igual ou inferior a três dias, contribuindo com menos de 15% dos dias perdidos; e que menos de 10% dos casos são responsáveis por mais de 80% dos dias perdidos. Verificase entre todas as categorias estudadas que, a unidade hospitalar de internações clínicas teve maior incidência entre licenças e afastamentos (24,26%), seguido da emergência com (19,85%), a unidade de terapia intensiva - UTI com (14,70%), a unidade de internação cirúrgica teve (11,02%), maternidade e berçário com (7,35%), pediatria (5,88%), centro cirúrgico (5,14%) e oncologia com (4,41%). Dos afastamentos (n=136) a maioria foi por agravos de doenças, sendo que as doenças do olho e anexo prevalecem com 29 casos (21,32%), seguidas de doenças do sistema osteomuscular com 26 casos (19,11%); doenças do aparelho respiratório com 20 casos (14,70%); os atestados médicos por acompanhante 15 casos (11,02%), doenças do geniturinário e algumas doenças infecciosas e parasitárias somam cada uma 10 casos representando (7,35%); doenças do aparelho digestivo foram 9 casos (6,61%), gravidez, parto e puerpério com 8 casos (5,88%); doenças infecciosas intestinais 5 casos (3,67%) e as lesões e envenenamento e fatores que influenciam o estado de

saúde e contato com serviço com 2 casos cada, (1,47%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os índices de absenteísmo por doença entre os trabalhadores de enfermagem da instituição pesquisada apresentam-se elevados, indicando a necessidade de estudos em cada local de trabalho, buscando detectar problemas causais específicos de cada unidade hospitalar e avaliação da organização e posto de trabalho com vistas à melhoria das condições de trabalho e promoção da saúde dos trabalhadores de enfermagem. Há também a necessidade de criação de um banco de dados para aperfeiçoar o registro das faltas, a fim de facilitar seu controle e possibilitar futuras pesquisas, visando à saúde, segurança e boas condições de trabalho dos profissionais de saúde, considerado um recurso valioso pela Organização Mundial de Saúde.

FATORES IMPACTANTES NO ATENDIMENTO AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

Caroline Soares Nobre, Caline dos Santos Vasconcelos, Eleonora Lima Peixinho Guimarães

Palavras-chave: Saúde do Idoso, Atenção primária a saúde, Serviços de Saúde

APRESENTAÇÃO: Em 2025 o Brasil ocupará a sexta colocação entre os países do mundo com maior número de idosos, com a finalidade primordial de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Foi criada em 19 de Outubro de 2006 a Portaria Nº 2.528 que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, amparando todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais. A política considera a necessidade de

buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos, por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde. Sendo a família a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental (BRASIL, 2006). Ao considerar a fragilidade da saúde do idoso, muitos são acometidos por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) - estados permanentes ou de longa permanência, que podem gerar um processo incapacitante, afetando sua funcionalidade, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer a qualidade de vida, desta forma são os principais motivos da busca pelo atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS) por esta população. Deste modo, objetivou-se identificar os fatores que impactam no atendimento prestado aos idosos, usuários da APS no Brasil. DESENVOLVIMENTO: Estudo de caráter exploratório por meio de uma revisão integrativa, na qual segundo Mendes (2008), a mesma inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisões e a melhoria da prática, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento, que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Foram utilizadas as bases de dados nacionais e internacionais, Scielo, Bireme e Google acadêmico, no período de agosto a novembro de 2014. Utilizou-se como filtro o ano de publicação (2000 a 2014), considerando um período anterior de cinco anos, a criação do Estatuto do Idoso, que ocorreu em 2006. Os descritores utilizados para a busca na base de dados foram: Saúde

do Idoso, Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde, Serviços de Saúde, Saúde do Idoso e Saúde da Família. Foram realizadas combinações entre os descritores gerando um total de 210 artigos e destes, foram selecionadas 10 publicações considerando os critérios de inclusão: artigos completos disponíveis em português que apresentassem os fatores positivos e desafiadores que influenciam no atendimento ao idoso na atenção básica. Foram excluídos artigos que tratam da acessibilidade do idoso no âmbito hospitalar e artigos idênticos. RESULTADOS: Não foi possível identificar as possíveis influências do Estatuto do Idoso na qualidade do atendimento prestado, pois, as publicações são após 2006. Os autores são profissionais das áreas da Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Odontologia, Medicina e Serviço Social. Destes, os enfermeiros estão em maioria com quatro (40%) dos manuscritos. Destes autores, nem todos deixaram claro na sua identificação a área de atuação. Apenas um artigo deixou claro que a profissional era especialista em Atenção à Saúde e Envelhecimento. Alguns indicaram as áreas que estão relacionadas como Saúde da Família, Saúde Coletiva, Educação e Saúde Comunitária, enquanto outros identificaram apenas sua categoria profissional. No que se refere às regiões do Brasil, apenas a região norte não esteve presente. As universidades públicas representam oito (80%) dos artigos selecionados. Essas instituições de ensino foram representadas por alunos de graduação, especialização, mestrado, doutorado bem como os docentes. Os objetivos traçados tinham caráter de identificação das ações prestadas e dificuldades enfrentadas na assistência, além de avaliar e analisar o atendimento oferecido ao idoso. Os principais fatores que influenciam o atendimento prestado aos idosos na APS estão associados à

utilização do Serviço de Atenção Básica foi “Escolaridade”, ao fato de “perceber-se saudável” e “autorrelatos de dano crônico”. Na realização do estudo, os autores puderam observar que os próprios idosos se queixaram da dificuldade de acesso às UBS/USF. Ainda assim, foi percebido que a Atenção Básica tem conseguido atender grande parte da população idosa. Essa percepção dos autores contradiz a percepção dos idosos, que referiram dificuldade para acessar o serviço de saúde das UBS/USF (PASKULIN, VALER e VIANNA, 2011). Identificaram fatores semelhantes pesquisadores de Fortaleza (Barros et al., 2011) na qual estão a baixa assiduidade dos idosos, sem motivo específico para justificar e a necessidade de capacitação do profissional para intervir no processo de envelhecimento. Referindo que a baixa assiduidade pode estar relacionada à autopercepção de se sentir saudável ou dificuldade no deslocamento até a Unidade de Saúde. Cabe destacar que Oliveira e Tavares (2010) afirmam que a pouca assimilação das orientações, especialmente no que se refere aos medicamentos, além do pouco acompanhamento dos familiares estão associados ao atendimento prestado, aludindo à baixa renda e escolaridade da população de usuários idosos. Em acordo com Paskulin, Valer e Vianna (2011) que acreditam na escolaridade como um dos fatores negativos responsável pela pouca assimilação das orientações prestadas pelos profissionais de saúde. Três artigos (Barros et al., 2011; Mendes et al., 2013; Almeida et al., 2011) trouxeram como fator dificultador o aperfeiçoamento, capacitação e profissional. Os profissionais de saúde recebem a capacitação profissional durante o período de graduação, mas, nem sempre esse ensino é suficiente para garantir uma boa prática profissional. Tavares et al. (2008) realizaram um estudo que buscou descrever o conhecimento dos acadêmicos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro -

UFTM, sobre definição cronológica do idoso, geriatria e gerontologia, onde foi identificado que cerca de 75% desses cursos abordam o tema, a frequência de contato com o idoso gira em torno de 50% dos acadêmicos e os mais interessados nessa temática são os estudantes de enfermagem, seguido dos de medicina. A sobrecarga de trabalho foi outro fator destacado pelos artigos de Motta, Aguiar e Caldas (2011) e Almeida et al. (2011). Seja na ESF ou UBS, considerando a demanda prevista de atendimento, quantidade de famílias cadastradas e programas para executar, principalmente para o enfermeiro, requer planejamento e organização para conseguir atingir as metas pactuadas e atender as necessidades da comunidade. Além da sobrecarga de trabalho e infraestrutura das unidades de saúde, a escassez de recursos humanos, também, dificultam o atendimento (BARROS et al., 2011). CONSIDERAÇÕES FINAIS: O fato de a população brasileira e mundial estar em constante envelhecimento, deve ser motivo para a veemência da gestão pública e das universidades, no investimento em capacitação profissional e infraestrutura. Diante dos fatores associados ao atendimento do idoso, acredita-se que assim como a saúde da criança e a saúde da mulher que obtém consultas específicas, a saúde do idoso pode e deve ser remodelada designando uma consulta específica a esta população alvo. Os atendimentos das ESF e UBS por vezes, estão programados para atender usuários com determinada patologia como hipertensão e diabetes ocorrendo um direcionamento da assistência para a patologia, proporcionando um cuidado clínico generalizado. Legitimar o serviço prestado à população brasileira idosa proporcionará um envelhecimento acompanhado e amparado com ações de promoção da saúde e prevenção de agravos inerentes ao envelhecimento.

FINANCIAMENTO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAL DE SAÚDE: COMPARANDO INVESTIMENTOS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DA GRANDE VITÓRIA

Fabiana Turino, Francis Sodré

Palavras-chave: SUS, Organização Social de Saúde, Financiamento público

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988. O SUS pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma política de Estado construída pelas forças sociais que lutaram pela democracia e organizaram-se pautados na Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Nos debates para a formulação da CF houve a reafirmação da força do setor privado dentro das políticas públicas de saúde no Brasil. Podemos classificar o artigo 199 – que diz: “A assistência à saúde é livre a iniciativa privada” – como o primeiro golpe sofrido pelo pensamento de uma política pública progressista para o SUS. Em meados da década de 90, o processo de construção e consolidação do SUS sofre com a influência da discussão em torno da reforma administrativa do Estado, o que implicou a busca por alternativas de gestão das organizações governamentais. Naquele momento havia o entendimento por parte do governo federal de que o Estado deveria ser mínimo para desburocratizar a máquina pública. Então, em 1995, o Ministério Administrativo da Reforma do Estado, comandado pelo ministro Carlos Bresser-Pereira, apresentou o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRAE). Com a promulgação da emenda constitucional nº 9.637, de 1998, as atividades estatais foram divididas em dois tipos: a) as ‘atividades exclusivas’ do Estado; b) as ‘atividades não exclusivas’ do Estado que seriam prestadas tanto pela iniciativa privada como pelas organizações sociais que integrariam o setor

público não estatal. O resultado disso foi que houve flexibilização administrativa com a transferência da gestão de serviços não exclusivos, como saúde, educação e cultura, para entidades privadas. Esse movimento, conhecido como Nova Gestão Pública (NGP), marcou a administração no campo da saúde no contexto brasileiro a partir de então. Observa-se com destaque a inserção das organizações sociais (OS), criadas pela Medida Provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997, e regulamentada na forma da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Esses entes tiveram como objetivo promover a desobrigação do Estado frente às políticas sociais, em especial a saúde, como também a desoneração estatal no que compete o emprego dos recursos financeiros, assim como a desobrigação sob a gestão pública, entendida pelos defensores desse modelo como “burocrática e engessada”. A questão que se coloca é se realmente a atuação das OS’s ofereceu à sociedade uma gestão no campo da saúde mais eficiente e menos burocrática, realizando os serviços preconizados com qualidade e custos menores. O objetivo deste trabalho é buscar comparar o volume de recursos financeiros destinados aos cinco principais hospitais públicos da Região Metropolitana da Grande Vitória (ES) sob administração direta – Hospital Dório Silva (HDS), Hospital São Lucas (HSL), Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), Hospital Antônio Bezerra de Farias (HABF) e Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves (HIMABA) – com três unidades hospitalares que foram cedidas para gestão de uma Organização Social de Saúde (OSS) – Hospital Estadual Central (HEC), Hospital Dr. Jayme dos Santos Neves (HJSN) e Hospital de Urgência e Emergência (HUE) – no período de 2009 a 2014. O estudo consiste em análise de dados secundários para uma pesquisa descritiva. Foram extraídos dados públicos de financiamento da saúde e

indicadores de desempenho de sites como: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); Governo Estadual do ES; Secretaria Estadual de Saúde e Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS). A partir dos dados oficiais disponíveis, foi realizado o cruzamento de informações e posterior análise para averiguar a proporção dos volumes dos recursos financeiros. Assim foi possível comparar o volume de recurso público empregado nos dois modelos de gestão: administração direta – pelo Estado; e administração indireta – pela OSS. Após o cruzamento dos dados públicos disponíveis chegamos a alguns apontamentos. O que mais chama atenção é a comparação o volume de recursos financeiros alocados anualmente nos hospitais sob gestão direta em relação aos hospitais gerenciados pelas OSS. Em 2009 foram aplicados R\$ 116.091.153,35 nas unidades sob administração direta contra R\$ 1.022.962,50 na indireta. No ano seguinte essa relação foi de R\$ 135.737.162,11 (direta) versus R\$ 34.081.374,17 (indireta). Já em 2011 foram 154.300.847,36 (direta) e R\$ 44.584.599,00 (indireta). Um ano depois os valores foram de R\$ 173.108.090,86 x R\$ 30.368.545,31. O salto dos recursos para OSS aconteceu em 2013, quando o segundo hospital começou a ser gerenciado por OSs. O valor chegou a R\$ 143.635.094,48, enquanto que para os hospitais de gestão direta foram R\$ 188.233.794,63. Por fim, em 2014, o valor investido na gestão direta foi menor que na indireta: R\$ 198.083.322,10 x R\$ 234.733.195,89. Fica evidente a mudança de foco nos valores investidos em saúde. Os valores repassados às OSS saltam da casa de 30 milhões de reais, em 2010, para quase 235 milhões de reais, em 2014. Um aumento de quase 8 vezes mais. Para qualificar melhor os dados desse volume financeiro associamos esses valores com o número de atendimentos/internações efetuados pelas unidades hospitalares.

Os cinco principais hospitais estaduais da Grande Vitória sob administração direta do estado realizaram no ano de 2009 um total de 1.764.280 atendimentos/internações. Nesse período foram investidos pouco mais de 116 milhões de reais, o que resulta em uma relação de R\$ 65,80 por cada atendimento/internação. No mesmo ano, foram feitos apenas 72 atendimentos/internações no HEC, que passou a ser administrado pela OSS Pró-Saúde apenas em dezembro daquele ano. A razão de R\$ 14.207,81 para cada atendimento é descomunal se comparada com o valor gasto com os hospitais da administração direta. O fato de ter sido inaugurado no fim do ano não diminui a discrepância dos valores investidos por atendimento no HEC, como pode ser identificado nos anos seguintes. Vale destacar que a primeira OSS atuando nos hospitais públicos da Grande Vitória foi a Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar (Pró-Saúde) e iniciou suas atividades no fim de 2009 na gestão do HEC. A segunda entidade que começou a atuar no estado foi a Associação Congregação de Santa Catarina. Ela iniciou os trabalhos em dezembro de 2011 para substituir a Pró-Saúde na administração do HEC, pois houve divergência em relação ao valor superestimado no contrato. Em fevereiro de 2013, a Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES) passou a atuar como OSS na gestão do HJSN. Por fim, o Instituto Americano de Pesquisa, Medicina e Saúde Pública (IAPEMESP) começou a atuar em setembro de 2014. Apenas esses quatro entes receberam nos cinco anos um total de quase 500 milhões de reais, tendo realizado aproximadamente 335 mil atendimentos entre 2009 e 2012. No mesmo período os cinco hospitais sob administração estatal fizeram quase 7 milhões de atendimentos, tendo recebido em cinco anos pouco mais que 965 milhões de reais. Os números mostram que na prática

a entrada das OSS na gestão dos hospitais públicos do Espírito Santo não concretiza o discurso de desoneração da máquina pública proposto no PDRAE, mas sim a desoneração frente às políticas sociais. As análises iniciais dos dados deixam claro que os financiamentos direcionados para OSS não se transformam em um maior número de atendimentos. A política que enxerga o princípio da desburocratização como único caminho para melhoria do Sistema Único de Saúde, mostram somente o fato que essas entidades possuem mais autonomia nos processos de aquisição e contratação de recursos humanos.

FORMAÇÃO DE GESTORES PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: DISCUTINDO UMA PESQUISA APLICADA

Vanessa Nolasco Ferreira, Carlos Henrique Assunção Paiva, Fernando Antônio Pires-Alves, Luiz Antônio Teixeira

Palavras-chave: Gestão de Pessoas, Atenção Primária à Saúde, Materiais de Apoio Pedagógico

Apresentação e objetivos: O presente trabalho é fruto de uma proposta conjunta do Observatório História e Saúde (DEPES/COC) e do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnologia em Saúde (Icict/Fiocruz). Dedicar-se a construção de seção descritiva e instrucional denominada *Pense SUS-Gestão* a ser hospedada na Plataforma *Pense SUS* (<http://pensesus.fiocruz.br/>) com vistas a contemplar a formação de gestores de serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. Por intermédio da confecção e divulgação de materiais de apoio pedagógico, é objetivo da iniciativa promover uma inteligibilidade mais completa de questões-chave para a organização das instituições e da rede de

saúde no Brasil. As discussões e iniciativas em torno da organização das instituições de saúde não parecem ter seguido o mesmo ritmo de renovação que percorreu o debate acerca da organização dos sistemas de saúde. Esse quadro sugere que, regra geral, as instituições que prestam assistência e permitem o ingresso dos usuários no sistema de saúde, tenham permanecido afeitas aos modelos da escola da administração clássica, organizados em torno de noções mais ou menos rígidas de autoridade e hierarquia, pouco inclinadas a contemplar a questão da participação de funcionários e usuários nos processos de gestão, inspirados, enfim, em modelos de organização e planejamento de caráter essencialmente tecnicista e normativo (Abrahão, 2005). Várias foram as iniciativas visando vencer essas limitações. No terreno da formação de gestores hospitalares, já em meados dos anos 1970, o Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde (PROHASA) teve como objetivo romper com os padrões então vigentes de formação de quadros gestores no campo da saúde, rumo a perspectivas críticas ao modelo vigente (Contim, 2009). No terreno da Atenção Primária, mais de uma década depois, em uma tentativa de melhor formar e qualificar gestores para esse nível assistencial, podemos destacar a iniciativa do curso sobre Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde, também conhecido como Projeto GERUS (Brasil/MS, 1997). Apesar das tentativas de superação da dicotomia serviço/sistema de saúde, o sistema de saúde brasileiro em nossos dias, entre seus inúmeros e variados desafios mantém, como herança institucional persistente, a permanência de formas de gestão de base tecnicista e normativa (Rivera, Artmann, 2012). Significa dizer, em termos práticos, que o padrão de comportamento dos gestores, como regra, não parece situar suas ações e ambições

segundo uma perspectiva que considere uma dimensão mais ampla, política e institucional, na qual se insere a instituição e o setor da saúde. Método: O projeto está assentado em três ordens de procedimentos metodológicos: (1) levantamento e sistematização de informação já disponível acerca das problemáticas identificadas no escopo do projeto; (2) constituição de oficinas com gestores da Estratégia de Saúde da Família e com discentes de gestão em saúde; (3) com base nas fontes primárias e secundárias selecionadas, análise e construção de narrativas acerca dos eixos-problema. A atividade de levantamento considera a produção acadêmica e documentos institucionais que tratam dos eixos-problema identificados. Para efeito de levantamento, serão considerados materiais relevantes todos aqueles que tomem como objeto específico ou parcial algum dos eixos-problema identificados. A princípio não haverá recorte temporal e a seleção dependerá de critérios de relevância para uma compreensão dos problemas. Serão privilegiadas, como fontes de informação para o levantamento, bases bibliográficas qualificadas (Base Hisa, BVS etc) e acervo documental depositado no Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz (DAD/COC) e outras instituições que façam guarda de documentação considerada relevante para fins de pesquisa. A realização de três oficinas junto a profissionais da gestão da Estratégia Saúde da Família e estudantes de gestão em saúde terá como propósito colher informações acerca do imaginário e da agenda de problemas identificados por estes sobre a gestão de serviços de Atenção Primária. Sem que se identifique os falantes, as oficinas com profissionais e discentes tem o propósito de colher opiniões e tomar atitudes acerca dos principais problemas identificados por estes, segundo eixos-problemas pré-definidos. À luz das

experiências concretas dos participantes, as Oficinas, ao mesmo tempo, colocarão como fóruns e/ou oportunidades de validação, ajustes ou inclusão de novos eixos norteadores para a pesquisa, de forma que o escopo de pesquisa, aqui definido, possa ser encarado como uma matriz inicial de investigação. No terreno da informação e comunicação, atividades centrais no nosso plano de trabalho, o projeto conta com a reconhecida expertise do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnologia em Saúde (Icict/Fiocruz). O *PenseSUS* se apresenta como um agregador de conteúdos relacionados ao Sistema Único de Saúde (SUS) que, a partir de noções, conceitos estratégicos e princípios pertinentes ao SUS, provenientes do campo da Saúde Pública/Coletiva. A parceria desenvolverá a partir dos levantamentos e escuta qualificada de gestores um novo segmento para o site que abrigará materiais instrucionais e de apoio pedagógico com o intuito de formar e qualificar gestores da APS. Resultados / Impactos: Construção da seção descritiva e instrucional *Pense SUS-Gestão* voltado para Gestão da APS na Plataforma *Pense SUS* em parceria com o ICICT, criador e mantenedor da plataforma. Tal parceria visa à construção de materiais de apoio pedagógico virtual e manutenção dessa ferramenta que através do uso web poderá atingir gestores de todo o país. Escuta qualificada de Gestores Atuantes na APS e em Processo de Formação, por intermédio das parcerias com o Mestrado Profissional da UNESA, da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da UFRJ e da Ferramenta *Fale Conosco* do *PenseSUS* a partir da criação da categoria gestor, possibilitando, com isso, a escuta de Gestores da Atenção Primária à Saúde do país inteiro. Essas parcerias fornecerão subsídios para a construção de materiais que deem conta de problemas objetivos da gestão. Conclusão: Gerir serviços de saúde tem se revelado

um empreendimento técnico-político repleto de desafios. Conjugando os interesses definidos pelos espaços de autonomia dos diferentes profissionais com a necessidade de uma efetiva coordenação dos processos de trabalho, para citar um exemplo, tem se revelado uma das questões-chave para a boa organização da assistência à saúde (Mintzberg, 1995). Ao que tudo indica, gestores estão diante de instituições que exigem altas capacidades de negociação e comunicação (Rivera, Artman, 2003). Quando se trata de unidades e equipes que operam como portas de entrada do sistema de saúde – como o são as unidades básicas de saúde e as equipes de saúde da família – os desafios parecem se radicalizar, uma vez que a complexidade do trabalho (diante de uma grande variedade de situações clínicas e sociais) também impõe dificuldades para a sua organização. A problemática de gestão sobre a qual essa proposta pretende intervir reside numa tendência, mais ou menos disseminada entre gestores, que compreende a gestão das instituições de saúde fora do devido enquadramento histórico-sociológico em que estas se inserem. Negar tal enquadramento supõe que as mesmas instituições operariam à parte dos constrangimentos a que estão submetidos à organização do sistema de saúde e do próprio setor em seu conjunto. Sendo assim, por meio de recursos pedagógicos, nossa iniciativa produzirá uma compreensão e uma melhor inteligibilidade das problemáticas da gestão das instituições de saúde no nível da APS, de tal modo que possamos inseri-las dentro de matrizes e tendências organizacionais e políticas que conformam práticas e modelos para o campo.

GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA: SISTEMATIZAÇÃO DE UM SERVIÇO CLÍNICO COM O AUXÍLIO DA PESQUISA-AÇÃO

Maria Angela Ribeiro, Djenane Ramalho de Oliveira, Pedro Augusto do Amaral

Palavras-chave: Gerenciamento da Terapia Medicamentosa, Sistema Único de Saúde, Câncer de mama, Sistematização, Pesquisa-ação

APRESENTAÇÃO: O medicamento é o recurso terapêutico com melhor custo efetividade, entretanto muitas vezes está associado a resultados negativos. Estes se tornam importantes problemas de saúde pública mundial e são transferidos para a sociedade como impactos não apenas econômico mas também como sofrimento humano. Os pacientes em uso de medicamentos, no entanto, podem desenvolver Problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM), que têm sido amplamente descritos na literatura científica. PRM é todo e qualquer evento indesejável experimentado por um paciente que envolve, ou seja, suspeita de envolver a terapia medicamentosa, e que interfere nos objetivos propostos para a terapia e requer julgamento de um profissional para resolvê-lo. Estes problemas funcionam como uma barreira para o alcance das metas terapêuticas causando aumento da morbidade e mortalidade relacionada com a farmacoterapia. Atualmente o serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) representa uma forma efetiva, sustentável e humanizada para que o profissional farmacêutico insira de forma colaborativa no processo de cuidado do paciente, produzindo impacto significativo no sistema de saúde. O GTM está pautado nos pilares básicos da Atenção Farmacêutica e propicia ao farmacêutico a oportunidade

de aplicar todo seu conhecimento farmacoterapêutico para promover o bem estar do outro, enquanto identifica, previne e resolve PRM. Diferentes soluções têm sido propostas para reduzir a morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos. Em nível de sistemas de saúde, soluções como políticas de saúde, legislação e regulamentação têm sido implementadas. Em nível institucional, protocolos clínicos e formulários terapêuticos são desenvolvidos com este objetivo. Em nível individual, ou seja, pensando-se o paciente como foco, a filosofia de prática da Atenção Farmacêutica tem se apresentado como uma das melhores soluções. O estudo estruturou-se a partir do referencial teórico metodológico da pesquisa-ação, iniciada na primeira geração de pesquisa-ação em Kurt Lewin na década de 40. A pesquisa-ação é um tipo de metodologia que tem sido cada vez mais usada nas pesquisas científicas. É utilizada para a melhoria no cenário da prática aplicada, mediante aprimoramento da práxis ação-reflexão-mudança e aprendizagem. Isto quer dizer que além de aperfeiçoar a prática de trabalho, o uso desta metodologia ainda busca a integração colaborativa entre as pessoas. Ela possibilita a interação ampla entre pesquisadores e participantes implicados na situação investigada voltados para a busca de uma mudança planejada. Após a priorização dos problemas, busca-se, conjuntamente, as soluções, resultando em pesquisa e ação. **DESENVOLVIMENTO:** Este trabalho objetivou demonstrar a sistematização como instrumento útil na transformação da práxis do profissional farmacêutico frente ao paciente e aos outros membros da equipe de saúde ao prover o serviço de GTM no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). O presente estudo nasceu em um cenário de prática clínica com pacientes em tratamento do câncer de mama. À luz da prática colaborativa, a documentação para

registros da prática clínica do farmacêutico, desfecho dos PRM e julgamento sobre o estado clínico dos problemas de saúde do paciente, parâmetros norteadores do processo de tomada de decisão do farmacêutico foi aprimorada. Em segundo momento, o sistema de agendamento com fluxo pré-estabelecido na abertura de agenda por recepcionistas do serviço, foi instituído. A integração de diferentes saberes teóricos e práticos durante a interação do pesquisador, co-pesquisadores e demais integrantes da equipe dos profissionais de saúde, sem diferença hierárquica foi o grande diferencial da pesquisa-ação na sistematização do serviço. Aconteceu dois momentos distintos de capacitação ancorada no referencial teórico da Pharmaceutical care practice. Outra característica do método foi a possibilidade de mudança e construção com reflexão coletiva considerando a voz dos sujeitos em todos os momentos do processo. Para alavancar o serviço de gerenciamento da terapia tecmedicamentosa (GTM), a pesquisa-ação contribuiu de forma única, haja vista que a metodologia propicia ao profissional despir-se de sua atitude natural farmacêutica através da viabilização de uma interação dialógica crítica e reflexiva entre os participantes da pesquisa. Essa metodologia dá voz, vez e oportunidade de expressão os sujeitos com todo o seu arsenal de fenômenos subjetivos repletos de saberes, experiências, mitos e tabus que emergem no processo da sistematização do serviço. Considerando que GTM é um novo serviço para o sistema de saúde com uma cultura e papéis sociais bem definidos, a pesquisa-ação representou um caminho democrático e inclusivo para a implantação da nova prática e intervenção de saúde. A pesquisa integra o projeto “Resultados clínicos, econômicos, aspectos humanísticos, culturais e educacionais de serviços de gerenciamento da terapia medicamentosa

no Sistema Único de Saúde” cumpriu os princípios éticos e foi aprovado pelo COEP UFMG - Parecer nº. 2578034.4.0000.5149. RESULTADOS: O delineamento do estudo foi exploratório - descritivo e retrospectivo - de pacientes em tratamento do câncer de mama e em uso de medicamentos para comorbidades associadas. Os dados coletados foram referentes ao período de janeiro de 2014 a setembro de 2015 e obtidos de prontuários e demais documentos relacionados ao GTM. A idade média das pacientes foi de 53 anos. De 228 participantes do estudo cada um tinha em média 3 Problemas Relacionados ao Uso de Medicamentos e os mais prevalentes foram: PRM 2 - condição não tratada (29%); PRM 5 - reação adversa (20%); PRM 7- quando o paciente não seguia as instruções (15%); PRM 4 - dose muito baixa (13%); PRM 3 - medicamento mais efetivo disponível (10%); PRM 6 - dose muito alta-dose incorreta (6%) e PRM 1- medicamento desnecessário (7%), respectivamente. Vale enfatizar que 60% dos PRM identificados foram resolvidos pelo farmacêutico juntamente com o paciente. Por se tratar de um centro especializado, a fragmentação do fluxo de cuidados na rede de atenção à saúde prejudicou a resolução de PRM que exige intervenção de médicos de outros serviços. Devido ao sistema de documentação utilizado, não foi possível coletar dados sobre a situação clínica do paciente em resposta a cada intervenção realizada, uma vez que não havia campo para o registro do dado, no início do processo. Assim a avaliação da situação clínico-farmacoterapêutica dos usuários no decorrer do tempo de acompanhamento não ficaria fidedigna. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O estudo possibilitou visualizar um número significativo de PRM identificados e resolvidos na mesma proporção, justificando o potencial do serviço e ratificando a necessidade de perpetuação do serviço no cenário estudado bem como sua expansão

para as Redes de Atenção a Saúde. A pesquisa-ação tornou-se um instrumento valioso na reflexão sobre os valores culturais vigentes no sistema de saúde e na profissão farmacêutica, permitindo transformações profundas no ser e no fazer profissional e viabilizou sucesso na sistematização do serviço de GTM no cenário estudado.

GESTÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS NO BRASIL: A CONSTRUÇÃO DA IDEIA DO MEDICAMENTO ENQUANTO UM BEM PÚBLICO EM TODA SUA EXTENSÃO

Letícia Lassen Petersen, Cristianne Maria Famer Rocha

INTRODUÇÃO: A discussão do medicamento enquanto um bem público em toda sua extensão é de fundamental importância, notadamente no que tange à racionalidade de seu uso e acesso. A oferta de um estudo sistemático acerca da gestão do “bem” medicamento no território brasileiro, seja em sua apresentação para o mercado de consumo, seja em sua apresentação para a rede pública de saúde é de suma importância, pois permite a compreensão da responsabilidade do Estado em relação aos acessos públicos deste insumo. Estudos desta natureza retomam os princípios da República Federativa do Brasil, presentes no texto constitucional (art. 4º da CF/88), notadamente a prevalência dos direitos humanos e a cooperação entre os povos para o progresso da humanidade. Ao mesmo tempo em que remete à reflexão da atuação pública no sentido de proteção dos sujeitos que se encontra em seu território, especialmente a proteção frente aos interesses do capital. Sem o escopo de esgotar o assunto, esta pesquisa pretende provocar o leitor a reflexão dos interesses que circundam a própria racionalidade

de preservação da vida e a necessidade desta regulamentação pública para que a população não se torne vítima de uma promessa irracional de cura. MÉTODO. Para a realização deste estudo pautou-se a pesquisa no método hipotético-dedutivo, com características teóricas empíricas. Para apurar a construção de um referencial teórico acerca da concepção de bem público, foi realizado um estudo bibliográfico com os principais autores que abordam a temática. Para a aplicabilidade deste referencial no estudo empírico, a pesquisa se dedicou ao mapeamento dos atores envolvidos na implementação da Política Nacional de Medicamentos - dedicada ao controle do próprio mercado de medicamento em território nacional - e dos atores envolvidos na implementação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica - dedicada ao fornecimento de terapêuticas junto ao Sistema Único de Saúde de forma gratuita e universal a toda população. Somente a utilização destas estratégias metodológicas de pesquisa permite tecer um diálogo da importância da regulação estatal deste “mercado” da saúde, sem perder de vista a necessidade de uma oferta pública de saúde coletiva. RESULTADOS: A partir do mapeamento dos atores que constituem a Política Nacional de Medicamentos e do caminho que o medicamento percorre para se chegar às prateleiras do mercado farmacêutico. Bem como dos atores que constituem a Política de Assistência Farmacêutica, percebe-se que o medicamento é tratado como bem público em toda sua extensão. A natureza deste bem, enquanto bem de consumo, é distinta da natureza de outros bens, para os quais o cidadão lança mão da sua escolha e opção. O medicamento faz parte do campo da necessidade humana e, como tal, a regulamentação lançada pelo Estado para fiscalizar seu ingresso no mercado de consumo do território nacional, necessita

ser pautada pela lógica da segurança e da racionalidade. Na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, para além dos critérios da segurança e racionalidade, leva-se em consideração o pressuposto da oferta universal, por meio do qual o bem medicamento é revestido do conceito de inesgotabilidade. De acordo com as regras da política a própria negociação do preço faz parte da arquitetura da política. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O bem medicamento se difere de qualquer outro tipo de bem comercializado no mercado nacional, pelo fato de impactar diretamente a vida dos sujeitos. A regulamentação pública de seu acesso, mesmo quando disposto no mercado de consumo – para venda em farmácias e drogarias – é imprescindível para segurança da população.

GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DA REGIÃO CENTRO-OESTE DO BRASIL: UM PANORAMA ACERCA DOS PRINCIPAIS ENTAVES

Dinorah de França Lima, Rafael Rodolfo Tomaz de Lima, Janete Lima de Castro

Palavras-chave: Recursos humanos, Hospitais universitários, Gestão da saúde

APRESENTAÇÃO: O sistema público e, por conseguinte, o Sistema Único de Saúde (SUS), não vem acompanhando com a mesma rapidez as transformações e inovações que ocorrem no mundo, sobretudo, no que concerne aos investimentos para o desenvolvimento da força de trabalho. O atual modelo de gestão encontrado nas instituições públicas de saúde é baseado no modelo de administração pública implantado em meados do século XIX, cujos princípios norteadores foram o formalismo, a impessoalidade, o controle rígido dos processos de trabalho, dentre

outros¹. Ademais, as organizações públicas perderam a noção do seu principal objetivo, que é dar respaldo às necessidades da sociedade. No campo da saúde, isso implica diretamente na qualidade da assistência ofertada à população. Em decorrência disso, criam-se ambientes de trabalho complexos, em que os profissionais tornam-se cada vez mais desvalorizados e desmotivados, desenvolvendo de forma insatisfatória práticas de trabalho e, consecutivamente, de prestação de serviço à saúde. Dentre as instituições públicas de saúde, os hospitais universitários são unidades peculiares que, além de lidarem com a assistência à saúde, lidam também com a formação de recursos humanos e com o desenvolvimento tecnológico. A efetiva prestação de serviços ofertada à população por esses citados estabelecimentos de saúde proporciona o aprimoramento constante do atendimento e a criação de protocolos técnicos para as diversas patologias. A gestão da média e alta complexidade no SUS é temática e largamente discutida pela sua problemática que perpassa qualidade e custo da assistência, capacitação de pessoal, sobreposição de tecnologias e, a partir da Reforma Administrativa do Estado iniciada nos anos de 1990, os modelos de gestão indiretos. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no SUS trata das relações de trabalho existentes no sistema de saúde a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a sua efetividade e eficiência. Sendo assim, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. Isso faz com que a melhoria do padrão de eficiência seja garantida na composição da rede do SUS. Esta pesquisa, integrante do Projeto de Apoio à Estruturação da Rede de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

no Brasil, desenvolvido pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (ObservaRH/UFRN), em parceria com o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) do Ministério da Saúde, teve o objetivo de identificar as dificuldades encontradas nos setores de gestão do trabalho e da educação na saúde nos hospitais universitários da região Centro-Oeste do Brasil. Tal identificação permitirá adequar à realidade existente ao que é preconizado pelo SUS em relação às políticas de valorização do trabalhador e do trabalho. Diante disso, a democratização das relações de trabalho no serviço público, por meio do fortalecimento e da ampliação de mecanismos e de espaços de participação e a valorização dos trabalhadores, está no centro do debate que envolve a gestão do trabalho e da educação na saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com uma abordagem qualitativa. A coleta dos dados foi realizada através da aplicação de questionários contendo perguntas abertas. Esta pesquisa contou com a participação de 18 sujeitos, representando os seguintes hospitais universitários: Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT); Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP) da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) e Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Goiás (UFG). Os referidos sujeitos da pesquisa são trabalhadores dos já mencionados hospitais e alunos do curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, ofertado pela UFRN na modalidade de Educação a Distância (EaD). Esse método de educação se destaca pela característica de democratizar o acesso ao conhecimento, pela ampliação do número de profissionais capacitados e, conseqüentemente, pela

maior abrangência da qualificação dos processos de gestão. O levantamento dos dados ocorreu no período de março a maio de 2015 e, para a análise, foi utilizado o método da Análise de Conteúdo. Ressalta-se que este estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), vinculado à UFRN, respeitando as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) para pesquisas envolvendo seres humanos. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** As respostas obtidas apontaram como dificuldades a burocracia, dificultando o uso dos recursos financeiros que são insuficientes; morosidade dos processos administrativos que necessitam de intervenção da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); permanência da divisão entre a área de administração de pessoal e de capacitação de pessoal; déficit de recursos materiais; relacionamentos interpessoais frágeis; estrutura física precária; falta de integração dos empregados por diferentes vínculos; falta de pessoal para atender às demandas administrativas e de gestão do setor; falha na comunicação e falta de capacitação de pessoal para os funcionários das instituições de saúde investigadas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir da realização deste estudo, verificou-se que é necessário reestruturar os setores da gestão do trabalho e da educação na saúde nos hospitais universitários para que estes possam corresponder efetivamente com as exigências do SUS, utilizando-se da sistematização de referenciais teórico-metodológicos, bem como de ferramentas e dispositivos para a gestão de recursos humanos em saúde. Além de propiciar a tomada de decisões baseada em evidências, tal reestruturação permitirá qualificar a assistência através da promoção da educação permanente em saúde, da produção e da disseminação

de novas tecnologias em saúde. Assim, por meio de iniciativas educacionais, espera-se transformar as práticas de trabalho para que haja mudanças na realidade, no sentido da melhoria da qualidade e da segurança dos serviços de saúde prestados e, principalmente, na qualidade de vida da população brasileira. Por fim, acreditamos que este estudo poderá contribuir para a qualificação da gestão dos hospitais universitários da região Centro-Oeste do Brasil, a fim de que possam alcançar e cumprir com o seu verdadeiro papel enquanto instituição de ensino e pesquisa na saúde, integrando a rede de serviços do SUS. Ademais, valorizar a gestão do trabalho e da educação na saúde nos hospitais universitários implica em qualificar o trabalhador que, na maioria das vezes, atua como preceptor. Dessa forma, proporcionar o desenvolvimento dos trabalhadores e preceptores resulta em investir na formação dos alunos e futuros profissionais.

GESTÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS EQUIPES PARTICIPANTES DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE (PMAQ-AB), 2012

Swheelen de Paula Vieira, Márcia Cristina Rodrigues Fausto, Helena Maria Fonseca Seidl, Juliana Gagno, Lília Romero Barros, Edson Menezes

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Recursos humanos em Saúde, Gestão em saúde

APRESENTAÇÃO: Um dos maiores desafios do processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) está relacionado à valorização dos profissionais de saúde, atores fundamentais para a implementação de políticas, em especial as mudanças

propostas para a reorientação do modelo assistencial. Contribuindo para a discussão sobre a valorização de recursos humanos em saúde no SUS, o presente estudo pretendeu analisar aspectos da gestão do trabalho na atenção básica. O estudo da gestão do trabalho em saúde pressupõe a garantia de aspectos básicos para a valorização do trabalhador de saúde e seu processo de trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos com proteção social; e espaços para discussão e negociação das relações de trabalho em saúde. O objetivo deste trabalho foi analisar especificidades da gestão do trabalho na atenção básica a partir da análise das entrevistas com os profissionais das equipes participantes do PMAQ-AB ocorrido no ano de 2012. O Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi criado em 2011 mediante Portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho de 2011. O principal objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de padrões de qualidade nacional, regional e locais comparáveis, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. METODOLOGIA: Para realização deste trabalho, utilizaram-se entrevistas com os profissionais das equipes participantes do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ocorrido em 2012. O processo de avaliação externa do PMAQ-AB foi composto por instrumentos de coleta, divididos em três módulos: Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde, cujas questões foram direcionadas para a realização do censo de infraestrutura da unidade de saúde; Módulo II - Entrevista com profissional de saúde de nível superior sobre processo de trabalho da equipe de atenção básica e verificação de documentos da UBS; Módulo III - Entrevista com o

usuário na Unidade Básica de Saúde sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde. Foram entrevistados no Brasil 65.391 usuários e 17.201 equipes de atenção básica que aderiram ao PMAQ, distribuídas em 13.843 UBS. Houve adesão de 71% dos municípios. As análises do presente estudo foram geradas a partir do banco de dados disponibilizado pelo Departamento de Atenção Básica, onde posteriormente, foram realizadas análises estatísticas por meio do software IBM SPSS versão 21. Trata-se de um estudo quantitativo, de natureza descritiva e exploratória, com base no módulo II do instrumento de coleta de dados (entrevista com profissionais), num total de 17.201 equipes de adesão ao PMAQ-AB. Os aspectos de gestão do trabalho, selecionados a partir das variáveis do programa foram as seguintes: tempo de atuação, perfil e formação dos profissionais das equipes de atenção básica; formas de contratação e modalidade de vínculo dos profissionais; plano de carreiras e educação permanente. A análise foi realizada por porte populacional dos municípios (até 10.000 hab.; 10.001 a 20.000 hab.; de 20.001 até 50.000 hab.; de 50.001 até 100.000 hab.; de 100.001 até 500.000 hab.; e mais de 500.000 hab.). Em acordo com a resolução às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, Parecer Nº 32.012 em 06/06/2012. RESULTADOS: Os resultados estão descritos quanto: o perfil dos profissionais entrevistados, tempo de atuação, educação permanente, modalidade de vínculo dos profissionais e existência de planos de carreira. Dentre os profissionais respondentes do PMAQ, 92,3% são enfermeiros e 56,5% dos profissionais declararam ter entre menos de um ano e até dois anos de atuação na mesma equipe.

Dentre os entrevistados, 81,1% afirmaram haver ações de educação permanente ofertadas pela gestão municipal. Ainda, verificou-se que quanto maior o porte do município maior o percentual de ações de educação permanente, revelando maior acesso a espaços de qualificação das práticas profissionais nesses municípios. Quanto às formas de contratação e modalidade de vínculo trabalhista dos profissionais respondentes do PMAQ 2012, no que se refere ao agente contratante, 77,9% dos profissionais foram contratados pela administração direta, ou seja, vinculados diretamente à administração pública, seja ela municipal, estadual ou federal. Quando se analisa por estrato populacional, verifica-se que nos municípios de 500 mil habitantes ou mais o percentual de contratação direta é menor se comparado aos demais estratos, destacando-se, dentre a modalidade de terceirizações, os profissionais contratados de maneira indireta via Organizações Sociais em Saúde (OSS). Pode-se afirmar ainda que, a incorporação dos Planos de Cargos, Carreiras e salários (PCCS) nos municípios ainda é frágil. No Brasil, apenas 21,1% dos entrevistados referiram possuir plano de carreira. Dentre os entrevistados, 81,1% afirmaram haver ações de educação permanente ofertadas pela gestão municipal. Ou seja, quanto maior o porte do município maior o percentual de ações de educação permanente, revelando maior acesso a espaços de qualificação das práticas profissionais nesses municípios. CONSIDERAÇÕES FINAIS: De acordo com os resultados, foi possível fazer uma aproximação do cenário da gestão do trabalho nas equipes participantes do PMAQ 2012 no que se refere aos aspectos de qualificação, educação permanente, contratação, vínculo e carreira. Os dados analisados mostram que o enfermeiro é o profissional que mais desempenha a função de coordenação da equipe de atenção

básica, independentemente do porte populacional dos municípios. Por outro lado, deve-se atentar para o significado do acúmulo de funções exercido por esses profissionais e para as múltiplas tarefas que exerce na AB, no sentido de se ampliar a reflexão do quanto essa condição tem tido impactos deletérios no compartilhamento da produção do trabalho em equipe. Os dados analisados neste estudo mostram a importância de se continuar empenhando esforços para a desprecarização dos vínculos de trabalho, com destaque para a pluralidade de formas de vínculos na atenção básica. Um dos principais apontamentos deste estudo consiste na importância na continuidade de esforços com vistas à desprecarização dos vínculos de trabalho, à implementação de planos de carreira no SUS, à formação e qualificação profissional e ao fortalecimento da educação permanente. Sugere-se que outros estudos possam aprofundar o objeto aqui proposto, contribuindo com novos subsídios para o fortalecimento da gestão do trabalho na atenção básica.

GESTÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL NO PERÍODO DE 1991 A 2015

Andrea Santos Lais Santos e Santos, Maria Guadalupe Medina, Nilia Maria Prado de Brito Lima Prado, Rosana Aquino Guimarães Pereira, Efigênia Cardoso Cardoso

Palavras-chave: Financiamento da Assistência à Saúde, Atenção Básica, Investimentos em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Primary Health Care, Financial Resources in Health, Financial Resources in Health

APRESENTAÇÃO: A discussão da Atenção Primária à Saúde (APS) ganhou relevância internacional nos anos 70, resultando em

um questionamento acerca da organização da atenção à saúde. Com o modelo de gestão descentralizada compreendeu avanços no movimento de descentralização político-administrativa, com ênfase na municipalização; o estabelecimento de novos mecanismos de financiamento na saúde; e a progressiva transferência de responsabilidades pela execução direta de ações e serviços de saúde a estados e principalmente aos municípios, o financiamento passou a ser mais discutido no SUS e, atualmente o financiamento da Atenção Básica (AB) no Brasil é tripartite. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) republicada em 2011 permitiu um aporte financeiro para a APS, ao reconhecer a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como um modelo de atenção à saúde de reorganização que inclui o financiamento de outras iniciativas no orçamento com destinação de recursos financeiros, tais como: Programa Nacional de Imunização e alimentação saudável, os incentivos referentes à Farmácia Básica e às ações de vigilância. Além disso, recursos para Projetos específicos, que inclui os recursos da Compensação das Especificidades Regionais, o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde e Recurso de Estruturação e ampliação de UBS. Essas diversas estratégias foram implementadas ao longo dos anos com o intuito de reorganizar a APS, e atrelado a elas, foram discutidos o financiamento de ações, buscando consolidar os princípios do SUS de universalidade e integralidade. Entretanto, cabe entender de forma crítica e reflexiva a partir de uma revisão documental, como evoluiu o financiamento da APS no Brasil no período de 1991 a 2015. DESENVOLVIMENTO: Trata-se de uma revisão documental da literatura que buscou responder a seguinte questão: Como evoluiu o financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil no período de 1991 até 2015? Para a seleção

dos artigos, foram consultadas as seguintes bases de dados: LILACS, SCIELO, MEDLINE, Web Of Science, Periódicos CAPES, Science Direct, Google acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. A consulta foi realizada no período de março a abril de 2015. Para delimitar a busca nas bases de dados, foram selecionados uni termos no Decs e no Mesh. Foram utilizados descritor em dois idiomas, inglês e português, em cada base pesquisada: Financiamento da Assistência à Saúde; Recursos em saúde; Alocação de Recursos em Saúde; Recursos Financeiros em Saúde; Financiamento Governamental; Gastos em Saúde; Investimentos em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Recursos Financeiros em Saúde; Custos de Cuidados de Saúde, e para compor os descritores no idioma em inglês foram utilizados os mesmos uni termos traduzidos para o idioma em inglês. Os uni termos foram combinados e adaptados para cada base de dados consultada. Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos completos disponíveis na íntegra e gratuita; artigos que discutiam o financiamento da APS no Brasil no período estudado; artigos com estudos desenvolvidos no Brasil; Tipo de documento: Artigo e documentos técnicos e normativos. Os critérios de exclusão foram: artigos e documentos que abordaram o financiamento da média e/ou alta complexidade; não apresentaram resultados condizentes com o estudo. Os dados foram extraídos e analisados por duas pesquisadoras. Foram encontrados 1228 documentos para análise inicial de título e resumos, destes, 1058 foram excluídos por não discutir a temática do objeto do estudo, e explanar abordagens específicas referentes a recursos destinados a doenças ou agravos; com estudos ocorridos em outros países, artigos com abordagem de alta e/ou média complexidade; artigos com resultados de análise de processo de trabalho de distintos profissionais; e

artigos que não trouxeram a discussão do financiamento da saúde e da APS. Deste modo, resultaram 91 documentos para leitura dos textos na íntegra. Selecionouse 52 documentos após a leitura para compor a análise documental. Destes 11 se tratava de artigos científicos, 41 eram documentos técnicos ou normativos, ou seja, portarias; leis; manuais, dissertações, artigos, documentos selecionados nos sites da ABRASCO, COSEMS, CONASS, ISAGS, CEBES, RADIS e ENSP e publicações de anais de congressos científicos. Resultados: A análise dos diversos documentos permitiu uma reflexão crítica sobre a evolução do financiamento da APS de forma cronológica. Optou-se neste estudo em sistematizar os achados localizando os episódios referentes ao financiamento da AB em uma ordem cronológica iniciando-se na década de 90 (propulsora no desenvolvimento da APS no Brasil e marcada por importantes mudanças na política nacional de atenção primária à saúde e por grande investimento na ampliação do acesso à saúde). Com o intuito de organizar esses achados foram criados períodos orientados pela linha do tempo destacando os marcos importantes para o financiamento da APS, são eles: Período 1. 1990 a 1996: Reorganização do financiamento da AB com base na definição de fluxos de transferência dos recursos; Período 2. 1998 a 2006: Intensificação de critérios de financiamento e gestão da AB e formalização da PNAB; Período 3. 2007 a 2010: Transferência de recursos por blocos de financiamento; Período 4. 2011 a 2015: Reformulação da PNAB com incentivo a novos programas para compor a AB; e novas estratégias para a reorganização da gestão em saúde Os diferentes estudos e documentos analisados demonstraram que para a implementação do Piso da Atenção Básica (PAB), as transferências dos recursos por bloco de atenção tornaram-se mais relevantes. Percebeu-se que a partir do ano

2006, uma tendência ascendente, em que os montantes de transferências relativas aos incentivos do PAB variável ultrapassam os do PAB fixo, expressando a rápida expansão destes programas, com destaque para o PSF, sob forte indução do Ministério da Saúde. Com a definição e publicação da PNAB (2006 e 2011) os recursos destinados ao PAB Variável foram direcionados para o custeio dos programas que compõem a PNAB. Foi sistematizada em uma tabela todos os programas que constituem o Bloco da AB, desde a década de 1990 até 2015, considerando o ano de implementação da iniciativa, objetivo e a forma de financiamento na APS, o que propiciou uma análise mais resolutiva. Foram também construídos gráficos analíticos representando os dados extraídos dos artigos e/ou documentos técnicos, permitindo a ampliação do olhar crítico a despeito das diferenças e semelhanças do financiamento, considerando a esfera governamental e as peculiaridades regionais. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A análise empreendida permitiu identificar o processo de financiamento da APS no Brasil no período de 1991 a 2015, em resposta a questão formulada no início do presente estudo. Contudo, percebeu-se insuficiência de estudos que remetem a uma discussão crítica mais concreta sobre o financiamento da APS. As maiorias dos estudos descreveram a alocação de recursos específicos para programas e pelo PAB (fixo e variável), criação dos blocos de financiamento com autonomia da gestão local para decisão quanto à utilização dos recursos e a vinculação de recursos federais aos programas prioritários do Ministério da Saúde. Permitiu a construção de uma linha do tempo com marcos relevante para o financiamento da APS, o que auxiliou a compreensão do processo de organização dos momentos de gestão e da evolução dos recursos destinados para a APS, a análise da organização do financiamento concomitante

a reorganização do modelo de atenção à saúde, da descentralização dos recursos federal e estadual para os municípios e o processo ascendente de implementação do financiamento de programas que compõem a APS.

GESTÃO E ACOLHIMENTO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO

Francine dos Reis Pinheiro, Carlos Honorato Schuch Santos

Palavras-chave: Humanização da Assistência, Acolhimento Hospitalar, Gestão em Saúde

Um instrumento da Política Nacional de Humanização (PNH) criado para minimizar os problemas decorrentes da não distinção de riscos ou graus de sofrimento nas emergências, foi o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR). Através da implantação desta nova sistemática de trabalho, é possível, em tese, dar atenção a problemas, como o grande fluxo de atendimentos, que geram sobrecarga de trabalho e que demandam uma reorganização do processo de trabalho. Essa sistemática permite atender ao usuário do serviço de acordo com os diferentes graus de sofrimento, ou necessidade, e não mais por ordem de chegada. Além disso, o AACR presume que o usuário deve ser visto para além da doença e suas queixas e que o acolhimento deve ser complementado com a construção de um vínculo terapêutico, visando aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde (BRASIL, 2008). O objeto de estudo deste trabalho foi a Emergência de um Hospital Público de Grande Porte no sul do Brasil, onde o AACR já foi implantado. O hospital em estudo está localizado em Porto Alegre e atende usuários tanto da própria cidade quanto da Região Metropolitana. Tendo em vista que a emergência do

Hospital busca se adequar para melhorar a qualidade do serviço ofertado e fazer jus aos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), o problema da presente pesquisa foi: a implantação do AACR contribuiu para a organização do fluxo de atendimento/acolhimento dos usuários, qualificando os processos de gestão da Emergência do Hospital? Para responder parcialmente o referido problema de pesquisa, o objetivo geral do trabalho foi analisar o processo de AACR da Emergência do Hospital. Para que fosse possível atingir o objetivo geral da pesquisa, foram perseguidos os seguintes objetivos específicos: a) descrever o passado e o presente do processo de acolhimento do setor de Emergência do Hospital; b) descrever as principais melhorias e gargalos do processo; e c) descrever as oportunidades de melhoria do processo. A pesquisa realizada foi qualitativa e pode ser considerada como exploratória descritiva. Foi exploratória devido ao fato de ter sido como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema e foi descritiva em razão de ter buscado descrever as consequências que a implantação do AACR trouxe para a gestão hospitalar, de modo a identificar eventuais melhorias e gargalos no processo de acolhimento dos pacientes na Emergência do Hospital. A técnica utilizada foi à análise documental. Foram analisados documentos institucionais, como relatórios sociais, material utilizado em apresentações públicas e sistema de informações da instituição, compreendendo o período de 2005 a 2013. Buscou-se informações sobre o fluxo de pacientes, o volume de atendimentos, o número de atendimentos por categoria de cor, o tempo de espera etc., antes e a partir da implantação do AACR no hospital em estudo. Foi escolhido este período de análise, pois em 2005 foi implantada a diretriz “acolhimento” no hospital em estudo, percorrendo uma série de iniciativas, nos anos posteriores,

em relação às questões de humanização e acolhimento, até alcançar o ano de 2011, ano de implantação do AACR na Emergência do hospital. Além disso, os dados foram analisados através de análise interpretativa. Para tanto, buscou-se compreender os fenômenos da realidade estudada, de forma a inferir impressões e conclusões, apoiadas na técnica aplicada de análise documental. Foram identificados melhorias e gargalos após a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR). Dentre as melhorias que surgiram após a implantação do AACR, pode-se evidenciar: a) a agilidade no atendimento aos usuários que necessitam de conduta imediata, conseguindo cumprir com o que está disposto pelo MS para o AACR, que é priorizar os casos mais graves, invertendo a lógica de atendimento por ordem de chegada e atendendo de acordo com a vulnerabilidade e o risco do usuário; b) a Emergência não se encontra tão lotada, de forma a melhorar o fluxo de atendimento/acolhimento; c) a diminuição do tempo de espera dos usuários para atendimento na Emergência. Em 2011, o tempo máximo de espera para consulta no hospital chegou a ser de até 22 horas. Ao final de 2012, o maior tempo de espera foi de 6 horas, tendo em vista que a média de espera para atendimento passou a ser de 19 minutos (BRASIL, 2013); d) a diminuição do percentual de pacientes classificados com a cor verde, que passou de 74,3% em 2011 para 47,8% em 2013 (BRASIL, 2013). Isto aponta que os usuários estão se dirigindo a outras instâncias (como a UPA do hospital ou as próprias Os) de acordo com a sua gravidade de risco e não mais procurando como primeira instância a Emergência; e) o tempo de espera para atendimento das cores laranja, vermelha e amarela, que são as que costumam ser atendidas na Emergência, está, de modo geral, de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS); f) a identificação de gravidade dos

casos por meio da aplicação do Protocolo de Manchester traz maior segurança ao profissional que faz a triagem, através dos discriminadores e dos fluxogramas do protocolo; e g) a sistematização de dados dos usuários, oportunizada a partir da implantação do AACR, que permite o controle e a gestão dos indicadores de desempenho. Dentre os gargalos observados que ainda se encontram presentes no fluxo de acolhimento da Emergência, pode-se destacar: a) a ausência de um acolhimento “completo”, pois o usuário sozinho precisa observar e saber para onde deve se dirigir, ou conduzir-se ao guichê de informações para questionar, além de o acolhimento ser encerrado após a triagem, antes do atendimento médico, o qual deveria se dar em todas as etapas de atendimento ao usuário, isto é, desde sua chegada ao serviço até a sua saída; b) a escuta (atendimento pelas enfermeiras nos consultórios) é realizada com a porta aberta, de frente ao saguão, no qual os usuários aguardam para a chamada para os consultórios ou para o atendimento médico; e c) falta de informação sobre o tempo médio de espera do paciente após a triagem e classificação de risco. Portanto, de acordo com o que foi observado no local de estudo, é possível concluir que, embora existam significativas melhorias no processo de acolhimento dos pacientes após a implantação do AACR, há gargalos que podem e devem ser analisados para o planejamento de futuras mudanças, de modo a melhorar o atendimento do setor. A partir dos resultados da pesquisa, pode-se constatar que o AACR não é uma ferramenta de exclusão, isto é, não possui o objetivo de reencaminhar os pacientes para outros serviços sem lhes oferecer o atendimento adequado, mas organizar e garantir o atendimento de todos os usuários (BRASIL, 2009). Tendo em vista que cerca de 80% dos atendimentos diários na Emergência são casos de baixa complexidade (BRASIL,

2011) e que isto acaba interferindo no fluxo de atendimento aos usuários que realmente necessitam de cuidados urgentes e emergentes, o AACR é uma ferramenta de gestão importante, pois organiza a porta de entrada e a fila de espera de atendimento dos usuários. No entanto, é insuficiente para a resolução dos problemas típicos de um serviço de urgência, em função da sua grande complexidade.

GESTÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE: ALGUNS ENTRAVES DOS CONSELHOS POLITICOS NO MUNICIPIO DE SALVADOR

Hermes Oliveira Gomes, Maria Valesca Damásio de Carvalho Silva

Palavras-chave: Conselhos Municipais, Saúde, Gestão

INTRODUÇÃO: Este estudo tem o objetivo de analisar as principais características dos Conselhos Municipais de Saúde de Salvador no Estado da Bahia, particularmente no que diz respeito à competência técnica dos Conselheiros na execução orçamentária e financeira da saúde. Para tanto, partimos do pressuposto que tais Conselhos se configuram como espaços de controle social importantes para o fortalecimento e ampliação da Democracia e os ditames do novo *modus faciendi* de gerir a Res Pública através da participação social e como tal, precisa ter conhecimento de toda a dinâmica das decisões tomadas. Neste estudo, abordar-se-á como foco os Conselhos de Políticas - ligados às políticas públicas mais estruturadas ou concretizadas em sistemas nacionais, pautadas na dimensão da cidadania e na universalização dos direitos sociais. Esta pesquisa justifica-se, sobretudo pela importância que os Conselhos de Saúde representam para a garantia de recursos para as políticas públicas direcionadas para

este setor, permitindo, em tese, a eficiência nos serviços de saúde à sociedade. Diante da obrigatoriedade da existência desses espaços de discussão e deliberação pelo ministério da saúde, a criação desse conselho de saúde vem especialmente para legitimar e fiscalizar os repasses federais de recursos públicos para saúde, garantindo em última instância a efetiva implementação de políticas públicas de saúde conforme prévio planejamento. Ergo, os conselhos de saúde ocupam um lugar estratégico na gestão da saúde haja vista que essa é uma das áreas que tem passado por grande carência de gestão e adequada destinação na alocação de recursos. A prática tem demonstrado que, muitos desses recursos não são adequadamente alocados devido à falta de preparação técnica dos conselheiros. Diante desse breve contexto, a questão de partida que se faz pertinente é: Quais os principais entraves do Conselho de Saúde do município de Salvador, no Estado da Bahia, particularmente no que diz respeito à competência técnica dos Conselheiros na execução orçamentária e financeira da saúde? **DESENVOLVIMENTO:** O surgimento dos conselhos gestores ou conselhos de política como os municipais está intimamente atrelado à promulgação da Constituição Federal de 1988, que de forma concreta os tornou espaços de discussão e deliberação fundamentais para pensar e agir direta ou indiretamente no campo das políticas públicas. Os conselhos de políticas surgiram como resultado da Lei Orgânica da Saúde (LOS) e da assistência social (LOAS) (Avritzer, 2008) Desta forma, percebe-se que os Conselhos Municipais funcionam como espaços de controle social importantes para o fortalecimento e ampliação da Democracia e o exercício da participação social, “já que regulamentam as ações dos órgãos aos quais estão vinculados, deliberando ou não, reivindicações feitas pela população e pelas demandas elencadas em cada reunião

de conselho” (OGPP, 2014). Segundo a Resolução CNS 33-92 (BRASIL, 1992), os conselhos de saúde integram a estrutura básica da Secretaria de Saúde dos estados e municípios com composição, organização e competências fixadas em Lei. De facto, a criação desses conselhos, particularmente os de saúde, objeto desse estudo, pretende trazer maior fidedignidade das informações sobre a área de saúde, fiscalizando e acompanhando a aplicabilidade dos recursos que são destinados a atividades fins ou meios da Administração Pública que tratam especificamente desta área. Mas, é preciso lembrar que outras áreas também se inserem no âmbito desses espaços, como é o caso do Conselho de Alimentação Escolar, Conselho do FUNDEB, Conselho de Assistência social, entre outros. **RESULTADOS** O estudo, para alcançar o objetivo pretendido, mapeou os Conselhos Municipais existentes na cidade a partir de uma vasta pesquisa exploratória qualitativa de cunho documental, como análise de atas, sobre a forma, modelo e a composição estrutural do aparato normativo e características das principais atribuições exercidas pelos conselhos de saúde auxiliares da administração direta do município de Salvador. Sobre a vinculação à Secretaria Municipal de Saúde do Salvador, temos os seguintes conselhos, quais sejam: Conselhos Distritais de Saúde – CDS; b) Conselhos Locais de Saúde do Município do Salvador – CLS; c) Conselho Municipal de Atenção ao Consumo de Substâncias Psicoativas – COMASP; e, d) Conselho Municipal de Saúde do Salvador – CMS. O estudo mostrou que os 4 (quatro) conselhos estudados, (CDS, CLS, COMASP, CMS) possuem os quatro “Poderes” em conjunto, sendo normativo, deliberativo, fiscalizador e consultivo. Neste sentido, os dados permitem inferir que quanto mais “poderes” forem atribuídos aos conselhos, maior é a possibilidade dos mesmos

realizarem um trabalho fiel e autônomo, principalmente por respeitar os ditames do novo formato de gestão pública cujo pressuposto é convidar a população para gerir de forma compartilhada e integrada a Res Pública. O estudo chama a atenção, pois os conselhos vinculados a Secretaria de Saúde, apresentam uma composição de 50% de conselheiros usuários do sistema, 25% de gestores das unidades envolvidas, e os outros 25% de gestores municipais de centros de saúde. No somatório, percebe-se que entre usuários e unidades operacionais desse conselho, há uma faixa de 75%. Essa realidade permite inferir que os reais envolvidos no processo de prestação dos serviços ligados a área de saúde compõem essa estrutura e têm condições de opinar com maior segurança em prol de um serviço público que realmente atenda os princípios da eficiência e eficácia. No caso dos conselhos referendados, a pesquisa mostrou também uma forma de participação mais democrática, mas insuficiente para atender aos referidos princípios na sua totalidade., mesmo tendo população e usuários do sistema de saúde como maioria de membros votantes do conselho. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** Os conselhos de políticas são espaços de fundamental importância no que diz respeito à garantia dos direitos da população de participar da agenda política no debate para além da estrutura legislativa e executiva na gestão do território. Após a constituição de conselhos que exercem poder fiscalizador como os de saúde, entre outros, a obrigatoriedade de auditar a aplicação de recursos públicos é uma das responsabilidades dos conselheiros, todavia, há indícios de que pela falta de competência técnica desses membros, a execução orçamentária e financeira não se realiza com a eficiência necessária na aplicação dos recursos públicos. Mesmo atuando segundo os moldes de uma gestão democrática e participativa no município,

aspectos importantes para a construção de uma agenda de políticas públicas, ajustes precisam ser feitos, sobretudo nas questões voltadas à efetividade de políticas públicas e aplicação dos recursos financeiros de forma adequada. A problemática estrutural evidenciada nesse estudo de caso é um exemplo que precisa ser aprofundado em outros debates que deem conta da amplitude dos conselhos e da sua importância para a sociedade, isso tanto na questão da composição, como também nas formas de poder e na atuação mais sistemática e na competência técnica dos conselheiros.

GOVERNANÇA PÚBLICO-PRIVADA EM SAÚDE: ATORES, INDICADORES E MECANISMOS DE GESTÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Nathalia Figueiredo de Azevedo

Palavras-chave: Governança Público-Privada, Estratégia de Saúde da Família, Mapeamento de Atores, Instrumentos de Gestão

O artigo tem o objetivo de descrever como a governança no SUS, mais especificamente da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro, é impactada pela dinâmica público-privada gerada a partir da introdução de diferentes atores sociais, no contexto de avanço de uma lógica neoliberal. A gestão da ESF no município do Rio de Janeiro foi estudada utilizando-se o conceito de governança como sendo redes estruturadas resultantes da interação de uma multiplicidade de atores; e o conceito de Capital Social dado os aspectos da vida social – redes, normas e confiança – que balizam a ação dos atores para o alcance de objetivos. Partimos do pressuposto de que os resultados da ESF são impactados pelos interesses dos atores privados prestadores

de serviços públicos ao levarmos em consideração, não apenas os instrumentos e indicadores de gestão, como a existência de assimetrias entre áreas centrais e periféricas, bem como a concentração em áreas específicas abastecidas (ou não) por outros programas e políticas sociais. O presente estudo desenvolveu uma pesquisa documental e bibliográfica, de orientação processual, visando ao mapeamento dos provedores de serviço, dos instrumentos de gestão e dos resultados da ESF. Cabe destacar que, inicialmente, o sistema de saúde do município do Rio de Janeiro, segundo os indicadores levantados, tem apresentado melhorias significativas nos últimos anos, em particular a ampliação da cobertura do programa de atenção básica (Estratégia de Saúde da Família). Desse modo, há aparentemente em todas as frentes avanços significativos no quadro sanitário da cidade. Entretanto, ao investigarmos a alteração na dinâmica público-privada pela introdução das OSSs, deparamo-nos com a transferência da gestão e das atividades das políticas públicas para o setor privado, mediante repasse de recursos financeiros, de equipamentos, de instalações públicas e de pessoal. Isto ocorre em áreas nas quais o Estado viabiliza (ou deveria viabilizar) os direitos sociais garantidos legalmente, subtraindo possivelmente aos Tribunais de Contas a prerrogativa constitucional de fiscalizar os resultados e a economicidade dessas apropriações de recursos públicos. Observou-se, a partir da análise empreendida que os resultados da ESF são impactados pela introdução de novos atores privados prestadores de serviços públicos ao levarmos em consideração, não apenas a ausência de clareza no uso de instrumentos e insuficiência indicadores de gestão detalhados, como a possibilidade de existência de assimetrias entre diferentes atores na atuação dos conselhos (COSEMS-RJ e COQUALI), bem como a concentração

em áreas específicas do município abastecidas (ou não) por outros programas e políticas sociais. Os resultados apontam também para significativa concentração de aparelhos de saúde, na zona oeste, em bairros de empreendimentos destinados à faixa de renda mais baixa. Indicam que os instrumentos de gestão são insuficientes para o alcance de autonomia e da governança no desenvolvimento da ESF. Logo, percebe-se que o setor público é atualmente o ator decisivo para desenvolver e moldar a sociedade em novas redes de política pública e da construção do capital social, entretanto, sob forte preocupação quanto a sua capacidade real de realizar uma governança focada na garantia direitos fundamental de forma transparente e eficiente.

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE

Rosana Claudia Mirandola, Elenara Oliveira Ribas, Márcio Mariath Belloc

Palavras-chave: Programa Nacional de Segurança do Paciente, gerenciamento de risco, trabalho em rede

APRESENTAÇÃO: O atendimento aos usuários do sistema de saúde é cada vez mais complexo. Neste contexto de multidisciplinaridade e complexidade, manter a segurança do paciente é primordial para conseguir um resultado assistencial desejado. Quedas, infecções, erros de medicação (incluindo prescrição) e outros eventos adversos são extremamente comuns nas unidades hospitalares e a maior parte destes eventos é possível de ser prevenida. Esta realidade tem mudado com o aumento do conhecimento em gestão de risco na saúde e com o envolvimento de organizações internacionais e nacionais

em campanhas, processos educacionais e regulamentações focadas no aumento da segurança do paciente. A publicação da RDC 36 de 25 de julho de 2013 apresenta um grande avanço em direção a consolidação de processos de segurança. É também, um grande desafio para as instituições, trabalhadores e usuários, pois prevê a participação de todos nos processos de segurança. O objetivo deste trabalho é descrever o processo de implantação do Programa de Segurança do Paciente em uma rede de hospitais com complexidades diferentes. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O grupo em estudo, denominado Grupo Hospitalar Conceição, situado em Porto Alegre, RS, é formado por 4 hospitais de características distintas e localizados em áreas físicas diferentes: 1 hospital geral de alta complexidade (Hospital Nossa Senhora Conceição) de 843 leitos; 1 hospital de atendimento a pacientes pediátricos de 220 leitos (Hospital da Criança Conceição); 1 hospital de pronto atendimento e trauma (Hospital Cristo Redentor) com 264 leitos; 1 hospital dedicado à saúde da mulher e ao binômio mãe-bebê (Hospital Fêmina) com 183 leitos. Para fortalecimento do programa de segurança do paciente, o grupo de hospitais criou a coordenação de gerenciamento de risco para sistematizar e coordenar as iniciativas já existentes nos diversos hospitais e implantar o programa de segurança do paciente na rede. Foram criados os Núcleos de Segurança do Paciente em cada unidade hospitalar com participação do gerenciamento de risco e de representantes das áreas das instituições. O programa de segurança do paciente incluiu os protocolos definidos pelo Ministério da Saúde, Identificação do Paciente, Higienização das Mãos, Cirurgia Segura, Prevenção de quedas, Prevenção de úlceras por pressão e Uso seguro de medicamentos. Além dos protocolos, outra meta de segurança do paciente é melhorar

a comunicação entre os profissionais da saúde. O processo desenvolvido para implantação do PNSP em rede incluiu: 1. A gestão integrada de normativas com desenvolvimento e ajuste de programas, protocolos, processos e indicadores de forma que fossem adaptados a diversas realidades. Em unidades de alto risco, tais como Unidade de Tratamento Intensivo, hemodiálise, emergência, está em implantação grupos locais de segurança do paciente que discutem as estratégias e dificuldades locais para implantação de processos de segurança e dos protocolos corporativos. Os indicadores de segurança estão incorporados no planejamento estratégico da rede, sendo avaliados pela diretoria do grupo hospitalar e com desdobramento para as unidades que compõem a rede. 2. Desenvolvimento de ferramentas de gestão informatizadas integradas, que são usados em todas as unidades da rede: - avaliação de risco de ulcera por pressão – utilizada a escala de BRADEN em todas as unidades não pediátricas - avaliação de risco de quedas – utilização da escala de MORSE nas primeiras 24 horas de internação - processo de notificação de incidentes – sistema informatizado, anônimo de notificação acessado por qualquer computador da rede. As notificações são direcionadas para o gerenciamento de risco da unidade de referência mas acessado e acompanhado pela coordenação da gerenciamento de risco. 3. Desenvolvimento de recursos humanos: - priorização de treinamentos bimestrais abertos a todos os colaboradores com temática comum a todas as unidades - incorporação da segurança do paciente no processo admissional de todos os profissionais contratados e estagiários - treinamento “in loco” para os processos prioritários no momento da implantação ou mudança de rotina - incorporação de conceitos de segurança no programa da Residência integrada em Saúde e em alguns

programas da residência médica. - Jornadas de Cirurgias Seguras, Gerenciamento de risco e Segurança do Paciente anuais, que são realizadas desde 2010. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Nestes anos os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde foram descritos, implantados e acompanhados nas unidades, porém, nem todos estão com bons indicadores de utilização e há necessidade de incorporação de indicadores de processo, o que está em curso neste momento. As unidades utilizam as ferramentas informatizadas disponibilizadas para avaliação de risco e notificação, sendo que todos os incidentes graves e catastróficos são avaliados pelas equipes e discutidos com a coordenação de gerenciamento de risco. O processo de incorporação de conceitos de segurança do paciente nas unidades assistenciais permanece um desafio principalmente por necessitar de mudança de cultura e comportamental de todos os agentes da saúde (equipe assistencial, apoio, direção e usuário) na priorização da segurança na tomada de todas as decisões. Nem sempre a percepção da insegurança do processo ou da decisão acontece. A clareza dos objetivos, o modelo de implantação da mudança e a empatia podem ser as chaves de uma mudança de comportamento. CONSIDERAÇÕES FINAIS. Nosso modelo tem tido sucesso em implantar os processos relacionados aos protocolos corporativos prioritários e na inserção de conceitos de segurança do paciente no ambiente hospitalar. Neste momento este processo está iniciando um novo ciclo de análise e planejamento de melhorias. Embora o caminho em busca de um cuidado seguro seja infinito, a implantação dos protocolos nas unidades não hospitalares (Unidade de Pronto Atendimento e Programa de Saúde da Família) e no programa de formação médica são os objetivos imediatos.

