

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,

contratações, treinamento e transferência dos funcionários e profissionais de saúde das unidades. Requisitar materiais e insumos, além de monitorar reformas. Participa dando suporte à logística dos eventos. Auxilia a avaliação de desempenho dos profissionais e indicadores do território. Há Unidades Básicas Tradicionais (UBTs) que contam com gerentes próprios para a administração, a Coordenação de Área nestes casos faz a análise da atuação do gerente, além de mediar conflitos e problemáticas. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Percebe-se que apesar das dificuldades no processo de trabalho e da recente inserção da função no distrito sanitário, a presença do Coordenador de Área no território aumenta a resolubilidade dos problemas, uma vez que é um veículo de comunicação direta, evitando que a demanda fique reprimida na gerência do distrito. A coordenação de área garante que os objetivos sejam atingidos da forma mais rápida mantendo a qualidade e as especificidades do contexto territorial, ou seja, é um verdadeiro instrumento de descentralização da gestão. Destaca-se a importância de rever a definição da função, pois observa-se a ênfase em atividades operacionais em detrimento de um papel articulador que pressupõe coordenação. Entre outros, a Coordenação de Área poderia priorizar os estudos de casos com as equipes, participando diretamente na melhoria da qualidade do serviço, analisar e dar suporte mais efetivo as equipes nas análises do território. Além disso, ampliar as discussões em relação aos relacionamentos interpessoais, uma vez que as equipes apresentam dificuldades na mediação dos seus conflitos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Considera-se a relevância da Coordenação de Área dentro da configuração institucional adotada pelo município do Recife, bem como a capacidade apresentada em melhorar a efetividade da atenção à saúde. Ressalta-se a importância da discussão e articulação

do tema com outros setores e áreas do conhecimento, a fim de consolidar a função enquanto instrumento de descentralização da gestão do SUS no âmbito da atenção básica e promover novos estudos, sobretudo em relação aos impactos futuros dessa proposta para a atenção à saúde.

A FLOR E A NÁUSEA NO APOIO INSTITUCIONAL: O PROCESSO HISTÓRICO DE ORGANIZAÇÃO DO APOIO INSTITUCIONAL NA CGGAB/DAB/MS

Sibeli da Silva Diefenthaler, Patrícia Barbará Dias, Adriana Almeida

Palavras-chave: apoio institucional, Atenção Básica, SUS, gestão federal

“Preso à minha classe e a algumas roupas, vou de branco pela rua cinzenta. Melancolias, mercadorias espreitam-me. Devo seguir até o enjoo? Posso, sem armas, revoltar-me? (...)” Este trabalho tem como objetivo contribuir para a compreensão sobre o Apoio Institucional, a partir das reflexões feitas na Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica (CGGAB/DAB), no período de 2011 a 2013. Através da análise do processo de trabalho, trazer a discussão do Apoio como uma estratégia potente de transformação da organização do trabalho e do fortalecimento da Política Nacional de Atenção Básica, na caminhada pela efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho busca na metáfora com a poesia de Drummond, a flor e a náusea, demonstrar as contradições dos desafios e das potências do Apoio. O trabalho é fruto da Especialização em Saúde Coletiva e Educação em Saúde (UFRGS/MS). DESENVOLVIMENTO: Esse estudo foi baseado na análise do processo de construção do Apoio Institucional na CGGAB/DAB/MS, a partir de 2011, ano

de implantação do Apoio Institucional na CGGAB, através de uma pesquisa qualitativa do tipo descritivo exploratório. A coleta de dados foi realizada a partir da técnica da narrativa. A narrativa não é uma verdade literal do ocorrido, mas a representação que deles faz o sujeito e, dessa forma, pode ser transformadora da própria realidade (CUNHA, 1997). As informações coletadas nas observações foram registradas em um diário de campo, buscando documentar as vivências do pesquisador frente à situação estudada (GOLDIM, 2000). O grande marco instituído na política de saúde no Brasil é a criação do SUS o qual se baseia em um conceito ampliado de saúde para população construído coletivamente. É necessário observar como se apresenta o processo político em saúde contextualizado com a conjuntura e assim buscar formas de enfrentamento necessárias para garantir o acesso legítimo à saúde. (PAIM, 2013). Há uma relação direta das relações sociais com as decisões e direções sociais, Marx já dizia que “o modo de produção da vida material condiciona o desenvolvimento da vida social, política, intelectual em geral” (MARX, 1988, p.24). Assim pode-se inferir que o Apoio Institucional se produz no seio da contra hegemonia, por produzir sentidos diferentes (horizontalidade, construção coletiva) do que o modo vigente produz. A questão seria mais bem colocada da seguinte forma: Diante de um determinado projeto ético, estético e político que considere o apoio como possibilidade metodológica, em quais relações de saber-poder o apoio deveria necessariamente inscrever? (NUNES, 2011). Apoio é baseado no encontro entre os sujeitos e na produção das relações dos mesmos de uma maneira horizontal, tendo como intencionalidade a democratização institucional a partir da cogestão. O Conceito apoio pretende capturar todo este significado: não se trataria de comandar objetos sem experiência

ou sem interesses, mas sim de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários (CAMPOS, 2000). O apoio institucional tem a capacidade de produzir uma melhor análise institucional e a partir da mesma projetar construções coletivas de novos arranjos institucionais que visem à qualificação do processo de trabalho. O apoio institucional está vinculado ao modo de fazer cogestão. Trata-se de uma prática contra-hegemônica por adotar como diretriz a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos (JUNIOR, 2013). Reflexões sobre o apoio a partir da vivência na CGGAB A CGGAB é uma das coordenações do DAB/MS dentro da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). É a coordenação que historicamente possui uma relação interfederativa, com Estados e municípios, por meio do Apoio Institucional. O trabalho também envolve os trabalhadores e os usuários do SUS, por trabalhar com a oferta de cursos de formação, na organização de encontros entre trabalhadores e usuários, tais como Conferências, Fóruns e Mostras. Para implementar o apoio na coordenação, trabalhadores, com experiências prévias, principalmente, no fazer/ser apoio do Estado junto aos municípios, foram convidados a compor a coordenação. Segundo os trabalhadores, o momento de maior materialização do apoio foi em meados de setembro de 2011 com as oficinas do primeiro ciclo do PMAQ (Programa de Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica). O PMAQ foi um canal com os territórios e gestores, disparou demanda e possibilitou produzir relações no apoio, pois havia um objeto de trabalho definido, a implantação de um novo programa. Ao mesmo tempo, gerou alguns questionamentos por parte dos trabalhadores com relação a que apoio estava fazendo por não utilizaram todos os elementos, que antes usavam no apoio estadual as regionais de saúde ou

ainda no apoio municipal com as equipes. O desafio é a compreensão por parte dos trabalhadores que estão na gestão federal, mas já estiveram na gestão municipal e/ou estadual, de outro apoio institucional, de agregar a literatura sobre o tema com o desafio de construir outra forma de fazer. De caminhar na formulação do que é ser/estar apoio no MS e como materializar esse fazer na esfera federal. O fato é que diante de uma estrutura ministerial, há dificuldades de se produzir novas formas de relações, a tensão e conflito fazem parte desse contexto. A cobrança pelo cumprimento de metas estabelecidas é grande e nem sempre o tempo da instituição é o mesmo tempo do processo relacional do apoio, o que gera questionamentos constantes sobre sua efetividade. “O fim de tudo não é o apoio, o fim de tudo é o objeto e esse não pode ser meramente descrito como resultado implantado é a relação, nessa relação o processo vale mais do que o resultado.” Essa fala, verbalizada em uma roda com apoiadores, sintetiza o objetivo do apoio institucional na CGGAB, demonstra a clareza de entendimento sobre o processo de trabalho, considerando os avanços e desafios de se fazer apoio na esfera federal. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** “Sento-me no chão da capital do país às cinco horas da tarde e lentamente passo a mão nessa forma insegura. Do lado das montanhas, nuvens maciças avolumam-se. (...) É feia. Mas é uma flor. Furou o asfalto, o tédio, o nojo e o ódio.” Trazer o apoio institucional para a discussão como uma estratégia potente de transformação da organização do trabalho e de fortalecimento da Atenção Básica na caminhada pela efetivação do SUS foi o objetivo desse trabalho. Mas, além disso, o apoio institucional é uma das tantas possibilidades de construção coletiva para transformação do cotidiano nauseante que ainda vivemos. Enxergar e sentir a náusea são fundamentais no processo para projetar

e então forjar novos arranjos e construir outras relações sociais, projetar flores, ainda que feias. A náusea se traduz na difícil atividade de produzir vínculo, de implantar programas, de construir agendas, mas que produz a flor. Flor ainda que feia, por não estar completa, por possuir falhas, é uma flor, cria e recria novas formas de relações, produz cuidado e fortalecem os sujeitos na sua autonomia, flor essa chamada de Atenção Básica. Ao mesmo tempo em que, esse apoiador tem ofertas ele tem a abertura, a disponibilidade de escutar o outro no seu território, com suas vivências e assim retornar para a instituição nauseante e formular de forma contextualizada novas possibilidades, novas flores. Por isso reforço que ainda que uma flor feia, o apoio institucional, rompe o asfalto, o tédio, o ódio e o nojo.