INCORPORAÇÃO DOS AGENTES DE COMBATES ÀS ENDEMIAS NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

Manases José Bernardo de Lima

Palavras-chave: Agente de Combate às Endemias, Saúde da Família, Vigilância em Saúde

Este artigo trata do trabalho do Agente de Combate às Endemias (ACE), na perspectiva da integração das ações da Vigilância em Saúde (VS) e da Atenção Primária em Saúde (APS). O objetivo principal foi analisar o processo de incorporação dos ACE nas Equipes de Saúde da Família (eSF) no Brasil, suas fundamentações normativas. Esta integração se refere a um processo complexo e interdisciplinar de aproximações teórico - prático que visa bem mais que à inserção das ações de VS nas práticas da APS. Implica na compreensão ampliada do conceito de saúde, do desenvolvimento de um modelo sistêmico de atenção à saúde, no enfrentamento integrado dos problemas de saúde, possibilitando mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde no território local. Como também, reorganização dos processos de trabalho, superando a fragmentação das ações e da departamentalização institucional. No Brasil não há consenso com relação a melhor nomenclatura para designar os trabalhadores que atuam diretamente ligados aos fatores ambientais (combate às endemias). Compreende-se, aqui, como o termo mais adequado “Agentes de Vigilância em Saúde - AVISA”. Porém, por razões normativas, serão considerados no texto como ACE. As atribuições do ACE foram definidas na Lei nº 11.350/2006. A Portaria nº 1.007/2010/GM/MS (suspensa) instituiu a incorporação dos ACE na APS, visando fortalecer as ações de VS juntos às eSF, definindo critérios para essa

incorporação. A habilitação de municípios estaria condicionada ao cumprimento dos critérios definidos no Art. 5º, são eles: I – Municípios que tenham aderido ao Pacto pela Saúde; II – Municípios conforme cobertura de estimada de saúde da família e porte populacional: a) até 10 mil habitantes (hab.), ter 100% de cobertura de eSF; b) de 10.001 a 50.000 hab., ter cobertura de eSF mínima de 80%; c) de 50.001 a 100.000 hab., ter cobertura de eSF mínima de 60%; d) de 100.001 a 500.000 hab., ter cobertura de eSF mínima de 40%; e) mais de 500.000 hab., ter cobertura mínima de 30%; e Parágrafo Único – que define: municípios com até 50.000 hab. somente serão elegíveis para habilitação caso optem por incorporar o ACE a todas eSF. O processo metodológico vivenciado demonstra se tratar de estudo inovador e de natureza científica original, de paradigma teórico-metodológico fenomenológico e fenomenográfico, de pesquisa do tipo não experimental e exploratória, fundamentada na combinação de abordagem, de enfoque quantitativo, utilizando escopo de levantamento survey, de corte transversal não probabilístico; e de enfoque qualitativo, utilizando método interpretativista, por meio de pesquisas de campo e análise documental, utilizando uma triangulação de método (SANTOS, 2009; MINAYO, 2010; BABBIE, 1999). Para selecionar as capitais e para selecionar os municípios com populações menores de 50 mil habitantes, fora da região metropolitana, foi criado o indicador Pi (percentual de incorporação de ACE nas eSF). O indicador Pi teve o seguinte módulo de cálculo: $Pi = \frac{\text{número de eSF a incorporar ACE} \times 100}{\text{Teto de eSF no mesmo ano}}$. Selecionou-se 16 estados, 29 municípios, cinco regiões do país. Participaram 162 sujeitos (73% da amostra). A Portaria Nº 611/2010/SAS/MS habilitou 685 municípios e 2953 eSF, com um total de recursos a ser repassado de R\$ 22.296.200,00 no país; e

a Portaria Nº 753/2010/SAS/MS habilitou 35 municípios e 131 eSF, com um total de recursos de R\$ 1.001.600,00. Por fim, em 2010 foram habilitados no Brasil 723 municípios e 3.080 eSF. A distribuição das homologações de adesões se deu das seguintes formas, em cada estado, considerando o número de municípios e o número de eSF, respectivamente: AC (3 e 16), AL (9 e 76), AM (2 e 61), AP (6 e 15), BA (26 e 290), CE (33 e 148), ES (10 e 67), GO (23 e 130), MA (52 e 161), MG (79 e 455), MS (13 e 53), MT (20 e 47), PA (16 e 75), PB (47 e 117), PE (11 e 206), PI (16 e 101), PR (76 e 197), RJ (22 e 189), RN (41 e 74), RO (9 e 18), RR (6 e 9), RS (18 e 56), SC (49 e 163), SE (13 e 47), SP (99 e 277) e TO (24 e 32). Após análise, viu-se que dos 723 municípios habilitados, 149 (20,6%) não cumpriam com algum ou mais de um dos critérios definidos e das 3.084 eSF habilitadas, apenas 2540 (82,4%) eram elegíveis. Foram identificadas 152 irregularidades: 13 municípios de SE (100%) e 3 municípios de MG não tinham sequer aderido ao Pacto pela Saúde (Homologação): 19 municípios não cumpriam com critério II (a) – tinham até 10 mil habitantes e não possuíam 100% de cobertura de eSF, sendo eles: RO (1), PA (1), AP (1), SE (1), MA (1), PB (1), PI (1), RN (2), TO (1), PR (3) e SC (6); 2 municípios da BA não atendiam ao critério II (e); Um município de SP também não atendia ao critério II (e). Em relação ao cumprimento do Parágrafo Único do artigo citado, notou-se então, que dos 149 municípios irregulares, 114 (76%) não atendiam a este critério. Atualmente, a Portaria nº 1.024, de 21 de julho de 2015 reforça a necessidade de integração das ações do ACS com as do ACE, sendo esta uma diretriz definida no decreto, em relação ao financiamento do ACS “integração das ações dos ACS e dos ACE”. Já a Portaria nº 1.025, de 21 de julho de 2015, define o quantitativo máximo de ACE passível de contratação, de acordo com

os parâmetros e diretrizes estabelecidos no art. 2º do Decreto nº 8.474/2015, sendo uma das diretrizes: a integração das ações dos ACE à equipe de APS, destacando a necessidade de incorporar o ACE nas eSF e da integração de suas ações com as do ACS. Apesar do avanço na definição de linha de financiamento, o normativo não garantiu o financiamento para todos os ACE em atuação, com um quantitativo diferente, inclusive, do número já cadastrado no SCNES. Conclui-se que o processo de incorporação dos ACE nas eSF no Brasil, desde seu início, foi uma medida polêmica e controversa. As dificuldades sua efetivação foram reforçadas pelas diversos equívocos no processo de adesão dos municípios e no não cumprimento pelo MS das regras de financiamento. Esta incorporação tem passado mais pelo campo ideológico do gestor em saúde (não é consenso), do que pelo cumprimento de normativo, o que enfraquece a medida enquanto decisão efetiva de política pública que assegure os princípios da integralidade e da equidade no SUS.

INOVAÇÕES NO REGISTRO DE AÇÕES DO PSE CARIOCA E AS SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A MELHORIA DA GESTÃO DO PROGRAMA

César Augusto Paro, Diego Ignacio Larrea Arasa, Isabela Cardoso Nascimento, Raquel Malta Fontenele, Alexandre da Silva Nascimento, Suely Kirzner, Dilma Cupti de Medeiros, Elisabete Alves

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Saúde do Escolar, Gestão, Planejamento participativo, Sistemas de Informação

APRESENTAÇÃO: O Programa Saúde na Escola Carioca – PSE Carioca – tem como um dos seus eixos de atuação o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações

de promoção, prevenção e atenção à saúde do escolar (RIO DE JANEIRO, 2015). Planejar, definindo de forma simples e comum, é não improvisar. Trata-se de compatibilizar um conjunto diversificado de ações, de maneira que sua operacionalização possibilite o alcance de um objetivo comum. É a escolha organizada dos melhores meios e maneiras de se alcançar os objetivos propostos. Planejar é decidir o que fazer (PELETTI, 1990). Já monitorar é acompanhar algo para saber se seu desenvolvimento está se dando segundo o esperado. É um ato contínuo de observação em que os envolvidos obtêm retorno de informações sobre o progresso que tem sido feito para o alcance de metas e objetivos. Monitorar é constatar (PNUD, 2013). Por sua vez, a avaliação é o processo de valoração das ações concluídas, ou em andamento, para determinar até que ponto estão sendo atingidos seus objetivos e quais foram os entraves para seu alcance, contribuindo para a tomada de decisão e o processo de (re) planejamento do que deve permanecer. Avaliar é valorar (ibidem). O planejamento, o monitoramento e a avaliação se constituem em importantes elementos para a gestão do PSE Carioca, garantindo que as ações programadas alcancem suas metas de modo eficiente e eficaz. Para tanto, a informação figura como um importante componente na dinâmica destes três elementos. Os sistemas de informação são responsáveis pela coleta, armazenamento e processamento de dados, assim como pela difusão das informações, ou seja, são sistemas compostos por um conjunto de elementos que objetivam transformar dados em informações (COELI; CAMARGO JR.; SANCHES; CASCÃO, 2009). A partir da acumulação de informações, constrói-se o conhecimento, que é consolidado por meio de permanente atualização, confrontando-se antigas e novas informações, adquiridas a todo o momento (BRANCO, 2001). O conhecimento subsidia

a tomada de decisões que irão gerar ações concretas. Por fim, estas ações deverão ser avaliadas, sempre levando em conta a situação de saúde, e gerando dados que retroalimentarão todo este processo. O PSE nacional preconiza que sejam utilizados dois sistemas de informações para o registro das atividades desenvolvidas no âmbito do PSE (BRASIL, 2007, 2013): a) o Sistema e-SUS da Atenção Básica (e-SUS/AB) para o registro das ações relacionadas ao Componente I; e b) o Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle (SIMEC) para o registro das ações relacionadas ao Componente II e III. Desenvolvimento do trabalho: Diante de um cenário em que a informação sobre as ações de saúde do escolar figuravam como um desafio para a gestão do programa, seja por sua insuficiência (a rede básica de saúde não adotava ainda o e-SUS/AB, com dificuldade de obtenção de informações sobre as ações do Componente I) ou pela demora em obtê-la (os dados do SIMEC somente eram consolidados uma única vez ao ano), o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) buscou pensar coletivamente em estratégias para superar estes entraves. Deste modo, gestores dos diferentes setores (saúde, educação e desenvolvimento social) que contribuem no desenvolvimento do programa uniram-se juntamente com seus apoiadores regionais (os profissionais dos Núcleos de Saúde na Escola e na Creche - NSEC - de cada uma das áreas de planejamento da cidade) para a construção de um sistema de informação que pudesse complementar os sistemas já existentes. A fim de facilitar o registro das ações realizadas no PSE Carioca, instituiu-se a “Ficha de Registro das Ações do PSE Carioca” como uma das ferramentas estratégicas do Projeto Básico 2015-2016 do PSE Carioca (RIO DE JANEIRO, 2015). Esta ferramenta teve como objetivo auxiliar o posterior preenchimento do e-SUS/AB e SIMEC e, principalmente, subsidiar o

processo de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde na escola, dado que visa proporcionar maior agilidade e confiabilidade no registro. Para tanto, estabeleceu-se um novo fluxo de registro em que cada escola da rede pública de ensino do município do Rio de Janeiro recebeu este referido instrumento. Toda vez que ocorre uma ação do PSE Carioca em alguma unidade escolar, o profissional responsável por desenvolver aquela determinada ação (seja este vinculado à unidade de saúde, ao Centro de Referência de Assistência Social, a outras instituições parceiras ou até mesmo à própria escola) deve procurar a direção da unidade escolar e preencher em conjunto a ficha para descrição das atividades realizadas. Mensalmente, a direção da escola deve acessar o “Formulário Eletrônico de Registro de Ações do PSE Carioca” e preenchê-lo com os dados registrados na ficha. Posteriormente, os profissionais de cada uma das Coordenadorias Regional de Educação (CRE) pertencente ao NSEC, em conjunto com os outros parceiros deste núcleo, realizam a análise dos registros coletados das unidades escolares de seu território. Esta análise tem como função realizar as críticas necessárias aos dados, o que oferta maior qualidade às informações registradas. Caso estes profissionais identifiquem aspectos para serem melhorados no registro, contatam-se as respectivas unidades escolares para realizar, de forma conjunta, os ajustes que se considerem pertinentes. Além de ofertar uma maior qualidade aos dados do PSE Carioca, este processo visa a ser um dispositivo de educação permanente dos profissionais de saúde, educação, desenvolvimento social e/ou outros que estiveram envolvidos nas ações de saúde na escola. Após a análise, são calculados os consolidados destes dados. Por fim, os profissionais do Nível Central (NC) do GTI-M do PSE Carioca

agregam os dados consolidados das 11 CRE e constroem um painel avaliativo do PSE Carioca a nível municipal. IMPACTOS: Identifica-se que o processo de reflexão e análise conjunta que levou à criação desta nova forma de registro foi importante para que fosse possível estabelecer este novo fluxo e os novos instrumentos de registro. A necessidade de registro conjunto da ficha pelos profissionais da ação com a direção da escola foi estrategicamente traçada para que houvesse maior comunicação entre os profissionais que participavam do programa, o que facilitou a construção de vínculo entre estes atores e o reforço do planejamento, desenvolvimento e avaliação conjunta das ações. As informações sobre o PSE Carioca têm sido mais qualificadas, possibilitando observar o que tem sido realizado, assim como o que não tem sido realizado (não) tem sido realizado, para, então, entender o porquê desta situação e planejar para desenvolver ações que superem possíveis entraves. Aumentou-se a qualidade das informações produzidas no âmbito do programa, o que tem relação direta com a maior qualidade com que o dado é produzido nos registros das ações locais. CONSIDERAÇÕES FINAIS: É imprescindível dar continuidade na instauração e aprimoramento de um diálogo permanente entre a saúde, a educação e o desenvolvimento social no desenvolvimento do PSE Carioca para um efetivo exercício da intersetorialidade. A busca pela melhoria dos processos de trabalho e por uma gestão eficiente se fazem necessárias para a produção efetiva de um trabalho de promoção da saúde de qualidade que possa suprir as necessidades de saúde da população escolar, visando a sua qualidade de vida.

INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL: DESAFIOS E CONTRIBUIÇÕES AO SUS

Manases José Bernardo de Lima

Palavras-chave: Vigilância em Saúde, Atenção Primária em Saúde, Gestão em Saúde, Integração em Saúde

Apresentação e objetivo do trabalho: Este artigo trata da integração entre a Vigilância em Saúde (VS) e da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil. O objetivo principal foi analisar os desafios e as contribuições desta integração para o Sistema Único de Saúde (SUS), sob o ponto de vista dos gestores em saúde, nas três esferas de gestão. Esta integração se refere a um processo complexo e interdisciplinar de aproximações teórico-prático que visa bem mais que a inserção das ações de VS nas práticas da APS. O termo “Atenção Primária em Saúde” é considerado por Mello et al. (2009) como uma terceira expressão, uma variação terminológica adotada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 2005 e pelo CONASS em 2007, originada da tradução de “Primary Health Care (PHC)”, referente à língua inglesa, impressa para a conferência de Alma Ata da OMS em 1978. Porém, de acordo com o autor, a APS teve seu definitivo momento de visualização após o clássico estudo “atenção médica primária”, o qual demonstrou que a imensa maioria da assistência médica nos Estados Unidos da América (EUA) e Reino Unido era realizada nesse nível de atenção. De acordo com Batistela (2009), o termo “Vigilância em Saúde” direciona ao verbo vigiar. A palavra tem sua origem no latim *vigilare* e, segundo o Dicionário Aurélio, significa observar atentamente, estar de sentinela, estar atento a. Segundo Waldman (1998), a vigilância passa ter o propósito

de aprimorar as medidas de controle às doenças, e não só com a definição limitada e específica de observação de contatos de pacientes com doenças ditas “pestilenciais”. Sem a pretensão de reducionismo, é possível compreender VS à luz de três diferentes concepções definidas por Teixeira, Paim e Vilasboas (1998): a primeira concepção define VS no sentido de “Análise de Situação de Saúde”, contribuindo para ampliação e fomentação do Planejamento em Saúde (TEIXEIRA, 2003); a segunda define VS numa visão de “Integração Institucional entre a Vigilância Epidemiológica (VE) e a Vigilância Sanitária (VISA)”; o terceiro entendimento está ligado à ideia de uma “Proposta de Redefinição das Práticas Sanitárias”. Esta última vertente conceitual possui também duas concepções diferentes, que embora não sejam antagônicas, divergentes e excludentes, enfatizam aspectos distintos da VS. O primeiro aspecto valoriza a dimensão técnica da VS, na medida em que a percebe enquanto um “Modelo Assistencial Alternativo”. Desenvolvimento do trabalho: descrição da experiência ou método do estudo – Trata-se de um Estudo inovador e de natureza científica original, de paradigma teórico-metodológico fenomenológico e fenomenográfico, de pesquisa do tipo não experimental e exploratória, fundamentada na combinação de abordagem, de enfoque quantitativo, utilizando escopo de levantamento survey, de corte-transversal não probabilístico; e de enfoque qualitativo, utilizando método interpretativista; com análise de conteúdo do tipo temático e descritivo, com propósito de nível exploratório, analítico e interpretativo-explicativo, orientado à compreensão do fenômeno para os sujeitos estudados, por meio das pesquisas de campo e análise documental, utilizando uma triangulação de método e ênfase no enfoque qualitativo (SANTOS, 2009; MINAYO, 2010; BABBIE, 1999). Investigou-

se as seguintes categorias de análise: Conceito, Desafios e Contribuições. Foram tratadas aqui as categorias “desafios”, ou “entraves”, e “contribuições”. A unidade de análise foi à gestão tripartite do SUS. Foram selecionados e estudados 16 estados, 29 municípios, cinco regiões do país e 6 instituições da esfera federal e analisou-se 23 publicações. Participaram 162 sujeitos (73% da amostra). Resultados e/ou impactos: os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa - Na sondagem de opinião a aplicação do questionário foi realizado de forma presencial, durante o Congresso Nacional de Secretário Municipal de Saúde, realizado em Brasília, em 2011. Participaram do estudo 149 sujeitos das três esferas de gestão (73,3% do esperado). A esfera de Gestão Federal apresentou o maior percentual de participação e a esfera municipal foi que apresentou o menor percentual de participação (64,44%), com maior participação dos secretários de saúde (70%) do que dos gestores de áreas técnicas. A menor participação foi dos Secretários Estaduais de Saúde (62,5%). Enquanto que na esfera federal a participação foi maior do que o esperado (120%), exceto em relação aos gestores ligados à FUNASA (26,67%). Os principais desafios para a gestão em saúde foram para esfera federal (81,3%); e em terceiro lugar do ponto de vista dos gestores da esfera estadual (49,2%). O Monitoramento e a Avaliação das ações de forma integrada foram compreendidos pelos gestores da esfera estadual como o mais importante desafio (57,6%), para a esfera municipal. Na opinião dos gestores das esferas municipal/estadual as 10 (dez) mais importantes contribuições são, seguindo respectivamente a ordem de classificação: o planejamento estratégico situacional (21,8%); a análise nas condições de vida e situação de saúde (13,5%); a integração entre os profissionais, equipes, ações e serviços de saúde (12,5%); a mudança

de paradigma no modelo de gestão e de atenção à saúde (11,9%); a integralidade do cuidado na atenção à saúde (11,2%); a otimização e racionalização dos recursos humanos, materiais e financeiros (10,8%); a atenção à saúde de base territorial local (10,6%); o conhecimento local das situações de risco, vulnerabilidades, iniquidades e dos determinantes e condicionantes da saúde (10,6%); o aumento do grau de resolutividade das ações e serviços de saúde – proatividade, eficiência, eficácia e efetividade (8,5%); o monitoramento e a avaliação integrados (8,1%). Os principais achados relacionados às contribuições da integração entre a VS e a APS para o SUS, dialogam com os achados encontrados sobre os principais desafios a serem enfrentados pelos gestores, investigados neste mesmo estudo: Planejamento em Saúde; Monitoramento e Avaliação; Território Único de atuação das equipes; Integração entre os profissionais, as equipes e as instituições. Considerações finais: Cada um dos resultados retratam uma especificidade das percepções dos sujeitos sobre os desafios e as contribuições da integração entre a VS e a APS no SUS, numa dada perspectiva subjetiva, para um tipo de gestor, em um tipo de esfera de gestão e numa determinada realidade local/regional. Percebe-se que a Triangulação de Método ampliou a capacidade investigativa; revelou peculiaridades por região e esfera de gestão; apontou semelhanças e diferenças melhor discutidas no trabalho; aprofundou os termos/concepções identificados; e fez emergir divergências e conflitos.

INVESTIGAÇÃO DA SÍNDROME DE BURNOUT EM POLICIAIS MILITARES POR MEIO DO INSTRUMENTO DE MASLACH

Mellani Dumke, Paola Maritssa Dacol, Sérgio Maus Junior, Rosana Amora Ascari, Clodoaldo Antônio de Sá, Liana Lautert

Palavras-chave: Enfermagem, Estresse, Esgotamento profissional, Saúde do Trabalhador, Risco ocupacional

INTRODUÇÃO: Entre os diversos fatores que podem comprometer a saúde do trabalhador, o local de trabalho é apontado como um gerador de conflito, assim que o indivíduo percebe a lacuna existente entre o compromisso com a profissão e o sistema em que está inserido¹. No Brasil, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador visa reduzir os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho². Dentre as doenças ocupacionais elencadas nesta política, esta a Síndrome de Burnout (SB), que conforme o Ministério da Saúde (MS) predomina entre os profissionais da saúde, assim como em professores, policiais, bombeiros e demais profissões que estão sujeitas a ter um contato diário com o público e que possuem grande carga emocional³. O Burnout conhecido também como esgotamento profissional é descrito como um fenômeno composto por sentimentos de fracasso e exaustão, tendo como causa um desgaste excessivo de energia e recursos, mediado pela prática e estresse no cotidiano laboral. A SB é o produto do estresse crônico, encontrado tipicamente no ambiente do trabalho, principalmente quando existem pressão excessiva, desavenças, poucas recompensas emocionais e pouco reconhecimento, sendo então visto como um fenômeno psicossocial constituído de três aspectos: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE) e Baixa Realização Profissional (RP). A Exaustão Emocional é caracterizada por uma escassez de energia e um sentimento de esgotamento emocional, que tem a sobrecarga de trabalho como a causa principal. A Despersonalização acontece quando o profissional passa a tratar os clientes, os colegas de trabalho e a organização de forma estranha e impessoal. E a Baixa Realização Profissional caracteriza-se por uma disposição do

trabalhador em autoavaliar-se de maneira negativa, sentindo-se insatisfeito e infeliz com seu desenvolvimento profissional, vivenciando uma queda no sentimento de competência e na sua capacidade de interagir com as pessoas⁴. Policiais em todo o mundo constituem uma das categorias de trabalhadores com maior risco de vida e de estresse⁵. No caso específico dos policiais militares, o nível de estresse tem sido apontado como superior ao de outras categorias profissionais, não só pela natureza das atividades que realizam, mas também pela sobrecarga de trabalho e pelas relações internas à corporação cuja organização se fundamenta em hierarquia rígida e disciplina militar. OBJETIVO: O presente estudo buscou identificar qual o risco para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout nos trabalhadores da Polícia Militar de Chapecó - Santa Catarina, Brasil, além de conhecer o perfil desses trabalhadores. MÉTODO: Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem quantitativa, desenvolvido com policiais militares inseridos no 2º Batalhão da Polícia Militar em Chapecó - SC, Brasil. Consideraram-se critérios de inclusão ser policial militar em atuação há pelo menos um ano no cenário pesquisado, que aceitaram participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos do estudo os funcionários em férias, licença ou atestado no período da coleta de dados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com parecer n. 756.207 de 14/08/2014. A coleta de dados deu-se por meio de questionário no período de outubro a dezembro de 2014. Os dados coletados foram tabulados no programa Excel® e importados para o programa SPSS - StatisticalPackage for Social Sciences, para análise estatística descritiva. O instrumento de coleta de dados pautou-se no Inventário (questionário) de Burnout (MBI-HSS) Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey, para identificação do risco para o

desenvolvimento de SB e, num formulário com dados sociodemográficos a fim de descrever o perfil dos trabalhadores participantes. RESULTADOS: Quanto ao perfil sociolaboral houve predomínio do sexo masculino (92%), entre 18 a 39 anos de idade (74%), casado ou em união estável (63%), graduado (58%), sem filhos (52%), que não trabalha noutro lugar fora da corporação (87%) e atua em escalas de plantão (69%). As variáveis: estado civil, número de filhos, turno de trabalho e possuir ou não outro emprego fora da corporação foram analisadas estatisticamente com as três dimensões do Burnout (Exaustão Emocional, Despersonalização e Baixa Realização Profissional). Quanto ao estado civil, os indivíduos solteiros, casados e em união estável apresentaram nível de Exaustão Emocional alto, Despersonalização médio e baixa Realização Profissional alta. Sendo assim estes estão com risco de desenvolver a Síndrome. Quanto o fato de possuir filhos ou não, os indivíduos que não possuem e os que possuem apresentaram nível de EE alto, DE médio e RP alto. Em relação aos horários de trabalho, os indivíduos que trabalham em turnos fixos e os que realizam escalas de plantão apresentaram nível de EE alto, DE médio e RP alto. Quanto o fator de possuir outro emprego ou não, os indivíduos que possuem outro emprego e os que não possuem apresentaram nível de EE alto, DE médio e RP alto. Nenhum indivíduo estava acometido pela SB neste estudo, uma vez que se considera em Burnout o indivíduo que revela altas pontuações de exaustão emocional (EE) e despersonalização (DE), associadas a baixos valores em realização profissional (RP)6. CONCLUSÃO: A partir da análise dos dados coletados, o estudo mostrou que não há incidência da síndrome de Burnout entre os policiais militares que participaram desta pesquisa. Porém, aponta que uma quantidade significativa de profissionais está em situação de risco para

o desenvolvimento da referida síndrome, pois apresentam duas das três dimensões do Inventário de Burnout (MBI-HSS: Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey). Sugere-se atentar para os sintomas apresentados, procurando meios de diminuir esse risco de desenvolvimento de Burnout através de intervenções pontuais, mantendo o bem-estar do trabalhador da polícia militar para que se mantenham ativos e assim, possam contribuir com a segurança pública. Os profissionais da saúde em geral podem promover e proteger a saúde dos trabalhadores através da promoção e prevenção da saúde, visando, assim melhorar a qualidade de vida dos profissionais.

MAPEAMENTO DOS PROCESSOS DE TRABALHO FRENTE À REDE CEGONHA NO GHC: A CONSTRUÇÃO DE UMA FERRAMENTA DE GESTÃO DO SUS

Fernando Anschau, Jacqueline Webster, Márcia Martins Marquesan, Luiz Roberto Braun Filho, Lauro Luis Hagemann

Palavras-chave: Mapeamento, Processos, Rede Cegonha, Ferramenta

INTRODUÇÃO: Os altos coeficientes de mortalidade materna e neonatal no nosso país, bem como as deficiências encontradas no acompanhamento pré-natal e na garantia de acesso com qualidade ao parto e nascimento, foram aspectos determinantes na proposição do governo federal da implantação da Rede Cegonha. Este momento trouxe a necessidade de oferta de novos arranjos organizacionais e de revitalização dos conceitos de rede de atenção à saúde. A concepção participativa dos trabalhadores em saúde e dos usuários do sistema único de saúde nestas construções promulgou transversalmente o enlace de diversas áreas antes fragmentadas.

Para que tenhamos um atendimento de qualidade e responsivo, os serviços, de acordo com suas especificidades e capacidade instalada, devem ser resolutivos de forma a não quebrar a linha do cuidado, garantindo uma assistência integral à saúde. A reorganização dos processos de trabalho é base de sustentação para vencer os desafios para alcançar a integralidade na assistência à saúde, aliando-se a isto as ações assistenciais, corroboradas pelas palavras de CECÍLIO & MERHY "... uma complexa trama de atos, procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores [...]". Ao propormos o presente estudo, suscitamos inevitavelmente a discussão do trabalho vivo em ato em diversos aspectos: propositivo, processual e finalístico. A Rede Cegonha utilizada como modelo de mapeamento de redes de atenção, nos faz salientar também a necessidade de mudança no modelo de atenção com acolhimento, humanização e maior qualificação na assistência; temos, pois a mudança como objeto de estudo. A mudança neste contexto é o objetivo cuja complexidade do dia-a-dia nos traz questões de senso continuum e não findo, além do que, o próprio planejamento de ações – a partir do fluxograma da linha de cuidado expresso - traz a abrangência futura de novas mudanças e da necessidade de revisita aos fluxos. METODOLOGIA: 1. oficinas de construção do conhecimento a cerca das redes de atenção em saúde; 2. oficinas sobre linhas de cuidado e processos de trabalho; 3. rodas de conversa com todos os setores do GHC envolvidos com a Rede Cegonha (Serviço de Saúde Comunitária, Maternidade do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Maternidade do Hospital Fêmeina,

Unidades Neonatais do Hospital da Criança e do Hospital Fêmeina, Setores de Urgência e Emergência do GHC que atendem gestantes e crianças, Ambulatórios especializados no pré-natal e no atendimento infantil; Unidade de Pronto Atendimento); 4. construção do fluxograma com todos os pontos de atenção interligados em rede a partir da atenção à gestante e à criança; 5. oficinas de oferta do fluxograma da linha de cuidado para as equipes envolvidas com redesenho de fluxos; 6. arte de criação do desenho do fluxo que expresse a identidade do GHC; 7. redação final dos processos de discussão e construção do fluxograma; 8. oferta da ferramenta "linha de cuidado" para a gestão do GHC. RESULTADOS E DISCUSSÃO: O mapa dos processos de trabalho traz para a gestão a possibilidade de identificação das estruturas, dos fluxos assistenciais, dos processos de trabalho, da inserção de diretrizes clínicas e dos nós - críticos na busca de: 1. da garantia do acesso e qualidade da assistência; 2. do cumprimento de metas pactuadas na contratualização com o gestor; 3. da eficiência e transparência da aplicação dos recursos; e 4. do planejamento participativo e democrático. A gestão da atenção hospitalar neste cenário de visibilidade pelo desenho da linha de cuidado se faz em consonância com o desenho da rede de atenção em saúde, de acordo com: 1. o papel do hospital na rede; 2. a implementação de fluxos regulatórios; 3. a contratualização; e 4. os critérios de monitoramento e avaliação. Impactos do Projeto Impactos – científicos. O trabalho já demonstrou ser o mapeamento dos processos de trabalho na construção gráfica da linha de cuidado uma ferramenta de intervenção nos próprios processos e fluxos do cuidado; Assim, podemos identificar diferentes impactos nos resultados de indicadores já utilizados no monitoramento assistencial e da gestão; É possível medirmos os impactos na qualidade assistencial após

o uso da ferramenta; Impactos – econômico social. A identificação de nós críticos para a otimização dos fluxos assistenciais, assim como da necessidade de novos fluxos ou de incorporações tecnológicas traz a possibilidade de ganhos sociais importantes, uma vez que o desenho da linha de cuidado se faz junto com a rede de atenção à saúde; Tornam-se mais transparentes e eficazes as aplicações dos recursos; Impactos – ambiental. O projeto é voltado para o mapeamento dos fluxos e processos de trabalho na rede cegonha; entretanto, a discussão sobre a mudança no modelo de atenção às gestantes e crianças trouxeram a necessidade de adequação da ambiência dentro da nossa instituição. Assim sendo, já estamos com projeto de adequação – ambiência do centro obstétrico e com grupo de trabalho em discussão de um novo hospital materno, infantil e do adolescente no GHC. Aplicabilidade para o SUS. É um projeto voltado ao desenho de linhas de cuidado dentro do Sistema Único de Saúde, pensado para ter centralidade no usuário do SUS. A realização do projeto já traz mudanças e qualificação assistencial dentro do Grupo Hospitalar Conceição, caracterizado por ser 100% SUS.

MAPEAMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO RELACIONADOS AO TRABALHO EM SANTOS, ENTRE 2006 E 2013: GRANDES TENDÊNCIAS POR CID, GÊNERO E SETOR

Laura Camara Lima

Palavras-chave: saúde do trabalhador

APRESENTAÇÃO: O objetivo da investigação foi produzir um mapeamento que permita dimensionar: incidência e prevalência de seis Transtornos Mentais e Comportamentais relacionados ao trabalho (CID-10: F.10, F.32, F.43, F.48, F51.2, Z73.0), na população de

trabalhadores do município de Santos. A série histórica foi determinada para fazer um estudo do impacto da promulgação da lei (Brasil, 2007) que define o Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP), a partir da qual se deveria poder, mais facilmente, determinar o nexo entre os agravos que acometem os trabalhadores (CID-10) e as atividades exercidas por eles, em um determinado setor econômico (segundo a classificação CNAE). Um levantamento de dados relativos aos seis TMCRT estudados foi realizado para dimensionar o impacto. Para obter informações sobre os trabalhadores que possuem emprego formal (CLT), autônomos e regimes especiais solicitamos o auxílio da Gerência Executiva de Santos (GEX Santos) do INSS; para obter informações sobre os funcionários públicos, fomos buscar dados no Departamento de Engenharia e Segurança e Medicina do Trabalho (DESMET) da Prefeitura de Santos. Os responsáveis da GEX nos forneceram informações sobre benefícios concedidos, de 2006 a 2013, referentes aos agravos: CID F.32, F.10, F.43.1, F.48.0, F.51.2 e Z73.0. E também sobre os Benefícios concedidos referentes aos agravos CID F10.2, F32, F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9 e F.43.1 discriminados por tipo (Auxílios Doença previdenciários, Auxílios Doença acidentários e total), gênero e pelos ramos de atividade (Comerciário, Transportes e cargas, Industriário, Outros) e aqueles referentes aos agravos F.41.0, F41.1, F41.2, f41.3, F41.8, F41, discriminados por gênero. Os responsáveis do DESMET nos forneceram os dados relativos às perícias realizadas no DESMET relacionadas aos TMCRT estudados. As informações, contabilizadas por atos de médicos peritos, incluem os seguintes dados: gênero, CID, profissão ou função, número de dias de afastamento. Procedemos às análises estatísticas descritivas e inferenciais, de modo a dimensionar a incidência dos diferentes agravos, nas diferentes categorias

de sujeitos. Os resultados, referentes aos dados da GEX Santos, revelam uma prevalência dos Episódios Depressivos (F.32), que ocupam 79% do total, enquanto que o Estresse Pós-Traumático (F.43) corresponde a 13% e a Dependência ao Álcool (F.10) a 8% do total. Entretanto, essa tendência geral vem se invertendo. Em 2003, a depressão correspondia a 96% da soma desses três agravos, dez anos depois, ela passou a representar 61% desse total. Por sua vez, o estresse pós-traumático passou dos insignificantes 1% em 2003, para os consideráveis a 26% dez anos depois; enquanto que, paralelamente, o alcoolismo crônico passou de 3% a 12% do total, com oscilações durante a década. O número de benefícios concedidos referentes aos TEPT (CID F.43) vem sofrendo uma alta ao longo do período, vindo a representar 46% do número de depressões, no final do período estudado. Para investigar se houve efeito do NTEP depois de 2007, calculamos a proporção dos auxílios-doença acidentários ao número de auxílios-doença previdenciários para cada um dos CID; assumindo o critério de que quanto mais alta a porcentagem, maior o reconhecimento do vínculo com o trabalho. No caso dos homens, a Dependência ao Álcool dificilmente é reconhecida como estando vinculada ao trabalho, uma vez que os auxílios-doença acidentários representam, em média, apenas 3% dos previdenciários, subindo para 6 e 7%, respectivamente em 2007 e 2010. Nos episódios depressivos (F.32), a proporção de auxílios-doença acidentários concedidos em relação aos previdenciários, segue o mesmo padrão em ambos os gêneros ficando, em média, em torno de 6%. No caso das mulheres, em relação à dependência ao álcool, a proporção dos auxílio-doença acidentários chega a 80% em 2010 e 33% em 2011, o que indica que o vínculo entre trabalho e dependência ao álcool parece ser mais facilmente

reconhecido no caso feminino. No que diz respeito aos transtornos de estresse pós-traumático (F.43.1), os auxílios-doença acidentários representam, em média, 37,5% dos previdenciários, o que significa que nesse caso o NTEP parece ter provocado uma mudança, no sentido do aumento dos auxílios-doença acidentários. Os setores da economia que concentram a maior parte dos benefícios concedidos, no caso da população masculina, são comércio e transportes; no caso da população feminina eles se concentram no setor comerciário. O setor de Transportes concentra ainda assim, bastante adoecimento masculino, tendência que seria provavelmente acentuada se considerássemos as informações a respeito da distribuição relativa da população de trabalhadores no setor em relação à população geral de trabalhadores. Quanto aos funcionários, a proporção relativa dos agravos do grupo F representa 9-14,4% do total de perícias realizadas no DESMET, permanecendo em torno de uma média de 12%, durante cinco anos. Em 2006, e sobretudo em 2013, os CID F perderam espaço em relação ao número total de perícias, sendo que em 2011 eles se sobressaíram. Esses dados funcionários apresentam uma tendência geral semelhante aos celetistas: os transtornos de humor, que no início do período eram majoritários, vão perdendo espaço para os transtornos de ansiedade, de maneira que no fim da série histórica, os dois agravos apresentam números bem semelhantes. A categoria F.40-49 aumentando gradativamente ao longo do período analisado. Inversamente, F.10-19, inicia alto e diminui; em 2010 vai ao mínimo e depois aumenta. Os resultados indicam que, em termos proporcionais, os episódios depressivos perdem espaço em relação aos três outros agravos. Entre 2006 e 2013, os transtornos de ansiedade F.41 passam de 27% para 43% e os TEPT têm crescimento de 50%; a dependência ao álcool passou de

7% a 16%. A proporção relativa do número anual total de benefícios concedidos por F.41 a homens e mulheres inverteu-se. Em 2006, os homens (55%) predominavam em relação às mulheres (45%); em 2013 as trabalhadoras tornam-se majoritárias (59%). Em 2006, cada gênero tinha um padrão específico de comportamento, em 2013, a semelhança entre os gêneros aumenta. No que se refere ao tempo de afastamento concedido pelos peritos aos trabalhadores adoecidos, identificamos que, no caso das depressões e ansiedades (CID's F.32 e F.43.1), a diferença entre as médias de homens e mulheres não passa de dois dias; entretanto, no que se refere à dependência ao álcool (F.10), a diferença é da ordem de 25%: aos homens são dados 37 dias, e às mulheres 25 dias de afastamento. Quanto à proporção dos três agravos em relação ao todo representado por eles, percebe-se que: nos homens, a depressão representa 40%, a ansiedade 44% e a dependência ao álcool 16%; enquanto nas mulheres, a depressão representa 55%, a ansiedade 44% e o abuso de álcool 1%. Os resultados indicam que apesar do NETP, a manutenção da saúde mental ao trabalho é um grande desafio hoje no município, que precisaria ser melhor estudado para que se possa pensar em ações eficazes para supera-lo, considerando os gêneros. Resta saber como esses TMCRT têm se manifestado nos locais de trabalho, como eles têm influenciado as relações de trabalho e par que mecanismos e em que medida eles têm invadido e colonizado a subjetividade e modificado a vida dos trabalhadores e de suas famílias; mas esses estudos fazem parte das próximas etapas dessa pesquisa e das que se sucederão a ela.

MERGULHOS INTENSOS DE UMA EQUIPE DA ATENÇÃO BÁSICA NA PRODUÇÃO DE CUIDADO E REDE EM SITUAÇÕES DE FRAGILIDADE E/OU VULNERABILIDADE

Magda Souza Chagas, Ana Lúcia Abrahão

Palavras-chave: Atenção básica, Cuidado, Vulnerabilidade em Saúde, Saúde da Família

INTRODUÇÃO: A atenção básica tem passado por mudanças altamente significativas nos últimos anos no país e as mudanças incluem, para além do enfrentamento e tensão entre modelos de atenção, a construção de novas relações entre profissionais da saúde e usuários, o exercício da responsabilização do cuidado e vínculo com usuário ganham dimensão de experimentação diferenciada. Já não é suficiente apostar nas regras ou algoritmos de atendimento diante de usuários que nas ações pedem outra relação, pede outro agir de toda a equipe, diante da não adesão aos tratamentos propostos, na resistência em situação de fragilidade e/ou vulnerabilidade em que o pedido de ajuda pode ser apenas comparecer para o atendimento. Sim a atenção básica expandiu a cobertura e agora é possível também olhar para a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes. O que as equipes de atenção básica tem produzido na construção de cuidado diferenciado, singular e com responsabilização é a estrutura central deste texto. Este trabalho é parte integrante da pesquisa Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa. Quem tem como tema a construção de uma rede nacional de pesquisa compartilhada Universidade-SUS para realizar pesquisa qualitativa sobre a produção do cuidado em

diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob o número do parecer: 876.385, em 18/11/2014. **OBJETIVOS:** Acompanhar a produção do cuidado na equipe da atenção básica com foco nas Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Descrever as experiências de invenções e/ou criações da própria equipe no estabelecimento de vínculo e cuidado com o usuário. Problematizar a construção de redes de assistência e criações de redes vivas de cuidado. **METODOLOGIA:** A metodologia definida para esta pesquisa foi a partir da observação participante (Minayo, 2010) em que adotamos como ferramenta de trabalho o diário de campo e entrevistas semiestruturadas, ao acompanhar equipes de saúde nos diferentes níveis de atenção, identificar com as mesmas usuáries-guia. Usuários-guia, aqueles que têm as características de um caso traçador do cuidado, os eixos ordenadores, aqueles usuários que circulam e atravessam as redes de cuidado e as estações de cuidado, que demandam muitas redes de cuidado e o tempo todo instigam as equipes para construção de modos de cuidar (Abrahão et al, 2014). Através deles caminhamos a partir das linhas de assistências estruturadas pelas portarias e seguimos caminhos que surgem, em movimentos cartográficos da produção de cuidado da própria equipe no lugar da invenção, donãodimensionadonasportarias; mas inclusive nas próprias redes-vivas que os próprios usuários vão construindo para eles tendo ou não a dimensão saúde como foco, mas que repercutem na mesma. Neste material o foco está nas produções e arranjos de uma equipe. A observação participante registrada no diário de campo e entrevistas semiestruturadas forneceram material que foi trabalhado e destacados pontos, analisadores e com eles realizamos

apresentação/conversa com a equipe. Deste momento, que poderíamos chamar de “devolutiva”, quando a pesquisa dobra sobre a equipe e esta olha para a sua própria produção, temos outro momento em que a pesquisa passa a fazer sentido para os trabalhadores e o sentir-se sujeito da ação, sujeito do fazer o da sua própria produção ganha a superfície e eles reconhecem a potência em si. **RESULTADOS:** Os resultados apontam a intensidade no contato e invenções na construção de vínculo e responsabilização que os profissionais da equipe estabelecem, principalmente com usuários em situação de fragilidade ou vulnerabilidade, como gestantes usuáries de drogas, idosos que moram sozinhos, usuários da saúde mental em acompanhamento pós- crise, aqui incluídos os adolescentes e outros. Existe uma aposta na vida e não foi percebido movimento de fuga ou movimentos para evitar encontros. Pelo contrário, o mergulho que os profissionais fazem é intenso na relação com os usuários e é possível apontar a constante busca pela flexibilidade seja no horário para atendimento com os usuários e construção de arranjos possíveis junto aos mesmos; seja no tipo de oferta de cuidado que pode incluir aumento da frequência na unidade e criar agendas com diferentes profissionais na/para “ocupação do tempo” com oferta de cuidado; ou ainda seja no que poderíamos chamar de exercício de não julgamento moral; os profissionais fazem profundas experimentações com o outro e consigo inclusive na intensidade. A apresentação, melhor seria dizer o movimento de tornar visível para a própria equipe o que ela produz junto aos usuários, colocou na superfície dos profissionais sentimentos de reforço, identidade, valorização, “o que é feito e não percebido”. Como a fala de uma profissional: “Se eu posso falar de um momento de sucesso nessa vivência está sendo esse agora em que você nos fala para

nós mesmos, do tipo construir identidade e ver que a minha equipe por mais que pareça que a gente não está conseguindo resolver nada, a gente conseguiu muita coisa que a gente não percebeu. Entendeu? Eu acho que este está sendo nosso primeiro fôlego depois do mergulho. (O primeiro respiro de verdade, completa outra). O primeiro respiro. O primeiro sucesso que eu pensava que eu não estava conseguindo. Que parecia impossível, que a gente está promovendo um cuidado que realmente é diferencial".

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Existe trabalho realizado para além da rede estabelecida nas portarias, existe construção de rede viva, de rede de afetos e cuidado. Por exemplo, com gestante e usuária de drogas que teve a guarda ameaçada, foi construída uma rede articulada com a instituição de atendimento à gestação de alto-risco, construção de rede de desejos e possibilidades na relação direta com gestante/puérpera na busca de entender, ofertar e participar do processo de "recuperação" dela, articulação com Conselho Tutelar e ainda ampla rede de afeto e cuidado envolvendo profissionais da equipe mais o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e deixando-se envolver com/na relação família. Poderia dizer que, pegando um pouco Merhy (2002, 2006) quando fala sobre tecnologia na saúde: dura, leve-dura e leve, poderíamos dizer que a equipe que acompanhamos opera tecnologia levíssima.

MESA DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE NAS SECRETARIAS DE SAÚDE DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

Nathalia Hanany Silva de Oliveira, Renata Fonsêca Sousa de Oliveira, Janete Lima de Castro

Palavras-chave: Negociação Coletiva, Mesa de Negociação do Trabalho, Mesa de Negociação Permanente do SUS

INTRODUÇÃO: Na literatura, observa-se que conflito é uma categoria constante nos estudos sobre negociação. Nesse sentido, faz-se necessário entendê-lo como um elemento inerente ao contexto da gestão. Um dos grandes desafios colocados na administração, tanto pública quanto privada, consiste em gerenciar os conflitos nas organizações, junto ao atendimento adequado das demandas da sociedade e, mais especificamente, dos usuários e consumidores de produtos e serviços¹. Como ferramenta de ação para intervir no campo da resolução de conflitos de interesses, o Ministério da Saúde tem incentivado a Negociação Coletiva como uma estratégia para a gestão das relações de trabalho. Sabe-se que conflitos não administrados contribuem para a ineficiência, baixa produtividade e má qualidade dos serviços, acarretando a frustração de servidores e a insatisfação dos usuários. A prática da negociação coletiva vem sendo amplamente estudada nas últimas décadas. No campo da saúde, essa ferramenta conquistou um espaço "privilegiado" que são as Mesas Permanentes de Negociação¹. Ademais, compreende-se como negociação um ato político destinado a gerar viabilidade mediante acordos duradouros e respeitados entre atores sociais que têm interesses, poder e recursos para enfrentar situações que os afetam mutuamente através de participação corresponsável e equânime². Para os efeitos da Convenção 154 – Convenção sobre incentivo à Negociação Coletiva, adotada em 19 de junho de 1981, em Genebra – o termo "negociação coletiva" compreende todas as negociações que acontecem entre um empregador, um grupo de empregadores ou uma ou mais organizações de empregadores, de um lado, e uma ou mais organizações de trabalhadores, de outro, visando definir condições de trabalho e termos de emprego; regular as relações entre empregadores e

trabalhadores; regular as relações entre empregadores ou suas organizações e uma organização de trabalhadores ou organizações de trabalhadores³. Diante desse cenário, a Mesa Nacional de Negociação do Sistema Único de Saúde (MNN/SUS) nos dias 5 e 6 de maio de 1993, foi instaurada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua 24^a reunião, no uso de suas atribuições legais e nas prerrogativas que lhe foram conferidas pelas Leis: 8.080/90 e 8.142/90. Em 1995, com mudanças na gestão do Governo Federal, houve a desativação da Mesa. Após diversos debates no CNS sobre a relevância da retomada das negociações com os trabalhadores do SUS, decidiu-se reinstalar a Mesa. Essa decisão foi propícia com o governo recém-eleito, no ano de 2003, o qual propôs o fortalecimento dos espaços de negociação, consolidando a Mesa de Negociação como espaço democrático para resolução de conflitos. Sendo esse espaço democrático um fórum paritário e permanente de negociação, em que estão reunidos gestores públicos, prestadores de serviços privados e entidades sindicais nacionais que representam os trabalhadores. Na Mesa, são debatidas e pactuadas questões referentes às relações e às condições de trabalho no SUS, com o intuito de democratizar as relações entre gestores e trabalhadores e a valorização dos trabalhadores na perspectiva de melhorar a qualidade do serviço prestado pelo SUS. Nesse sentido, por compreender a importância da instalação de um espaço de negociação democrática e paritária, o presente trabalho tem como propósito identificar a existência da Mesa de Negociação Permanente em Saúde nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde da região Nordeste do Brasil, de modo a identificar, caso não exista, quais os principais motivos para a não implantação da referida Mesa. Esta pesquisa integra-se

ao projeto de "Apoio à Estruturação da Rede de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no SUS" realizada pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (ObservaRH/UFRN). **METODO DE ESTUDO:** Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa. Os participantes deste trabalho foram os alunos do Curso de Especialização e Aperfeiçoamento em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, desenvolvido na modalidade de Educação a Distância (EaD), curso este promovido pelo Ministério da Saúde em parceria com ObservaRH/UFRN na região Nordeste do Brasil, tendo como período de realização de novembro de 2012 a abril de 2014. Do total de 225 instituições que foram convidadas a participar da pesquisa, 128 participaram, sendo 8 secretarias estaduais e 120 secretarias municipais. Partindo dessas premissas, para a realização desta pesquisa foram utilizadas as informações referentes a existência ou não da Mesa de Negociação e quais os principais motivos para a não existência da referida Mesa. **RESULTADOS/ E OU IMPACTOS:** De acordo com os resultados encontrados, evidenciou-se que apenas 16,1% das instituições respondentes referiram ter Mesas implantadas. Desse modo, destaca-se a importância de estabelecer espaços que proporcionem o tratamento de conflitos no âmbito da gestão do trabalho, para se trabalhar na lógica de pactuação e negociação coletiva entre os diversos trabalhadores, gestores e prestadores de serviços que atuam no SUS. Nesse sentido, Braga Jr e Braga afirmam que o propósito fundamental da Negociação Coletiva é o desenvolvimento das relações de trabalho e o tratamento dos seus conflitos, utilizando como referência o objetivo comum de prestar e atender, com qualidade, eficácia e democracia, aos serviços e demandas da cidadania em seu benefício e em prol da dignidade da pessoa

humana⁴. Ainda que 83,9% das instituições respondentes não possuam Mesa de Negociação, muitas delas afirmaram que está em processo de implantação. Outra questão investigada refere-se aos principais motivos da não instalação da Mesa de Negociação Permanente nas instituições de saúde, a saber: falta de interesse por parte da gestão em implantar uma gestão participativa; ausência de uma adequada estrutura física; falta de pessoal, bem como resistência destes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A gestão das instituições respondentes ainda carece de discernimento da importância do processo de criação e implantação das mesas de negociação, de modo a instituir uma gestão participativa. Nesse contexto, sugere-se o estabelecimento de mecanismos de estímulos e valorização por parte das instituições e daqueles que lá atuam, para o reconhecimento da importância de espaços como esses. Evidencia-se a necessidade de compreender que a Negociação Coletiva faz parte de uma ferramenta de gestão de trabalho que possibilita o gerenciamento de conflitos e pactuação de acordos, de forma equânime aos trabalhadores, gestores e prestadores de serviços. Dessa forma, percebe que a Mesa de Negociação é um avanço porque permite que as partes explicitem democraticamente sua pauta de interesses; pratiquem, por meio do diálogo e da negociação, a busca de consensos entre diversos dissensos existentes; sistematizem e troquem informações⁵.

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES POR PERFIL DE MUNICÍPIO

Alline Lam Orué, Débora Dupas Gonçalves do Nascimento, Mara Lisiane de Moraes dos Santos, Albert Schiaveto de Souza

Palavras-chave: gestão em saúde, atenção primária à saúde, avaliação em saúde

APRESENTAÇÃO: O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008, com o intuito de apoiar às equipes da Atenção Básica (AB) com vistas à resolutividade e qualificação das ações desenvolvidas neste nível de atenção. A equipe de NASF é composta por profissionais de diversas especialidades e sua atuação esta pautada no apoio matricial, a fim de que a assistência e o cuidado aos usuários da AB sejam mais integrais na perspectiva da interdisciplinaridade. Neste contexto, este estudo tem o objetivo identificar e analisar a composição das equipes do NASF nos diferentes municípios brasileiros. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, seccional, de abordagem quantitativa, com base em dados secundários. Tais dados compreendem os resultados da avaliação externa do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), correspondente ao período de 2013 a 2014. Foram analisadas as questões referentes ao NASF no PMAQ em todo o território nacional, totalizando 17.157 equipes participantes. Para valer-se destes dados, foi obtida autorização da comissão PMAQ no Estado de Mato Grosso do Sul. Os dados foram tabulados e analisados estatisticamente, de modo a agrupar os resultados obtidos pelo PMAQ-NASF de acordo com a classificação preconizada pelo IBGE em relação aos perfis de município: perfil de pobreza (municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza); capitais; G100 (100 municípios com população acima de 80 mil habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública per capita e alta vulnerabilidade social de seus habitantes); região metropolitana e; demais municípios. Foi realizado o teste do qui-quadrado com correção de Bonferroni, $p < 0,05$, para revelar o nível de significância das diferenças entre os valores encontrados. As questões versaram

sobre a composição do NASF existente e sobre a importância de outras categorias profissionais, além do papel da gestão na discussão prévia à composição da equipe. **RESULTADOS:** Em relação às categorias profissionais existentes no NASF para realização do apoio, observando os dados nacionais em ordem crescente, tem-se que a categoria médico homeopata representa 1% (n=174) das categorias encontradas, médico do trabalho 1,3% (n=229), médico acupunturista 1,7% (n=285), médico veterinário 1,9% (n=326), médico geriatra 2,4% (n=414), médico internista (clínica médica) 3% (n=519), sanitarista 3,7% (n=636), arte educador (profissional com formação em arte e educação) 6% (n=1.022), médico psiquiatra 16% (n=2.741), médico ginecologista/obstetra 16,6% (n=2.850), médico pediatra 17,6% (n=3.017), terapeuta ocupacional 24,8% (n=4.248), farmacêutico 40,9% (n=7.012), fonoaudiólogo 50,8% (n=8.713), profissional de educação física 62,2% (n=10.665), assistente social 69,1% (n=11.850), nutricionista 85% (n=14.580), psicólogo 87% (14.931) e, fisioterapeuta 87,4% (n=14.993), além da classificação "outro" representando 5,1% (n=882) das categorias profissionais. Nota-se semelhança estatística entre a frequência apresentada pelo perfil de pobreza e o G100 quanto à categoria fisioterapeuta, com 92,1% (n=3.964) e 93,1% (n=1.420) respectivamente, aparecendo em primeiro lugar em ambos os perfis e também nas capitais, com 88,4% (n=2.745), o que sugere que tanto os municípios de maior vulnerabilidade socioeconômica quanto os grandes centros tendem a incluir os fisioterapeutas na equipe de NASF. Já em regiões metropolitanas e demais municípios, esta categoria profissional aparece em terceiro lugar, com frequência de 79,3% (n=1.937) e 85,2% (n=4.927) respectivamente, enquanto que a categoria mais presente nestas equipes de NASF

é a de psicólogo, representando 90,5% (n=2.211) em regiões metropolitanas e 88% (n=5.091) nos municípios que não se enquadram nos perfis anteriores, o que pode indicar uma maior demanda de saúde mental do que física propriamente dita nestes contextos. Considerando-se as três categorias mais encontradas, sem classificá-las ordinalmente, é possível observar que o fisioterapeuta, o nutricionista e o psicólogo fazem-se presentes em todos os perfis de município. A categoria médico homeopata apresenta-se como a menos encontrada em equipes de NASF, com frequência de 0,3% a 1%, exceto nas capitais, onde representa 2,5% (n=77) e a categoria que menos aparece é a de médico do trabalho, com frequência de 0,6% (n=19), seguida de médico veterinário, com 0,6% (n=20), médico internista 2% (n=61) e só então o homeopata. O que sugere que, no interior dos estados brasileiros, a homeopatia se apresenta como a menor demanda para a AB e/ou que a oferta deste serviço é escassa nestes municípios. É possível observar que nacionalmente, 85,1% (n=14.605) das equipes consideram que seria importante outra categoria profissional na composição do NASF, desmembrando, temos frequência de 80,3% (n=1.226) no perfil G100, e semelhança estatística em todos os outros perfis, que apresentaram entre 86,4% e 84,7% das equipes observando tal necessidade. Estes dados podem indicar que a atual composição das equipes de NASF não abrange na totalidade às necessidades de apoio na ótica das equipes e que estas precisam ter suas composições revistas periodicamente. Na questão que aborda se o gestor municipal debateu com a equipe sobre quais categorias profissionais deveriam compor o NASF, houve diferença significativa ($p < 0,001$) entre todos os perfis de município, sendo as respostas "sim" correspondentes a 69% (n=2.968) para o perfil de pobreza; 37,9% (n=1.175) para as

capitais; 50,1% (n=764) para G100; 55,3% (n=1.350) para regiões metropolitanas e; 59,5% (n=3.441) para os demais municípios. Pode-se observar que nos municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, há maior frequência relativa de respostas positivas, o que indica uma proximidade da gestão com as equipes de AB e preocupação do gestor com as necessidades da população e demandas das equipes, enquanto que nas capitais a maior parte das respostas foi negativa, apontando para certo distanciamento entre gestão e equipes de AB, com consequente tomada de decisão por parte do gestor municipal, de forma unilateral. Esta questão também indica que mesmo com as diferenças significativas entre os perfis, pode-se dizer que a discussão entre gestão e equipes da AB para a constituição das equipes do NASF, a fim de abranger as reais demandas de serviço, aconteceu com uma frequência inferior ao desejável – apenas 56,5% (n=9.698) dos casos brasileiros. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Considerando que pouco mais da metade das equipes foi consultada pelo gestor municipal para que o mesmo pudesse selecionar as categorias profissionais necessárias à composição das equipes de NASF, e que tal resultado reflete em certa insatisfação das equipes de AB quanto à escolha de tais categorias, recomenda-se que haja uma maior aproximação do território e da população, assim como debate e corresponsabilização entre gestão e equipes para tomadas de decisão coletivas, seguras e eficazes, proporcionando uma assistência mais integral e resolutiva aos usuários da AB. Acreditamos que a composição das equipes NASF poderia ser diferente da identificada se houvesse uma maior proximidade entre gestão, equipes de AB e usuários, com vistas ao planejamento e enfrentamento dos problemas e necessidades do território.

O ABSENTEÍSMO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UTI DE UM HOSPITAL

Ana Paula de Lima, Lourdes Missio, Dieny Gonçalves Inácio Cornachini, Layla Oliveira Campos Leite Machado

Palavras-chave: Absenteísmo, Saúde do trabalhador, Equipe de enfermagem

Apresentação: A ausência do profissional no emprego é caracterizada por absenteísmo, contudo, por serem inúmeros os motivos para o absenteísmo, entre eles, o adoecimento e o acidente de trabalho, devido às possíveis condições inseguras e inadequadas no trabalho, agentes estressantes que provocam desequilíbrio psicológico e físico (MARTINATO et al., 2010). O absenteísmo na equipe de enfermagem é um grande problema, para as instituições, inclusive as hospitalares, por não estarem precavidas quanto à cobertura do absenteísmo destes profissionais. Contudo, gera-se uma sobrecarga de trabalho para o restante da equipe na unidade de terapia intensiva, assim, comprometendo a qualidade da assistência prestada aos pacientes (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009). Para tanto, na unidade de terapia intensiva encontram-se internados os pacientes críticos que necessitam de cuidados intensivos, os mesmos possuem um quadro de saúde delicado, que facilmente evolui de um estado grave para o óbito. Além disso, a UTI é considerada um setor fechado, limitador e estressante, assim, sendo fatores relevantes que contribuem para o absenteísmo dos profissionais de enfermagem (GUERRER; BIANCHI, 2008). Decidiu-se investigar qual o motivo que leva os profissionais a praticar o absenteísmo. A relevância deste trabalho para o meio científico, como para a comunidade social, é a contribuição para as possíveis implementações da própria instituição,

onde a mesma poderá reorganizar-se e minimizar os transtornos de gerenciamento e recursos humanos, afastando-se assim a hipótese da insatisfação profissional, evitando o abandono da profissão ou até mesmos descasos com os clientes. Objetivo principal desta pesquisa é traçar o perfil dos profissionais de enfermagem e levantar alguns fatores que os levaram a praticar o absenteísmo nas unidades de terapia intensiva. Método do estudo: Este estudo quantitativo, descritivo e transversal, obteve o colhimento de informações científicas, através de um questionário com 12 questões, sendo 11 questões fechadas e 1 aberta, relacionadas aos fatores que contribuem para o absenteísmo na equipe de enfermagem. Foram entrevistados 18 profissionais da unidade de terapia intensiva de um hospital público de Dourados/MS, no período de abril a maio de 2013. Resultados: Através dos dados acima retirados da pesquisa em campo, nota-se que (78%) é do sexo feminino e dentro desta porcentagem (67%) são técnicas de enfermagem, conclui-se, portanto, que o ambiente de trabalho é predominantemente o sexo feminino e a formação é técnico em enfermagem. A idade entre 26 a 32 anos é predominante o sexo feminino com (38%), a faixa etária entre 33-49 anos também predomina o sexo feminino com (33%), o sexo masculino encontra-se na faixa etária de 33-49 anos com (17%). Os dados acima mostram uma realidade importante, que técnicos em enfermagem com tempo de trabalho menor que 1 ano neste mesmo setor é de (33%), podemos observar que mais de 3 anos de trabalho no mesmo setor estão os técnicos em enfermagem com (28%). Entre 2 a 3 anos estão os técnicos com (6%), os enfermeiros com 17(%) estão entre 1 a 2 anos de tempo de trabalho neste setor. Observou-se que os motivos que levam a falta da grande maioria está relacionado a sobrecarga de trabalho (21%), estresse (21%) e dupla

jornada (21%), como principais motivos que levam ao absenteísmo. Constatamos que (12%) dos entrevistados faltam por motivos de doenças, confirmando o que Silva et al. (2006) diz que o maior índice de absenteísmo da equipe de enfermagem é relativo ao sistema respiratório. Devido à exposição que a equipe de enfermagem sofre de agentes biológicos, mãos contaminadas se não houver higienização adequada, manuseio de material podendo ter secreções, manuseio de material perfurocortantes, muitas vezes ambiente abafado por falta de ventilação. Manuseio de produtos químicos como os produtos de limpeza para a desinfecção de materiais e ambiente, gases anestésicos podem ser as causas de infecções no trato respiratório. Ficou evidência que (12%) dos entrevistados faltam por motivos de doenças. A dupla jornada de trabalho dos enfermeiros se faz necessário pelo principal motivo, baixa remuneração, assim para suprir procura uma nova fonte de renda, no entanto, tendo mais de um serviço consequentemente sobrecarregam-se, podendo levar ao estresse e influenciar a qualidade de vida e qualidade de serviço prestado por este profissional da saúde (PRETO; PEDRAO, 2009). No estudo evidenciou que (50%) da equipe de enfermagem possuem outro vínculo empregatício os funcionários entrevistados que possuem dois vínculos empregatícios afirmaram que, os principais fatores que levam ao absenteísmo: é a sobrecarga de trabalho com (66%), o estresse com (55%) e a dupla jornada (44%). Também, constatamos que os profissionais com mais de um vínculo empregatício, relataram a falta de motivação com (33%) sendo um fator contribuinte para o absenteísmo. Observou-se ainda, que (78%) dos 18 profissionais de enfermagem entrevistados estão satisfeitos com o seu trabalho. Porém (22%) dos entrevistados dizem que não está satisfeito com o trabalho. Outra resposta

dada pela equipe de enfermagem é que (61%) diz que na sua ausência existe outro profissional qualificado para substituí-lo, outros (39%) diz que não existe pessoas para substituí-lo. Dos 18 entrevistados (100%) disseram que suas faltas são justificadas e avisadas previamente para seus superiores. A assistência prestada à pacientes em UTI causa bastante discussão, pois de um lado ela solicita intervenções rápidas, de outro, o emocional também mobiliza os sentimentos que repetidamente expressam-se de forma muito intensa. A enfermagem na UTI engloba a realização de um trabalho permeado por imprecisões, vai do aspecto gratificante ao limitante que estão presentes no dia a dia (GUERRER; BIANCHI, 2008). Considerações finais: O melhor entendimento sobre fatores que levam ao absenteísmo na equipe de enfermagem e conhecer o perfil destes profissionais, tem como benefício o desenvolvimento de ações preventivas ou corretivas dos gestores, pois a ausência de um integrante da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva, além de ocasionar transtornos à equipe, sobrecarrega os demais companheiros, comprometendo assim a qualidade dos serviços prestados aos clientes. Os profissionais de enfermagem entrevistados relataram que os principais fatores que contribuem para o absenteísmo são: o estresse, a sobrecarga de trabalho e a dupla jornada, acarretando a falta de motivação para o trabalho. Portanto, é de fundamental importância que a instituição tenha a prática da gestão pela qualidade total, atenda às necessidades básicas do profissional de enfermagem para a melhor obtenção de um atendimento de qualidade aos pacientes. Cabe aos profissionais gestores da instituição de saúde, o compromisso de melhores condições de trabalho, a valorização e fortalecimento de sua equipe, confiar e respeitar à opinião de seus colaboradores, por conseguinte, dispor de treinamentos motivacionais e

de aprimoramento dos conhecimentos de seus liderados. É importante ampliar o conhecimento já existente acerca dos fatores relacionados ao absenteísmo, poder contribuir para a motivação destes profissionais, tão importantes para o bom funcionamento da unidade de terapia intensiva.

O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO NACIONAL A PARTIR DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

Marsam Alves de Teixeira, Emerson Silveira de Brito, Luciana Barcellos Teixeira

Palavras-chave: PMAQ, acolhimento, atenção básica

APRESENTAÇÃO: A Política Nacional de Humanização (PNH), um dos programas do Ministério da Saúde (MS) para a melhoria do acesso e atendimento à população, instituiu o acolhimento como parte da dinâmica de atendimento, possibilitando o acesso através da demanda espontânea nos serviços que fazem parte da rede de Atenção Básica (AB). O Acolhimento é dado como o processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica em responsabilização do trabalhador/ equipe pelo usuário, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável. Favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com os serviços de saúde, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade. O acolhimento não se resume somente na recepção do usuário ou simplesmente uma etapa do processo de atendimento, mas sim deve ocorrer em todos os momentos

no serviço e saúde e ser realizado por todos os profissionais, propiciando assim um compartilhamento de saberes. É uma postura que pressupõe uma atitude da equipe de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e usuários. O acolhimento identifica as demandas dos usuários e reorganiza o serviço e o processo de trabalho, tendo como objetivo ampliar e qualificar o acesso dos usuários, humanizando o atendimento e impulsionando a reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde. Visando a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde, em 2011 o governo federal lança o PMAQ-AB, o qual procura estimular a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, em ofertarem serviços de acordo com as necessidades concretas da população e as políticas nacionais. Este programa tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB, e nesse sentido, o acolhimento foi avaliado. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Entendendo a amplitude do PMAQ, a inexistência de pesquisas desse âmbito no SUS, e a relevância do acolhimento na AB, este estudo se propôs a analisar a frequência com que o acolhimento ocorre, quais são os profissionais que participam da sua implementação, e a existência de protocolo com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência em estabelecimentos de saúde de atenção básica do país que afirmaram a existência de acolhimento no serviço. Trata-se de um estudo nacional, de cunho epidemiológico, observacional e descritivo, tendo seus dados extraídos

a partir de questões do primeiro ciclo de avaliações do PMAQ, conduzido em 2012. As análises foram produzidas no programa SPSS e são apresentadas por estatística descritiva. As variáveis em estudo foram as seguintes: Está implantado o acolhimento na unidade de saúde?; Com que frequência acontece?; Quais profissionais participam do acolhimento? A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência? **RESULTADOS:** A amostra entrevistou 17.202 coordenadores de equipes de saúde em todo o Brasil, destas, 13.769 (80,3%) referiu possuir o acolhimento implantado e em 69,8% o acolhimento é realizado durante toda a semana. Quando analisada a disposição por regiões do país, observou-se que no Sudeste o acolhimento é ofertado em 92,3% das unidades de saúde, seguido pela região com Sul (82%), Nordeste (70,8%), Centro-Oeste (67,7%) e Norte (63,1%). Quanto ao profissional que realiza o acolhimento, observa-se concentração na equipe de enfermagem, sendo realizado pelo enfermeiro em 76,3% e pelo técnico em enfermagem em 49,7% dos serviços. Das unidades pesquisadas apenas 38% referiu possuir protocolo de diretrizes terapêuticas para atendimento à demanda espontânea. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O acolhimento é um tema de extrema relevância e que continua sendo frequente pauta nos espaços de discussões, já que se trata de uma diretriz da Política Nacional de Humanização e Política Nacional da Atenção Básica e se faz presente em inúmeros serviços de saúde, como evidenciamos nos dados acima apresentados. Observa-se uma disparidade entre as regiões do país no que se refere a implantação do acolhimento, havendo a necessidade de disseminação e ampliação principalmente nas regiões Centro-Oeste e Norte. Apesar de o acolhimento ser entendido como um dispositivo de estreitamento de vínculo

e ampliação do acesso às demandas da comunidade, identifica-se que este vem sendo exercido prioritariamente pela equipe de enfermagem, o que nos sinaliza a necessidade de instrumentalização das demais categorias para o uso dessa ferramenta e sensibilização quanto a sua potencialidade. A partir da constatação de que somente 38% das equipes pesquisadas referiu possuir protocolo de diretrizes terapêuticas para atendimento à demanda espontânea, os dados que a classificação de risco e identificação de necessidades vêm sendo realizada de forma distinta nestes serviços, possivelmente baseada na formação profissional e experiências prévias, o que pode inclusive interferir na proposta de aumento da resolutividade do acolhimento.

O PAPEL DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA REABILITAÇÃO E REINERÇÃO DE UM FUNCIONÁRIO APÓS ACIDENTE DE TRABALHO

Naraiane Fermine, Carine Provensi, Bruna Raquel Kessler, Rosana Amora Ascari

Palavras-chave: Absenteísmo, Saúde do Trabalhador, Gestão, Equipe Multidisciplinar

INTRODUÇÃO: No contexto de exposição a ambientes insalubres, o trabalhador muitas vezes encontra sob pressão, aumentando o risco de acidente de trabalho. O absenteísmo torna-se cada vez mais frequente, o que diminui a qualidade e a produtividade do trabalhador. Em decorrência do avanço das legislações na área de saúde do trabalhador, as empresas investiram na formação de equipe multidisciplinar para atuação na medicina ocupacional, ou seja, na busca da minimização dos riscos laborais e promoção da saúde do indivíduo no ambiente de trabalho. Nessas circunstâncias o enfermeiro exerce papel fundamental

na recuperação de um funcionário após um acidente de trabalho, algumas vezes é nele que o funcionário mais confia. As visitas domiciliares e o acompanhamento do funcionário após o acidente de trabalho afetam diretamente o retorno do mesmo à sua antiga função. E quando o retorno ao trabalho exige mudança de função/atividade, o enfermeiro, junto com a equipe multidisciplinar deve fornecer todo o apoio para a adaptação deste funcionário em sua nova função. O enfermeiro do trabalho deve fornecer todo apoio que o funcionário necessita após um acidente de trabalho, incluindo a visita domiciliar e o apoio à sua reinserção na empresa, o que possibilita conhecer melhor a situação do trabalhador e suas necessidades para recuperação. A partir disso, o objetivo desta revisão narrativa de literatura é conhecer o papel da equipe multidisciplinar na reabilitação do trabalhador e sua reinserção na empresa após um acidente de trabalho. **METODOLOGIA:** Tratou-se de um estudo de revisão narrativa da literatura. Foi realizado um levantamento de pesquisas através dos bancos de dados disponíveis eletronicamente na Biblioteca Virtual em Saúde, além da utilização de livros e outros manuscritos para a discussão dos resultados. O período de estudo compreendeu os meses de abril a junho de 2012. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados no período de 2006 a 2011, produção nacional, disponíveis em textos completos online, tendo Brasil como país de publicação no idioma português. Os descritores utilizados foram “Enfermagem do Trabalho”; “Saúde Ocupacional”; “Reabilitação Profissional” e “Absenteísmo”, resultando em 3218 manuscritos. Posteriormente, foi realizada a leitura dos títulos e resumos na busca de evidência para responder o objetivo deste estudo. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e leitura dos títulos e resumos na busca de evidência para

responder o objetivo deste estudo, sete artigos foram incluídos nesta revisão narrativa da literatura, os quais foram lidos na íntegra e seus dados transcritos para um formulário desenvolvido para este fim possibilitando a tabulação e análise dos resultados. Por questões éticas, todas as autorias dos manuscritos utilizados nesta revisão foram citadas no capítulo das referências. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os sete artigos selecionados para este estudo versam sobre diferentes aspectos da reabilitação de funcionário após acidente de trabalho a saber: processo de retorno ao trabalho após AT; reabilitação profissional no Brasil; planejamento ergonômico do posto de trabalho; fatores que influenciam o retorno ao trabalho em acidentes envolvendo mãos; o retorno ao trabalho em trabalhadores amputados e o papel da enfermagem na reabilitação. No artigo “Aspectos relacionados ao processo de retorno ao trabalho de indivíduos com distúrbios musculoesqueléticos do membro superior: uma bibliografia comentada” aborda o que a empresa e os colegas deveriam oferecer ao indivíduo no retorno ao trabalho, além da reabilitação física e psicológica, o suporte familiar e social. Porém não há programas de reabilitação nas empresas, apesar da necessidade do retorno ao trabalho e evitar o desgaste emocional e perdas pessoais para o trabalhador e custos envolvidos neste processo¹. Assim, as empresas devem criar um programa de reabilitação, levando em conta que as pessoas devem ser consideradas parceiras das organizações, cujos objetivos tanto pessoais quanto organizacionais caminham em uma mesma direção². O estudo “Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública” permitiu compreender a necessidade de uma política pública de reabilitação profissional e a reinclusão social de trabalhadores com restrições. O

artigo “Fatores associados ao retorno ao trabalho após um trauma de mão: uma abordagem quali-quantitativa” analisa a presença de um profissional para auxiliar no processo de retorno ao trabalho, tanto para indicar uma mudança temporária de setor, quanto orientar para deixar os horários flexíveis para o trabalhador continuar tratamento e adaptar a função às dificuldades no desempenho. No estudo “A vida do trabalhador antes e após a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT)”, os autores tecem argumentos sobre a melhoria da ergonomia no trabalho, planejando as condições em que esse trabalhador vai desempenhar sua função, ficando a equipe multidisciplinar responsável para encontrar formas de minimizar as inadequações do ambiente de trabalho³. Quando analisado o manuscrito “Acidentes de trabalho envolvendo mãos: casos atendidos em um serviço de reabilitação”, identificou-se de se apropriar sobre os acidentes de trabalho envolvendo mãos, em decorrência da gravidade e alta incidência destes casos, além de causarem graves prejuízos psicológicos, econômicos e nos papéis sociais desempenhados pelos indivíduos, considerando que este é o tipo de acidente que ocasiona maior dificuldade no retorno ao trabalho⁴. Os casos de retorno ao trabalho são muito baixos e o índice de aposentadoria elevados devido a média de idade na época da amputação e etiologia vascular prevalente, geralmente associada com outros fatores, é o que retrata o artigo “Retorno ao trabalho em amputados dos membros inferiores”⁵. O atraso no encaminhamento e na inclusão do amputado em programa de reabilitação, por falta de condições técnicas, é uma característica fortemente determinante do resultado final de todo trabalho da equipe multidisciplinar de reabilitação³. O último artigo analisado: “Papel da enfermagem

na reabilitação física”6 abordou a importância de um bom relacionamento entre membros da equipe multidisciplinar e as qualificações do enfermeiro para que haja um bom processo de reabilitação. A efetividade da equipe está diretamente vinculada ao nível de esforço coletivo empreendido pelos membros para produzir os resultados da tarefa, da quantidade de conhecimentos e habilidades que esses trazem para desenvolvê-la e do grau de adequação das estratégias de desempenho por eles escolhidas. **CONCLUSÃO:** A partir da revisão foi possível compreender que o retorno do funcionário ao trabalho está diretamente vinculado à atenção da equipe multidisciplinar na sua reabilitação, pois é devido a ela que o paciente recebe as orientações, cuidados e tratamento para facilitar a sua volta ao trabalho, também é a equipe multidisciplinar que deve analisar as necessidades do trabalhador após o acidente ou doença e realocá-lo na função que ele está apto a desenvolver. Contudo, ainda não há políticas públicas específicas para a temática em questão. Observou-se, a necessidade de um profissional para orientar a volta do funcionário ao trabalho na empresa, a fim de facilitar sua adaptação, respeitando as dificuldades do trabalhador e melhorando a ergonomia do trabalho. A área de saúde ocupacional permite o planejamento das ações da equipe multidisciplinar, a sistematização da assistência, a discussão das decisões a serem tomadas e o desenvolvimento de atividades que promovam o bem-estar físico e psíquico do trabalhador.

O PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE – PMAQ-AB – COMO DISPOSITIVO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EQUIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho

Palavras-chave: Atenção Básica, Promoção da Saúde, Equidade, Acesso, Qualidade

APRESENTAÇÃO: O objetivo deste resumo é apresentar o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) como um dispositivo de Promoção da Saúde (PS) e da equidade. Parte-se do pressuposto de que esta abordagem do PMAQ-AB é uma inovação para a perspectiva da Promoção da Saúde. Trata-se de estudo baseado em dados do 2º ciclo PMAQ-AB buscando evidenciá-lo como um dispositivo de PS e da equidade dialogando com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), entre outras políticas e normativas. **Introdução** A atual PNPS (Brasil, PNPS, 2014) tem diretrizes que dialogam com os programas e ações em desenvolvimento na Atenção Básica (AB) do Sistema Único de Saúde (SUS) como o PMAQ-AB, a saber: i) a incorporação das intervenções de PS no modelo de atenção à saúde, especialmente no cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais; ii) o fomento ao planejamento de ações territorializadas de PS, com base no reconhecimento de contextos locais e respeito às diversidades, para favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social; iii) apoio à formação e à educação permanente em PS para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas, para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável (Brasil, PNPS, 2014). Por meio das equipes de AB – equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs), de programas como a Saúde na Escola (PSE) e Academia da Saúde, entre outros, são desenvolvidas ações cotidianas em todos os

municípios brasileiros. O PMAQ-AB é mais uma estratégia de fortalecimento da AB, em conjunto com o Programa Mais Médicos, Requalifica UBS, e-SUS AB, entre outros. A opção pela utilização da PNPS como principal ponto de interlocução com os programas e ações da AB parte da consideração da importância do fortalecimento de Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB), de Alimentação e Nutrição (PNAN), entre outras, como indutoras de ações de PS e de equidade, tendo claro que a PS não se resume a política. **Resultados:** O 1º ciclo do PMAQ-AB ocorreu em 2011 e 2012, o 2º ciclo em 2013 e o 3º ciclo está previsto para o último trimestre de 2015 e 2016. No 2º ciclo do PMAQ participaram 5.070 municípios (91%), 30.522 equipes de Atenção Básica (88,7%), 19.946 equipes de Saúde bucal (89,6%), 1.813 equipes Nasf (93%) e 860 CEOs (94,2%). Em relação ao número de municípios e equipes de AB, isso representa um aumento de 27,8% e 74,5% respectivamente, já que foram 3.965 municípios (71,2%) e 17.482 equipes no 1º ciclo. Até a atualidade já foram repassados, através do PMAQ-AB, mais de R\$ 4 bilhões e meio de reais (2011 = R\$ 54.741.400,00; 2012 = R\$ 874.833.600,00; 2013 = R\$ 1.304.406.800,00; 2014 = R\$ 1.371.945.461,76; 2015 = R\$ 929.458.500 – até setembro). No 2º ciclo, 4.712 equipes de atenção básica (16%) foram avaliadas como Muito Acima da Média, 10.015 equipes (33%) foram avaliadas como Acima da média, 14.729 (48%) como Mediano ou Abaixo da Média, 353 (1%) como Insatisfatória e 713 (2%) foram desclassificadas. Alguns dados evidenciam o PMAQ-AB como um dispositivo de PS e da equidade: 97,8% (n= 24.055) das UBS funcionam em dois turnos, manhã e tarde, 98,8% (n= 24.055) de segunda a sexta. As consultas de pré-natal, hipertensão arterial e diabetes mellitus são ofertadas por mais de 90% das equipes (n= 29.788), 95,5%, 93,2% e 93,1% respectivamente. Em relação ao controle

social e participação popular, 67,2% (n= 30.522) das equipes têm mecanismos de avaliação de satisfação do usuário e 56,6% referem existir conselho local de saúde ou outros espaços de participação na UBS. Contudo, ainda há desafios: apenas 47,7% (n= 24.055) funcionam no horário de almoço, entre 12 e 14h, menos da metade (46,1%, n=29.778) das equipes oferta consultas para usuários obesos. Sobre o retorno da avaliação realizada por especialistas quando o usuário é encaminhado, 10,4% (n= 30.522) afirmam que sempre obtém o retorno, 66,1% obtém retorno algumas vezes e 23,4% não recebem retorno. Destaca-se que 83,3% dos usuários (n=115.726) avaliaram o cuidado recebido pela equipe de saúde como Bom ou Muito Bom, 82,3% não mudariam de UBS se tivessem oportunidade e 86% recomendariam a UBS a um amigo ou familiar. **CONSIDERAÇÕES:** O PMAQ-AB como dispositivo de Promoção da Saúde e da equidade A PS, baseada no conceito ampliado de saúde, é um “conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da RAS, buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social” (Brasil, PNPS, 2014). Já a equidade, segundo Scorel (2009), leva em consideração que as pessoas são diferentes e têm necessidades diversas. Assim, é necessário uma distribuição heterogênea de recursos para atender suas necessidades de saúde. O PMAQ-AB através dos eixos: Acesso nas unidades básicas de saúde (UBS); Abrangência das Ações Ofertadas; Coordenação do Cuidado e Integração com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS); e Satisfação e participação do usuário; contribui para a PS e para a promoção de equidade ao buscar garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho

das equipes de saúde da AB (Brasil, PMAQ-AB, 2015) e, assim torna-se uma importante ferramenta para o alcance do objetivo principal da PNPS: promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Destaca-se também o objetivo específico da PNPS que está diretamente ligado com as ações na AB a partir dos dados gerados pelo PMAQ-AB: promover processos de educação, formação profissional e capacitação específicas em promoção da saúde, de acordo com os princípios e valores expressos, para trabalhadores, gestores e cidadãos. Outros pontos de convergência entre a PNPS e os programas e ações da AB que estão contemplados nesse resumo são os eixos operacionais da PNPS: territorialização, gestão, educação e formação, produção e disseminação de conhecimentos e saberes. Através deles é possível traçar estratégias para concretizar ações de PS na AB. Como desafio destaca-se que há necessidade de maior articulação das UBS e equipes da AB com outros pontos da RAS, de horários de funcionamento das UBS que atendam a necessidade de trabalhadores, por exemplo, funcionando à noite ou nos fins de semana, além de processos de trabalho que deem respostas à demanda espontânea, ampliação de ações essenciais nas UBS tais como ações e consultas para o usuário obeso, entre outros. Baseado nos resultados apresentados, afirma-se que quase metade das equipes participantes do 2º ciclo foram bem avaliadas (49%) e que a AB, no atual estado da arte, faz diferença positivamente na vida de milhões de brasileiros e brasileiras e se caracteriza como um dispositivo de PS e da equidade.

O TERRITÓRIO E AS REDES VIVAS DE SAÚDE NUMA COMUNIDADE FLUTUANTE NO AMAZONAS

Júlio Cesar Schweickardt, Ana Paula Portela

Palavras-chave: Território, Gestão, Saúde Coletiva, Amazônia

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho propõe uma investigação sobre um espaço muito diferenciado no território amazônico, que é uma comunidade flutuante denominada Catalão. Esse é um território verdadeiramente líquido, pois as casas foram construídas sobre troncos de madeira e, portanto, se deslocam de acordo com o ciclo das águas dos rios. A comunidade se localiza no município de Iranduba, na margem direita do rio Negro, próximo de Manaus. Possui uma estrutura de energia, escola, saúde, coleta de lixo e transporte. A comunidade já existe há 35 anos têm 106 casas e conta uma associação que cuida dos interesses dos moradores. Nesse caso, podemos problematizar se essa comunidade poderia ser considerada ribeirinha, pois esta não está na margem das águas, mas está sobre ela e permanece nela de acordo com o movimento da seca e da cheia do rio Negro. A proposta se insere num projeto maior que busca fazer a relação entre a territorialidade de grupos sociais com os territórios e as redes vivas de saúde na Amazônia. O objetivo desse projeto é compreender a dinâmica social da comunidade na relação com o território e a formação de redes de saúde. A temática é relevante porque apresenta um território específico da região, que vive dentro dos padrões de sociabilidade associada à dinâmica dos rios. Interessamos descrever e analisar o processo de construção de redes no território líquido, que se transforma na mudança das estações de chuva e seca e que caracterizam a

Amazônia. Território e Redes O território e as redes se fazem na vida cotidiana das pessoas para responder às necessidades de saúde, tanto as informais quanto a do Sistema Único de Saúde – SUS. No entanto, entendemos que a saúde está também relacionada com as questões ambientais, sustentabilidade, educação, participação social e gestão. Assim, é compreensível que a identidade social desse grupo tenha uma relação com a dimensão da organização social e com as noções de espaço e lugar. Na Amazônia, as territorialidades ganharam dimensões variadas porque agregaram questões ambientais, culturais, diversidade étnica, processo de ocupação da terra, movimentos de afirmação de algumas tradições e invenção de outras. Assim, temos um território em constante movimento e dinamismo, agregando a isso a gestão das políticas públicas sobre esse mesmo espaço. Por outro lado, não podemos esquecer que o território é desigual e campo de disputas, portanto heterogêneo. Considerar o território na Amazônia como dinâmico e complexo nos conduz à necessidade de termos políticas de saúde com estratégias diferenciadas, com um olhar atento para as especificidades e nuances que esse espaço apresenta. Nessa perspectiva, o território amazônico se constitui num espaço geográfico de múltiplas relações sociais e de poder que exige uma gestão e uma produção de cuidado que se movimente como os banheiros e as águas, pois o rio nunca é o mesmo quando se tem o olhar atento e perspectivo. Neste sentido, norteiam esta proposta algumas questões: Como estes sujeitos constroem sua identidade nesse espaço social? Como os moradores acessam os serviços da rede de saúde? Quais as redes de saúde que são acessadas por esses sujeitos no território vivo? Como a política de saúde identifica e compreende esse grupo social? Qual a noção e uso do território dos moradores?

Como os serviços de saúde e suas equipes têm olhado para estes sujeitos? Em outro ângulo, qual a percepção das pessoas sobre o cuidado ofertado pelos serviços de saúde? Como a promoção à saúde se relaciona com as práticas e o espaço social? Como esses sujeitos constroem o seu cuidado? **METODOLOGIA:** Os referenciais teóricos do estudo serão norteados pela discussão das redes vivas e micropolítica do cuidado propostos por Merhy (2007), Franco e Merhy (2013) e Gomes e Merhy (2014). As referências de território vivo Merhy (2007) e Passos, Kastrup e Escóssia (2009); Ferlaet al. (2015). Além disso, utilizaremos como referencial a produção das pesquisas do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA, especialmente em relação à educação permanente em saúde e a regionalização, organizada por Schweickardt et al. (2015). A metodologia será de pesquisa participante com a participação ativa dos comunitários em todos os momentos da pesquisa, portanto, a pesquisa é de natureza compartilhada. Os comunitários serão convidados a participar da pesquisa como pesquisadores e participar ativamente da construção do conhecimento. Realizamos atividades com a comunidade, portanto já estão na nossa rede de colaboração. Por outro lado, realizaremos uma prospecção com os profissionais de saúde da rede de saúde para que possamos nos aproximar das percepções desses sobre a comunidade. O recurso do diário de campo será utilizado como uma forma de cartografar o território de vida dos moradores do Catalão. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os resultados desta pesquisa pretendem contribuir com as políticas públicas e com o próprio movimento dos comunitários tanto no aspecto da identidade como da participação social na saúde. A pesquisa contribuirá com o mapeamento de um território específico na Amazônia, com a proposta de dar

visibilidade às diferentes territorialidades aos diferentes grupos sociais. Desse modo, o presente trabalho traz a contribuição para o debate sobre os territórios sociais e as redes de saúde na região Amazônica.

O TRÂNSITO DE INSTITUCIONALIDADES NA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO CEARÁ

Neusa Goya, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Ricardo José Soares Pontes

Palavras-chave: Gestão do SUS, Regionalização da Saúde, Empresariamento da saúde

INTRODUÇÃO: A descentralização da saúde constrói-se durante uma produção discursiva normativa, via edição de portarias ministeriais, as quais com poder de ordem sobre o que falar, o que e como fazer e financiar, produz um solo positivo para o seu aparecimento como objeto de discurso para o desenvolvimento do SUS. Uma formação discursiva regular da descentralização da saúde que se desenhou com ênfase organizativa na municipalização e na regionalização. Tanto em um processo como em outro, o SUS se fez (e se faz) em base tensional, por colocar em disputa projetos políticos de qual a natureza existencial do seu caráter. Se universal, público, integral e em comando único ou se de cobertura universal forjando na integralidade o quanto e o que cobrir; público e com comando único, porém atravessado pelo empresariamento da saúde em diálogos com o (quase) mercado dado a fabricação de institucionalidades jurídicas, no âmbito do Direito Privado, incumbidas para a gestão de equipamentos públicos de saúde. Essa dimensão de tensionamento é real. Materializa-se na processualidade da regionalização, colocando-a no centro do debate do SUS. No Ceará, esta realidade é potente. A regionalização da saúde é

operada no Estado, desde o final de 90, compondo um campo de problematização de diferentes ordens. Especificamente, nesse trabalho, indaga-se Como se deu a experiência de regionalização da saúde do Ceará e quais institucionalidades foram constituídas para a gestão da prestação de serviços nas suas regiões de saúde? Método Estudo qualitativo que objetiva narrar a regionalização da saúde do Ceará, destacando as institucionalidades constituídas para gerir serviços de saúde regionais e analisando suas implicações no SUS. O estudo foi construído por meio das narrativas, das entrevistas abertas e gravadas com gestores estaduais (3 do nível central e 22 das Regionais de Saúde). Adotou-se o método hermenêutico para análise dos textos construídos pela transcrição das entrevistas e narrativas institucionais de documentos afins ao tema, buscando uma interpretação profunda e contextualizada. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, parecer 137.055, sendo financiado pela Fundação Cearense de Apoio a Pesquisa, por meio do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), Edital 03/2012. **RESULTADOS:** A regionalização da saúde, desencadeada no final da década de 90, no Estado do Ceará, constituiu-se como um projeto técnico-político do Governo, encabeçado pela Secretaria da Saúde do Ceará (SESA). Atualmente, o modelo regionalizado do Ceará é composto por 22 RS e 05 MS. No tocante ao desenho regional e suas funções assistenciais poucas alterações foram feitas de 1998 a 2015, apontando que, apesar das adequações encaminhadas pela SESA, a cada edição de uma nova normativa do Ministério da Saúde, a forte influência conceitual do modelo regionalizado do Ceará foi de orientação do Governo, que desenhou, por meio da SESA, a reforma do setor saúde. Reforma essa que contemplou: a concepção e formação/capacitação de um quadro

executivo e coordenador da regionalização, por meio da Escola de Saúde Pública do Ceará; organização de um modelo da saúde com definição de territórios regionais, constituído já em 1998 por 20 microrregiões e três macrorregiões de saúde; reforma administrativa com a instituição de novas Coordenadorias Regionais em diálogo com o desenho assistencial, assegurando em cada microrregião uma estrutura regional da SESA; constituição de instâncias de pactuação intergestores, desde 2000, com a implantação de Comissões Intergestores Microrregionais de Saúde; envolvimento de coletivos representativos de prefeitos e secretários municipais de saúde, configurando um tipo de institucionalização da governança regional que privilegia a atuação federativa e a constituição de institucionalidades, com distintas modalidades de gestão, para gerir serviços de saúde prestados por equipamentos públicos. Os cenários de cada uma das 22 RS comportam estruturas físicas recentes de Policlínicas e Centros Especializados Odontológicos (CEO), ambos de atuação regionalizada, implantados pelo Governo Estadual. Em duas Macrorregiões de Saúde, Cariri e Sobral, foram instituídos os chamados Hospitais Regionais, também implantados pelo Governo Estadual. Na reforma do setor saúde, as gestões das Policlínicas e dos CEO ficaram sob a responsabilidade de Consórcios Públicos de Saúde (CPS), instituídos em cada uma das RS, exceto na de Fortaleza, totalizando 21 CPS. O CPS refere-se a uma Associação Pública, de natureza autárquica e interfederativa, com Personalidade Jurídica de Direito Público, tendo como entes consorciados o Estado e municípios. A ideia de fazer uso desse tipo de institucionalidade e modalidade de gestão não foi aleatória. Em 2007, a SESA, através da Portaria 2.061/2007, criou a Comissão de Fomento e Implantação de CPS no Ceará. Nos anos de 2009 e 2010, houve

a publicação de leis ratificando a Carta de Intenção de 21 CPS e em 2014 todos estavam em funcionamento. No que é tocante à gestão dos Hospitais Regionais e de seis Unidades de Pronto Atendimento (UPA) houve a opção pela gestão via Organização Social de Saúde (OSS), encarnada no Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar – ISGH, com Personalidade Jurídica de Direito Privado, criado em 2002. Entretanto, essa opção não se deu em 2002. Em 1997, o Governador do Estado, sancionou a Lei 12.781, que instituía o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais e dispunha sobre a qualificação das OS. O ISGH foi qualificado com o objetivo de pesquisar e produzir conhecimentos e técnicas nas áreas de saúde e gestão hospitalar, responsabilizando-se pela administração e gestão hospitalar para difusão e aplicação no âmbito do sistema estadual de saúde. O primeiro Contrato de Gestão entre o ISGH e a SESA, ao final de 2002, teve como objeto a operacionalização da gestão e execução, pelo Contratado, das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos do Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara. O Contrato foi da ordem de R\$2.700.000,00 (Dois milhões e setecentos mil reais). Em 2015, os contratos implicaram em recursos de R\$458.364.247,34 (Quatrocentos e cinquenta e oito milhões, trezentos e sessenta e quatro mil, duzentos e quarenta e sete reais e trinta e quatro centavos), para a gestão de 3 Hospitais e 6 UPAS. O desenho da regionalização foi processualmente fabricado em consonância com o discurso da eficiência e eficácia do Estado; redução de gastos e proposição de melhoria da qualidade dos serviços; diálogos entre o Estado e o mercado para a viabilização da relação entre o público e o privado para a provisão de serviços de saúde, por meio das institucionalidades criadas e modos de gestão instrumentalizados por contratos de gestão sob uma lógica fortemente assistencial.

Constitui um modelo tendenciado à delegação para o setor público não-estatal de responsabilidades executivas diretas pela provisão de serviços, fortalecendo o Estado Regulador em detrimento do Estado diretamente Executor. Entretanto, no Ceará, não se conseguiu imprimir as funções do Estado Regulador, permanecendo, contudo, o Estado financiador dos serviços de saúde. Considerações Finais As grandes questões nacionais em torno da regionalização da saúde se materializam na experiência do Ceará, apontando caminhos, saberes, práticas e desafios. Se essa experiência apontou para adoção de modalidades de gestão distintas, configuradas em diferentes institucionalidades, indicou também a necessidade urgente de se dialogar sobre a manutenção política do projeto do SUS PÚBLICO, UNIVERSAL, INTEGRAL E ÚNICO, além a efetividade real dessas institucionalidades em uma gestão regionalizada. O risco é o de se ter arranjos institucionais pulverizados Brasil afora, que além de descaracterizar o ideário político do SUS, não garante a integralidade da saúde.

OBSERVATÓRIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS QUE VÊ E TRANSVÊ

Rafael Cardoso Chagas, Emerson Merhy, Polyana Esteves

Palavras-chave: Observatório de política em saúde, cuidado, Micropolítica

INTRODUÇÃO: Este trabalho é parte das análises iniciais realizadas pela pesquisa “Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde”, financiada pelo CNPQ e ainda em andamento. Desenvolvida pelo coletivo de pesquisadores da linha Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde durante o ano de 2014. Neste trabalho, apresentaremos questões e ferramentas teóricas e

metodológicas produzidas no fazer inicial da pesquisa. A pesquisa tem por finalidade produzir ferramentas de análise de políticas no setor saúde, envolvendo uma rede de pesquisadores em diversas instituições de ensino superior por todo Brasil. A pesquisa foi dividida inicialmente em 6 eixos de acordo com as leis a serem pesquisadas, contando com a instalação de observatórios locais nas diversas regiões do país. A proposta da criação de um Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde procura atenderem ao desafio de analisar as formas em que se dá a constituição de um arcabouço legal, desde a formulação de uma política específica até suas implicações no cotidiano da produção do cuidado em saúde. Assim, apostamos na análise de múltiplos níveis, com a utilização de ferramentas quantitativas e qualitativas, propondo como um dos elementos centrais da produção da análise a conversação entre os diversos atores envolvidos na política proposta. Assim, diferentemente do campo da filosofia política tradicional, entende-se o Estado e as políticas públicas como uma construção social e histórica, inseridos nas práticas sociais dos sujeitos concretos, permeadas por relações de poder e saber. O que interessa neste estudo de políticas públicas é abandonar os universais e analisar os mecanismos que permitiram a racionalização de certas práticas de governo que, ao se constituírem enquanto um regime de verdade possibilita a emergência de uma política pública ou de um programa. **METODOLOGIA:** Esta pesquisa utilizou como metodologia o que chamamos de análise microvetorial. Na análise microvetorial, muitos aspectos são abordados: seus discursos manifestos, suas ações concretas, seus planos e programas de trabalho com suas metas e objetivos declarados. Nas políticas públicas em geral, um ator (pessoa física ou instituição) normalmente estrutura um programa de

ação que visa induzir comportamentos específicos em diversos atores do sistema com resultados declarados esperados. Esta ação estruturada pode tomar múltiplas formas: normas, resoluções, políticas, decretos-lei, lei, contratos de gestão, entre outros. Os resultados esperados podem ter diversas métricas em nível dos serviços e aspectos qualitativos. No entanto, muitas vezes, desde a formulação de uma política até a produção dos resultados esperados, uma cadeia muito longa de atores é percorrida. Estes atores, como parte integrante do processo de produção do cuidado, funcionam sempre como potências que podem ou não contribuir para alcançar a meta pretendida, ou como criadores de inovações que modificam o sentido e transformam completamente a noção de resultado da política. Nesse sentido, a análise microvetorial coloca em conversação a longa cadeia de atores evocados a partir da formulação da política, suas ações, os efeitos na produção cotidiana do cuidado e, em destaque, na trajetória de vida do usuário final do sistema, que em princípio deveria auferir os benefícios diretos do que estava sendo proposto. Com esse entendimento, as frentes de pesquisas constituíram-se por meio de coletivos de pesquisadores. Estes coletivos são formados pelos diversos atores das políticas e os pesquisadores externos, diluindo a dicotomia entre sujeito e objeto da pesquisa. Isso significa que a pesquisa é entendida como um acontecimento, que se produz no encontro com o outro e não previamente definida pelo arcabouço teórico e metodológico elaborado pelos pesquisadores a ser aplicado no campo da pesquisa. **RESULTADOS:** No primeiro ano da pesquisa foram criados doze observatórios locais e atualmente, para além dos seis eixos iniciais, outras linhas de pesquisa foram abertas, como a lei dos mais médicos, os sinais que vem da relação ensino e serviço e os sinais que vem da

rua. Ademais, produzimos um conjunto de questões no fazer inicial da pesquisa. A análise da constituição de uma política, levando em consideração as rupturas, as descontinuidades e as lutas pelo exercício do poder que nunca cessam, mesmo com a institucionalização em forma legal de uma política, que tem por objetivo colocar no campo do visível certas práticas cotidianas de relações de poder que atravessam as políticas públicas. Nesse sentido, as ferramentas de análise e as questões de pesquisa não são formuladas anteriormente, mas no próprio campo. A avaliação da política e a construção das ferramentas fazem parte de um mesmo movimento de pesquisa. Assim, se apresenta aqui algumas ferramentas e noções produzidas. 1 - O encontro como uma ferramenta que coloca as maneiras de se viver no centro da pesquisa e do cuidado em saúde. Posiciona-se, dessa forma, o pensamento enquanto produção de processos de subjetivação, não sendo apenas formas de reafirmação de saberes anteriormente formulados. A vida é, nesse sentido, um elemento importante de orientação da produção de conhecimento, entendido como um processo vivo, irreduzível aos saberes que transcendem a experiência, constituídos por fora do viver. Nesse sentido, deve-se estar aberto, na investigação, a esse conhecimento que é produzido no encontro, seja nos atos de cuidado e/ou no fazer da pesquisa. 2 – Utiliza-se a noção de pesquisa-interferência como contraponto a noção de pesquisa-intervenção. Na pesquisa-interferência, o pesquisador se apresenta como uma força fraca, que, ao estar menos protegido pelas verdades instituídas, se abre para o mundo e para o objeto como forma de produzir conhecimento. Não fazendo isso, o pesquisador não lida com as interferências, pois não suporta seus efeitos. 3 – O pesquisador que se contamina pelo mundo, enlameia-se de realidade para

produzir conhecimento, denominado de pesquisador-inmundo. Ao mesmo tempo em que esse pesquisador está se produzindo em ato e na relação com o mundo e com o outro, também pode produzir novos mundos e conhecimentos possíveis. 4– Ao pesquisar o plano micropolítico da constituição de uma lei, percebemos a política como um dispositivo, na medida em que se configura como reveladora de regimes de verdade, enunciações já dadas, ao mesmo tempo em que apresentam fissuras nesses regimes, mediante práticas cotidianas, que se colocam como um devir. 5 – A pesquisa aposta fortemente na produção de redes vivas de cuidado. A produção do cuidado em saúde não é totalmente capturada pelas políticas, normas e regras da gestão e pelos saberes científicos previamente estabelecidos. Não obstante a presença destes saberes e normas, operando intensamente, verifica-se que os sujeitos no seu caminhar cotidiano também atuam com seus interesses nessa produção, inventando redes de cuidado que não estão previamente estabelecidas. Pesquisar essas redes e o conhecimento que elas produzem pode permitir inventar novas formas de análise e de configuração de uma política 6 - A ideia de usuário-guia é utilizada em várias frentes da pesquisa como ferramenta que permite explorar as redes e suas complexidades a partir de seu itinerário. Assim, pode-se revelar tanto caminhos, que não estão dados pela gestão em saúde, que o usuário produz, bem como os incômodos que a equipe sente e que, também, a coloca em análise com finalidade de pensar formas de superá-los. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Em suma, este trabalho teve por objetivo fazer emergir ferramentas e questões de pesquisa não capturadas por certa epistemologia, capazes não apenas de ver, mas, fundamentalmente, de transver uma política pública em saúde.

OFICINA DE RESULTADOS DO 2º CICLO DO PMAQ-AB DO RS: GESTÃO, INFRAESTRUTURA E PROCESSOS DE TRABALHO

Marielli Costa de Souza, Carol Cardoso Rodrigues, Francele Dimer Magnus, Juliane Cristina Silva de Azevedo Martinez, Neusa da Silva, Poala Vettorato, Raíssa Barbieri Ballejo Canto, Vinicius Honscha Botelho

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Gestão em Saúde

INTRODUÇÃO: O programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) objetiva, através de metodologias de avaliação, garantir acesso e melhor qualidade de atenção à saúde a toda a população. Divide-se em quatro etapas. A primeira corresponde à adesão dos municípios, a segunda envolve o desenvolvimento de ações de mudança na gestão e no cuidado realizado pela rede, na terceira acontece a avaliação externa e a última refere-se às pactuações. As quatro etapas representam um ciclo do PMAQ (BRASIL, 2012). Nos dias 13 e 14 de agosto de 2015, os resultados obtidos na terceira etapa do segundo ciclo do programa, foram apresentados pelo Ministério da Saúde (MS) em uma oficina, reunindo representantes do estado do Rio Grande do Sul (RS) e do MS, gestores municipais, COSEMS, profissionais de saúde e Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a fim de analisar e debater os resultados da avaliação externa no estado, em comparativo com o Brasil. O objetivo deste trabalho é analisar os conteúdos oriundos das oficinas que são referentes às temáticas gestão, infraestrutura e processos de trabalho originados dos relatos da oficina. **DESENVOLVIMENTO:** As discussões que ocorreram durante a oficina foram registradas em relatorias, de onde provêm os dados analisados neste trabalho. Para isto,

os representantes das sete macrorregiões do Estado foram divididos em quatro grupos: macros Norte e Missioneira, macro Metropolitana, macros Serra e Vales e macros Centro Oeste e Sul. Os dados foram tratados através de análise de conteúdo, lançando mão das fases da análise temática orientadas por Minayo. Na primeira fase ocorreu o levantamento e organização do material acerca do tema da pesquisa; na segunda, a exploração do material levantado; e, na terceira, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação destes (MINAYO, 2010). **RESULTADOS:** Da análise dos dados, destacou-se a categoria gestão, infraestrutura e processos de trabalho, onde estão inseridos os seguintes assuntos: planta e infraestrutura, atuação dos gestores, apoio institucional e dificuldades encontradas na implantação e processos de trabalho dos Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF). Quanto à infraestrutura, a análise revelou que as Unidades de Saúde da Família (USF) no estado do RS foram melhor pontuadas quando comparadas às médias nacionais. Porém, de acordo com dois dos grupos de discussão, a estrutura das unidades avaliadas não condiz com a planta básica das USF preconizada pelo Ministério da Saúde, uma vez que esta diverge em vários aspectos do que a Vigilância em Saúde do RS considera necessário para liberação do funcionamento do serviço de saúde. Um dos objetivos do PMAQ-AB é incentivar os gestores e as equipes locais do Sistema Único de Saúde a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários nas Unidades Básicas de Saúde. Um dos grupos avaliou que seus gestores nem sempre possuem experiência na área de gestão em saúde pública, não compreendem que planejamento e avaliação são fatores importantes no processo de trabalho, priorizando os atendimentos individuais e especializados em detrimento de ações

voltadas para a atenção integral à saúde. Os participantes apontam divergências entre os dados apresentados e a real participação da gestão no apoio à organização do processo de trabalho a partir dos padrões do PMAQ. Ressalta-se a importância de utilizar a ferramenta para reflexão e mudança nos processos de trabalho e indicadores, e não somente como uma avaliação burocrática para receber o recurso. A respeito do Apoio Institucional, dois dos grupos relataram que os resultados apresentados pelo MS não refletem a realidade das unidades de seu território, indicando que boa parte das equipes não conta com esta prática. As discussões de ao menos dois dos grupos apontam o NASF como um dispositivo ainda muito incipiente no Estado, precisando ser fortalecido, haja visto que apenas 31 equipes participaram deste ciclo do PMAQ. Entretanto, em boa parte dos municípios o apoio matricial às Unidades de Saúde da Família acerca de Saúde Mental tem sido realizado pelos Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB), serviços existentes apenas no RS, com foco exclusivo em Saúde Mental. Apesar de existir uma orientação quanto à transição de NAAB para NASF, esta vem encontrando dificuldade pelo fato do NASF ocupar-se não apenas da Saúde Mental, mas de prestar apoio à Saúde da Família e seus processos de forma integral, expandindo o escopo de ação sem necessariamente ampliar e/ou qualificar as equipes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Considerando a experiência da oficina, os participantes evidenciam algumas divergências entre os dados apresentados pela avaliação do PMAQ-AB e suas experiências no território. Quanto à infraestrutura, demonstrou-se a necessidade de consonância entre parâmetros seguidos pelo Ministério e pela Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul. Observou-se que dentre os gestores presentes, representantes dos municípios

que aderiram ao PMAQ-AB, parte compreende os propósitos do programa de avaliação e compromete-se com os seus resultados, enquanto que, outros deixam muito a desejar a esse respeito, evidenciando a necessidade de preparação dos municípios ao aderir ao PMAQ. O Manual Instrutivo do PMAQ (BRASIL, 2012) descreve o apoio institucional como um importante instrumento de reformulação do modo tradicional de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. É uma forma de qualificar e horizontalizar a gestão, à medida que, além de auxiliar no processo de trabalho, aproxima a equipe do planejamento e avaliação de seu próprio trabalho. Diverge do que ocorre em supervisões tradicionais, focadas em ações punitivas e disciplinares em detrimento de processos colaborativos que visem ampliar a capacidade de ação das equipes. A partir da divergência entre o dado apresentado e a percepção dos participantes, é necessária uma reflexão sobre o modo de levantamento dos dados e sobre a liberdade que as equipes possuem para fornecer respostas que revelem fragilidades das gestões municipais. Essas fragilidades também se evidenciam na implantação dos NASF's que, segundo levantado nas discussões, tem tido menos a ver com as necessidades específicas dos municípios que com o interesse no subsídio financeiro que este gera. Quanto ao processo de trabalho das equipes, aparecem como nós críticos a escassez de orientações técnicas efetivas, específicas para o funcionamento do NASF, bem como a dificuldade de as equipes trabalharem na lógica do cuidado compartilhado e da clínica ampliada, o que se atribui ao posicionamento assistencial da gestão.

ORGANIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA E A DEMARCAÇÃO DO MODELO DE SAÚDE EM DOIS CENÁRIOS DA BAHIA

Marlon Vinicius Gama Almeida, Marluce Maria Araujo Assis

Palavras-chave: acesso aos serviços de saúde, modelos, saúde da família

APRESENTAÇÃO: quando nos referimos à demarcação de um modelo de saúde, concordamos com Paim (2003) ao afirmar que enquanto a conjuntura sanitária do Brasil não passa por uma alteração profunda e significativa, os modelos assistenciais servem como recursos de orientação e planificação de intervenções que permitem uma análise da situação, com vistas a concepções de interferências que busquem alterar a realidade apresentada. Desse modo, os modelos assistenciais são concebidos para o enfrentamento de problemas de saúde nos âmbitos individuais e coletivos e podem apresentar ao menos três concepções quando relacionados aos modelos de atenção à saúde: uma concepção genérica, que se vincula ao conceito de documentos oficiais; outra, que traz consigo a noção das intermediações entre o técnico e o político e compreenderia a elaboração de um projeto assistencial; e a última, que versa sobre a ideia de uma dimensão técnica das práticas de saúde, esta última adotada na construção deste trabalho. Assim, ao pensarmos o acesso à saúde, inúmeros aspectos podem estar relacionados à sua concretização (ou não), o que lhe confere um caráter diverso, de múltiplas análises e divagações, não sendo permitida a sua categorização de uma maneira unidimensional. O acesso aos serviços de saúde relaciona-se às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos

serviços, que vai muito além da dimensão geográfica, ao abranger, também, aspectos econômicos, relativo aos gastos do usuário com o serviço; aspectos culturais que envolvem normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e aspectos funcionais, que se relacionam com a oferta de serviços adequados às necessidades da população (UNGLERT, 1990). O acesso é um elemento eficaz para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde. A partir dele é possível mensurar a satisfação dos usuários com o atendimento, determinar a escolha do serviço e estabelecer, quase sempre, o vínculo com o sistema de saúde e os sujeitos envolvidos. Ademais, as desigualdades de acesso encontram-se como um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione efetivamente. No cenário nacional convive-se com acessos seletivos, excludentes e focalizados que se complementam e se justapõem, nos diferentes serviços públicos e privados, havendo, portanto, um descompasso entre a legislação e a legitimidade social (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003). O acesso é seletivo por ser desigual em função do poder de compra dos usuários; excludente por condicionar o direito de assistência universal à lógica de mercado, racionalizando gastos e, por fim, focalizado ao limitar o atendimento público a determinados serviços ou programas. Neste contexto, o presente estudo tem por objetivo discutir a organização do acesso dos usuários na atenção à Saúde da Família e suas interfaces com o modelo de atenção à saúde em dois cenários da Bahia, Brasil. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Pesquisa, de abordagem qualitativa realizada entre os meses de agosto de 2012 e fevereiro de 2013, teve o número de entrevistados definidos por inclusão progressiva, interrompida pelo critério de saturação. Foram entrevistadas 102 pessoas

em dois municípios da Bahia, Brasil: grupo I (equipe de saúde - 49); grupo II (usuários da Saúde da Família - 37) e grupo III (dirigentes do SUS municipal - 16). Técnicas de coleta de dados: entrevista semi-estruturada e observação sistemática. **MÉTODO DE ANÁLISE:** análise de conteúdo temática e fluxograma analisador. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** ao tentarmos entender como o acesso se organiza na estruturação de um modelo da saúde, principalmente na Saúde da Família, nos deparamos com um arranjo de falas que converge para a composição de uma organização do serviço que se baseia na demanda programada ou agendada, em detrimento da espontânea. Se por um lado, a demanda agendada aperfeiçoa as ações da equipe de saúde, que pode se programar para a realização de intervenções, atividades de educação em serviço, uso de ferramentas e tecnologias, na busca da resolubilidade das diligências apresentadas pelos usuários do sistema; por outro, a programação de ações específicas e a oferta organizada, com enfoque para aquelas que se referem aos grupos de risco ou que derivam dos programas ministeriais, complicam o acesso das pessoas à unidade de saúde e a sua fundamentação como "porta de entrada" para o SUS. Não obstante, a (des)organização da demanda espontânea contribui para a implacabilidade das filas nas madrugadas defronte as unidades de saúde, como uma maneira de tentar se garantir o atendimento clínico nestes locais. Embora nem mesmo assim esteja afiançada a entrada da pessoa no serviço, o que confere ao SUS uma limitação da entrada no serviço a partir da imposição de barreiras, o que leva a parte dos sujeitos implicados a escoarem para a rede de serviços particulares, na tentativa de fugir da crueldade e humilhação que as longas filas acabam por lhes conferir. Por outro lado, existe uma conformação por parte dos usuários e trabalhadores

do serviço, que aceitam a situação sem quaisquer indagações e, em vista das inúmeras atribuições vivenciadas em outros serviços e localidades, demonstram que não há queixas a serem feitas em relação ao que expusemos anteriormente, seja por não incorporar a saúde como um direito de cidadania ou por apresentar uma baixa expectativa em relação ao que é ofertado pelo serviço. Ademais, as longas esperas por um acolhimento, informação ou consulta espelham o confinamento a que se subordinam os usuários dos serviços que fazem parte de uma demanda reprimida que está sempre a se expandir. Tal realidade diminui a credibilidade nos préstimos da equipe de saúde, dificultam a continuidade da assistência e desencadeiam um efeito compulsório que majora ainda mais os problemas vivenciados nos setores de média e alta complexidade. Destacamos que, nas análises realizadas, a impressão de (des) responsabilização por grande parte dos profissionais que tentam fazer a Saúde da Família nos dois municípios estudados. Durante o período de observação sistemática vivenciamos a triste realidade de usuários que são maltratados e agredidos pelo sistema e pelos trabalhadores, diariamente. Estivemos com recepcionistas que responsabilizavam os usuários por sua situação de saúde e não conseguiam, minimamente, ouvir suas queixas e angústias, médicos que chegavam ao serviço atrasados e se retiravam antes do final do expediente, muitas vezes, passando menos de uma hora em atendimento, enfermeiras desgastadas pela lógica cruel da assistência ou que seguiam o modelo centrado no procedimento, como uma maneira de minimizar suas inquietações. Situações estas que, quando comparadas a outros estudos, se repetem, cronificam e parecem inverter a perspectiva do sistema de saúde de cuidar dos cidadãos e aprofundam as distâncias e as injustiças, que tanto lutamos

para superar desde o advento do SUS. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Sem dúvida, a força do modelo centrado no procedimento é um dos maiores entraves para a construção de uma realidade mais justa e igualitária, que possa romper com tamanhas iniquidades. Se pensarmos na Saúde da Família como “porta de entrada”, precisamos estruturar este sistema para que os usuários que consigam adentrar os serviços não se encontrem desamparados, com a sensação de ter penetrado em uma casa vazia, sem recursos para garantir a continuidade da sua assistência e a integralidade da sua atenção. Impor a reorganização do modelo aqui exposto, sem estruturar a atenção básica e suas associações, é pensar na promoção da saúde, exclusivamente, e esquecer que inúmeros sujeitos ainda dependem dos processos curativos e preventivos para sobreviver.