A IMPORTÂNCIA DO ESTÁGIO DE VIVÊNCIA NO SUS NA FORMAÇÃO ACADÊMICA NO CAMPO DE PÚBLICAS

Nalbert Alessandro Queiroz Pimentel, Maria Clara Delmonte, Nathália Figueiredo de Azevedo, Raphael Moraes da Rosa

Palavras-chave: VERSUS, Campo de Políticas Públicas

O presente trabalho tem por objetivo descrever a importância do programa do Ministério da Saúde e Rede Unida - Vivências e Estágios da Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) na formação multidisciplinar de quadros para atuar no campo de públicas, na expressão da vivência dos estudantes da graduação de Gestão Pública e Desenvolvimento Econômico e Social (GPDES/UFRJ). O programa de vivências e Estágios da Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) surge, em 2002, com o objetivo de valorizar e potencializar o compromisso ético político dos

participantes no processo de implantação do SUS, permitindo que os mesmos tenham um maior contato com os seus princípios e contribuindo na ampliação do conceito de saúde e no amadurecimento da prática multiprofissional e interdisciplinar, assim como para a integração da tríade ensino-gestão-controle social. Entende-se o estágio de vivência como uma ferramenta de para fomentar a discussão e reformulação da luta iniciada pelo Movimento da Reforma Sanitária no país, nos anos 1970, por um sistema de saúde que entenda e cuide dos seus usuários de forma holística. Desde 2009 vem sendo implementado o Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP), uma iniciativa no âmbito do Sistema UAB realizada em parceria entre a CAPES e diversas Instituições Públicas de Ensino Superior como estratégia de descentralização e fortalecimento da gestão pública, especialmente em âmbito local, e em pleno contexto de expansão da educação superior por meio do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), objetivando ampliar o acesso e a permanência na educação superior. Inicia-se no ano de 2010, o Programa de Graduação de Gestão Pública para o Desenvolvimento Econômico e Social, GPDES, na UFRJ, em formato presencial com caráter pluridisciplinar, oferecido conjuntamente pela FACC (Faculdade de Administração e Ciências Contábeis), FND (Faculdade Nacional de Direito), IE (Instituto de Economia), IPPUR (Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional) e NEI [Núcleo de Estudos Internacionais (extinto em 2013)]. Visando formar cada vez mais indivíduos capacitados científica, técnica e eticamente para a preservação e o aperfeiçoamento da ação pública nos mais diferentes campos e níveis: elaboração e implementação de políticas, planos, programas e projetos, assim como gestão, monitoramento e avaliação das práticas e

intervenções de agências governamentais e não governamentais. O objetivo do presente trabalho é analisar a experiência de aprendizado multidisciplinar resultante das diversas vivências e experiências obtidas no VER-SUS ao estudante do Campo de Públicas no Estado do Rio de Janeiro. Desde a edição de 2012.1 do VER-SUS na Cidade do Rio de Janeiro, o GPDES possui participação ativa, construindo uma relação que visa, principalmente, a formação de atores sociais críticos e dispostos a transformar a gestão pública e a sociedade como todo. Essa confluência proposta pelos modelos de ensino possibilita o aprimoramento do gestor público na área da saúde, objetivando uma formação comprometida com os princípios e a ética na implementação e no aprimoramento do Sistema Único de Saúde, tornando-se assim, ator e potencializador das mudanças necessárias na nossa sociedade. Esse grupo procurou adotar uma proposta alternativa de pesquisa que permitisse a participação, o debate e a reflexão na questão proposta. Portanto, foi adotada uma postura crítica e reflexiva, em um estudo exploratório, visando a desafiar a “Educação Bancária” (FREIRE, 1987) por meio do reconhecimento de que o conhecimento surge da experiência e da realidade concreta do homem e este compreende o seu caráter histórico e transformador. Assim, impulsionados pelos ensinamentos de Florestan Fernandes (1979), o qual reflete que a expansão orgânica da civilização baseada na ciência e na tecnologia científica requer, essencialmente, a universalização e o respeito pelos direitos fundamentais da pessoa humana, a democratização da educação e do poder, a divulgação e a consagração de modelos racionais de pensamento e de ação, a valorização e a propagação do planejamento em matéria de interesse público, refletimos na participação plural de estudantes de diversas formações tanto na área da saúde quanto outros

cursos tais quais direito, design e gestão pública, propriamente dita, proporcionou uma rica troca de experiência além da quebra de paradigmas interprofissionais. Sendo nítida a percepção da necessidade da intersetorialidade dos profissionais a fim de que se possa construir um SUS mais forte e unido, sendo este um dos maiores legados que o VERSUS refletiu na produção acadêmica individual e coletiva destes estudantes-pesquisadores. A metodologia reflexiva (ALVESSON, 2003) do estudo foi desenvolvida da ação para a atuação. A primeira etapa consiste na participação da construção do Ver SUS junto a Comissão Estadual na pactuação com os municípios até a imersão, que necessariamente se corporifica no produto deste trabalho: o campo. Assim como a construção do relatório final, entregue à Comissão Nacional do Projeto VER-SUS, a segunda etapa consiste em, a partir de encontros entre os estudantes-pesquisadores, discutir as dimensões de análise da reflexividade, formuladas a partir de OLIVEIRA E PICCININI (2007): a metodologia do VER-SUS e a forma como os estudantes-pesquisadores do campo de públicas se relacionaram com os objetos e sujeitos do estudo; os principais questionamentos e (re) posicionamentos diante da realidade vivida, mais especificamente, dos temas e situações que frequentemente se encontraram “fora do lugar” na prática diária da vida social; as contribuições da vivência para identificar as limitações da educação formal e para repensar as grades curriculares da Graduação de Gestão Pública para o Desenvolvimento Econômico e Social (GPDES/UFRJ). Foi possível a cada indivíduo uma autorreflexão sobre o seu papel como agente transformador da sociedade estimulando assim sua pró-atividade políticossocial não antes percebida ou experimentada pelos viventes. Ao final do estágio cada estudante de gestão

pública refletiu a cerca de sua experiência multidisciplinar no VER-SUS e das mudanças quanto às respectivas percepções sobre o posicionamento e atuação do gestor público na área da saúde. Da maneira como é feita, a vivência se torna de suma importância para a formação de um gestor público, principalmente, para aqueles que vierem a atuar na área da saúde. Acreditamos na importância da vivência para a formação do indivíduo enquanto agente social, e principalmente, para o sistema de saúde que carece de profissionais com visão ampliada, cientes que a integralidade do cuidado, a universalidade e a equidade são princípios que estão intimamente associados à qualidade do atendimento oferecido e a capacitação profissional. Portanto, a partir desses pressupostos, propõe-se que o VER-SUS possua maior interação e divulgação perante aos cursos de gestão pública, administração pública, gestão de políticas públicas, e cursos correlatos, para acessar um maior número de profissionais em formação e incitar reflexão e inserção do sujeito no sistema único de saúde. É de extrema necessidade que o gestor público conheça o sistema de saúde, aplicando-se a interação entre diretrizes do SUS e o que é ensinado nas salas de aula: o controle social e a gestão participativa.

ACCOUNTABILITY EM SERVIÇOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS – RELATO DE EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Rafaella Peixoto da Silva Oliveira

Palavras-chave: Accountability, Seminário de Gestão, Atenção Especializada

Há diferentes estudos sobre a utilização do termo Accountability na administração pública brasileira em que se levanta a

problemática da utilização do termo de forma a garantir o seu significado inicial (PINHO; SACRAMENTO, 2009; ROCHA, 2008; PORTELA, 2007). Em uma pesquisa exploratória sobre a fundamentação do termo Accountability, Pinho e Sacramento (2008) concluíram que não existe um termo único que expresse o significado do termo Accountability na língua portuguesa. Em síntese, Accountability, representa a responsabilidade, a obrigação e a responsabilização em de gestores ocupantes de um cargo em prestar contas à luz de parâmetros previamente definidos (PINHO; SACRAMENTO, 2008). De acordo com Rocha (2008), Accountability pode ser entendida como um processo de avaliação e responsabilização permanente dos agentes públicos nomeados em cargos e/ou funções da administração pública (ROCHA, 2008) Entendendo que a prestação de contas deve estar atrelada ao processo de trabalho dos gestores públicos, a Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, Promoção e Vigilância em Saúde (SUBPAV) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro iniciou o primeiro ciclo de Accountability em 2013, primeiramente para as unidades de Atenção Primária em Saúde. No município, Accountability é tratado como um Seminário de Gestão em que o diretor/gestor da unidade de saúde deve apresentar para população, profissionais da unidade e técnicos da subsecretaria um documento com formato pré-definido que contempla indicadores relacionados às ações e serviços de saúde, indicadores de gasto financeiro com medicamentos/insumos e as estratégias identificadas para o alcance das metas não atingidas. O processo do Accountability acontece no segundo semestre do ano e contempla todas as equipes de atenção primárias distribuídas nas 231 unidades. Após a visita os técnicos da subsecretaria elaboram um relatório que é apresentado em forma de consolidado no final do ano a

todos os gestores envolvidos no processo a fim de subsidiar o planejamento das oportunidades de melhorias identificadas. As unidades de APS no ano de 2015 iniciaram o terceiro ciclo do Accountability. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2010b, p. 194). “Publicizar o que se faz, como se faz e criar canais de contestação integram uma dimensão indispensável para que mecanismos de controle social da administração possam ser efetivos.” O Rio de Janeiro possui ambulatórios de especialidades atrelados aos hospitais e maternidades e centros de especialidades, sob administração municipal, que ofertam procedimentos, consultas e exames especializados por meio do sistema de regulação SISREG. Desses, nove centros de especialidades são de responsabilidade da SUBPAV. Os demais ambulatórios de especialidades são geridos pela Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE). Nesses centros de especialidades são ofertados consultas, exames e procedimentos da atenção especializada. Em alguns desses funcionam o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e o Centro Especializado em Reabilitação (CER). O acesso para ambos os serviços também se dá por meio do agendamento pela atenção primária no SISREG. Esses centros de especialidades são denominados de policlínicas na estrutura da SMS e são compostos, em grande parte, de profissionais estatutários municipais e federais. Essas unidades já foram referência para a atenção primária em saúde, principalmente antes do ano de 2009 que a cobertura de atenção primária na cidade era inferior a 4% (BRASIL, 2015). Ao longo do tempo e da expansão da APS no município, que hoje dispõe de 45% de cobertura e tem o planejamento para alcançar 70% de cobertura de APS no ano de 2016 (BRASIL, 2015; RIO DE JANEIRO, 2012) essas unidades deixaram de ser

referência para as ações e serviços de APS para realizar a missão de executar a atenção secundária. Nas policlínicas são ofertados procedimentos médicos e de demais especialidades não médicas, tais como, nutrição, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia. O acesso regulado, por meio do SISREG, iniciou-se em meados de 2012 quando a regulação ambulatorial foi descentralizada. Em relação aos sistemas de informação essas unidades não dispõem de prontuário eletrônico e as informações relativas à assistência prestada podem ser verificadas no prontuário de papel e no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA – SUS). Neste sentido, a fim de identificar oportunidades de melhorias e constante responsabilização do gestor da unidade e equipe com um perfil de unidade que dialogue com as necessidades e modelo de atenção do SUS no município de Rio de Janeiro, as policlínicas passaram a integrar o ciclo de unidades inseridas no processo do Accountability. Objetivo Fortalecer a cultura do Accountability nas unidades de atenção especializada, no âmbito da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, Promoção e Vigilância em Saúde do município do Rio de Janeiro. Metodologia Este trabalho trata-se do relato de experiência da Coordenação de Policlínicas e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (CPNASF) na construção do formato do Seminário de Gestão Accountability Policlínicas e resultados preliminares, para prestação de contas das atividades desenvolvidas nas policlínicas do município do Rio de Janeiro. Para a elaboração do formato do Seminário de Gestão Accountability para as policlínicas foi utilizado como base o formato desenhado para as unidades de APS, com as equivalências necessárias em relação à fonte para coleta de dados. A elaboração do formato do Accountability policlínicas seguiu cinco etapas básicas: equivalência

com o formato da APS; apresentação para o grupo de trabalho e revisão; definição do formato final com o secretário municipal de saúde; apresentação para os diretores de policlínicas; qualificação dos técnicos da SUBPAV para participar do Seminário de Gestão Accountability policlínicas. No geral, o documento contemplou as dimensões: Estrutura (ficha técnica da unidade; parque tecnológico) – Produção apresentada no SIA SUS (perfil de atendimento das consultas; produção por complexidade; produção por grupo da tabela SUS) – Laboratório – Farmácia (equipe de profissionais; série histórica dos medicamentos mais dispensados, por ano; principais gastos financeiros); Habilitações (CEO; CER); Indicadores específicos (percentual de aprovação da produção; proporção da carga horária regulada no SISREG em relação à carga horária ambulatorial no CNES) – Responsabilidade técnica (atividades; equipe e atribuições do Núcleo Interno de Regulação) – Regulação (panorama da oferta regulada; absenteísmo por clínica; estratégias para enfrentar o absenteísmo). Resultados Enquanto resultado tem sido possível identificar quais dimensões a gestão deve investir, identificar fragilidades em cada unidade, conhecer as experiências exitosas, compartilhar boas práticas e identificar novos talentos nas unidades. Considerações finais: O Accountability tem sido um momento de importante para prestação de contas das unidades e recomendações para a gestão local e gestão central, cumprindo com o propósito da responsabilização dos gestores.

ACOLHIMENTO AO NOVO SERVIDOR: DA CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO ATÉ SUA EXECUÇÃO

Alanny Ferreira Moutinho, Rossana Mota Costa

Palavras-chave: Acolhimento, Pessoal de Saúde, Educação em Saúde

Acolher o novo servidor é receber o novo integrante da instituição proporcionando-lhe uma inserção que possibilite seu desenvolvimento e a clareza da missão da instituição a qual ele encontra-se inserido. A rede municipal de saúde de Natal é composta por 77 (setenta e sete) unidades de saúde e em cada uma delas, todos os anos, novos profissionais são inseridos nestes serviços, por diversos vínculos. O compromisso com o Sistema Único de Saúde (SUS) começa no acolhimento destes profissionais, onde este acolhimento passa a ser uma ferramenta que irá tecer uma rede de confiança e solidariedade entre as pessoas, entre profissionais de uma equipe, entre essa equipe e a população que ela atende. É relevante a existência de programas de integração para os novos colaboradores/funcionários chegarem mais seguros, motivados e comprometidos com a missão da instituição. Especialmente no setor saúde, onde os recursos humanos são essenciais, pois todos os serviços e atividades desenvolvidos dependem diretamente dos trabalhadores de saúde e de seu processo de trabalho, ele é o produtor da assistência. O presente trabalho trata de um relato de experiência da construção de um projeto de intervenção para implantação do Acolhimento Institucional aos novos servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Natal realizado por uma especializanda do curso de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte até sua execução, junto a profissionais do cenário da intervenção. A proposta foi escrita no ano de 2015, inicialmente motivada por ser Trabalho de Conclusão de Curso. O projeto englobou todos os novos servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, sendo eles servidores efetivos, trabalhadores com

nomeação para cargos em comissão, profissionais descentralizados ou cedidos, terceirizados e de cooperativas profissionais, pois todos têm sua importância na rede. No projeto foram traçadas as seguintes etapas para implantar o referido Acolhimento Institucional: a) Escrever a nota Técnica de Acolhimento Institucional aos novos servidores; b) Publicar a Nota Técnica no Diário Oficial do Município (DOM); c) Elaborar e organizar a dinâmica do acolhimento aos novos servidores; d) Divulgar o encontro de acolhimento e integração aos novos profissionais; e) Executar a intervenção. A Nota Técnica do Acolhimento Institucional seria escrita e apresentada aos gestores da SMS Natal responsáveis pela Gestão do Trabalho, para que fizessem as devidas considerações e/ou alterações. E, quando finalizada, encaminhada pelos gestores para publicação no DOM. Foram traçadas as seguintes ações para realização da intervenção: a) Apresentar o organograma da Secretaria Municipal da Saúde, assim como a missão, as características, funções e estrutura dos Departamentos e serviços de saúde da rede municipal visando a compreensão dos novos servidores sobre o funcionamento da secretaria, setor ou serviço ao qual está se integrando b) Informar ao novo servidor acerca da legislação que norteará sua vida funcional, bem como, seus direitos e deveres tendo em vista a ciência por parte dos novos servidores da legislação que norteará sua vida funcional, seus direitos e deveres c) Retratar sobre sustentabilidade e ética no serviço público para sensibilizar quanto as questões de sustentabilidade e ética como instrumento de gestão de conduta nas organizações públicas e d) Realizar coffee break para integrar os novos servidores. A execução, primeiro acolhimento aos novos servidores, ocorreu no mês de julho de 2015, informalmente, antes de ser publicada a Nota Técnica prevista no

projeto, uma vez que em um curto prazo de tempo foram nomeados novos servidores municipais, Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias. Em virtude disto, foi apresentado o projeto aos gestores municipais do Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e do Centro de Controle de Zoonoses, que tiveram boa receptividade e fizeram algumas sugestões a fim de aprimorar a dinâmica de acolhimento aos novos servidores. Logo, foi organizado, junto a esses atores, a programação, convites e elaboração das apresentações, que abrangeu o organograma da Secretaria, missão da instituição, características, funções e estrutura dos Departamentos, direitos e deveres do servidor e ética no serviço público. Também foram convidados, e se fizeram presentes, o prefeito da cidade do Natal, o Secretário Municipal de Saúde, a Secretária Adjunta de Atenção Integral à Saúde, o Secretário Adjunto de Gestão Participativa do Trabalho e da Educação na Saúde, a Secretária Adjunta de Logística, Administração e Finanças, os Diretores dos Distritos Sanitários, entre outros atores da gestão municipal. A programação foi mais extensa que o previsto no projeto, pois foi incorporado apresentações culturais e explanação sobre a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. O coffee break para integração dos novos servidores foi igualmente realizado com sucesso. Logo, com a realização do acolhimento, considerando os temas abordados, facilitamos a adaptação dos novos funcionários, aumentando a capacidade de resposta dos mesmos para atenderem às necessidades dos serviços de maneira mais rápida e satisfatória. Os novos profissionais entraram na instituição e passaram por um momento de acolhimento e integração, tentamos garantir que se sentissem à vontade desde seu primeiro dia de trabalho na organização, compreendessem sobre o funcionamento da secretaria, setor ou

serviço ao qual estavam se integrando e tivessem ciência da missão, características, funções, estrutura da instituição e legislação que norteará sua vida funcional, bem como, seus direitos e deveres e que tomassem a ética como instrumento de gestão de sua conduta na organização. Para dar continuidade a este trabalho, ainda será discutida e escrita a Nota Técnica para ser publicada e esta se tornar um importante instrumento de acolhimento e integração, capaz de modificar atitudes e processos de trabalho. Assim, os trabalhadores iniciantes perceberão que a instituição está disposta a se envolver com eles, assim como espera que eles se envolvam com ela.

ACOLHIMENTO, GESTÃO DEMOCRÁTICA E GT EM UMA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Felipe Gargantini Cardarelli, Flavio Dias da Silva, Simone Ribeiro Spinetti, Pollyana Sant'Ana Mota Dias, Marivani Mendes da Silva

Palavras-chave: gestão democrática, acolhimento, Classificação de Risco, Urgência e Emergência, saúde pública

APRESENTAÇÃO: A sociedade moderna se transforma de forma rápida e profunda e tem buscado se adaptar às essas constantes mudanças e, associado a isto tentado atender às demandas de uma clientela cada vez mais exigente. Os novos desafios que se impõe na vida dos cidadãos de uma metrópole com mais de dez milhões de habitantes, o estilo de vida do paulistano, pressupõem mudanças de paradigmas e adequações no modelo de assistência à saúde. (SÃO PAULO, 2015 e DIAS, 2015) Os gestores dos serviços de saúde têm adotado novas posturas que impõem a melhoria do nível da qualidade, na tentativa de suprir estas exigências, e até mesmo superá-las, através de métodos adotados no processo

de melhoria contínua da qualidade de serviço de saúde prestado (1). A Secretaria Municipal de Saúde, atenta à realidade identificou a necessidade de racionalizar e hierarquizar a oferta de serviços de saúde no território e propôs a criação, em 2005, das Unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA). (SÃO PAULO, 2015 e DIAS, 2015) As AMAs tem como finalidade o atendimento não agendado de pacientes portadores de doenças de baixa e média complexidade, buscando resolutividade, encaminhamento para as unidades básicas de referência ou transferências para rede hospitalar (ASF, 2015). Conta com equipe multiprofissional, incluindo Clínica Médica, Pediatria e Cirurgia Visa ampliar o acesso de pacientes que necessitam atendimento imediato, acolhimento de problemáticas sociais relacionadas à situação do atendimento e agravos de saúde, bem como orientação e direcionamento das disponibilidades e fluxos da rede básica de saúde (ASF, 2015). O AMA Parelheiros, situada no extremo sul da cidade de São Paulo, com funcionamento 24 horas, com características peculiares pela demanda do território em que se situa, sendo uma das poucas referências para o atendimento emergencial e possui alto atendimento, 14.970 média mensal. A OS Associação Saúde da Família (ASF), gestora do território de Parelheiros, baseou na Política Nacional de Humanização (PNH) a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), como forma de garantir atendimento humanizado e de qualidade, além de reforçar o trabalho em rede no território. À partir deste acolhimento, referenciando os usuários às suas unidades de referência (UBS/ESF), que compõe 85% do território, como forma de reforçar a gestão do cuidado pela Atenção Básica, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012). Pretende-se relatar a experiência desta implantação por meio da criação de