OS HOSPITAIS DE ENSINO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA NO CONTEXTO DE IMPLANTAÇÃO DA EBSEH

Larissa Barros, Cristiana Mercuri, Stella Senes, Geyse Miranda

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Hospitais de Ensino, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

No Brasil contemporâneo, em contexto de crise do capitalismo mundial, novas mediações históricas reconfiguram e agravam a questão social e desdobram-se em profundas transformações nos padrões de acumulação, nos processos de produção e gestão do trabalho, além de alterações importantes no papel do Estado na execução das políticas sociais, com nítida tendência à regressão de direitos, especialmente, os da esfera da Seguridade Social (NETTO, 1996; IAMAMOTO, 2007, 2013). Esses fatores

articulados mantêm relações estreitas com a situação econômica e política que é enfrentada hoje na Universidade Federal da Bahia (UFBA), e, particularmente, nos hospitais universitários Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (COM-HUPES) e Maternidade Climério de Oliveira (MCO). Atribui-se aos desdobramentos dessa conjuntura a proposta de reestruturação do modelo jurídico e organizacional dos hospitais universitários federais, por meio da implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH). No caso da UFBA, a proposta teve adesão do Conselho Universitário (CONSUNI), em 2012. Este estudo resulta de pesquisas bibliográficas e documentais preliminares referentes ao projeto de pesquisa “O trabalho de assistentes sociais nos hospitais de ensino da Universidade Federal da Bahia no contexto de implantação da EBSEH” e teve como propósito levantar e sistematizar as principais questões levantadas no debate sobre o processo de implantação da EBSEH nos hospitais universitários vinculados à UFBA. Com base, exclusivamente, em informações de acesso público, a exemplo de jornais, periódicos e documentos diversos disponíveis na internet entre julho e outubro de 2015, este estudo busca apresentar, além de alguns aspectos do contexto histórico do referido processo, as discussões voltadas ao novo modelo de gestão, notadamente, as principais questões que estão sendo suscitadas sobre a EBSEH e os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), em seu movimentos de consolidação e (ou) retração. Destarte, ressaltamos que hospitais de ensino (HE) têm importância para o desenvolvimento do SUS, como espaços de referência assistencial de alta complexidade e pólos de formação de recursos humanos, contribuindo significativamente para o desenvolvimento de pesquisas e para a incorporação de novas tecnologias. Não obstante, muitos

são os problemas enfrentados: quadros de servidores insuficientes, precarização do trabalho, instalações físicas deficientes, subutilização da capacidade instalada para alta complexidade, redução da oferta de serviços à comunidade etc. Diante da “trama da crise” dos hospitais de ensino (LAMPERT et al., 2013), os Ministérios da Saúde e da Educação criaram, através da portaria 1.702/2004, o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino baseado em quatro eixos a serem desenvolvidos de forma integrada: gestão, assistência, ensino e pesquisa. (BRASIL, 2004). Assim, a EBSEH é apresentada como a solução do governo para a denominada “crise” dos HUs. No entanto, para Correia (2012), esse modelo de gestão trata-se de privatização do que é público, posto que o Estado abdica de ser o executor dos serviços públicos, através da abertura à iniciativa privada como fornecedora destes serviços, mediante repasse de recursos, de equipamento e instalações públicas e de pessoal para entidades privadas. Os denominados novos modelos de gestão têm sido apresentados como a resolução dos problemas do SUS e dos HUs. Restringe-se tudo à má e (ou) à ineficiência da gestão pública, apresentando-se como saída a sua terceirização, que em nome de uma suposta modernização (CORREIA, 2012). A EBSEH foi criada pelo Governo Federal por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e marcada por questionamentos de analistas da saúde e algumas manifestações políticas contrárias a sua criação, a exemplo da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, dotada de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, a EBSEH é o órgão responsável pela gestão do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais. E, para o Governo Federal, essa implantação representa o início de uma nova etapa para os hospitais universitários federais. O governo

defende que com a criação da EBSEH dar-se-á prosseguimento à recuperação dos hospitais universitários federais, garantindo as condições necessárias para a oferta de assistência à saúde da população, de acordo com as orientações do SUS e para a geração de conhecimento de qualidade e formação dos profissionais da área da saúde (EBSEH, 2015). Na análise destacamos que os documentos, legislação e site oficial da EBSEH na Bahia apresentam um discurso de uma nova política para modernizar a gestão hospitalar. Tomando como referência o “mapa estratégico”, orientado pela chamada cultura da qualidade, orquestrada pela administração gerencial, difunde-se o uso de um conjunto de metas e indicadores centrados na gestão por resultados. Há uma valorização dos aspectos administrativos, em uma exaltação dos meios, subordinando objetivos e princípios da Política de Saúde a parâmetros empresariais, como acontece quando são considerados prioritariamente os valores quantitativos de produção, através de avaliações da produtividade. Questiona-se, ainda, a participação dos trabalhadores na construção dessas metas e a não avaliação dos processos pelos quais os trabalhadores estão submetidos. Sobre essa mesma dimensão do debate, destacamos que, conforme o Regimento da EBSEH, há restrições à participação dos trabalhadores e usuários do SUS, expressando dissonância com os princípios da participação e do controle social conquistados pelo movimento da Reforma Sanitária. Ainda de acordo com o referido Regimento, na composição do Conselho de Administração está prevista apenas a participação de um representante dos trabalhadores em reuniões, e desde que nestas não sejam tratados temas referentes às relações sindicais, remuneração, benefícios e vantagens assistenciais e de previdência complementar, sob a justificativa de que

ficaria configurado “conflito de interesses”. Sob a marca da EBSEH, no que se refere à gestão do trabalho, são identificados diferentes regimes jurídicos trabalhistas nos hospitais universitários federais: vínculos estabelecidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), por meio de contratação por convênios, projetos etc. Além disso, cabe destaque para os vínculos originais dos servidores públicos lotados nos HUs, estes regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU). Nesses termos mais uma questão apresenta-se como relevante ao debate: a diversidade de vínculos que desafia a organização política dos trabalhadores porque diferencia e pulveriza suas demandas, seus interesses, suas reivindicações e até os seus direitos. A finalidade desse modelo de organização e gestão é reestruturar os hospitais universitários federais e, de acordo com o discurso oficial, solucionar o problema de recursos humanos, cumprindo assim o acórdão do Tribunal de Contas da União (TCU) que exigiu a substituição dos servidores contratados pelas fundações de apoio às universidades, que somam 26 mil servidores em todo o país. Para concluir, explicitamos a defesa de que o SUS não é um sistema de saúde que possa sobreviver e se consolidar com políticas orientadas pelo projeto liberal, que alimenta os interesses da indústria médica globalizada e transforma a saúde em mercadoria. A luta por direitos sociais e em particular pelo direito à saúde deve ter como pressuposto a luta por um Estado democrático participativo, com justiça social e equidade. Para que a saúde seja um direito de todos como assumida pelo Movimento Sanitário é necessário um novo acordo em nome do interesse público, que recomponha os princípios e as orientações constitucionais, sendo assim incompatível com propostas nas quais a saúde é tratada como negócio ou mercadoria (CEBES, 2015).

PARA ALÉM DA REGIONALIZAÇÃO: ENSAIO CARTOGRÁFICO DAS REGIÕES-VIVAS DE SAÚDE NA BAHIA

Nathália Silva Fontana Rosa, Raquel Miguel Rodrigues, Marcio Costa de Souza, Clara Oliveira Esteves

Palavras-chave: regionalização, regiões-vivas, cartografia

APRESENTAÇÃO: Este resumo tem como proposta apresentar o percurso inicial da pesquisa nacional “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no SUS: Avalia quem pede, quem faz e quem usa”, financiada pelo Ministério da Saúde, tomando como dispositivo as redes de produção do cuidado produzidas por usuários e trabalhadores para se pensar o processo de regionalização de redes de atenção à saúde instituídas no estado da Bahia. Este estudo situa-se no âmbito mais abrangente da pesquisa, que visa compreender a produção do cuidado nas diferentes redes de atenção à saúde, entendendo os serviços, municípios, gestores, voluntários, trabalhadores e, principalmente, os usuários através de seus agenciamentos como produtores do que temos chamado de “redes vivas.” Desta forma, este trabalho tem como objetivo descrever a produção das regiões vivas de saúde no estado da Bahia. **DESENVOLVIMENTO:** As fontes identificadas em cada local são variadas, utilizando diversos instrumentos para coleta de dados: fontes documentais, caso-traçador e narrativas. Partindo de formulações que tem o encontro como aposta metodológica, cada pesquisador foi construindo, ao longo dos últimos 12 meses, “entradas” em três municípios baianos a partir de conexões já existentes ou constituídas com sujeitos que,

direta ou indiretamente, fazem parte da assistência à saúde local. Foram construídas agendas formais e/ou informais na gestão de serviços ou da própria Secretaria Municipal de Saúde para apresentação e autorização da pesquisa. Os encontros realizados foram variados em tempo, quantidade e modos de fazer. A produção desses espaços de conversa foi forjada à medida que a aproximação dos pesquisadores com os sujeitos dos territórios foi sendo tecida. Cada “entrada” no campo adotou uma dinâmica própria associando desde rodas de conversa; visitas domiciliares; visitas a territórios de abrangência de serviços de saúde; observação; participação do cotidiano dos serviços com os trabalhadores; participação de eventos promovidos pela rede de saúde ou beneficente local; oficinas com trabalhadores; entrevistas com gestores, trabalhadores e usuários; até conversas informais nas ruas das cidades. **RESULTADOS:** Tomando como analisadores os diversos enunciados produzidos nos encontros nas redes é possível identificar fluxos de acesso e barreira aos serviços estabelecidos pelas atuais regiões de saúde. Uma das questões que se destaca é que tais arranjos são produzidos com forte influência de interesses privados (sejam de ordem econômica ou política) que, ao invés de facilitar o acesso, podem causar o efeito contrário. A dimensão micropolítica da fabricação de redes e regiões é, muitas das vezes, secundarizada nas definições dos pactos intereintrafederativos. A manutenção de visões deturpadas da municipalização dos serviços pode produzir um enfraquecimento na conformação das redes de cuidado e não sua capilaridade como previsto. Estudos sobre regionalização em saúde no Brasil apontam a constituição das regiões de saúde se reinventando prioritariamente no plano normativo sem considerar essa produção micropolítica. Desta forma, o que se pode observar no cotidiano dos serviços

é uma produção de ofertas de serviços e ações de saúde deslocadas das redes de cuidados informais construídas pelos usuários e trabalhadores. No estado da Bahia, se observa que a proposta recente de revisão da regionalização da saúde é um processo pautado na base associativa territorial, contemplando somente espaços formalmente instituídos de gestão, cabendo aos usuários e outros atores um lugar de recebedores dessa ação. No entanto, na potência dos encontros com trabalhadores/gestores e usuários, a partir de um caminhar cartográfico pelas redes de câncer e pessoa com deficiência, e a rede interestadual Pernambuco-Bahia, foi possível observar a produção de uma região-viva, reconhecendo que distintos atores produzem uma regionalização para além das regiões formais. Nestas “entradas”, tomadas como dispositivos capazes de dar visibilidade e dizibilidade para esta realidade notou-se pontos de conexão da rede que tensionam os desenhos de regionalização do Estado. Pode-se observar um vazio assistencial em algumas das regiões de saúde do Estado, principalmente no que se refere a serviços de oncologia, de reabilitação e de leitos de alta complexidade, fazendo com que muitos usuários sejam encaminhados para municípios maiores como Feira de Santana, Salvador, Ilhéus e Vitória da Conquista, ou até mesmo Petrolina (PE). É importante ressaltar que Salvador ainda é a referência para todo o Estado, que se transforma em grande aglutinador das ofertas e por isso gargalo nos serviços de referência. Ao mesmo tempo, observamos as pactuações locais que ultrapassam as fronteiras dos estados da Bahia e Pernambuco e que, apesar das inúmeras dificuldades, vêm tentando construir uma articulação das ofertas dos leitos de urgência e emergência, por exemplo, a partir da constatação dos vazios assistenciais nesta rede de toda a Região do Vale Médio São Francisco. É

possível notar que municípios limítrofes intra ou entre estados e não contemplados pelas regiões instituídas conduzem seus processos de pactuação de maneiras distintas e, conseqüentemente, com efeitos distintos. Estas realidades tomadas em suas singularidades vão tensionar ainda o debate sobre a cogestão estabelecida pelo arranjo dos planos de regionalização, que considera apenas os espaços formais como produtores do itinerário de cuidado na rede de atenção, invisibilizando e não reconhecendo a rede-viva de conexões que é produzida pelo usuário, como seu itinerário singular de acolhimento, em cogestão com espaços formais e não formais da rede de atenção. Inclusive, é dizível pelos atores implicados com os debates das pactuações regionais o progressivo esvaziamento destes espaços formais. Observamos ainda, por parte dos trabalhadores, uma produção intensa de conexões para dentro e para fora das redes formais de pactuação nas quais estão inseridos, sendo eles também parte da produção da rede existencial dos usuários, em uma dobra constante entre o instituído e o instituinte, representando uma vivacidade que possibilita a potencialização das regiões vivas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Estas trajetórias colocam para o tema da regionalização a necessidade de ampliar o debate no sentido de considerar multiplicidade de territórios existenciais que são construídos pelo usuário em busca de uma rede de acolhimento para si. São redes-vivas em acontecimento e que dão outras visibilidades para as fronteiras micropolíticas que são conformadas no cotidiano das redes, superando uma única prática de cuidado restringida ao plano associativo territorial. Estes encontros cotidianos que se dão no plano da existência dos usuários e trabalhadores, permitindo que a multiplicidade de modos de fazer seja tomada como foco principal na produção do cuidado em saúde, que

demandam novos enfoques, para entender o processo de regionalização. Observamos a manutenção de um centro de poder em determinadas esferas, invisibilizando uma multiplicidade de esferas de interlocução de outros atores que estão negociando processo cooperativos presentes na prática cotidiana, onde se pactua a produção de outras redes, outros sentidos, em especial a partir do próprio usuário e suas redes de conexão, que inventam a todo o momento uma região viva.

PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA UM NOVO PARADIGMA DE FINANCIAMENTO, CAMINHOS E DESAFIOS: O CASO DE BELO HORIZONTE

Cristina Maria da Paz Oliveira Martins, Carla Jorge Machado, Elza Machado Melo

Palavras-chave: Parcerias Público-Privadas/ legislação&jurisprudência, Avaliação da Tecnologia Biomédica, Administração de Serviços de Saúde, Privatização/organização & administração, Proposta de Concorrência

Baseado na RDC 50, foi criado pela equipe do Projeto de Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde do Município de Belo Horizonte, um instrumento que avaliou a estrutura física, aspectos construtivos, conforto ambiental e humano, sustentabilidade, ergonomia, eficiência energética e manutenção. Consolidados os dados, desvelou-se uma infraestrutura precária e deficiência. Dos 147 CS do Município, 59 apresentavam condições estruturais incompatíveis com o cuidar. Estudos demográficos apontaram a necessidade de construir mais 21 unidades. Neste cenário emergiu um grande desafio para a administração Pública. Onde e como aportar os recursos financeiros demandados para alavancar os projetos, diante dos obstáculos de ordem orçamentária, sem

perder de vista as características do serviço público? Encontrar alternativas de financiamento para o setor de saúde, que sejam mais modernas e eficientes, visando à melhoria das condições de trabalho, é fundamental para garantir a promoção de saúde dos trabalhadores e usuários. Pesquisa exploratória e descritiva de natureza documental que apresenta um novo paradigma de financiamento, a Parceria Público-Privada (PPP). Para a construção do marco legal, foi realizada a revisão das leis que regem as Organizações Sociais, as Licitações e as PPP, as formas de repasse de incentivos financeiros e o documento base da Política Nacional de Humanização. Para o estudo de caso foram utilizados os cadernos que compõem o certame - Edital 008/11, e consultas ao banco de dados criado especificamente para o projeto. Tem como objetivo, apresentar as modalidades e formas de financiamento para a qualificação da infraestrutura da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde, com vistas a subsidiar os gestores no processo decisório, com ênfase na modalidade de (PPP) e o seu potencial enquanto ferramenta de financiamento, gestão e desenvolvimento. A PPP é uma modalidade de concessão administrativa ou patrocinada que traz em seu bojo uma abordagem inovadora para a administração pública. Esta atrela a realização de obras à prestação de serviços públicos, assim como a manutenção. Melhora a oferta da qualidade na prestação do serviço ao propor um prazo: não inferior a cinco anos, estimulando o investimento, não superior a 35 anos. O valor do investimento, não pode ser inferior a vinte milhões. Estabelece a repartição de riscos e a constituição de um fundo garantidor, aumentando a confiança do mercado, e a constituição de uma Sociedade de Propósito Específico, para o empreendimento. Um dos pontos inovadores da PPP está no fato de que a

contraprestação pública só se inicia após a disponibilização do serviço. O pagamento está atrelado a indicadores de desempenho, conforme metas e padrões de qualidade e disponibilidade. O não cumprimento das metas pelo parceiro acarreta na redução dos valores a serem pagos. Vale ressaltar a importância da elaboração dos indicadores para análise das metas, que devem ser objetivas e mensuráveis. Estudos jurídicos e de viabilidade econômico-financeira demonstram diversas vantagens da PPP frente a outras modalidades de parceria. Como melhorias operacionais, melhor acompanhamento da qualidade das atividades, contraprestação baseada em indicadores de qualidade e disponibilidade, financiamento do investimento do privado, culminando na qualidade dos serviços, no saneamento dos recursos públicos e na transparência dos processos. Para empreendimentos inovadores e de grande magnitude, este novo paradigma de financiamento pode constituir-se em um instrumento de viabilidade, em um cenário caracterizado pela imposição de restrições orçamentárias. Este estudo de caso, não teve a pretensão de esgotar as infinitas formas de fazer o diagnóstico situacional de uma rede, mas, de fazer um recorte de uma realidade que permita identificar as necessidades e apontar caminhos para alavancar a sua qualificação por meio da modelagem baseada na PPP. É importante dar voz aos trabalhadores da Saúde e usuários para compreendermos o modo do fazer. Esta escuta juntamente com o diagnóstico situacional nos permitiu identificar as possibilidades, as necessidades, os recursos e as limitações da rede em relação à infraestrutura. No início, o projeto enfrentou resistências e obstáculos, especialmente no que se referia ao temor da privatização da saúde. O ganho de confiança adquirido foi através de muitas apresentações e esclarecimentos, onde se desmistificou o tema, quebrando

os preconceitos. As portarias publicadas pelo Ministério da Saúde estão muito aquém das necessidades do município. Mas têm o seu valor e lugar, pois, essas contemplam de fato as necessidades de infraestrutura dos municípios que adotaram como modelo equipes de saúde da família descentralizadas. Ainda na seara de captação de recursos, o Orçamento Participativo, mais as verbas destinadas à implantação das obras elencadas nesta modalidade provêm dos Recursos do Orçamento do Tesouro, portanto, com limitações financeiras. No que tange às Organizações Sociais e às Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, ambas são consideradas entes de fomento, mas a primeira está inserida, de modo radical, no fenômeno da “privatização do social”, absorvendo serviços e bens estatais já existentes. A segunda propõe uma parceria, atuando de forma paralela através do fomento da atividade. Mas, nos dois casos, é a administração que aporta os recursos financeiros, portanto, não há que se falar em parceria. Conclui-se mediante as análises das diferentes formas de alocação de recursos e modalidade de contratos e frente às diversidades que vêm enfrentando o setor da saúde, que é mandatário buscar formas alternativas de financiamento. Deve-se visar sempre o crescimento da rede e o compromisso social, ou seja, estas formas alternativas devem respeitar esses princípios e não simplesmente delegar ao privado a gestão dos serviços assistenciais. Diante destas demandas e da crescente necessidade de qualificar a rede, sem desconsiderar outras propostas e sem querer oferecer uma resposta única à questão da crise financeira, a PPP parece oportuna no contexto atual. Mesmo com tantos estudos e cenários por parte dos envolvidos, o caminho ainda é incerto. Pois, depende em muito da vontade política de fazer um movimento transformador. Empreendimentos ousados e de grande monta necessitam ser mais cautelosos.

Apesar das dificuldades, o movimento foi e será transformador. É importante ressaltar, que é preciso cautela na adoção da PPP. A modelagem para a PPP demanda grande volume de recursos e tempo. A elaboração da análise preliminar de viabilidade do projeto delineando o escopo, apontando as vantagens em relação aos ganhos de eficiência e qualidade se comparada com a forma tradicional de contratação é essencial para garantir o apoio dos atores envolvidos no processo, e para não se correr o risco de estagnação por falta de interesse do mercado. Além disso, o processo de elaboração do edital bem conduzido refletirá no sucesso da parceria e nos objetivos a serem alcançados. Neste sentido, a percepção de sucesso da PPP firmada com o Município de Belo Horizonte, para alavancar o projeto de Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde, é decisiva para fomentar outros empreendimentos no campo da saúde em outros municípios. Não se pretende aqui defender a PPP como a única solução para as questões relacionadas ao baixo financiamento da saúde e as limitações orçamentárias, mas compartilhar os caminhos possíveis para a melhora da saúde pública no Brasil, sugerindo estratégias. Enfim, este trabalho é apenas um feixe de luz sobre a PPP e a sua importância no que tange ao tema financiamento da infraestrutura de equipamentos públicos. Ainda há um universo a ser engendrado sobre o tema, tendo em vista a sua complexidade, inovação e pontos polêmicos.

PMAQ-AB - DO MINISTÉRIO AO MUNICÍPIO: UMA ABORDAGEM GENEALÓGICA

Raquel Miguel Rodrigues, Naly Soares de Almeida, Benízia Pessanha, Luciana Pereira Moulin, Kathleen Tereza Cruz, Emerson Elias Merhy

Palavras-chave: Atenção Básica, Avaliação em Saúde

APRESENTAÇÃO: Este resumo tem como proposta abordar os resultados parciais dos efeitos da criação da Portaria 1.654 de 2011, que institui o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) na produção do cuidado. Situa-se no âmbito de uma Pesquisa Nacional chamada “Criação do Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde”, UFRJ-CNPQ. Esta tem por finalidade produzir ferramentas de análise de políticas no setor saúde, que contribuam para a conformação de observatórios de políticas públicas em saúde em diversas instituições de ensino superior, por todo Brasil. No âmbito inicial da pesquisa, buscou-se discutir as formas em que se dá a constituição de um arcabouço legal, desde a sua formulação até suas implicações no cotidiano da produção do cuidado em saúde. A pesquisa está dividida em 6 eixos de acordo com os atos normativos relacionados às atenções oncológica, básica e domiciliar, à educação permanente, à saúde mental, à atenção a pessoa com deficiência e residência multiprofissional. Cada eixo investigará a política mediante a articulação de 3 microvetores, quais sejam: análise da constituição de uma política a partir da abordagem genealógica, análise dos aspectos macropolíticos que envolvem os resultados de uma regulamentação específica e análise dos dispositivos gerados no cotidiano da produção do cuidado. Esses microvetores devem dialogar entre si e cada eixo definirá sua melhor utilização, levando em consideração as possibilidades abertas pela política a ser estudada. O vetor em análise neste estudo está sendo constituído através de encontros sistemáticos cujo tema da “genealogia” é um dos elementos para se pensar os efeitos de uma norma, enquanto uma produção micropolítica. O Observatório

no município de Macaé-RJ elencou o eixo que contempla a atenção básica através do estudo do PMAQ-AB. Tomamos como ponto de conexão/partida para a escolha do eixo nossos encontros - pesquisadores e trabalhadores - que já aconteciam desde setembro de 2013, quando professores da Medicina de Família e Comunidade da UFRJ-Macaé, promoveram um curso de extensão chamado “Atenção Básica e Redes Vivas”, para um conjunto de cerca de 50 trabalhadores da rede local de saúde. Este percurso inicial foi produto das aproximações já realizadas entre trabalhadores, gestores e docentes da UFRJ em Macaé, aliado às experiências profissionais e pessoais dos pesquisadores locais com o cotidiano da atenção básica. Partindo do reconhecimento que uma política pública é algo constitutivo a todas as relações entre as pessoas e, portanto, pode ser construída pelos atores que estão direta e indiretamente envolvidos na sua implementação, este estudo inicialmente buscou identificar atores que participaram dessa produção. O objetivo deste estudo é abordar os resultados parciais do vetor “genealogia” a partir da análise dos atos normativos, das construções discursivas produzidas por atores envolvidos na criação e implementação da Portaria e a trama das linhas de força que vai forjando a sua instituição. **DESENVOLVIMENTO:** As atividades das pesquisas do Observatório em Macaé, seguiram uma dinâmica de encontros semanais do grupo de pesquisadores, que permitiu a leitura e análise de fontes documentais como a Política Nacional da Atenção Básica, a Portaria específica e Manual Instrutivo do PMAQ, artigos e dissertações sobre o tema, além dos textos sobre a questão da genealogia. Aliado a esse processo, realizamos um mapeamento das ferramentas e dos atores que precisaríamos acessar para análise desse vetor. Identificamos alguns atores que participaram da construção do PMAQ no Ministério da

Saúde e aqueles que participaram da sua implementação em Macaé. Realizamos, em 2014, entrevistas semiestruturadas com o Diretor do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde e com o técnico de referência da Coordenação da Atenção Básica de Macaé, responsável pelo PMAQ. A partir da análise das fontes secundárias e primárias (transcrição das entrevistas realizadas) alguns analisadores que já se destacaram na fase 1, desse processo: o PMAQ enquanto uma política de indução; enfoque gerencialista das práticas avaliativas; a prática da contratualização enquanto ferramenta; papel instrumental das instituições de ensino e pesquisa na avaliação externa; o lugar secundário das equipes e os usuários no processo de avaliação. **RESULTADOS:** Os resultados parciais apontaram algumas fragilidades e potências do PMAQ. Dentre as fragilidades podemos destacar o próprio percurso da sua construção pautado na demanda gerencial de repasse de recursos financeiros, vinculados a contratualização de indicadores e metas, o que distancia o instrumento do cotidiano das equipes e seus problemas. A participação do usuário apareceu, mas com enfoque pautado na sua satisfação como um consumidor. O tempo destinado às instituições de ensino e pesquisa para promoverem as avaliações externas foi outro fator de fragilidade, visto que estas deveriam preencher um formulário extenso de questões o que dificultou uma maior integração com os trabalhadores. No caso de Macaé, há destaque, também enquanto fragilidade, para a questão da vinculação dos recursos financeiros às equipes, sendo um repasse fundo a fundo e, portanto, condicionado ao ordenamento de despesa do Secretário Municipal de Saúde e aos processos licitatórios, há o descontentamento das equipes quanto ao destino dos recursos sendo demanda presente o repasse

direto aos trabalhadores. Houve também dificuldades no município para articulação apoiadores/atores que pudessem se apropriar ou mesmo aplicar a autoavaliação, ficando sob a responsabilidade dos(as) enfermeiros(as) das equipes avaliadas, esse papel da auto-avaliação. A escolha das primeiras equipes a realizarem a adesão foram atravessadas por interesses políticos à época, o que não retratou, num primeiro momento, a realidade da maioria das equipes de Macaé. Como potência podemos destacar: a educação permanente em saúde (EPS) e o apoio institucional para os trabalhadores da assistência e da gestão como apostas para reinvenção das práticas, a promoção de autoavaliação e aproximação com as múltiplas realidades das equipes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Embora recente e em fase de implantação dos seus vários ciclos, o PMAQ em si pode ser um analisador da construção de políticas públicas de saúde no Brasil atravessada pelas contradições da nossa sociedade, num mix de apostas coletivas e indutivas, na liberdade e no controle do trabalho vivo em ato, na produção de procedimentos e na produção do cuidado. A ideia do PMAQ, enquanto uma aposta para a melhoria da qualidade e acesso à atenção básica, padece de uma maior mobilização de atores sociais que a sustentem mesmo em governos distintos como política.

POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NAS PRÁTICAS DE MONITORAMENTO PARA CONSOLIDAÇÃO DO PLANEJAMENTO DOS MUNICÍPIOS NA REGIÃO DE SAÚDE

Adriana Roese, Camila Reuter, Vilma Constância Fioravante dos Santos

Palavras-chave: Regionalização em Saúde, Monitoramento, Saúde Pública

APRESENTAÇÃO: A efetivação da organização das Regiões de Saúde em âmbito local e regional é um passo importante para que o Sistema de Saúde brasileiro atue de maneira organizada e conectada com as realidades locais. O processo de Monitoramento desempenha importante papel neste contexto, oferecendo substratos para o Planejamento em Saúde. Este estudo tem como cenário de análise uma Região de Saúde conformada a partir de um redesenho proposto pela Resolução nº 555/12, da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), do Estado do Rio Grande do Sul. O presente trabalho busca analisar as práticas e os processos de Monitoramento realizados, em âmbito local e regional e, quais as interferências destes na organização das Regiões de Saúde. Considerando que, o Monitoramento dá subsídios para a efetivação da atenção em saúde com qualidade. **DESENVOLVIMENTO:** Pesquisa qualitativa do tipo exploratória, tendo a área analisada a Região de Saúde 10, do estado do Rio Grande do Sul, sendo composta por seis Municípios. Os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas, junto aos gestores municipais de saúde. As entrevistas foram transcritas na íntegra e categorizadas a partir da análise de conteúdo, auxiliada por software de organização de dados e construção de categorias empíricas. Esta pesquisa é intitulada “Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Planejamento em Saúde: Os Desafios da Região Metropolitana Porto Alegre-RS”. A mesma é financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), com o Conselho Nacional de Desenvolvimento científico e Tecnológico (CNPQ) do Brasil e a Secretaria de Estado da Saúde do RS/SES-RS no âmbito do Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde, sob chamada FAPERGS/MS/CNPQ/SESRS

n. 002/2013. RESULTADOS: Os resultados preliminares da pesquisa apontam que o processo de Planejamento em Saúde, nos Municípios em estudo, ainda está em fase de incorporação na rotina organizacional e, o Monitoramento não é implementado de forma equitativa na Região de Saúde a qual eles compõem. Em consequência, estes processos que poderiam se retroalimentar, ainda demandam apoio institucional para que sejam implementados. Naqueles Municípios em que o Planejamento em Saúde ocorre, ele é transversalizado pelas prioridades impostas na implantação de novas políticas públicas que incidem sobre este campo. Desta forma, os Municípios elegem prioridades em saúde para atender e, as demandas latentes, são incorporadas posteriormente. As evidências empíricas apontaram que, isto está relacionado à ocorrência de problemas inesperados, em que as equipes em saúde acabam direcionando seu trabalho para resolvê-los, o que é assinalado como um obstáculo para a incorporação de processos de Monitoramento e de Planejamento em Saúde. Outro fator apontado pelos gestores como uma fragilidade para a implantação de um sistema de Monitoramento e Planejamento nos Municípios seria o fato de que, é uma característica definidora dos serviços públicos a inexistência da cultura organizacional. A partir do depoimento dos entrevistados, foram constados diversos motivos para os quais o Planejamento em Saúde ainda seja incipiente nos Municípios. Dentre os mais citados estão os relacionados aos profissionais das equipes que não valorizam a prática do Planejamento em seu processodetrabalho,adesvalorizaçãosufrida pelos profissionais que atuam na gestão e, dificuldades de realizar Planejamento Local nas unidades de saúde. Também, foram citadas as fragilidades estruturais como, a fragmentação do Planejamento

realizado pela própria secretaria de saúde, que se mostrou relacionado ao fato de que os Municípios realizam o Planejamento em Saúde de acordo com a fonte de financiamento que recebem, haja vista que, precisam se organizar minimamente para utilizar estes recursos, porém o Estado não se responsabiliza pelo Planejamento em relação a sua utilização. Em relação aos instrumentos utilizados localmente, os Municípios fundamentam a avaliação em saúde, especialmente, por meio dos indicadores do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (SISPACTO) e de seus Planos Municipais de Saúde, os Relatórios de Gestão também são citados dentre eles. Visando a melhoria do sistema, os Municípios acabam buscando alternativas para solucionar o problema relacionado ao Monitoramento. Os Municípios citam programas de incentivo e espaços de gestão, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e a Vigilância em Saúde, como apoiadores para adesão e qualificação do Monitoramento e Planejamento. Em um dos Municípios, foi citado que, devido ao incentivo financeiro do PMAQ, os profissionais foram motivados a realizar o Monitoramento, minimizando a resistência existente em relação ao desenvolvimento desta ação. Foi uníssona a postura dos Municípios em relação ao fato de que a Vigilância em Saúde atua como uma importante ferramenta na avaliação dos indicadores e, segundo os gestores, são estes que embasam a formulação das políticas públicas em saúde nos Municípios. Outra possibilidade de fomentar a prática do Monitoramento e Planejamento em Saúde é a educação permanente dos profissionais, visando à implantação do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) para organizar os parâmetros dos indicadores e projetar ideias e soluções

para os desafios encontrados na gestão. Esta ação aponta para possibilidades de práticas de gestão mais participativas sendo implantadas na Região. Os gestores ainda idealizam melhorias, e para isso ocorrer, os entrevistados dos Municípios de grande porte, listaram dois modelos que seriam os ideais e que, ao serem implantados, a avaliação dos dados seria realizada de forma mais facilitada e efetiva. Os modelos seriam os utilizados pela iniciativa privada que se encontra vigente e, a adesão de um sistema informatizado, como nos Prontos Atendimentos, para formar uma rede de informações. CONSIDERAÇÕES FINAIS: De modo geral, as soluções levantadas pelos gestores para a qualificação do Monitoramento tentam flexibilizar o setor público, mas o que se verifica é que nem todos têm condições técnicas e financeiras para tomarem por iniciativa própria esta responsabilidade. Em boa medida, é possível associar a segregação das esferas governamentais, que gera individualização no processo de gestão, faltando apoio dos outros níveis governamentais para com o Município e a Região. Os resultados preliminares do estudo permitem inferir que os gestores entrevistados dialogam sobre a importância do Monitoramento e da avaliação no processo de Planejamento Municipais e Regional em Saúde. Neste sentido, potencialidades e fragilidades foram apontadas como possibilidades para a gestão. Pensa-se que potencializar os instrumentos de gestão já postos, como os Planos, Programações de Saúde e Relatórios de Gestão, auxiliarão na construção de uma cultura de Monitoramento no Sistema Único de Saúde.

PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE E O MONITORAMENTO DO PRÉ-NATAL NO BRASIL

Lia Fernanda Trajano da Silva, Ana Paula Gossmann Bortoletti, Luciana Barcellos Teixeira, Gímerson Erick Ferreira, Érica Rosalba Mallmann Duarte

Palavras-chave: Assistência à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Cuidado Pré-Natal

APRESENTAÇÃO: A assistência durante o pré-natal tem como objetivo garantir o curso de uma gestação saudável, durante a qual a mulher deve ter acesso a acompanhamento psicossocial, atividades educativas, preventivas e que tenha como desfecho o nascimento de um bebê saudável, sem implicações negativas para a saúde materna 1. Apesar do aumento da cobertura do pré-natal, a mortalidade materna ainda se constitui como importante problema de saúde pública no mundo, observando-se diferenças quanto às suas causas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento 2. Em consonância a esse panorama, um dos atuais objetivos de desenvolvimento do milênio estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é “Melhorar a saúde materna”, o qual tem como metas diminuir a mortalidade materna a três quartos da verificada em 1990 e alcançar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva até 2015 3,4. Nacionalmente, um importante avanço em termos de políticas públicas na atenção à saúde materna foi a instituição do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 2000, o qual visa à adequação do cuidado prestado nesses períodos 5,6 e o Programa Rede Cegonha, estratégia lançada pelo Ministério da Saúde em 2011 que tem entre seus objetivos a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção no pré-natal, parto e

puerpério 7. Porém, tão importante quanto implementar ações com o intuito de elevar os níveis de saúde de uma população é avaliar os resultados alcançados. Dentro desse contexto, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) da Atenção Básica desponta como ferramenta de avaliação, cujo principal objetivo é instigar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, garantindo um padrão da qualidade que possa ser comparado em todo o território nacional 8. OBJETIVO: Caracterizar a adesão ao pré-natal e investigar a frequência de exames, orientações e procedimentos com 8.774 usuárias que participaram do PMAQ, entre 2011 e 2013, no Brasil. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, transversal de natureza quantitativa. Os dados utilizados pertencem ao banco do componente do primeiro ciclo de avaliação externa do PMAQ, os quais foram coletados no período de 2012-2013. Para análise estatística foi utilizado o teste de qui-quadrado para comparar proporções e com ajuste da variância na análise bivariada, adotando nível de significância de 5%. RESULTADOS: Verificou-se uma cobertura de pré-natal de 98,7% (n=8522) no Brasil. Dentre as justificativas escolhidas pelas entrevistadas para a não realização do pré-natal, houve a prevalência da categoria “outros”. Estudo aponta que entre os motivos para não realizar pré-natal estão barreiras de acesso, problemas pessoais e não saber que estava grávida 9. A unidade de saúde ficar longe da casa da gestante também foi fator determinante para 6% das mulheres não realizarem o pré-natal. Porém, um dos 10 passos da assistência de qualidade ao pré-natal especifica que a gestante deve ter garantido o transporte público gratuito para comparecer às consultas, quando necessário 1. Outro motivo apontado em 6% das gestantes foi que se sentiram “mal atendidas”, o que evidencia a necessidade de fortalecer o acolhimento e humanização

enquanto eixos estruturantes do cuidado, para que oportunidades de promover a atenção não sejam desperdiçadas. Outro motivo apontado foi que a equipe não realizava pré-natal (n=1, 1%). A média de idade das mulheres foi de 26,5 ± 6,3 e a categoria de cor ou raça mais prevalente foi parda/mestiça com 49,2% (n=4293), em contraste com a indígena, responsável por menos de 1% das respostas (n=79). Saber ler e escrever também se mostrou como associado à realização do pré-natal, enquanto, curiosamente, a escolaridade não demonstrou relação com a adesão. Também não foi evidenciada relação entre adesão e as variáveis escolaridade, cor ou raça, diferente do apresentado em outro estudo 9. Foi verificado que viver/morar com companheiro (a) favorece a realização do pré-natal. A presença de companheiro (a) também está associada a maior número de consultas, assim como a ausência está relacionada à menor cobertura pré-natal, corroborando com um estudo realizado no município do sul do Brasil 10. Trabalho remunerado era exercido por menos de um terço (25,8%, n=2262) das gestantes, e 62,4% (n=5177) possuía renda familiar de uma a três salários mínimos. As entrevistadas foram questionadas quanto ao local de realização da maioria das consultas de pré-natal da última gestação. Grande parcela (n=6122, 70,7%) havia realizado na unidade onde ocorreu a entrevista, 17,7% (n=1536) em outra unidade de saúde, 4,3% (n=370) em hospital, 4,6% (n=396) em consultório particular e 2,7% (n=237) realizou a maior parte do pré-natal em outros locais. Apenas as mulheres que haviam realizado a maioria das consultas na unidade onde foram entrevistadas continuavam respondendo ao bloco relativo à gestação e pré-natal, totalizando uma amostra de 6122 mulheres para as questões referentes a orientações, exames e procedimentos. Mulheres com companheiro, que leem e escrevem, não aposentadas apresentam associação

significativa com a adesão ao pré-natal. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A adesão ao pré-natal tem relação estreita com fatores sociais, demográficos e culturais. Os resultados encontrados por meio do PMAQ ratificam que algumas características das gestantes estão intimamente ligadas à realização pré-natal. A busca ativa de gestantes e puérperas é importante e, para isso, é imprescindível que a equipe de saúde conheça o território e a população sob sua responsabilidade, permitindo intensificar os esforços para atender as mulheres mais vulneráveis. A organização das unidades de saúde de forma a priorizar as usuárias que não possuem as características associadas à realização do pré-natal é uma necessidade para qualificar a assistência, o que pode ampliar ainda mais a cobertura pré-natal e diminuir os desfechos perinatais desfavoráveis. Porém, é importante enfatizar que proporções de coberturas encontradas neste estudo, se observadas isoladamente, não refletem necessariamente a qualidade da atenção recebida pelas gestantes durante o pré-natal, à luz das limitações apresentadas. Os resultados encontrados neste estudo refletem uma realidade nacional que pode contribuir com o atendimento nos cenários locais. O banco do PMAQ contém dados que contemplam unidades de saúde participantes do primeiro ciclo e que podem ser utilizados em estudos futuros para nortear as ações de gestores e profissionais da saúde em seus diferentes contextos e realidades.

RESTRIÇÕES AO ACESSO DE RESIDENTES NO EXTERIOR AOS SERVIÇOS DO SUS: CASO DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU - PR

Felipe Mozar Laurine Ferraz de Novaes, Rodne de Oliveira Lima

Palavras-chave: Gestão, Direito à Saúde, Acesso ao SUS, Estrangeiros,

APRESENTAÇÃO: A Constituição brasileira de 1988 reconheceu o direito à saúde como inerente a todas as pessoas. Por isso, constitui “dever” do Estado, nos três níveis de governo, garantir o acesso “universal e igualitário” às ações e serviços de saúde (artigo 196). Não obstante a clareza da dicção constitucional, a implementação do dever estatal sofre mitigação concreta, quase sempre mediante a justificativa da limitação de recursos. Neste contexto, observa-se a adoção de critérios excludentes por gestores do SUS em regiões de fronteira internacional, com o objetivo de limitar o acesso de pessoas residentes no exterior aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste trabalho busca-se relatar e analisar a adoção de restrições de acesso aos serviços do SUS por parte da gestão municipal de Foz do Iguaçu - PR, localidade de médio porte, que possui fronteiras com a República do Paraguai e com a República Argentina. A equalização das demandas sociais na região da tríplice fronteira Brasil – Paraguai – Argentina constitui vultoso desafio ao processo de integração do MERCOSUL. O lento progresso do bloco decorre das disparidades econômicas e sociais dos países que o constituem. A vitalidade do MERCOSUL depende da progressiva implementação de processos de desenvolvimento que estendam às regiões mais pobres novas capacidades de produção de riquezas e substanciais melhorias nas condições de vida da população. A tríplice fronteira é região de grande densidade populacional: no Brasil, Foz do Iguaçu possui população estimada de 263 mil habitantes; na Argentina, Puerto Iguazu possui população de 80 mil habitantes; o maior contingente da população fronteiriça encontra-se em território paraguaio, perfazendo mais de 550 mil pessoas. Essa

população de aproximadamente 900 mil pessoas, além de brasileiros residentes no interior do Paraguai, socorre-se constantemente dos serviços de saúde ofertados pelo SUS. As condições desiguais de organização e funcionamento dos sistemas de saúde nos países fronteiriços ampliam o fluxo de usuários para o território brasileiro. Uma excessiva fragmentação dos serviços caracteriza o sistema argentino, comprometendo a necessária articulação entre os diferentes níveis de governo e originando graves desníveis de equidade na prestação dos serviços públicos de saúde (PNUD, 2011). O sistema paraguaio, historicamente organizado com base no atendimento à população economicamente integrada, destina 80% de seus recursos ao atendimento de 20% de sua população (ALUM & BEJARANO, 2011), o que ocasiona graves limitações de acesso ao conjunto da população, ainda que a gratuidade dos serviços tenha sido paulatinamente expandida desde o ano de 2001. O sistema brasileiro, organizado sob os princípios da universalidade e da integralidade, constitui alternativa real de acesso da população fronteiriça aos serviços de saúde. Não obstante suas limitações técnicas e financeiras, os serviços do SUS ofertados em Foz do Iguaçu possuem capacidade de atendimento a usuários em todos os níveis de complexidade. Esse fato, aliado ao permanente fluxo fronteiriço, atrai ao município brasileiros e estrangeiros residentes no exterior, em busca de atendimento assistencial. Essas circunstâncias desencadeiam forte pressão de demanda sobre os serviços públicos de saúde. Frente à finitude dos recursos financeiros, a gestão local da saúde em Foz do Iguaçu protagoniza há anos a imposição de restrições de acesso ao sistema. É comum a instituição de exigências adicionais para o cadastramento de usuários, em flagrante ofensa à legislação nacional e à

proteção constitucional do direito à saúde. A municipalidade figura como ré em ação civil pública proposta pelo Ministério Público Federal no ano de 2006, proposta com o objetivo de garantir o atendimento a brasileiros e estrangeiros residentes no exterior, especialmente em território paraguaio. Da ação resultou sentença parcialmente procedente, com confirmação em segundo grau, que adotou como diretriz a tese da “reserva do possível”, atualmente repelida pela jurisprudência firmada nos tribunais superiores brasileiros. No momento, o referido processo encontra-se em tramitação junto ao Supremo Tribunal Federal (STF), pendente o julgamento de recurso extraordinário. METODOLOGIA: No mês de abril de 2015 o Secretário Municipal de Saúde encaminhou memorando às unidades públicas de atendimento de Foz do Iguaçu, instituindo novas restrições de acesso aos usuários do SUS residentes no exterior. Condiçãoou-se o atendimento eletivo a estrangeiros à posse de visto de permanência no país e à apresentação de Cadastro de Pessoa Física e de fatura dos serviços de fornecimento de água e esgoto ou de energia elétrica em nome do solicitante; determinou-se a interrupção do fornecimento do Cartão Nacional do SUS a estrangeiros pelas unidades de saúde e a proibição de seu atendimento nos serviços eletivos. A imposição dessas exigências suscita os questionamentos adiante explicitados acerca da legalidade das medidas e de sua adequação aos princípios que regem o funcionamento do SUS. Alcance do princípio da universalidade de acesso aos serviços do SUS. A universalidade de acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, constitui o primeiro dos princípios orientadores da organização e funcionamento do SUS. O princípio implica a garantia de acesso de toda pessoa aos serviços de saúde de que necessite. RESULTADOS: Questionamentos acerca da

aplicabilidade do preceito aos estrangeiros foram recorrentemente dirimidos pelo STF que, em sucessivas decisões, afirmou a inviolabilidade dos direitos fundamentais e interpretou a expressão “residentes no Brasil” como garantia desses direitos a toda pessoa presente no território nacional (cf. HC 74051-1 e precedentes). No Brasil, o direito à saúde é reconhecido como direito fundamental de toda pessoa, independentemente de sua origem ou nacionalidade, a teor do disposto na Constituição Federal (artigo 196) e nos pactos internacionais dos quais o país é signatário (Declaração Universal dos Direitos Humanos, artigo 25; e Pacto Internacional Sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, artigo 12). Por isso, não se amoldam ao sistema jurídico brasileiro restrições ou exigências que impliquem em mitigação do direito de acesso aos serviços do SUS. Financiamento dos serviços prestados a usuários residentes no exterior. A sistemática ordinária de financiamento do SUS encontra-se fundada na transferência de recursos entre os entes federados, mediante pactuações que consideram o grau de descentralização dos serviços, os indicadores epidemiológicos e a densidade demográfica das localidades. O financiamento dos serviços ofertados a estrangeiros e brasileiros não-residentes no país depende do atendimento ao contido no artigo 23, parágrafo 2º, da Portaria 940/2011, do Ministério da Saúde, que regula o processo de cadastramento dessas pessoas no Sistema Cartão Nacional de Saúde. Cadastrado o usuário como residente no exterior, possibilitará ao nível de gestor prestador do serviço a formalização do pedido de reembolso dos custos, segundo a tabela de remuneração do SUS, e a pactuação de metas para atendimento, nas regiões de fronteira. Também a Portaria MS 399/2006 aborda o tema ao regular a constituição de regiões fronteiriças na

sistemática de regionalização dos serviços de saúde (cf. item 2.1). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Conclui-se, portanto, que a disponibilização dos serviços de saúde a pessoas residentes no exterior em regiões de fronteira não encontra obstáculos no processo de financiamento do SUS. Antes, depende política de organização dos serviços e sistemas de saúde pelo gestor local.

RODA DE CONVERSA COM AGENTES COMUNITÁRIOS

Flávio Aparecido Zanaldi, Gabriela Markus, Conrado Neves Salther, Catia Paranhos Martins

Palavras-chave: Saúde do trabalhador, Estratégia da Saúde da Família, SUS

Este trabalho faz parte do projeto de extensão: Acompanhamento e apoio técnico ao Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que está sendo realizado pelos alunos do último ano do curso da psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), no estágio Supervisionado em Psicologia Social e Comunitária. Tendo em vista a saúde do trabalhador da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) percebe-se um alto número de afastamentos no trabalho, além disso, observa-se a falta de espaços de comunicação entre os próprios trabalhadores, o que impede a construção de processos de enfrentamento das relações de poder e trabalho, inibindo o desenvolvimento e a autonomia desses profissionais que, por serem silenciados, acabam excluídos da gestão e têm desvalorizados seus potenciais na instituição. Um ambiente de trabalho que não contribua com as relações dos trabalhadores ou na mobilização e na participação impossibilita a criação de meios

que assegurem a melhor qualidade de vida e gera consequentemente o adoecimento. Quando o trabalho se torna um processo de criação, o trabalhador é levado a produzir e reproduzir o seu desejo, de maneira que se sinta satisfeito pelo reconhecimento interno que sua tarefa lhe proporciona, logo ele não executa simplesmente um roteiro socialmente estabelecido. Ao levar em conta que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um ator importante na implementação do SUS e no fortalecimento dos serviços por meio de uma maior integração entre a Atenção Básica e a comunidade, ao ouvir esse profissional a gestão abre espaço para a expressão de suas angústias, de seu sofrimento e, dessa forma, possibilita ao trabalhador tornar-se um fator de transformação social. “De acordo com Morosini (2003) Programa de Saúde da Família (PSF) desempenha um papel fundamental no cenário das políticas de saúde no Brasil, sendo considerado o principal eixo reformulador da atenção à saúde. Entre os elementos da saúde da família, destaca-se o trabalho do ACS, que tem como missão ser o elo entre a comunidade e o SUS. O ACS além de um trabalhador da saúde, é um membro da comunidade e, também, um usuário do sistema de saúde, o que torna ainda mais complexa a situação desse profissional. Ele enfrenta o dia a dia da comunidade na qual trabalha e, na maioria das vezes, não tem espaço para poder expressar seu sofrimento e sua angústia, o que leva a perda do seu potencial de crescimento profissional e pessoal. “De acordo com Marquis e Huston (2005), algumas das fontes mais comuns de conflito organizacional situam-se em problemas de comunicação, na estrutura organizacional e no comportamento individual nas organizações (apud ALMEIRA 2007).” O objetivo do trabalho é contribuir com as Ciências da Saúde por meio da compreensão do funcionamento

de equipes da Estratégia da Saúde da Família, compreender a realidade dos ACS, ouvir seus relatos e dar a oportunidade de expressão do seu sofrimento e suas angústias, problematizar as questões que surgem nos discursos dos ACS sobre Saúde, levantar dados por meio de pesquisas bibliográficas, observação participante e com rodas de conversa e, por fim, avaliar os dados por meio da análise de discurso e contribuir em conjunto com os Agentes Comunitários nas maneiras de intervenção que busquem auxiliar nas resoluções dos problemas. Será adotada a metodologia da pesquisa qualitativa, utilizando a observação participante, conhecendo a história dos ACS e compreendendo os discursos que os cercam (MINAYO, 2012). Além disso, como forma de procedimentos de coleta de dados será utilizada a pesquisa bibliográfica, em sites como SCIELO, BVS, DEDALUS-USP, como também a biblioteca da UFGD. As rodas de conversa também serão utilizadas, em conjunto com a observação participante como forma de coleta de dados. De acordo com MOURA e LIMA (2014), a roda de conversa é uma forma de produzir dados em que o pesquisador se insere como sujeito da pesquisa, já que participa da conversa e ao mesmo tempo produz dados para discussão, sendo um instrumento que permite a partilha de experiências e o desenvolvimento de reflexão sobre as práticas educativas dos sujeitos, em um processo de interação. A análise de dados será por meio da Análise das regularidades, das rupturas ou das omissões discursivas. A análise do Discurso preocupa-se em compreender os sentidos que o sujeito manifesta através do seu discurso (CAREGNATO, 2006). Nos resultados percebe-se que os ACS possuem a necessidade de expressar suas angústias, suas frustrações, seus desejos, suas alegrias, ou seja, o ambiente de trabalho em que estão inseridos não possibilita um espaço de diálogo para estes trabalhadores. Nos

relatos dos ACS observam-se várias histórias que representam o quanto este trabalho é desgastante e o quanto é difícil lidar com o usuário e os outros companheiros da Unidade Básica de Saúde, da mesma forma, relatam um sentimento de impotência quanto as condições de trabalho, já que muitas vezes são cobrados pelos usuários quanto a exames, remédios, consultas e não podem fazer nada. Os ACS observam na comunidade: miséria, violência, abandono, exclusão e adoecimento sem suporte institucional. Além disso, relatam que percebem uma diferença entre eles mesmos e os demais profissionais da UBS, que na maioria das vezes apenas enxerga o conceito de saúde como uma relação saúde-doença em um plano biológico e não de uma forma mais ampla, considerando o ambiente, o acesso, as alegrias e as tristezas da população. Portanto, ao abrir um espaço de diálogo, em que a angústia e o sofrimento possam ser pensados em conjunto, de forma reflexiva e crítica, o ACS tem a oportunidade de rever seu trabalho e buscar soluções, como também problematizar, construir e desconstruir seu cotidiano profissional, qualificando sua atuação e contribuindo para a melhora institucional como um todo. Este projeto de estágio e extensão propiciou a obtenção da experiência de campo, podendo ouvir os discursos e construir em conjunto as alternativas de expansão das possibilidades de construção de enfrentamento das dificuldades. Este projeto é, também, em sua concepção global, uma oportunidade muito gratificante e importante na formação profissional para o futuro quando se pretende atuar no SUS e chegar minimamente preparados para intervir em campo e contribuir com a psicologia na construção da Saúde Comunitária.

SAÚDE PÚBLICA, PRÁTICAS E EXPERIÊNCIAS: CARACTERIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DO HOSPITAL MATERNIDADE MUNICIPAL DE SEVERIANO MELO

Makcion Muller Rodrigues Leite, Walquiria Oliveira Dantas

Palavras-chave: SUS, Saúde Pública, Gestão Municipal, Hospital, Severiano Melo

Os problemas da saúde pública brasileira perpassam o tempo. Ser cidadão é contribuir positivamente para o desenvolvimento da sociedade ou comunidade, de acordo com a definição que Chauí (1994), ao qual o indivíduo faz parte. Mas, para que isso venha acontecer, é necessário e obrigação dos representantes e líderes assegurarem todos os direitos necessários a uma vida digna. A saúde é um direito fundamental e está assegurada perante a lei, descrita na Constituição Federal de 1988. Desde o final da década de 1980 nosso país é assistido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), elaborado na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 pelo Ministério da Saúde. Na ocasião foram convocados técnicos, gestores e usuários – representantes de grupos e organizações sociais e de bairro – para tratar sobre a construção de um sistema eficaz na solução dos problemas relacionados à saúde pública. De acordo com Baptista (2002), “está conferência foi um marco histórico da política de saúde brasileira, pois, pela primeira vez, contava-se com a participação da comunidade e dos técnicos na discussão de uma política setorial”. A saúde não se restringe apenas no campo do adoecimento do corpo biológico, Baptista (2002) também apresenta a nova forma de pensar e definir saúde, sendo: “o bem estar físico, mental e social do indivíduo”. Para que se chegue a uma vida saudável, é necessário que a

saúde seja garantida desde a habitação. Por muito tempo, predominou a ideia do paciente como um amontoado de partes, um corpo esfacelado disperso no mundo. O ser humano é integral, unificado, e imerso em um contexto social, que está sujeito a riscos biológicos, psicológicos e sociais. O funcionamento dos serviços públicos de saúde de nosso país deve estar atrelado ao pensar crítico da criação e funcionamento das políticas públicas, da qual destacamos o SUS, que se caracteriza como uma das mais fortes estratégias mundiais de prevenção e promoção à saúde, de acordo com Matta (2004). Com base em todos os conceitos trabalhados, este estudo traz um foco nas gestões dos serviços públicos de saúde, que quando administradas incorretamente acabam por comprometer a vida daqueles que se utilizam dos serviços, que são na grande maioria, de acordo com Matta (2004), a parcela pobre da população. A Lei. Nº 8.080 dispõe sobre as condições necessárias e que devem ser garantidas pelo Estado para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos quais necessitam, como também descreve sobre o funcionamento e organização dos serviços correspondentes. O trabalho traz os resultados de um estudo de campo realizado no Hospital Maternidade Municipal de Severiano Melo, localizado na cidade de Severiano Melo, no interior do estado do Rio Grande do Norte, na região Oeste Potiguar. O objetivo principal foi investigar e descrever sobre os principais desafios que são enfrentados, na garantia e qualidade dos serviços de saúde, assim como o funcionamento e promoção da política por parte da gestão municipal. Trazemos também uma mostra dos dados gerais do município para entendermos a estruturação dos serviços ofertados, e conhecermos a realidade social do mesmo, tendo em vista que, a saúde engloba as condições nas quais o sujeito vive. A cidade de Severiano Melo foi fundada

em 1963, a área total corresponde 157, 833 km², população de 5.752 habitantes, densidade demográfica de 36,44hab./km², altitude de 147 m, em relação ao nível do mar, com clima semiárido, de acordo com o senso 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A margem de alfabetizados é de 3.913 mil habitantes, que pelo dado conclui-se o elevado número de analfabetos, característica de uma população que detém a preocupação no desempenho das atividades econômicas voltadas para a agricultura, que é a principal atividade econômica, com destaque nas plantações e cultivos de feijão, milho e caju. Segundo dados da Secretária Municipal de Saúde do município, as principais causas de morte nos últimos anos, são as doenças do aparelho circulatório, digestivo, doenças infecciosas e parasitas e câncer, dos quais se destacam o de mama, próstata e pele. Os dados correspondem o período de 2008 a 2012. Faz-se necessário o apontamento das principais características do município para que possamos entender as condições de sobrevivência da população, que se utiliza dos serviços de saúde ofertados pelas unidades, e que segundo Lopes (2011), é necessário esse entendimento, pois temos uma caracterização da saúde pelas condições de bem estar psicológico e social. O hospital presta atendimento ambulatorial, internação, urgência e vigilância em saúde. As instalações da unidade são formadas pela categoria urgência e emergência, constituída por sala de atendimento a paciente crítico/grave, de atendimento indiferenciado e de repouso e observação. A unidade também conta com os serviços de central de esterilização de materiais, farmácia com distribuição de medicamentos gratuitos, lavanderia, sala de nutrição e dietética, serviço de prontuário de paciente e de manutenção dos aparelhos. O hospital ainda conta com os equipamentos grupo gerador, respirador/ventilador, eletrocardiógrafo,

máquina de ultrassonografia e a coleta de resíduos biológicos. Entre os anos de 1996 e 2013 foram investidos R\$ 3.697.870,16, para melhoramento na qualidade dos serviços. De acordo com dados da Secretária Municipal de Saúde, as ações públicas estão ligadas diretamente à atenção social, como meio da promoção e prevenção da saúde da população. As estratégias de urbanização e saneamento devem se constituir dentro do enfoque das medidas preventivas e paliativas para o não adoecimento da mesma. A construção e qualidade da política só serão possíveis pela participação popular, dos líderes e representantes das comunidades que apresentam um “feedback” aos gestores sobre a oferta e utilização dos serviços. O plano de ação proposto pela gestão municipal está baseado na multidisciplinaridade, envolvendo as demais secretárias – habitação e educação –, na construção de medidas reais e eficazes. Outro ponto de destaque no plano de trabalho são as relações que devem ser estabelecidas como garantia de uma assistência completa, na resolubilidade dos problemas que não podem ser sancionados na própria unidade, pela carência das especialidades médicas. Assim, são configuradas e estabelecidas as relações com os hospitais de municípios vizinhos, e das grandes cidades do estado, como Mossoró e a região metropolitana de Natal. Há muito que ser modificado e discutido nas configurações e gestões da política do SUS. A ação de educação em saúde deve estar articulada à urgência de se corrigir a tendência de um agir em saúde fragmentada e desarticulada, embasado em uma postura autoritária, verticalizada de imposição de um saber científico descontextualizado e inerte dos anseios e desejos da população no tocante a sua saúde e condições de vida. Este estudo tornou prático o reconhecimento da configuração e estruturação da gestão municipal de

Severiano Melo, por meio do Hospital, porém, com características próprias, por se configurar através das especificações da população, que na maioria, se utilizam unicamente dos serviços prestados, traçado como o maior desafio pela libertação e solução de todas as deficiências encontradas nas ações. Atuar na saúde de cidades com configuração tão específica denota uma série de cuidados, métodos e técnicas que devem ser utilizadas cuidadosamente.

SUJEITOS DO QUADRILÁTERO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA REGIÃO OESTE DE SANTA CATARINA NA VISÃO DE SEUS ATORES

Natalia Hoefle, Maria Elisabeth Kleba, Giselle Mascarello de Oliveira

Palavras-chave: Gestão, Educação Permanente em Saúde, Comissão de Integração Ensino-Serviço

Apresentação: A Portaria GM/MS nº 1996/2007 define a Educação Permanente como um conceito pedagógico, no setor da saúde, para fortalecer relações entre ensino e o serviço de saúde (BRASIL, 2007). Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivo a transformação das práticas profissionais, mudanças e melhoria institucional baseada na análise dos processos e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2007). Compete à Comissão Intergestores Regional (CIR), juntamente com a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), implementar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em sua Região de abrangência. A CIES deve funcionar como instância interinstitucional e regional para a cogestão da PNEPS, atuando na formulação, na condução e no desenvolvimento de ações, contribuindo para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores, visando

à melhoria da assistência e a reorganização dos serviços de saúde (BRASIL, 2007). Em sua composição participam representantes da gestão estadual e municipal da saúde e da educação, trabalhadores da saúde, instituições de ensino com cursos na área da saúde e movimentos sociais ligados ao controle social, constituindo, assim, um quadrilátero formado por sujeitos de diferentes segmentos vinculados ao setor saúde: atenção, ensino, gestão e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Este trabalho objetiva descrever como o quadrilátero da formação, por meio da CIES, está articulado na Região Oeste de Santa Catarina para fomentar a EPS. Desenvolvimento do estudo: Trata-se de um recorte do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Enfermagem, desenvolvido no primeiro semestre de 2014, no qual, por meio da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), buscou-se fortalecer a gestão da EPS na Região de abrangência da CIR Oeste de Santa Catarina. A PCA tem por finalidade conhecer e provocar mudanças na realidade, o que requer a participação dos sujeitos envolvidos no processo de pesquisa. Ao mesmo tempo em que se compromete com a construção de conhecimento, articula-se com a prática assistencial, possibilitando a implicação dos pesquisadores com o cotidiano do trabalho em saúde. Para Trentini; Paim (2004), a implementação da PCA divide-se em cinco fases: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação. Para coleta de dados foram aplicadas entrevistas junto à câmara técnica da CIES, e um questionário aos secretários municipais de saúde da região. A apreciação dos dados foi realizada considerando-se os quatro segmentos da CIES, resultando em quatro categorias, a saber: “dos gestores”, “dos trabalhadores”, “dos movimentos sociais e controle social” e “do ensino”. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) protocolo nº 031/CEP/2014. Foi oferecido termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) e o termo de uso de imagem e voz a todos os participantes. Resultados: A CIES da Região Oeste de Saúde de Santa Catarina, no período estudado, estava em processo de reestruturação de sua Câmara Técnica e dos representantes dos 25 municípios que a compõem. As CIES têm um papel importante na condução dos Planos Regionais de EPS (PAREPS), representando espaço relevante de discussões e deliberações. Para que as ações prioritizadas contemplem a realidade é necessária a participação de todos os envolvidos no processo, sejam gestores, formadores, trabalhadores da saúde, sejam pessoas envolvidas em movimentos sociais e no controle social (SILVA et al., 2013). Nessa perspectiva, a elaboração do PAREPS, em 2014, contou com a participação das Instituições de Ensino Superior (IES) da Região, da Gerência de Saúde, trabalhadores do Hospital Regional do Oeste e de alguns municípios que compõem a Região Oeste de Saúde. Nesta oportunidade, os sujeitos envolvidos apontaram a importância de se trabalhar com todos os segmentos, com ações coletivas ou específicas. Dos Gestores: representantes da Câmara Técnica salientaram a necessidade de maior apoio da gestão para as ações de EPS, bem como sua baixa compreensão acerca do contexto e do conceito de EPS. Silva et al. (2013), em estudo sobre a educação permanente em saúde na ótica dos membros da CIES de uma das regiões do Rio Grande do Sul, também relatam que um fator limitador é a pouca participação dos gestores nas ações de educação permanente em saúde e, em decorrência, a inadequação das condições para a operacionalização das ações educativas. Por outro lado, os gestores entrevistados no presente estudo afirmam que a EPS é uma ferramenta

para o “aperfeiçoamento e qualificação contínua dos profissionais”, para “solucionar os problemas das demandas de saúde” e também proporciona a “troca de experiências” entre os profissionais de saúde. Apesar de as falas indicarem valorização dos gestores sobre a EPS, elas enunciam uma visão restritiva, à medida que relacionam as ações de EPS voltadas apenas aos profissionais, evidenciando que os gestores não se reconhecem como sujeitos em processo de aprendizagem. Outro achado importante, é que, dos 15 gestores entrevistados, apenas sete reconhecem a CIES como parceira para auxiliar nas ações de EPS no município. Por outro lado, durante a III Oficina para elaboração do PAREPS, 13 gestores municipais participaram ativamente do encontro, elencando como prioridade para os anos de 2014-2016: capacitação em redes; mostra regional da atenção básica; e, curso de aperfeiçoamento para coordenadores e gestores. Dos trabalhadores; nesse segmento, um dos desafios para suprir as demandas de EPS na Região é o envolvimento maior dos serviços, no sentido de trazerem demandas de formação e desenvolvimento para as Universidades. Silva et al. (2013), reforçam que as parcerias das universidades com os serviços podem facilitar o desenvolvimento de ações educativas mais coerentes com suas necessidades. Favorecem ainda a incorporação de questões de aprendizagem significativas no processo de formação dos profissionais de saúde. Dos movimentos sociais e controle social: destaca-se a participação desse segmento na oficina do PAREPS, em que representantes dos usuários defenderam a necessidade de capacitação para qualificar o exercício do controle social. Destaca-se que os conselhos de saúde são constituídos não apenas por usuários, mas também por trabalhadores de saúde, prestadores de serviço e gestores. Nesse sentido, o planejamento de processos

educativos voltados a estas instâncias deve levar em conta a heterogeneidade de seus representantes para fortalecer os segmentos com maior dificuldade de acesso à informações necessárias ao processo de tomada de decisão, em especial os usuários dos serviços de saúde (ALENCAR, 2012). Do ensino: uma potencialidade relatada pelos participantes do estudo foi a existência de quatro IES na Região, com cursos na área da saúde, para fomentar a EPS, bem como sua possibilidade de articulação para propor e desenvolver ações de EPS, independente dos recursos financeiros e apoio da CIR/CIES. Por outro lado, a CIES é percebida como espaço que pode favorecer a articulação das IES da Região, bem como um espaço que as universidades têm para discutir e contribuir para a efetivação da PNEPS, com ações de EPS voltadas aos diferentes segmentos do quadrilátero. Para Celedônio et al. (2012), a articulação entre as Instituições de Ensino Superior e os serviços de saúde potencializam respostas às necessidades concretas da população, já que contribuem para a formação de recursos humanos, a produção do conhecimento e a prestação dos serviços. Considerações finais: neste estudo identificamos as fragilidades e as potencialidades para o desenvolvimento da PNEPS, levando em consideração a percepção dos sujeitos envolvidos quanto ao processo de EPS na Região Oeste de Saúde de Santa Catarina e o papel de cada um para o fortalecimento ou não deste processo.

UM ESTUDO SOBRE GESTÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Elenita Sureke Abilio, Simara de Souza Elias, Maria Jose Jesus Alves Cordeiro, Edinéia Albino Nunes Cerchiari, Cassia Barbosa Reis

Palavras-chave: planejamento em saúde, gestão em saúde, integralidade

O objetivo deste artigo é fundamentar a necessidade de se utilizar um enfoque estratégico de gestão e planejamento em saúde. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritiva, de caráter analítico, com o objetivo de identificar produções científicas em periódicos nacionais sobre o tema. Optamos, portanto, para fins de elaboração deste artigo por apresentar os principais fundamentos teórico-metodológicos dos processos de gestão e planejamento, ainda fundamentando as políticas de saúde direcionando para os princípios da integralidade. APRESENTAÇÃO: Mais do que um administrador, o gestor do SUS é a “autoridade sanitária” em cada esfera de governo, cuja ação política e técnica deve estar pautada pelos princípios da reforma sanitária brasileira. Referenciado por Matta (2007), o reconhecimento de duas dimensões indissociáveis da atuação dos gestores da saúde: a política e a técnica, que pode ajudar a compreender a complexidade e os dilemas no exercício dessa função pública de autoridade sanitária, a natureza dessa atuação e as possíveis tensões relativas à direcionalidade da política de saúde em um dado governo e ao longo do tempo. Através da formulação de políticas públicas que assegurem a implantação e o desenvolvimento de ações e serviços de acordo com as necessidades da população, com respeito aos princípios do Sistema Único de Saúde e com a garantia da participação da comunidade. Não há como dissociar o processo de gestão da necessidade do planejamento para o mapeamento das necessidades de saúde da população, portanto abrangemos neste artigo importantes aspectos como a dimensão do SUS, a dimensão de rede de saúde, a integralidade e a atenção básica como principal acesso dos usuários para os serviços de saúde. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritiva, de caráter analítico, com o objetivo de identificar produções

científicas em periódicos nacionais sobre o tema de Gestão e Planejamento em Saúde, visando uma conexão com a proposta teórica dos processos de gestão, fundamentado por diversos autores que pesquisam sobre o SUS. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Ao abordar as imensas diferenças entre os milhares de municípios brasileiros, Merhy (2006) adverte para o fato de que, em contexto de grande heterogeneidade econômica e social, a descentralização de políticas públicas, incluindo as de saúde, pode levar a consequências adversas, como até mesmo ao aprofundamento das desigualdades. É necessário então, assegurar condições adequadas para o fortalecimento da gestão pública, dos mecanismos de coordenação da rede e de promoção do acesso de todos os cidadãos às ações e serviços de saúde necessários, independente do local de residência do usuário. Há situações em que a atenção tem seu foco no procedimento, na tecnologia, não na pessoa que necessita de cuidado. Nesta situação o paciente sempre está em risco de sofrer medidas desproporcionais, pois os interesses da tecnologia deixam de estar subordinados aos interesses do ser humano (BIZATTO, 2003). Para garantir a resolubilidade nos serviços de saúde é preciso fortalecer, no cotidiano dos serviços, o princípio da universalidade do acesso, o que significa que todos os cidadãos devem poder ter acesso aos serviços de saúde, no caso, para serem acolhidos em relação às situações de violência. Para isso cabe a responsabilização das instâncias públicas pela saúde como bem de todos e direito de cada cidadão. Isso deve continuar a ser implementado com a consequente constituição de vínculos solidários entre os profissionais e a população, empenhados na coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, tendo como princípios éticos a defesa e a afirmação de uma vida digna de ser vivida (BRASIL,

2006). Torna-se necessário repensar as práticas, aprimorando as técnicas de atendimento, a formação profissional e a proteção ao usuário do serviço de maneira integrada. O planejamento em saúde é um termo largamente utilizado no cotidiano da política e da administração, tanto na esfera pública quanto na esfera privada, entendido como um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas (TEIXEIRA, 2010). Vilasboas (2006) afirma que o ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade, e, que esta ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação. As práticas de planejamento devem agir sobre a organização das práticas de saúde de modo a torná-las coerentes com os princípios orientadores da finalidade da ação institucional, contribuindo para a implementação das políticas de saúde. RESULTADOS: O tema de qualquer modelo de atenção à saúde faz referência ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com as necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos (MERHY, 2002). Os sistemas fragmentados caracterizam-se pela forma de organização hierárquica, a inexistência da continuidade da atenção, a passividade do usuário, a ação reativa à demanda, o investimento nas intervenções curativas, o financiamento por procedimentos, dentre outros (MENDES,

2010). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Mesmo com os avanços, há aspectos que se colocam de forma prioritária e que constituem desafios para a institucionalização do planejamento no SUS, então conhecer a realidade social e epidemiológica da região a ser atendida é princípio norteador para a gestão em saúde. A partir da concepção de planejamento presente nas publicações e documentos técnicos pesquisados, faz-se uma reflexão considerando os instrumentos de gestão estabelecidos, destacando a importância da avaliação neste processo e a vinculação às abordagens teórico-metodológicas mais aceitas atualmente para o planejamento em saúde. O maior desafio para a implementação do SUS é a exigência de utilização de ferramentas que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde nas comunidades, o mapeamento das necessidades sociais e de saúde e a definição de intervenções que apresentem modelos de promoção e prevenção realmente eficientes e eficazes. Uma dessas ferramentas é o planejamento como um importante instrumento para a reorganização do processo de trabalho, que deve abranger desde a identificação dos problemas até o monitoramento e avaliação das ações de saúde.