um Grupo de Trabalho (GT), composta por funcionários de todos os setores, incluindo representantes médicos, enfermeiros, farmacêuticos, administrativos, serviço social, técnico de Raios X, segurança e higiene, por entender que todos participam do acolhimento na unidade, não sendo papel único da enfermagem e médicos. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O Ministério da Saúde tem como política, priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS através de estratégias como PNH (BRASIL, 2004). O acolhimento é uma ação tecno-assistencial, um modo de operar os processos de trabalho com foco na integralidade do cuidado, que pressupõe relações éticas, humanitárias e de solidariedade entre profissional de saúde e usuário e sua rede social, incluindo os instrumentos e conhecimentos técnicos dos profissionais, mas também reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. (BRASIL, 2004). O ACCR como dispositivo tecno-assistencial implementado em um serviço como o AMA Parelheiros, permite refletir e transformar modos de operar a assistência na rede, pois através do estudo de sua demanda se revela os modelos de atenção e gestão, as relações de acesso aos serviços e unidades, evidenciando dificuldades de oferta de serviços a população adscrita, permitindo ao Gestor que atue para a solução de problemas. (BRASIL, 2004). Para esta implementação foi realizado um processo de Educação Permanente (EP) com objetivo de sensibilizar e instrumentalizar os profissionais do serviço com ferramentas técnico-assistenciais e protocolares para o acolhimento e classificação de risco. Decidiu-se, juntamente com Apoiador e Gestor da unidade, que a implementação do ACCR seria através da participação dos profissionais, entendendo a importância

da sua autonomia e o protagonismo, corresponsabilidade entre eles, melhoria do trabalho em equipe, integração da equipe e principalmente, do reconhecimento que estes profissionais têm mais conhecimento do cotidiano do seu trabalho (BRASIL, 2004). Trabalhou-se com conceito de “Apoio Paidéia” de gestão em saúde apresentado por Campos (2003) como inspiração e balizamento. O método destina-se a cogestão de coletivos organizados para a produção de valor de uso, ou seja, um método de gestão do trabalho, que tem como pressuposto a construção da democracia organizacional, e tem como objetivo “aumentar capacidade de análise e intervenção” dos coletivos. Campos (2003). Assim, na sequência das oficinas de EP, os encontros se seguiram, com representantes de todos os plantões e profissões presentes no serviço (de médicos à trabalhadores operacionais) que favoreceu a integração do grupo até que estes se constituíssem em comissão ou Grupo de Trabalho (GT), incentivado pelo Apoiador de território, tendo sido formalizado e apoiado dentro da unidade, considerando opiniões de trabalhadores que não fazem, formalmente, parte do grupo. Este espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a implementar e gestar a ACCR no serviço, propondo protocolos, levantando dificuldades, propondo soluções e estratégias ao serviço, junto ao Gestor e Apoiador. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: A implementação do ACCR se deu de forma rápida e consistente, devido ao envolvimento dos trabalhadores da equipe. O processo de EP e formação de um GT auxiliaram o processo de integração da equipe dos serviços em seus diferentes turnos e classes profissionais. Deste a implementação houve diminuição de número de atendimentos, devido a referência às unidades de referência. 35 UBS/ESF recebem as informações dos usuários atendidos na AMA Parelheiros,

de maneira estruturada e detalhada, buscando ativamente a vinculação, especialmente aqueles sem demanda de pronto atendimento. Essas UBS têm revisto o funcionamento do acolhimento e vinculação com a população adscrita para a sua potencialização, principalmente com aumento de ofertas de vagas e acolhimento contínuo. O GT tem trabalho em rede com as unidades do território, propondo novas ações e disparando novas formas de integração com os serviços em rede e em linha de cuidados. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A gestão democrática ou cogestão, com o envolvimento e participação dos trabalhadores como sujeitos do processo e suas colaborações se mostraram fundamentais para a consolidação do ACCR na unidade, colaborando para um processo de trabalho e de gestão mais democrático, participativo e integrado. Os membros do GT se empoderaram da ACCR e da PNH, tornaram referências para os demais membros da equipe oferecendo-os ferramentas e trazendo suas dificuldades para o GT. O GT inicia agora uma integração aos profissionais das outras unidades em um GT de Acolhimento ampliado, de território, que facilite rodízio de funções e articulação em rede para disparar outras ações como a de linhas de cuidado.

DIFERENTES SENTIDOS DE “APOIO” EM DISPUTA: POSSÍVEIS EM CONSTRUÇÃO – RELATO DE EXPERIÊNCIA NA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Tatiana Clarkson

Palavras-chave: gestão, apoio institucional, cuidado,

Em 2007 é criada uma coordenação da Política de Humanização na Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro com

o intuito de realizar apoio institucional aos Hospitais Estaduais de Urgência e Emergência da Região Metropolitana do Estado. As unidades não apresentavam uma organização do atendimento que levasse em consideração o risco das pessoas, os fluxos estavam confusos, sem uma ambiência adequada, com profissionais insatisfeitos tanto com a gestão quanto com as condições de trabalho. Algumas ferramentas divulgadas pela Política Nacional de Humanização (PNH) possibilitaram propostas de Acolhimento com Classificação de Risco nas portas de entradas dos hospitais, obras de adequação das salas de atendimento das emergências por risco, e estabelecimento dos fluxos. Essas ações de “apoio” foram estruturadas com foco na realização das mudanças nas unidades, no entanto, o como fazer, de modo a participar a gestão e os trabalhadores não era questão em debate. Nesse sentido, entrava em disputa a compreensão sobre apoio institucional, não mais como prática ou movimento de suporte para uma construção coletiva junto aos gestores, trabalhadores e usuários, ou como modo de ampliação dos espaços de participação e transformação. Respaldados pelo gabinete, atravessados pelo tempo político, e não sem resistência, esse trabalho foi sendo construído junto às unidades, e com dificuldade deste ser composto em conjunto com a equipe gestora dos Hospitais Estaduais em nível central, frágil e em constante troca, assim como as direções das unidades. Somada a essa fragilidade de gestão, o RH foi uma tônica durante anos nessas unidades que tiveram que substituir cooperativados, por dois concursos temporários, fundação e OSS. Os apoiadores desses hospitais passaram a ser referência no estado para ajudar a realizar as melhorias das portas de entrada, ofertando capacitações e reorganização dos fluxos. Além disso, tentavam propor normatividades para garantir os espaços de envolvimento e participação das famílias, com garantia

dos acompanhantes e ampliação dos espaços de visita nos hospitais. No entanto, por mais que dispositivos propostos pela PNH, esses pareciam ser temas de menor importância aos problemas que as unidades enfrentavam. A fragilidade das gestões estava em conseguir de forma coesa dar conta do cuidado, da organização do acesso de forma a ter uma atenção mais resolutiva, efetiva, dentro do tempo esperado, combatendo a superlotação e o abandono já tão naturalizado. A saída da gestão maior da SES nessa época foi a terceirização como via. Momentos anteriores a essa transição do modelo de gestão, experiências de grupos de trabalho com a construção de geografia e diagnóstico assistencial, implantação de kanban pela equipe de enfermagem para acompanhamento do tempo de internação das pessoas, discussão dos casos e construção de linhas de cuidado, trouxeram para o centro do debate o cuidado que as unidades vinham realizando. Além disso, o efeito vivenciado foi de maior envolvimento dos gestores e trabalhadores, o que poderíamos considerar uma dobra da experimentação do sentido de apoio por esta equipe. Em concomitante, o surgimento das UPAs e sua expansão por todo o território estadual, trouxe para o cenário a importância do apoio estadual aos municípios. Os apoiadores da humanização - solicitados para capacitarem sobre protocolo de classificação de risco, unidos ao grupo de apoiadores da atenção básica estadual, diante dos efeitos da entrada das UPAs nos territórios (da fragilização à leitura diagnóstica do funcionamento e das barreiras de acesso a atenção básica), propuseram maior diálogo junto as gestões municipais e suas equipes. Esse passo importante do apoio permitiu a aposta nos coletivos municipais de construção dos fluxos de cuidado às pessoas. A vivência compartilhada do apoio institucional aos municípios comprovou que poderia a SES ter outro lugar importante no desenvolvimento

do SUS com os municípios, ao contrário do lugar burocrático, pouco implicado e fiscalizador de ações. Não é fácil aos apoiadores do estado compartilhar das angústias, gasturas e impotências das amarrações técnico-políticas nos territórios. Com o tempo os deslocamentos provocados por oficinas de trabalho nas regiões com seus desdobramentos junto às equipes de atenção básica puderam ser caixa de ferramenta rica encorajadora na formação de grupos de trabalho regionais. No entanto, sem chão ainda sólido sobre o que seria o apoio institucional aos municípios, com a chegada da proposta do apoio pelo Ministério da Saúde, a partir do ano de 2011, e com sua segmentação instituída por redes temáticas e suas respectivas políticas (rede cegonha, rede de urgência e emergência, etc.), o apoio toma força como meio de construção regional junto aos municípios, tendendo a seguir os formatos das portarias com as formações dos grupos condutores estaduais e regionais e realização de diagnósticos, planos regionais e monitoramento. As agendas são tomadas pelos informes das novas portarias e os modos de angariar recurso, entretanto, estes não resultaram necessariamente em efetivação e mudança do cotidiano do cuidado na saúde. Dado esse cenário, muitas são as análises e os desafios. Não são os formatos de grupos condutores que garantem democratização, produção coletiva e mudança, nem são os recursos, e nem a instituição em si da função apoio. Há risco de encapsulamento aos formatos e as portarias, perdendo-se o foco nas singularidades dos territórios, e no envolvimento de todos com o cuidado a ser realizado em conjunto com os municípios e suas equipes. Nesse último ano em continuidade ao trabalho do apoio aos hospitais estaduais pela equipe de humanização da SES, e com a entrada das OSS, diferentes têm sido os desafios. Quando possível, o mergulho tem podido

munir as equipes e gestões das unidades de ferramentas que podem melhorar a gestão do cuidado. Ainda são intensos, e em disputa, dentro da SES, os sentidos de apoio. O “tete a tete” com as pessoas nas unidades parecem ampliar a caixa de ferramenta desta equipe de modo que outros podem ser os modos de criação e desdobramento desse trabalho junto aos municípios e suas equipes nas regiões. Essa experiência tem permitido alçar voos junto a outras áreas da secretaria, a partir do encontro com pessoas, seus desejos e potências, ampliando espaço afetivo, de resistência, de criação e de diálogo e conversa com os movimentos sociais e municípios. Uma espécie de movimento-contágio vai se irrompendo entre algumas áreas e equipes da SES, organicamente vai se apoiando a criação de espaços e comitês de saúde junto à população e gestores. Em apoio à coordenação de Gestão Participativa e algumas áreas técnicas da atenção básica criou-se comitês como do Campo, Floresta e Águas, população LGBT, população Negra, Educação Popular em Saúde, grupo de trabalho de saúde dos adolescentes do Degase, população de Rua, pessoas em situação de violência, comitês de Promoção da Equidade e Participação Social Regionais, etc. Sobre o foco do cuidado, o apoio parece não precisar de ‘nome próprio’, é movimento de criação e reinvenção do corpo SES... e que assim seja...

EDUCAÇÃO PERMANENTE E CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: LIMITES E POSSIBILIDADES

Maria Luci Esteves Santiago, Ayla Maria Calixto de Carvalho, Andreia Alves de Sena Silva, Francisco das Chagas de Sá e Pádua, Renara Maria C. de Carvalho, Smithanny Barros da Silva

Palavras-chave: Saúde Escolar, Educação permanente, Política Pública

APRESENTAÇÃO: O processo de formação das equipes de educação e de saúde que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) é um compromisso das três esferas de governo e deve ser trabalhado de maneira contínua e permanente, constituindo o componente 3 do Programa. Destaca-se como foco das formações a realização de atividades de educação permanente de diversas naturezas, junto aos professores, profissionais da escola e das equipes de Saúde da Família, em relação aos vários temas de avaliação das condições de saúde, de prevenção e promoção da saúde. As ações do componente 3 do PSE são apoiadas pelos GTIM, constituído por profissionais da Saúde, Educação Municipal e Estadual e é centrada na gestão compartilhada. Em Teresina, o GTIM foi instituído por portaria específica. A criação do grupo oportunizou, entre outras coisas, o planejamento e execução das Formações inerentes a esse componente do Programa. Este resumo tem como objetivo relatar a experiência do Grupo Técnico Intersetorial Municipal (GTIM) do PSE sobre as atividades desenvolvidas no componente 3 do Programa, de Educação permanente e capacitação dos profissionais para o PSE, realizadas de março a junho de 2014. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um relato de experiência do GTIM do PSE, sobre as atividades desenvolvidas no componente 3, do referido Programa. Os Seminários aconteceram nos turnos manhã e tarde, sendo o de Promoção da Alimentação Saudável do PSE, realizado nos 25 e 26 de fevereiro de 2014. O Seminário de Prevenção do uso de Tabaco, Álcool, Crack e outras drogas, aconteceu nos dias 03 e 04 de abril de 2014 e o Seminário sobre Direitos sexuais e reprodutivos e prevenção das DST/AIDS aconteceu no dia 04 de junho de 2014. Resultados: A primeira formação, o

Seminário sobre Promoção da Alimentação Saudável do PSE, foi realizado nos 25 e 26 de fevereiro de 2014, no turno da manhã e, promoveu discussões relacionadas sobre os fatores desencadeadores da obesidade; questões relacionadas ao diabetes mellitus, seus sintomas, preconceito, dificuldades de acesso aos alimentos e alimentos recomendados; e ainda sobre alimentação e qualidade de vida, identificando nos alimentos do dia a dia quais as escolhas mais saudáveis através da verificação da rotulagem dos alimentos. E, ainda, a discussão de atividades, a serem trabalhadas nas escolas, a partir do Guia de sugestões de atividades da Semana Saúde na Escola do Ministério da Saúde. A segunda formação, o Seminário de Prevenção do uso de Tabaco, Álcool, Crack e outras drogas, aconteceu nos dias 03 e 04 de abril de 2014, nos turnos manhã e tarde. Neste debateu-se sobre a Política de Redução de Danos; sobre a abordagem precoce dos transtornos psiquiátricos na adolescência; sobre o papel da família, como aliada para prevenção do uso de drogas; a escola como espaço privilegiado para prevenção do uso de drogas, através de uma experiência de um município do Estado. Por fim apresentou-se a Rede de apoio a prevenção, tratamento e reinserção social dos usuários de drogas de Teresina. O seminário envolveu secretarias de Enfrentamento às Drogas; Centro de Apoio Psicossocial; Universidade; Secretaria da Assistência Social; de Segurança Pública; do Esporte e Lazer; da Juventude, da Cultural entre outras. A terceira formação, sobre Direitos sexuais e reprodutivos e prevenção das DST/AIDS aconteceu no dia 04 de junho de 2014, durante todo dia, onde foi abordado sobre as mudanças físicas e comportamentais da adolescência e seus reflexos sobre a sexualidade dentro da família e escola. Sendo apresentado ainda relato de experiências de equipe de saúde da família sobre o trabalho

de fortalecimento de vínculos com adolescentes, que favoreceram a discussão sobre sexualidade. A constituição do GTIM colaborou positivamente para a construção coletiva das ações, todavia, ainda percebe-se um maior envolvimento dos profissionais da Saúde, desde grupo, no planejamento e execução das atividades. Conjectura-se que, o fato dos recursos financeiros do Programa serem geridos pela Saúde interfere para que os atores da Educação, não se reconheçam como protagonistas do Programa. Considerações finais: A constituição do GTIM deve ser feita de forma criteriosa, a fim de constituir um grupo coeso, proativo, engajado com as questões do Programa e preparado para efetivar a intersectorialidade, capaz de refletir no planejamento e execução das ações. Destaca-se o papel relevante da gestão do PSE a nível local, envolvendo as secretarias de Saúde e Educação, como motivadores do GTIM.

IMPLANTAÇÃO DA UNIDADE DE ACOlhIMENTO ADULTO DE CARÁTER TRANSITÓRIO NO MUNICÍPIO DE URUGUAIANA, RIO GRANDE DO SUL: O CUIDADO PARA UM “NOVO AMANHÃ”

Moroni Correa de Oliveira, Liene Maria Pereira de Campo, Elinar Maria Stracke, Laura Virgili Claro

Palavras-chave: Saúde Mental, Redução de Danos, Serviços de Saúde

APRESENTAÇÃO: O uso e/ou abuso de drogas lícitas e ilícitas não é um algo novo na sociedade. Há milhares de anos, por diversas razões estas substâncias psicoativas são utilizadas pelo homem, algumas por motivos religiosos ou culturais, para facilitar a socialização ou até mesmo para se isolar (MACHADO; BOARINI, 2013). Neste contexto, é possível observarmos na atual sociedade as consequências de tal uso, tornando em quase sua totalidade, um

problema de Saúde Pública, com reflexos na formulação de conceitos ou pré-conceitos que permeiam o conceito drogas e suas implicações na sociedade, dentre eles por exemplo, o aumento da violência e indivíduos em situação de rua. Há um crescente aumento do número de uso de drogas no mundo, onde claramente é possível observarmos as diversas mudanças, que integram a sociedade atual, com impacto em seus costumes e valores pessoais. Com isto, segundo Nasiet al. (2015), argumenta sobre o aumento da identificação de novos casos de indivíduos com problemas de saúde mental, os quais, para se reinserirem na sociedade, demandam de apoio social. Uruguaiana situa-se na micro-região da campanha ocidental do Estado do Rio Grande do Sul, fazendo fronteira com o Uruguai ao Sul, e com a Argentina a Oeste, pertencente ao MERCOSUL. Apresenta um Comércio Exterior fortalecido devido à fronteira com a Argentina tendo o maior Porto Seco Rodoviário da América Latina, situado na cidade, com uma frota significativa de caminhões que atravessam as nossas fronteiras. Pela sua localização estratégica de fronteira, faz parte do Plano Emergencial de Acesso ao Tratamento de Usuários de Álcool e Drogas propostos pelo Ministério da Saúde, que lança novos dispositivos de enfrentamento ao combate ao crack, como o programa de ação conjunta da Organização Mundial da Saúde e do Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC/OMS) para ampliação do Tratamento. Através da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas de 2003 o crack como foco principal da estratégia que compõem ações de Redução de Danos, propondo-se a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo (FONSECA, 2012). Muitos estudos no campo de uso de álcool e outras drogas, afirmam que o uso de substâncias psicoativas é

um problema mundial. Levantamentos no Brasil sobre drogas, realizados entre 2001 e 2005 apresentaram o resultado do aumento de 19,4 para 22,8% o consumo de qualquer droga ilícita (VARGENS; CRUZ; SANTOS, 2011). O uso do Crack ganhou uma proporção muito elevada no fator de uso/dependência nos Estados Unidos na década de 1980 e na Europa passa a ser introduzido no início dos anos 90, sendo um problema ainda de preocupação crescente. No Brasil, foi introduzida a droga no final dos anos 80, e seu consumo aumentou muito rapidamente, isto em consequência do preço baixo e aos efeitos intensos que a droga propicia (VARGENS; CRUZ; SANTOS, 2011). O crack tornou-se um relevante problema de Saúde Pública gerando graves prejuízos físicos, psicológicos e sociais a indivíduos e famílias. Em face da complexidade que envolve o fenômeno, o cuidado em saúde mental deve abranger de maneira pautada no trabalho multidisciplinar, superando o modelo biomédico, desenvolvendo tecnologias de cuidado que propiciem a reintegração dessas pessoas à vida em sociedade. Justifica-se esta necessidade, ao inferir que o indivíduo ao estar sendo inserido a comunidade estará amparado para lidar com o sofrimento psíquico, físico e social que afetam sua saúde (NASI et al., 2015) Através da lei 10.216 de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, fica garantido aos usuários de serviços de saúde mental, tanto aos indivíduos que sofrem transtornos mentais, quanto os decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, a universalidade de acesso e direito a assistência; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando estabelece a necessidade dos serviços comporem o mais próximo do convívio social de seus usuários, passando a priorizar a rede cuidados extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas- CAPS AD (MACHADO; BOARINI, 2013; BRASIL, 2003). Segundo Elias e Bastos (2011),