UM OLHAR CRÍTICO SOBRE A CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

Barbara Lopes de Andrade Bulhões, Ana Laura Brandão, Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

Palavras-chave: Reforma do Estado, Gestão em Saúde, Contratualização, Indicadores, OSS

Apresentação: As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e as Organizações

Sociais da Saúde (OSS), hoje são mais que simples siglas, definem um tempo, uma política e a marca de governos, a associação entre estes são também testemunhos da reforma gerencial do Estado, empreendida no Brasil e na América Latina no decorrer dos anos oitenta e noventa. O estudo sobre o tema busca a transparência e participação social nestas definições, trazendo análises que tornem mais nítido como ocorre a regulação de equipamentos do Estado por meio de contratos de gestão. No Brasil, este processo de Reforma do Estado percorreu diversos governos acompanhando as interfaces da conjuntura internacional. Após a Constituição de 1988 aprimora-se o desenvolvimento neoliberal e apresenta-se o Plano de Reforma do aparato do Estado como crítica à falta de efetividade e ineficiência da administração pública. Este processo sistematizado por Bresser Pereira prossegue com políticas de ajuste estrutural, aceleração da programação de privatização e definição de uma agenda de reformas, como a Reforma Gerencial, e através do Plano Diretor da Reforma de Estado em 1995, que segundo este autor, poder-se-ia sair da Administração Pública Patrimonialista e Burocrática na direção da Administração Pública Gerencial. (BRESSER-PEREIRA, 2010; ABRUCIO, 2007). As alternativas ditas gerenciais têm em comum a regulação pelo Estado. Em vista disto, o fortalecimento da regulação dos serviços públicos operados por estas parcerias seria ponto fundamental para estabelecimento de um governo mais efetivo, e para isto seriam necessários marcos e aparatos regulatórios que funcionassem a contento. Nesta busca por maior eficiência, foram desenvolvidos instrumentos para medir o desempenho em termos de qualidade, eficiência e equidade, além de montar sistemas de gerenciamento de desempenho na perspectiva de impulsionar mudanças de comportamentos que possibilitem melhores

resultados (VIACAVA et al., 2004). Entre estes instrumentos estão os indicadores apresentados nos contratos de gestão, que definem como será avaliado o desempenho, garantindo a definição de metas específicas e controle sobre o que é realizado. No caso do contrato analisado, o que deve ser cumprido e mensurado pelos indicadores, consta nas leis e definições das políticas, como a Política da Rede de Urgência e Emergência do Brasil. As UPAs são o principal componente fixo da rede de urgência pré-hospitalar do país, no Município do Rio de Janeiro (MRJ) são geridas por OSS envolvendo elevados recursos públicos transferidos de acordo com metas físicas pactuadas por indicadores. Esta situação descrita indica que estudos devem analisar tais contratos para subsidiar o planejamento em prol da assistência integral e qualidade nos serviços, além de eficiência e economicidade. Para isto o presente estudo busca compreender o processo de contratualização entre as OSS e o município do RJ com foco na sua relação do modelo de gestão e a reforma do Estado e sistematizar resultados da oficina de consenso que analisou os indicadores da UPA presentes no contrato. Desenvolvimento: O estudo foi desenvolvido por meio de análise documental e análise do grupo de consenso que avaliou os indicadores do contrato por meio do método Delphi. Na análise dos indicadores utilizaram-se os critérios de propriedades essenciais, as quais qualquer indicador deve apresentar e sempre devem ser consideradas como critérios de escolha independente da fase ou do ciclo de gestão em que se encontra a política sob análise. Estas propriedades dos indicadores são expostos no documento do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão de 2012, são eles: Utilidade, Validade, Confiabilidade e Disponibilidade. Esta oficina definiu a classificação dos indicadores por atenderem ou não os critérios aplicados à teoria da seguinte forma, Sim: Atende aos critérios

das propriedades essenciais e Não: Não atende aos critérios das propriedades essenciais. Os itens que não considerados como indicador foram classificados como Cumprimento de Contrato (CC) ou Não é Indicador (NI). Resultados: Dos 15 itens apresentados apenas um foi considerado indicador adequado com base nas Propriedades Essenciais, o Percentual de Boletim de Atendimento de Emergência (BAE). O indicador Tempo médio de Espera entre classificação de risco do enfermeiro e o atendimento médico e Percentual de Trombólise realizadas no tratamento de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com Supradesnivelamento do segmento ST (segmento apresentado no Eletrocardiograma), apresentam-se insatisfatórios apenas para confiabilidade, 4 indicadores apresentam metade dos critérios de maneira satisfatória e dois atendem apenas a propriedade disponibilidade. O que comprometeu a adequação dos indicadores as propriedades foi a falta de descrição dos métodos, a maneira como são construídos e como as atividades relacionadas a eles serão realizadas. Apresentando ainda muitas inconsistências entre seus nomes, objetivos e metas, além de pouca adesão às dimensões de classificação. Dos 15 itens, 6 apresentaram tais inconsistências (2 Não é indicador e 4 Cumprimento de Contrato). Quanto à dimensão a que eles pertencem os possíveis indicadores não apresentam clara associação à classificação, além de não haver definição das categorias no contrato. A maioria dos quesitos propostos não se adequa as propriedades essenciais de indicador, sendo números brutos ou cumprimentos contratuais/legais. Ou seja, da maneira como são descritos, a maioria deles não se ajusta às dimensões propostas e não aferem a qualidade do que se propõe. O que figura grave equívoco do contrato tendo em vista que a regulação feita pelo Estado se dá por meio deste

instrumento, e estes “indicadores” constam como pontos para repasse financeiro entre MRJ e OSS. Considerações Finais: A análise dos indicadores demonstram que a regulação pelo Estado por este tipo de contrato é frágil, pois os indicadores por si só não podem definir uma análise absoluta da realidade, precisando estar descritos e contextualizados de maneira clara e referenciada, o que não ocorre no contrato analisado. Tendo em vista o olhar crítico do campo da avaliação e a elaboração das políticas públicas, os indicadores são passíveis de constantes disputas de poder a fim de afirmar ou negar o que realmente se busca contratualizar. Neste sentido, a democracia representativa atual, possibilita de certo modo uma crítica pública, que fomente a discussão frente aos indicadores dos contratos apresentados pela gestão pública. Comparado com indicadores internacionais percebe-se que os apresentados no contrato apresentam pouco foco nos usuários e com a noção de rede. Com isso identifica-se a importância de mais trabalhos, a reformulação dos indicadores dos contratos, além de se ampliar a discussão das maneiras de regulação do Estado. Deste modo confirmamos as suposições iniciais, apreendidas em experiências técnicas, acadêmicas e de atuação nos movimentos sociais. A inconsistência do contrato pode apresentar mais relações com os interesses dos entes contratados do que os voltados para a regulação do Estado. O que nos leva a refletir para além do dever de se radicalizar na transparência das políticas e ações do Estado. A importância de fomentar nos espaços o olhar de quem usufrui das políticas como uma visão qualificada e norteadora, capaz de colaborar e construir novas perspectivas sobre as políticas públicas.

UMA ANÁLISE ACERCA DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO TRABALHO NAS SECRETARIAS DE SAÚDE DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima, Dinorah de França Lima, Janete Lima de Castro

Palavras-chave: Recursos humanos, trabalho em saúde, gestão do trabalho

Nas duas últimas décadas, o mercado de trabalho passou por diversas transformações que foram ocasionadas, em sua maioria, pela inserção de novas tecnologias oriundas da terceira revolução industrial, conhecida como a “era da informação”. Todavia, o mercado de trabalho manteve como uma de suas principais características a presença intensiva e uma forte dependência do trabalho humano. O sistema público e, por conseguinte, o Sistema Único de Saúde (SUS), não tem acompanhado com a mesma rapidez as transformações e inovações que ocorrem no mundo, sobretudo, no que concerne aos investimentos para o desenvolvimento da força de trabalho. O atual modelo de gestão encontrado nas instituições públicas de saúde é baseado no modelo de administração pública implantado em meados do século XIX, cujos princípios norteadores foram o formalismo, a impessoalidade, o controle rígido dos processos de trabalho, dentre outros. Ademais, as organizações públicas perderam a noção do seu principal objetivo, que é dar respaldo às necessidades da sociedade. Na área da saúde, isso implica diretamente na qualidade da assistência ofertada à população. Em decorrência disso, criam-se ambientes de trabalho complexos, em que os profissionais tornam-se cada vez mais desvalorizados e desmotivados, desenvolvendo de forma insatisfatória práticas de trabalho e, consecutivamente, de prestação de serviço à saúde. Para

romper com essa realidade, bem como com a fragmentação e verticalização do processo de trabalho em saúde, o Ministério da Saúde vem incentivando, mais precisamente desde 2003, através da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e com a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), a implantação de instrumentos de gestão do trabalho nos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal) do SUS. Esses instrumentos, tais como a Avaliação de Desempenho; o Plano de Cargos, Carreiras e Salários; a Mesa de Negociação do Trabalho em Saúde; a Política de Educação Permanente em Saúde etc.; oportunizam o desenvolvimento de boas condições de trabalho, através da democratização e flexibilização das relações trabalhistas, qualificação dos profissionais para atuarem frente às exigências de saúde da população e promoção da saúde dos trabalhadores. Esta pesquisa, integrante do Projeto de Apoio a Estruturação da Rede de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde desenvolvido pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (ObservaRH/UFRN) em parceria com o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) do Ministério da Saúde, teve o objetivo de identificar os principais instrumentos de gestão do trabalho em saúde implantados nas secretarias municipais e estaduais de saúde da região Nordeste do Brasil. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com uma abordagem quantitativa. A coleta dos dados ocorreu com a aplicação de um formulário, contendo perguntas fechadas, aos alunos do curso de especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, ofertado pela UFRN na modalidade de Educação a Distância (EaD). Além de alunos do citado curso, os sujeitos respondentes também atuavam nas secretarias de saúde investigadas. O levantamento dos dados ocorreu no período de novembro de 2013 a fevereiro de 2014 e o envio dos formulários

respondidos pôde ser feito de duas formas: a) via sistema eletrônico desenvolvido para tal fim, ou b) durante o momento presencial de encerramento do curso. A análise dos dados obtidos foi realizada através da estatística descritiva, utilizando o software Statistic Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 20.0. Ressalta-se que esse estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), vinculado à UFRN, respeitando as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) para pesquisas envolvendo seres humanos. De acordo com os 128 respondentes dessa pesquisa, 08 representando secretarias estaduais de saúde e 120 representando secretarias municipais de saúde, ficou evidenciado que 42,5% das instituições possuem Avaliação de Desempenho, enquanto 57,5% não possuem. 29,1% das instituições investigadas possuem Plano de Cargos, Carreiras e Salários contra 70,9% que não possuem. No que se refere à Mesa de Negociação do Trabalho em Saúde, apenas 16,1% das instituições investigadas possuem e 83,9% não possuem. 25,2% das secretarias de saúde analisadas possuem atividades de capacitação na área de gestão do trabalho e da educação na saúde, enquanto 74,8% não possuem. Por fim, porém não menos importante, 38,2% das instituições que participaram dessa pesquisa possuem Política de Educação Permanente em Saúde e 61,8% não possuem. Diante dos resultados encontrados, percebe-se que apesar do forte investimento do Ministério da Saúde, por meio da SGTES, para induzir o fortalecimento dos instrumentos de gestão do trabalho em saúde nas instâncias do SUS, as secretarias de saúde estudadas, sejam de âmbito estadual ou municipal, ainda enfrentam dificuldades para implementá-los. Tais dificuldades, que na maioria das vezes são de ordem econômica e estrutural, são reflexos do processo de descentralização do

SUS, impulsionado pela Constituição Federal de 1988 e pela Reforma Sanitária Brasileira. O referido processo vem buscando adequar o sistema público de saúde brasileiro às características e singularidades presentes em cada região do nosso país. Todavia, como o Brasil é um país de dimensão continental formado por diferentes “Brasis” e realidades sociais e sanitárias distintas, é preciso criar estratégias diferenciadas para atender às necessidades dos setores de gestão do trabalho e da educação na saúde nos estados e municípios das diferentes regiões da nação. Ademais, partindo do pressuposto de que a saúde do trabalhador não é compreendida somente pela ausência de doenças ocupacionais, mas também pelo estímulo à criatividade, autonomia, protagonismo, participação, construção de boas práticas e condições de trabalho facilitadas por meio dos instrumentos de gestão do trabalho, a ausência de tais instrumentos nas instituições de saúde vinculadas ao SUS compromete a promoção da saúde do trabalhador. Consecutivamente, se o trabalhador da saúde não está saudável e desempenhando as suas habilidades de maneira satisfatória, a prestação da assistência à saúde dos usuários também não será de boa qualidade. Por fim, espera-se que os resultados desse estudo possam corroborar para o fortalecimento da área de gestão do trabalho e da educação na saúde no Nordeste brasileiro e nas demais regiões do país.

VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE AUDITORIA PARA SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE FISIOTERAPIA DO SUS

Fabiane Costa Santos, Italo Ricardo Santos Aleluia, Juliana Correia Bahia, Hugo Moura Santos, Jailson de Souza Santos Junior, Marcus Vinícius Mendes de Santana, Rafael Rêgo Sousa, Suzane Paixão da Silva

Palavras-chave: validação, protocolo, auditoria

APRESENTAÇÃO: A auditoria de serviços de saúde no SUS tem como objetivo verificar o cumprimento das regulamentações das leis inerentes ao sistema, controlar gastos, fraudes e corrigir problemas existentes, priorizando a qualidade e a segurança do atendimento aos usuários. Os serviços de Fisioterapia do SUS se enquadram na atenção de média complexidade, correspondente àqueles que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, tanto em ambiente ambulatorial quanto hospitalar (BRASIL, 2009). No Brasil, dados dos sistemas de informação apontaram a existência de mais de 20 mil serviços de fisioterapia na rede SUS em 2014. Ainda neste mesmo período foram registrados 44.428.887 atendimentos em todo o país correspondendo a um gasto representativo da ordem de R\$ 232.513.044,04 de reais (BRASIL, 2014). Estudos sobre a auditoria de serviços públicos de fisioterapia levantam uma série de fatores que justificam a existência de um maior controle e monitoramento da qualidade e segurança na atenção aos usuários, sobretudo mediante a construção de instrumentos que sistematizem o processo de auditoria nestes serviços (ALELUIA, 2013; ALELUIA, 2012; SANTOS et al., 2011). Dentre os fatores mais importantes, aponta-se o crescimento significativo da quantidade dos serviços contratados e conveniados com a rede, o que produz um importante tensionamento mercadológico nas relações público-privadas, o aumento dos custos e atendimentos em todas as regiões do Brasil, a escassez de fisioterapeutas atuantes nas equipes de auditoria do SUS e de instrumentos que quantifiquem com praticidade e confiabilidade, a implantação de aspectos inerentes à estrutura, processos e resultados (BRASIL, 2014;

SANTOS et al, 2010; ALELUIA e SANTOS, 2013; (MASCARENHAS, 2010a 2010b). O objetivo desse trabalho foi apresentar os resultados de um processo de validação de um instrumento de auditoria para serviços ambulatoriais de fisioterapia do SUS. **MÉTODO:** Esse trabalho é parte do projeto de pesquisa intitulado "Auditoria nos serviços ambulatoriais de fisioterapia do SUS: proposta de protocolo." A construção do instrumento emergiu de uma extensa revisão nacional e internacional da literatura onde se organizou critérios de averiguação por blocos, a saber: adequação normativa, estrutura física, recursos materiais, recursos humanos, organização/funcionamento e gestão de resultados. Participaram do estudo auditores de Saúde Pública atuantes há, no mínimo, um ano na auditoria do SUS; que auditassem e/ou já tivesse auditado serviço de Fisioterapia público/contratado/conveniado com o SUS; e que aceitasse assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na validação do protocolo utilizou-se o Método Delphi (HARTZ e VIERA-DA-SILVA, 2005) em rodada única, de forma individual e anônima, por via eletrônica, através de formulário contendo os blocos e critérios propostos, utilizando como ferramenta o Google Drive. Nessa etapa os participantes expressavam seu grau de concordância, através de uma escala numérica que variou de zero (discordo totalmente) a dez (concordo totalmente), havendo, ainda, espaços destinados ao registro de sugestões qualitativas, por bloco. A análise dos resultados da validação considerou a média aritmética e o desvio padrão (DP) das pontuações atribuídas pelos participantes. Adotou-se como padrão para permanência dos critérios uma média > 7 e DP < 3 (HARTZ e VIERA-DA-SILVA, 2005). Em suma, quanto maior a média aritmética, maior a importância do critério. Quanto menor o desvio padrão, maior o grau de consenso entre os

auditores. Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) de Salvador-Ba e aprovada sob parecer nº 024939/2015. Todos os participantes assinaram o TCLE. **RESULTADOS:** Participaram do processo de validação 16 auditores pertencentes ao Estado da Bahia, em sua maioria do sexo masculino (75%), com média de idade de 41 anos e tempo de atuação na auditoria do SUS de aproximadamente oito anos, em sua maioria enfermeiros (n=7) e médicos (n=4). No geral, o grupo de participantes apresentou-se bastante homogêneo em relação ao grau de concordância entre os critérios, de modo que houve a exclusão de apenas um critério, sendo os demais aprimorados em termos de redação e conteúdo. Outra contribuição do processo de validação diz respeito à indicação de outras legislações que não foram filtradas na revisão e que complementaram o aprimoramento dos critérios. Ademais, alguns critérios foram realocados entre os blocos visando sua melhor correspondência e alguns blocos tiveram sua localização alterada no instrumento, com vista a estabelecer uma ordem lógica dos itens de verificação. Os critérios com maior pontuação envolveram questões relativas a alvará sanitário e registro profissional, às condições de higienização do ambiente, à existência de cadastramento e atualização dos profissionais nos sistemas de informação; à existência dos equipamentos mínimos descritos em portaria federal, embora desatualizados; à existência de normas e rotinas institucionalizadas; à presença de identificação dos profissionais e à realização de avaliações periódicas sobre a percepção do usuário. As principais sugestões de modificação estiveram relacionadas duplicidade de informações; à inserção de anotação de responsabilidade técnica; à utilização do decreto de acessibilidade; ao registro e atualização dos

equipamentos no sistema de informação e manutenção preventiva periódica; à inclusão da apólice do segurado em caso de estágio legal; à existência de um plano de educação permanente para os profissionais; à solicitação do número de contrato com o SUS; e à existência de registro e comprovação dos procedimentos realizados e cobrados. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Essa pesquisa teve como objetivo apresentar os resultados do processo de validação de um instrumento de auditoria para os serviços ambulatoriais de fisioterapia do SUS. Considerou-se o processo de validação com os especialistas um momento enriquecedor e crucial no aprimoramento da proposta preliminar do instrumento, haja vista que a experiência prática e o conhecimento específico dos auditores possibilitaram um olhar amplo e crítico, permitindo diferenciar aspectos necessários e indispensáveis aos serviços de públicos de fisioterapia. A metodologia escolhida neste processo de validação se mostrou de fácil aplicabilidade e interpretação, permitindo aos pesquisadores cotejarem a teoria com a prática. Espera-se que a proposta do instrumento possa corresponder às necessidades da auditoria de fisioterapia no SUS, contribuindo para sistematização mais criteriosa e específica deste processo, permitindo assim, subsidiar recomendações, medidas preventivas, corretivas e punitivas, que reflitam sobre a qualidade da atenção, segurança e satisfação dos usuários. Recomenda-se a aplicação do instrumento em pesquisas avaliativas que tenham por objetivo estimar o grau de implantação de conformidade dos serviços próprios, contratados e conveniados com o SUS e que seus resultados possam fomentar a formulação de padrões e rotinas, mais ambiciosos e focados em resultados.

VALIDAÇÃO DE MATRIZ AVALIATIVA DO VÍNCULO LONGITUDINAL/CONTINUIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM NOVO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA APOIO À GESTÃO NO SUS

Elenice Machado da Cunha, Gabriela Rieveres Borges de Andrade, José Muniz da Costa Vargens, Gisele O'dwyer, Catia Cristina Martins de Oliveira, Marcio Candeias Marques

Palavras-chave: Avaliação da Atenção Primária, Vínculo Longitudinal, Continuidade do Cuidado

APRESENTAÇÃO: O presente estudo consistiu em validar matriz de critérios, indicadores e questões para avaliação do vínculo longitudinal na Atenção Primária (AP). O desenvolvimento desse instrumental insere-se na discussão sobre a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no país, e pauta-se na pertinência de se disponibilizar para a gestão local/municipal uma metodologia de fácil compreensão e aplicabilidade. Também parte do pressuposto de que, no âmbito do funcionamento e gerenciamento das equipes de AP, o vínculo longitudinal é representativo de outras características estruturantes desse tipo de atenção, tais como a coordenação do cuidado e a integralidade da atenção. **METODO DO ESTUDO:** O conceito de vínculo longitudinal foi construído, em base à revisão de literatura, utilizando os termos 'longitudinalidade' e 'continuidade do cuidado', sendo definido como "relação duradoura entre paciente e profissionais da equipe de AP, que se traduz na utilização da Unidade Básica de Saúde (UBS) como fonte regular de cuidados ao longo do tempo, para os vários episódios de doença e para os cuidados preventivos". Na construção do conceito, para fins de avaliação da

AP, considerou-se que três dimensões compõe o atributo: identificação da UBS como fonte regular de cuidados, relação interpessoal profissionais de AP/paciente e, continuidade da informação. A versão inicial da matriz avaliativa era composta de catorze critérios e vinte e oito indicadores, e previa cinco fontes de informação: gestor, gerentes de unidades/territórios, profissionais da atenção, pacientes e prontuários; com roteiros compostos de questões abertas e fechadas. Houve uma experiência previa de aplicação, na qual a atenção aos portadores de hipertensão arterial foi utilizada como condição traçadora, e a relação com os profissionais médico e enfermeiro compreendidas como representativas da relação interpessoal profissionais da equipe de AP/paciente. O número excessivo de itens e a diversidade das fontes de informação foram apontados como empecilhos para a aplicação da matriz de forma sistemática. Na primeira etapa do projeto a equipe dedicou-se à revisão dos conceitos estruturantes da matriz avaliativa, revisitando suas dimensões. Na segunda, critérios, indicadores e questões da matriz foram revisados. As fontes de informação foram limitadas a duas: usuários e prontuários; e houve ajustes de conteúdo e de formato dos itens, reduzindo os quantitativos para: sete critérios, 19 indicadores e 24 questões fechadas, sendo 19 para o roteiro de entrevista com o usuário, e cinco, com subitens, para o roteiro de revisão do prontuário. A primeira e a terceira dimensão ficaram com somente um critério, e a segunda, com cinco. A atenção aos portadores de diabetes foi acrescentada à condição traçadora. A terceira etapa englobou a validação externa do conteúdo da matriz a partir de consultas aos especialistas em uma adaptação da técnica de grupo Delphi. Consistiu em uma rodada de análise e julgamento via internet e uma oficina presencial. Considerando

que 'validação de conteúdo' resulta do julgamento de diferentes examinadores, que analisam a representatividade dos itens em relação às áreas de conteúdo e à relevância dos objetivos a medir, foram considerados especialistas: pesquisadores que desenvolvem estudos no âmbito da atenção primária, estudiosos de métodos e técnicas de avaliação de serviços de saúde, profissionais da atenção e, estudantes de pós-graduação envolvidos em pesquisas e práticas relacionadas ao tema. Para o julgamento via Internet foi utilizada a plataforma de formulário eletrônico do SUS (Formsus). O formulário foi estruturado a partir das três dimensões do atributo e subdividido em blocos em base aos sete critérios que as representam, seguidos dos respectivos indicadores e questões de cada critério. Esse conjunto foi expresso em itens afirmativos, e o julgamento consistiu em assinalar o grau/intensidade da concordância com esses itens segundo escala likert de cinco opções: concordo totalmente, concordo parcialmente, não concordo nem discordo, discordo parcialmente e discordo totalmente. Ao final de cada bloco havia um espaço aberto para a proposição de substituição ou acréscimo de itens, ou ainda a exposição de comentários. Foram enviados por e-mail 42 convites à participação, com 30 respostas iniciais e 27 julgamentos efetuados, sendo os respondentes das seguintes categorias: 12 pesquisadores, 04 profissionais da gestão da Atenção Básica (municipal - 01, estadual - 02, e do Ministério da Saúde - 01), 05 profissionais do atendimento e 06 alunos da residência multiprofissional em Saúde da Família. Na Oficina de consenso participaram 20 especialistas convidados, das mesmas categorias, dos quais quinze haviam participado do julgamento via Internet, e o restante, concordado em participar após análise do projeto. **RESULTADOS:** No julgamento via Internet, para todos

os itens, a soma das concordâncias total e parcial foi superior a 85%, tornando desnecessária a análise quantitativa do grau de concordância inicialmente prevista, bem como a realização de uma segunda rodada a distância. Foi realizada a análise de todos os comentários, constatando-se que, em sua maioria consistiam em propostas de ajustes e algumas sugestões de inclusão de indicadores e questões. Para a primeira dimensão houve 18 comentários, com predominância de sugestões para melhorar a clareza das questões e de transformar um dos itens em questão aberta para posterior categorização. Para a segunda dimensão, que teve 48 observações, além dos ajustes, houve propostas de inclusão de indicadores e questões que contemplassem outros profissionais da equipe, além do médico e do enfermeiro. Para a terceira dimensão – continuidade da informação, houve 17 comentários; contudo, parcela destes demonstrando desconhecimento de que a elaboração de indicadores e questões teve por base as diretrizes e protocolos do Ministério da Saúde para o atendimento ao grupo da condição traçadora e a única fonte do dado serão o prontuário do paciente. Frente a tal constatação a equipe decidiu incluir na programação da Oficina de consenso esclarecimentos sobre conceitos e opções da estruturação da matriz avaliativa. Na Oficina, após os devidos esclarecimentos, seguiu-se a apresentação do relatório da rodada de julgamento à distância e a dinâmica para a construção do consenso, em um formato que permitia breve discussão entre os convidados sobre as sugestões e opções. A proposta de inserção de indicador e questão que contemplasse o Agente Comunitário de Saúde como um dos elementos chave para o vínculo, já mencionada na rodada à distância, foi reforçada; e outras questões que valorizassem características do modelo adotado no Brasil para a AP, como

a visita domiciliar e a adesão às atividades educativas, sugeridas. Três conjuntos de indicador/questão foram acrescentados, um em cada dimensão. Ao final, como resultado do consenso, uma nova versão da matriz. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Para finalizar a validação de conteúdo da matriz avaliativa está prevista a aplicação do instrumental metodológico nas equipes de Saúde da Família de um determinado Território de Saúde. A expectativa é que a aplicação dessa metodologia subsidie a gestão da AP local; e possa ainda ser utilizada em outras localidades cuja gestão tenha a intenção de promover avanços na qualidade dos serviços de AP de forma participativa, valorizando aspectos e diretrizes do modelo brasileiro.

VIVA MULHER: OS DESAFIOS DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO AMAZONAS, 1999 – 2011

Lucia Regina de Azevedo Nicida, Júlio César Schweickardt

Palavras-chave: Políticas Públicas, História, Câncer, Amazônia

Nosso trabalho analisa o processo de estabelecimento de políticas públicas referentes à prevenção e ao controle do câncer do colo do útero, no Estado do Amazonas. Nossa análise concentrou-se entre os anos de 1999 e 2011, período que se inicia com a estruturação do Programa Viva Mulher/AM. E, finaliza com o lançamento, no Amazonas, do Plano de Fortalecimento das Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama, do governo federal (INCA, 2011). A crescente incidência dos casos de câncer em grande parte do mundo faz com que diversos países busquem, cada vez mais, adotar medidas efetivas de prevenção na atenção primária

(ações que buscam evitar a ocorrência da doença) e atenção secundária (relacionada ao diagnóstico precoce) para reduzir de forma substancial os números de novos casos, assim como medidas de controle e redução das taxas de mortalidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) cerca de 40% das mortes por câncer poderia ser evitado, o que transforma as estratégias de prevenção num importante componente em qualquer plano de controle do câncer (INCA, 2012). Na região Norte a doença tem alcançado índices preocupantes principalmente aqueles que se referem ao câncer do colo do útero, de pele, de estômago e de mama. Tomando como exemplo o câncer de colo do útero, no ano de 2011, o estado do Amazonas apresentou a maior taxa de mortalidade do país, quando comparado a outros estados da União (INCA, 2013). Índices que têm evidenciado uma imensa disparidade entre eles, quanto ao alcance de resultados positivos em relação à prevenção e controle da doença. O desconhecimento e a desinformação são obstáculos significativos para que se consiga de forma efetiva obter resultados positivos em relação a sua prevenção e controle. Nesse sentido compreendemos que estudos relativos a história das políticas adotadas para o enfrentamento da doença pode contribuir nessa luta, pois nos permite conhecer as ações, analisar que caminhos foram adotados e projetar medidas que tragam a redução dos índices que vem se apresentando. Para tanto, estabelecemos como objetivo desse trabalho compreender como se configurou o processo de estabelecimento do Programa Viva Mulher/AM e as estratégias adotadas para a prevenção e ao controle do câncer do colo do útero, no estado do Amazonas, entre os anos de 1999 e 2011. Assim como contribuir com estudos históricos que analisam o diálogo que se estabelece entre as políticas nacionais e locais. A metodologia adotada

foi de natureza qualitativa e o tipo de pesquisa a bibliográfica e documental. Dentre os documentos analisados encontram-se os relatórios da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, relatórios da Fundação Centro de Controle de Oncologia/AM, leis e decretos referentes ao tema da pesquisa. Também foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com atores que fizeram parte da história da implantação e desenvolvimento do programa no Estado. Analisamos as diretrizes propostas pelo Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, instituído pelo Ministério da Saúde no ano de 1998, que funcionaram como elementos propulsores das medidas que foram estabelecidas no Amazonas. Cuja campanha recomendava medidas e estabelecia metas, dentre as quais: de coleta de material para exames citopatológicos, de prazo para que os resultados dos exames fossem entregues; para todo território nacional e funcionaram como parâmetro para o que foi estabelecido no Estado (BRASIL, 1998; TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012). Foi examinado a descentralização das ações e serviços, medida também preconizada pelo Viva Mulher, que propiciou, um ano após a sua criação, que Programa estivesse implantado nos 62 municípios amazonenses (AMAZONAS, 1999). Significando um importante avanço em relação à oferta do exame citopatológico, incluindo as mulheres indígenas e ribeirinhas. Vimos que a cada avanço surgiam novos desafios, pois a implantação do Programa era um aspecto altamente positivo, pois a partir dele emergiram novas necessidades a serem superadas. Uma das preocupações recorrentes ao se analisar os relatórios diz respeito ao descompromisso político. Evidenciando a necessidade de esclarecimento e uma maior sensibilização tanto entre os prefeitos, como entre os secretários municipais de saúde para que as

determinações pactuadas fossem cumpridas e as necessidades atendidas (AMAZONAS, 1999; AMAZONAS, 2001). Foram incluídos em nossa discussão os cuidados com a estratégia de rastreamento do câncer do colo do útero oferecido às mulheres na faixa etária recomendada. Contribuindo para a percepção do aumento de número de mulheres atendidas, mas também da concentração desses números na cidade de Manaus. Evidenciando a necessidade de melhoria das estratégias de divulgação e de acesso das mulheres do interior (AMAZONAS, 2002; AMAZONAS, 2011; CORRÊA; VILELLA, 2008). A implantação e o funcionamento do SISCOLO, que tem se tornado uma ferramenta imprescindível no que tange ao seguimento das mulheres que realizaram o exame, assim como em relação à avaliação do andamento do programa - as falhas no preenchimento de formulários, a falta de adesão dos profissionais de saúde na padronização das informações (AMAZONAS, 2004). Dentre as conclusões suscitadas pelo estudo incluem-se o entendimento de que a implantação de um programa sistematizado com foco na prevenção e controle do câncer de colo do útero no estado do Amazonas perpassa pela identificação da influência de movimentos políticos nacionais, em especial o Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. O movimento gerado pelo Viva Mulher nacional associou-se a conjuntura local, de necessidade de redução dos altos índices de mortalidade e incidência do câncer de colo uterino e da atuação de atores locais que contribuíram nesse processo. A Secretaria de Estado de Saúde elegeu a Fundação Centro de Controle de Oncologia – FCECON como a instituição responsável de operacionalizar os programas de prevenção e controle do câncer, sendo parte do processo de descentralização das ações. Foi a partir desse movimento que ocorre a implantação do programa em todos

os municípios do Estado e o esforço em garantir os atendimentos em todas as UBS do município de Manaus. O foco era ampliar o cuidado preventivo e de diagnóstico precoce e assim reverter o quadro negativo encontrado na região, que apesar desses esforços ainda não se tornou realidade. Foram identificadas falhas no processo de rastreamento, o descompromisso político, as questões relativas ao mau funcionamento da referência e da contra referência, a alta rotatividade entre os profissionais de saúde, que por sua vez acarretava a necessidade de formação e capacitação de novos profissionais que pudessem substituí-los como alguns dos aspectos que comprometeram o bom andamento do Programa. Em contrapartida, o estabelecimento da Nova Fase de Intensificação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino e Mama. Em 2011, apresentou-se como uma possibilidade de enfrentamento desses entraves, já que entre outros aspectos, suscitou a criação de um Comitê Estadual do Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino e Mama com o objetivo de avaliar e elaborar propostas de aperfeiçoamento do programa, pertinentes à realidade do Amazonas.

Relatos de Experiências

A COORDENAÇÃO DE ÁREA COMO INSTRUMENTO DE DESCENTRALIZAÇÃO NA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE RECIFE

Lais de Souza Monteiro, Rodrigo do Nascimento Dias de Oliveira, Juliana dos Santos Lima, Wellington Bruno Araújo Duarte, Plínia Manuella de Santana Maciel, Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella, Augusto Fernando Santos de Lima, Elan José de Lima

Palavras-chave: Descentralização, Residência Multiprofissional, Gestão em saúde

APRESENTAÇÃO: A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) através regulamentação da Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 1990 e da lei 8.142, do mesmo ano, inicia um processo de mudança no modelo de atenção à saúde, na concepção do processo saúde-doença e na organização dos serviços e sistemas do setor o que proporcionou a criação de novas áreas de atuação na saúde. A operacionalização das diretrizes constitucionais de descentralização e de participação social para a organização e gestão do SUS. Vem acarretando mudanças expressivas no desenho institucional das instâncias de gestão em todos nos níveis (Municipal, Estadual e Federal). A década de 1990 é marcada pelo avanço do processo de descentralização do setor saúde no Brasil. A partir de 1996, com as medidas de incentivo, expressas, sobretudo, na Norma Operacional Básica 1996 (NOB/96), observa-se um dos aspectos mais relevante neste período que é o processo de Municipalização da gestão, ou seja, a esfera municipal torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde

pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. Entre esses avanços foi proposta em 1994 a estratégia do Programa de Saúde da Família que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e consolidação do SUS. Esta estratégia traz como questão central a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica e o trabalho baseando-se em equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde no território. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma “população adscrita”, localizada em uma área delimitada, mediante ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e de agravos mais frequentes. O conceito de território considerado neste trabalho não está apenas relacionado à delimitação, ao espaço, principalmente a composição dos seres que transformam o espaço através da economia, política e cultura, o território nada mais é do que uma construção social, a qual determina a situação de saúde daquela área. O território permanece em constante evolução, pois está baseado no dinamismo que é inerente ao ser social. O conceito de território-área diz respeito ao que a unidade ambulatorial de saúde abrange, que é delimitada através do fluxo e do tipo de serviço de saúde demandado pela população. Prova deste dinamismo é a recente adequação da gestão em saúde da Cidade do Recife, a qual, até 2014 era dividida em seis Distritos Sanitários. Objetivando garantir a descentralização e a efetividade das ações os distritos com maior número populacional foram redivididos ampliando o número de distritos sanitários. Assim, o Distrito Sanitário III, local de experiência, dividiu-se em III e VII. Assim, o Distrito Sanitário III dividiu-se em III e VII, estando, atualmente, com a seguinte composição: Distrito Sanitário III - Bairros: Aflitos, Alto do Mandu, Apipucos, Casa

Amarela, Casa Forte, Derby, Dois Irmãos, Espinheiro, Graças, Jaqueira, Monteiro, Parnamirim, Poço, Santana, Sítio dos Pintos e Tamarineira. Já o Distrito Sanitário VII - Bairros: Alto José Bonifácio, Alto José do Pinho, Brejo do Guabiraba, Brejo do Beberibe, Córrego do Jenipapo, Guabiraba, Macaxeira, Mangabeira, Morro da Conceição, Nova Descoberta, Passarinho, Pau Ferro e Vasco da Gama. Como instrumento de descentralização da gestão foi estabelecida a função de Coordenação de área o qual monitora, coordena e avalia as ações, garantindo atendimento qualificado à população nos equipamentos de saúde. O coordenador de área considera a possibilidade de mudanças no território quando se propõe a perceber e conhecer o dinamismo a qual os serviços de saúde estão sujeitos, bem como a população, a qual aqueles serviços são ofertados, seu perfil de saúde e doença, suas carências. É um papel fundamental para a garantia dos princípios do SUS, pois age sobre os usuários através dos trabalhadores, gerenciando a excelência do processo de trabalho na porta de entrada do serviço de saúde. **OBJETIVO:** O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da FCM/UPE permite a observação crítica e intervenção no processo de trabalho dos gestores e trabalhadores no âmbito do SUS, com esta perspectiva, apresentamos a experiência dos residentes do primeiro ano a nível distrital. Durante cinco meses, a atuação foi feita no Distrito Sanitário III, viabilizando a análise de diversos setores, entre eles a Coordenação de Área. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A Coordenação de Área do Distrito Sanitário III é composta por duas profissionais, as quais são subordinadas à gerência distrital. Entre suas atividades estão: Fazer a relação das unidades com outros setores (Financeiro e Recursos Humanos, Infraestrutura, Ensino-Serviço, Políticas de Saúde); Acompanha frequência, férias,