“pessoas que usam drogas de modo prejudicial apresentam-se em uma situação de maior risco, desta maneira necessitam de maiores e mais intensivos cuidados de saúde do que a população como um todo. Segundo Vasconcelos et AL (2015, p. 51) “O cuidado a usuários de álcool e outras drogas necessita do comprometimento com a construção de vínculo sem focar na finalidade de retirar seus vícios de cena, mas, sim, trabalhando com eles, entendendo a relação estabelecida entre sujeito-compulsão”. Ainda segundo estes, para a produção de um cuidado (clínica) é necessário entender que a droga compõe um território subjetivo, tem uma função singular neste panorama. Para a construção e consolidação da chamada clínica ampliada, devemos observar segundo os mesmos: descentrar-se da doença, desfocar-se da droga como “o” problema a ser extirpado, para comprometer-se com a constituição de outros processos de subjetivação, vislumbrando e construindo outras novas formas de vida, e de vida em sociedade, onde o usuário é igual a todos baseando-se na premissa da igualdade e direito de acesso à saúde e tratamento perante o modelo que rege o atual cenário da Saúde Brasileira, o SUS. No intuito de ampliar ações de atenção em Saúde Mental, a Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana, RS, a partir do ano de 2014, iniciou a implantação da Casa de Acolhimento Transitório, momento em que realiza o processo seletivo de profissionais, com base na portaria ministerial nº 121, de 25 de Janeiro de 2012, a qual institui a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Tem por objetivo conforme inciso primeiro oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação

de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo (BRASIL, 2015). O CAPS de referência (CAPS ADIII Homero Tarrago) será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular de cada usuário. A UAA terá disponibilidade de 15 vagas, destinada à maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos, com o funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana. Estruturalmente o serviço, é formada por 3 quartos, cada um com 5 camas, divididos entre a categoria de masculinos e femininos, uma sala para lazer, 2 salas de atendimento, um refeitório, uma cozinha, 2 banheiros com chuveiro, um banheiro para os funcionários, um auditório para a realização de palestras/atividades, uma sala administrativa, e um pátio aos fundos. De acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, está formulada a composição mínima da equipe de saúde, contando com 1 Enfermeira, 3 Técnicos de Enfermagem, 2 Psicólogas e 1 Assistente Social. Pretende-se com a ampliação de serviços na Rede de Atenção em Saúde Mental do município, garantir um espaço que visa proporcionar aos usuários em vulnerabilidade social, o direito e a capacidade de uma vida digna, estimulando a autonomia dos indivíduos e sua reinserção social, por meio do vínculo e cuidado integrado entre diferentes profissionais que compõem a equipe, por meio do desenvolvimento conforme suas especificidades de atividades e ações que potencializem tal resultado almejado.

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Rosana Claudia Mirandola, Elenara Oliveira Ribas, Márcio Mariath Belloc

Palavras-chave: Programa Nacional de Segurança do Paciente, gerenciamento de risco, rede de atenção à saúde

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.

IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

Rodrigo André Cuevas Gaete, Igor de Carvalho Gomes, Adriana Kitajima

Palavras-chave: Sistema de Informação, Atenção Básica, Prontuário Eletrônico

APRESENTAÇÃO: O projeto de substituição do Sistema de Informação da Atenção

Básica (SIAB), iniciado em 2011, foi criado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) sob uma clara necessidade de modernizar a plataforma de informação que tinha disponível a época, como reflexo do lançamento da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) também em 2011. Em 2012, o censo das Unidades Básicas de Saúde (UBS), sob demanda do Programa Nacional de Requalificação das UBS, mostrava o cenário de informatização em que se encontravam as unidades, colocando um grande desafio de modernização do sistema, com apenas 12% dos consultórios médicos e de enfermagem capazes de receber um sistema com Prontuário Eletrônico, e um pouco mais de 30% das unidades com algum tipo de conectividade de internet, de tal forma que fosse possível compartilhar informação com a rede de atenção à saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Algumas diretrizes essenciais foram destacadas no projeto: sistema centrado no cidadão, individualização do registro clínico e orientado ao Registro Eletrônico de Saúde (RES) padronizados. Com essas diretrizes ficou claro que era necessário mais que um sistema de software, seria necessário uma estratégia, a qual se deu o nome de Estratégia e-SUS Atenção Básica. Além de um conjunto de ações sobre a padronização de registros clínicos com vistas a um sistema de RES e a necessidade de reorientar o desenvolvimento de sistemas sob a necessidade de interoperabilidade entre eles, em 2013, dois sistemas foram criados: 1) Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), sistema a cargo das informações em nível nacional e de uso secundário; 2) Sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), composto por dois softwares, um com Coleta de Dados Simplificada (CDS) e outro com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), ambos encarregados do usuário primário do sistema de informação, ou seja, o profissional de saúde. Para

sistemas terceiros ou próprios já existentes nos municípios, foi ofertado um mecanismo de importação de dados de registros de atendimento usando o framework Apache Thrift, e mais recentemente o formato XML. O sistema com CDS é um software de apoio a digitação de um conjunto de fichas e formulários que contemplam minimamente o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, a saber: Cadastro Domiciliar, Cadastro Individual, Ficha de Atendimento Individual, Ficha de Procedimentos, Atividades Coletivas, entre outras. O sistema com PEC, é um software que atende as necessidades mínimas de informatização e gestão de uma UBS, contempla os fluxos de agenda do profissional, de recepção, acolhimento e atendimento do cidadão. Em especial o Prontuário Eletrônico, usado para atendimento, utiliza o modelo de Registro Clínico Orientado à Problemas (RCOP) permitindo o uso integrado do método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) com o sistema de Classificação Internacional da Atenção Primária - CIAP2 (Motivo da Consulta, Problema Detectado, e Intervenções e Procedimentos). Entre as estratégias de implantação do e-SUS AB no país, se destacam quatro: 1) QualiSUS/ Proesf: um projeto de implantação com financiamento integral das ações de informatização das UBS, alcançando um total de 486 municípios em 15 regiões metropolitanas do país; 2) Núcleos de Telessaúde: incentivo financeiro para 15 núcleos com o objetivo de capacitar e apoiar a implantação do Sistema e-SUS AB, tanto no aspecto de saúde como na formação de capacidade de tecnologia de informação (TI), atingindo um total de 1820 municípios; 3) Oficinas de capacitação de multiplicadores para municípios com mais de 100 mil habitantes; 4) Equipe de consultores de implantação: ofertado a municípios em situação de baixa implantação do sistema, totalizando um conjunto de 1296 municípios.

RESULTADOS: A partir da primeira versão do Sistema e-SUS AB, lançado em agosto de 2013, até o momento atual, agosto de 2015 e a alguns passos de alcançar a transição total entre o SIAB para o SISAB, com 90,6% dos municípios enviando dados para o novo sistema de informação nacional. É possível observar na Figura 01, como se deu a evolução da implantação no território nacional. A Figura 02 mostra a evolução percentual da situação de implantação por equipe de saúde, considerando implantado uma equipe que utiliza qualquer um dos softwares do Sistema e-SUS AB e incluindo a exportação de dados por sistemas próprios. Figura 01 - Evolução da Implantação em território nacional (DAB, 2015) Figura 02 - Situação de Implantação, semestral, por EQUIPE (DAB, 2015) Para avaliação da situação de implantação foram considerados os seguintes parâmetros: 1) implantado, 60% das equipes ESF ou mais estão em estágio II ou III de implantação; 2) intermediário, entre 30 e 60% das equipes ESF estão em estágio II ou III de implantação; 3) incipiente, ao menos uma equipe ESF iniciou a implantação do e-SUS AB; e 4) não iniciado, nenhuma equipe ESF iniciou a implantação do e-SUS AB. Para as classificação de estágios de implantação por equipe adotou-se os seguintes parâmetros: Estágio I, envio apenas dos registros de atividade coletiva; Estágio II, envio de qualquer registro de ação de saúde; e Estágio III, envio mínimo de registros de cadastro individual, atendimento individual e visitas domiciliares. Durante a análise do processo de implantação se percebeu uma correlação importante entre os municípios de pequeno porte e a situação de implantação, onde os municípios com menor porte populacional e com até 10 equipes, tiveram maior capacidade de implantação, independente da sua classificação no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O processo de implantação da Estratégia

e-SUS AB, alcançando uma altíssima taxa de implantação, em apenas dois anos do lançamento do novo sistema, não teria sido possível sem o grande esforço do coletivo de equipes de gestão dos municípios e dos estados, bem como no envolvimento maciço dos profissionais de saúde que valorizaram a necessidade de substituir o sistema antigo por ferramentas mais modernas e pelo conjunto de informações agora mais próximas de uma gestão da clínica mais efetiva. Sobre a estratégia, pode-se concluir que foi fundamental considerar o contexto atual de cada município, oferecendo softwares de registro simplificado de tal forma que fosse possível iniciar a implantação da estratégia ainda que estes não tivessem uma estrutura de informática adequada. Em perspectiva, se espera que as equipes que queiram implantar sistemas com Prontuário Eletrônico possam fazê-lo ao ter disponível computadores e uma rede local na unidade, e na sequência que possam compartilhar informação por meio de um sistema de RES a partir de ter disponível uma conexão de internet.

INCENTIVOS FINANCEIROS ESTADUAIS À SAÚDE DA FAMÍLIA: ADESÕES NAS REGIÕES DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2013-2014

Aline de Souza Moscardini, Roger dos Santos Rosa, Fabiane Vargas de Vargas, Liara Saldanha Brites

Palavras-chave: financiamento, atenção básica, regionalização

Este relato de experiência aborda aspectos do financiamento em saúde, pauta relevante em todas as esferas de governo quando se discute compartilhamento de responsabilidades e garantia de alcance da universalidade e da integralidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O relato centra-se nos recursos destinados à atenção

básica no Rio Grande do Sul, em especial para a Estratégia de Saúde da Família, por meio de incentivos financeiros instituídos por meio de transferências fundo a fundo, ou seja, do fundo estadual de saúde para os fundos municipais de saúde, de forma regular e automática. Os incentivos foram criados pela Comissão Intergestores Bipartite do Rio Grande do Sul (CIB/RS) por meio da Resolução nº 503/2013 que estabeleceu um conjunto de incentivos financeiros estaduais diferenciados para qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal (http://www.saude.rs.gov.br/upload/1382539863_cibr503_13.pdf). A Resolução reconhecia a importância do profissional de enfermagem e a formação diferenciada do Médico de Família e Comunidade para a qualificação da Estratégia de Saúde da Família, bem como a necessidade de incentivar a presença do técnico de saúde bucal para ampliar o acesso e qualificar as ações de saúde bucal. Os recursos financeiros oriundos da Resolução podem ser utilizados pelos municípios para despesas de custeio e de capital, desde que estejam coerentes com a Política Nacional de Atenção Básica. A prestação de contas é feita por meio do Relatório de Gestão Municipal de Saúde. O objetivo deste trabalho foi analisar a distribuição das adesões aos incentivos financeiros estaduais criados pela Resolução nº 503/2013–CIB/RS nas 30 Regiões de Saúde do RS nos dois primeiros anos, destinados a estimular a inclusão nas equipes de Saúde da Família de (i) Médico de Família e Comunidade; (ii) 2º Enfermeiro; e (iii) Técnico em Saúde Bucal modalidade I. **Procedimentos metodológicos** O estudo teve caráter descritivo e documental cujas fontes foram os dados coletados das adesões aos incentivos financeiros estaduais previstos na Resolução nº 503/2013–CIB/RS. Foi utilizado o sistema online do Formsus - Coleta de dados de fontes secundários, oficiais e públicos. A unidade de análise foram as 30 Regiões de

Saúde do RS e o período os anos de 2013 a 2014. Os dados foram organizados em planilhas Excel®. Por utilizar fontes de dados públicos de natureza financeira e contábil e não caracterizados como pesquisa em seres humanos, não houve necessidade dos trâmites previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados encontrados na pesquisa que em 2013, ou seja, no ano de edição da Resolução nº 503/2013-CIB/RS, não ocorreram adesões aos incentivos nas Regiões de Saúde. Em contrapartida, 26 (86,7%) das 30 regiões apresentavam algum município com adesão em 2014. Quatro regiões não apresentaram município algum com adesão (Fronteira Oeste, Pampa, Uva Vale e Jacuí Centro). O total de adesões aos três diferentes incentivos nas 30 Regiões de Saúde do estado foi de 126 em 2014. Foram 62 (49,2%) adesões para o incentivo para o 2º Enfermeiro, 38 (30,1%) para o de Médico de Família e Comunidade e 26 (20,7%) para o de Técnico em Saúde Bucal O maior número de adesões ocorreu na região Capital/Vale Gravataí, que totalizou 34 adesões (27%). Essa região é formada por apenas seis municípios, mas conta com a maior população (2,2 milhões de habitantes) em relação às demais. Em seguida, as Regiões Diversidade e Vales e Montanhas apresentaram cada uma 9 adesões aos três diferentes incentivos. As Regiões Alto Uruguai Gaúcho e Rota da Produção, 7 adesões cada. Foram seguidas pelas da Fronteira Noroeste e Caminho das Águas com 6 adesões cada, e pelas regiões Vale dos Sinos e Sete Povos das Missões, com 5. Já as com 4 adesões foram Belas Praias, Vale do Caí/Metropolitana, Planalto e Sul. No grupo com menos quantidade de adesões, uma região teve 3 (Botucaraí) e sete apresentaram 2 adesões cada uma (Entre Rios, Bons Ventos, Vale Paranhana/Campos da Serra, Araucárias, Caxias e Hortências, Vinte e Oito, e Vale da Luz). Por fim, com apenas 1 adesão estão Verdes

Campos, Carbonífera/Costa Doce, Portal das Missões, Campos de Cima da Serra, e Vinhedos e Basalto. Quanto ao incentivo para inclusão do 2º Enfermeiro na equipe de Saúde da Família, incentivo que apresentou maior número de adesões, foram 62. Do total das 30 Regiões de Saúde, 21 (70,0%) aderiram e apenas 9 não encaminharam adesão. Em relação ao incentivo para Médico de Família e Comunidade, o segundo incentivo criado pela Resolução nº 503/2013-CIB/RS em número de adesões, 16 (53,3%) regiões aderiram e 14 não solicitaram adesão, totalizando 38 adesões. A região Capital/Vale Gravataí apresentou o maior número, com nove. A região Fronteira Noroeste com cinco adesões seguiu-se das regiões Diversidades e Vales e Montanhas com quatro cada uma. Acerca do incentivo para inclusão do Técnico em Saúde Bucal, o incentivo que apresentou o menor número de adesões, apenas 2 (6,7%) regiões aderiram - a Região Capital/Vale Gravataí e a Sete Povos das Missões, respectivamente com 25 e uma adesão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Idealmente, espera-se que a criação e a implantação de incentivos financeiros para melhorar e estruturar a atenção básica presente, em última instância, impactos positivos nos indicadores de saúde da população do território em que são aplicados. Essa expectativa é reforçada pela natureza não coercitiva do incentivo, cuja adesão é facultativa aos municípios, esperando-se que seja tanto maior quanto maior interesse local existir. Contudo, as fragilidades de diferentes ordens identificadas no curto período disponível para análise, a diversidade acentuada na distribuição geográfica das adesões por região de saúde e as limitações das fontes utilizadas (dados secundários e fontes documentais) não permitem que tais achados embasem inferências sobre os impactos para a população advindos de tais adesões. Nesse sentido, cabe ressaltar

que foi previsto o acompanhamento dos desdobramentos das adesões nos próximos anos. Há necessidade que sejam realizados outros estudos para analisar os impactos desses incentivos financeiros na produção de ações em saúde por esses profissionais e nos indicadores de saúde por região. Por fim, é necessário avançar em estratégias inovadoras, incluindo incentivos estaduais semelhantes, que viabilizem a qualificação da Saúde da Família e que possibilitem com que a força técnica profissional seja ampliada para garantir as premissas do SUS, no acesso à saúde de qualidade e para todos.

INFLUÊNCIA DA GESTÃO PARA O FUNCIONAMENTO DAS DIFERENTES UNIDADES DE SAÚDE VISITADAS DURANTE O VER-SUS UBERLÂNDIA E UBERABA

Aline Cristina Barbosa Siqueira, Augusto César Ferreira Rocha, Cristiane de Souza Moraes Donegá, Gabriela Alves Martins Guimarães Lyrio Todo, Maria Juliana da Silva Almeida, Morgana de Oliveira Couto

Palavras-chave: gestão, ver-sus, cargos, saúde

Apresentação: Trata-se de um relato de experiência que objetiva comparar criticamente as gestões de diferentes unidades de saúde visitadas durante as Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) Uberlândia 2015.1 e VER-SUS Uberaba 2015.2. As vivências permitiram aos participantes analisarem e compararem algumas unidades de saúde de maneira crítica. No que se refere à gestão da atenção na saúde, é importante considerar que um dos principais entraves ao desenvolvimento da Reforma Sanitária brasileira tem sido, segundo Carvalho & Cunha (2006), a falta de engajamento para que ocorram

mudanças no processo de trabalho e falta de participação dos trabalhadores da área da saúde na melhoria da classe. Nesse sentido, percebe-se a importância de se considerar o trabalho desses profissionais como um elemento determinante para a mudança do modelo assistencial em saúde. Cabe lembrar que os modelos de assistência em saúde apresentam-se tanto como uma tradução pragmática das regras legislativas que normatizam o setor, de condicionantes macropolíticas (Estado, Políticas Públicas), econômicas e sociais, quanto pela ação política de sujeitos individuais e coletivos (Carvalho & Cunha, 2006). Os participantes das vivências constataram que todos os cargos de gestão de unidades de saúde em Uberaba são comissionados, sob indicação política, o que muitas vezes pode resultar em ineficiência administrativa, seguindo a lógica da “cordialidade”, descrita por Sérgio Buarque de Holanda (1902-1982), não levando em conta a capacitação profissional. Soma-se a isso o fato de, na maioria das vezes, não existir um treinamento eficiente desses gestores, adaptado à realidade da unidade em questão. Em tais contextos vivenciados, foram identificados profissionais desde os mais capacitados até aqueles que são ausentes dos locais de sua responsabilidade. Tais percepções focais demonstram a necessidade de se construir alternativas organizacionais que busquem a superação de uma determinada tradição gerencial fundamentada na transformação das pessoas em instrumentos que seguem os objetivos das instituições de saúde. É preciso para a superação dessa visão reducionista o estímulo do compromisso das equipes com a produção de saúde. Desenvolvimento do trabalho: Exemplos dessas realidades foram observados em março de 2015, durante o VER-SUS Uberlândia, quando os participantes visitaram instituições como a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF)

Rural Tangará e a Unidade de Atendimento Integrado (UAI) Tibery, locais significativos para comparação de gestões. A primeira, apesar de contar com menos recursos em relação à cidade, garantiu melhorias na promoção e prevenção da saúde da população rural desde a sua fundação, em agosto de 2014. A UAI Tibery, que tem um fluxo populacional e verbas maiores, ainda assim não promove a totalidade dos benefícios que poderia ofertar às suas 11 áreas de referência. Apesar de tratar-se de níveis diferentes de atenção à saúde, essa comparação ocorreu pelos questionamentos relacionados à forma como acontecia a gestão das unidades, sendo percebido um maior conhecimento e articulação entre administração e saúde pública pela coordenação da UBSF Rural. O VER-SUS Uberaba, em julho de 2015, permitiu aos visitantes o entendimento da discrepância do funcionamento das unidades de saúde de acordo com a gestão. No Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), não ocorrem atendimentos essenciais, como aqueles voltados para a saúde da mulher idosa, da mulher negra e da mulher transexual, que são populações submetidas a determinantes sociais da saúde que merecem uma atenção especializada. Diante o discurso da gestora, notou-se que mesmo contando com um dos melhores espaços físicos, em comparação a outras unidades de saúde, ele é pouco aproveitado. Na Residência Terapêutica, no bairro Fabrício, segundo relatos dos funcionários e observação dos visitantes, o gestor aparece uma vez por mês. Em oposição ao CAISM, o local é alugado e inapropriado às atividades dos residentes, tendo, ainda assim, utilização máxima do espaço. A unidade funciona devido ao empenho dos funcionários, o que evidencia a importância do trabalho multiprofissional comprometido para o funcionamento adequado de uma unidade, ainda que a

gestão em si não seja efetiva. Na Unidade Especializada em Reabilitação (UER), o gestor demonstrou pouco conhecimento sobre a instituição e os serviços prestados. Aqui observa-se que cargos comissionados têm a possibilidade de atrapalhar ou potencializar um funcionamento mais eficaz da instituição, de acordo com seu preparo profissional e sua motivação interna. O Centro de Saúde Eurico Vilela de Uberaba, abrangendo três gestões (básica, especializada e epidemiológica) necessitava de uma coordenação mais eficaz; possui, agora, um gestor comissionado, que está promovendo a unidade. Isso ficou evidente pois, antes dele a unidade estava com defasagem estrutural, materiais entulhados, e programas com pouca eficiência. Após seis meses de sua gerência, foi perceptível melhorias significativas, como a ausência de entulhos, reforma do prédio – cedido pelo Estado e inadequado para as atividades -, efetivação e criação de programas de saúde. Também foi possível conhecer o funcionamento da Farmácia de Acolhimento de Uberaba, inaugurada em junho de 2013, abrangendo tanto usuários da farmácia básica quanto os de medicamentos de alto custo. O objetivo da unidade é, por meio de uma equipe treinada, dar o atendimento correto, seguindo o fluxo farmacêutico preconizado pelo Ministério da Saúde. Foi possível observar que a presença de uma advogada, ainda que comissionada, comprometida na gestão da unidade juntamente com a ação de profissionais da área farmacêutica, resultou em otimização da distribuição e fluxo dos medicamentos no município. Ademais, houve redução da judicialização da Saúde, pois a coordenadora promoveu uma integração entre os médicos e juízes, reduzindo a necessidade de mandados judiciais para o fornecimento de medicamentos. Resultados: As realidades vivenciadas nas duas cidades apresentaram variedade de modelos de gestão que evidenciaram

situações díspares de coordenadores comissionados e concursados. Enquanto uns desempenhavam a função eficazmente, dispostos a realizarem um atendimento multidisciplinar, que atenda às demandas biopsicossociais dos usuários, outros tinham como padrão a ineficácia. Em casos de gestão inoperante, percebia-se a importância dos profissionais que realizavam as atividades e geriam indiretamente a unidade. Outro entrave era a estrutura dos espaços, que prejudicava a gerência da maioria dos locais visitados, pois eram alugados ou cedidos e inapropriados. Assim, faz-se necessário a existência concomitante de um profissional gestor capacitado, perceptivo às necessidades estruturais, administrativas e sociais, e uma equipe comprometida com as demandas da saúde pública. Segundo Carvalho & Cunha (2006), o comprometimento dos trabalhadores de saúde deve necessariamente incluir a ideia de que: “A compreensão que temos sobre o que é saúde e doença condiciona o olhar sobre a realidade e define, em boa medida, o que é problema de saúde, assumindo um papel determinante sobre as características organizativas do setor da saúde”. Sendo assim, apenas o trabalho conjunto destes agentes sociais pode resultar no funcionamento ideal das unidades que compõem o SUS. Considerações finais Nos municípios de Uberaba e Uberlândia, em Minas Gerais, o cargo comissionado é um aspecto relevante, pois é adequado quando a pessoa indicada é capacitada para tal função, porém, um problema quando ela possui o cargo e não desenvolve melhorias esperadas. Também foi possível observar diversos fatores situacionais referentes ao modo de gestão, sendo possível afirmar que para que ocorra o funcionamento efetivo da unidade de saúde é preciso uma equipe adaptada à realidade do espaço e disposta a atuar em conjunto para a prevenção de doenças, promoção e reabilitação da saúde.

O “MULTI” NOSSO DE CADA DIA: A EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS NO PROCESSO DE TRABALHO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Tarcila Freitas de Sousa, Thaís Almeida Brasil, Sofia Yoneta, Ruan Rocha Silva, Danielle Rodrigues Siqueira, Lilian Miranda, Maria Lucia Freitas Santos

Palavras-chave: atenção básica, estratégia de saúde da família, processo de trabalho, trabalho em equipe

Relato de experiência, de abordagem qualitativa, tipo descritivo, sobre processo de trabalho de uma equipe de Saúde da Família (eSF) sob o olhar de residentes multiprofissionais: Assistente Social, Cirurgiã-Dentista, Enfermeira, Nutricionista e Psicólogo. É um relato construído a partir de um trabalho intitulado “Diagnóstico Situacional em Saúde” apresentado ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) em Agosto de 2015. Buscamos reconhecer nossos papéis de residentes multiprofissionais e acompanhar os efeitos que produzimos. Nossa proposta se apoiou na proposição e no desenvolvimento de ferramentas para auxiliar a equipe a compreender seu processo de trabalho e adquirir bases mais sólidas para a decisão sobre suas próprias ações, contribuindo para seu processo de autonomia. Objetivo: Descrever a experiência, enquanto residentes multiprofissionais, da integração em um processo de trabalho de uma eSF. Descrição da Experiência: A Atenção Primária à Saúde (APS) é estruturada por um conjunto de ações de promoção e proteção à saúde, bem como, prevenção de agravos (BRASIL, 2012). Estas ações são conduzidas por

meio de práticas gerenciais participativas e democráticas através do trabalho em equipe, dirigidas à população com territórios definidos. Na lógica da ESF, uma equipe multiprofissional, acompanha famílias identificando problemas de saúde, os riscos sociais existentes, os agravantes de saúde da comunidade, dentre outros. Entretanto, no trabalho multiprofissional também existem diversas dificuldades referentes à compreensão e a importância das ações em equipe, como a reunião semanal; a ausência de escuta e compartilhamento de trabalho e experiências entre profissionais; falta organização de ações e atividades. Mesmo com esses entraves, o trabalho multiprofissional proporciona a produção do cuidado em saúde, a troca de saberes entre profissionais com formações diferentes. Possibilita espaço para o desenvolvimento de ações em equipe como reuniões, discussão de casos, grupos, e planejamento. Em nossa vivência, a equipe acompanhada pelos residentes atualmente é composta por um Médico da Família, uma Enfermeira, uma técnica de Enfermagem, seis ACSs, um Dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal. Para conhecer as peculiaridades de uma eSF, além de apoiar o processo de trabalho, propusemos dinâmicas para conhecer questões subjetivas do trabalho, muitas vezes veladas, mas que se materializavam no dia a dia, principalmente no âmbito das relações interprofissionais. Resultados e/ou Impactos: Desde Maio/2015, os residentes estão imersos na rotina de uma eSF. Através da imersão no serviço em saúde com a equipe, os residentes identificaram como desafio as relações interpessoais e profissionais entre os membros da eSF como pouca adesão dos profissionais na reunião, ausência da discussão de casos e troca de experiências, pouca escuta e articulação entre os integrantes da equipe, etc. Assim, estratégias começaram a ser desenvolvidas pelos residentes para contribuir no

processo de trabalho no que diz respeito à relação interprofissional. Tentando superar os desafios quanto à coesão da equipe, na relação conosco, propusemos ferramentas de educação permanente; estratégias de ampliação de parcerias inter e intrasetoriais, avaliando sugestões e adotando tecnologias que aprimorem o processo de trabalho. Reuniões de equipe são espaços privilegiados para educação permanente, corresponsabilização, renegociação e planejamento, sendo o local de encontro muito valorizado e investido por nós. Com isso, propusemos, nessas reuniões, momentos de reflexões e dinâmicas. Na tentativa de contribuir para a consolidação desse espaço, realizamos pactos com todos os integrantes da equipe, como de ouvir o outro, inscrever-se para falar, respeitar as inscrições e se basear em pautas para o seu desenvolvimento. A consolidação da reunião de equipe permitiu um entendimento maior dos profissionais sobre sua importância para a organização e planejamento do trabalho, discussão e repasse de casos, entre outros. A partir disso, a primeira dinâmica realizada trazia à tona o questionamento sobre o que seria processo de trabalho, sua descrição e análise, ressaltando as ações positivas e negativas, bem como os efeitos do trabalho da equipe na composição do cuidado. Essa discussão permitiu que os profissionais defendessem seus pontos de vista, auxiliando na valorização do trabalho da equipe, ao mesmo tempo em que permitiu a reflexão sobre os desafios do trabalho multiprofissional. Depois dessa ação pontual surgiu a proposta de atividades, em médio prazo, na reunião. A estratégia proposta pelos residentes é consolidar oficinas de trabalho com temas demandados pela própria equipe, priorizando espaços de escuta que possibilitem interação. Outra forma de contribuir com a integração da equipe foi a participação dos residentes no grupo de Hiperdia. Esse grupo era

desenvolvido somente na forma de consultas coletivas para troca de receitas. Na tentativa de construir um espaço de vínculos, trocas, informações e educação permanente entre profissionais e usuários, propusemos que a troca de receitas acontecesse concomitantemente com uma roda de conversa nesses encontros mensais sobre temas diversos, tanto sobre os mitos e verdades sobre Diabetes e Hipertensão, quanto sobre estilo de vida, alimentação saudável, serviços de saúde e outros. E, nesse horizonte, nos empenhamos para iniciar um movimento de ressignificação do grupo. Observamos que a população ali presente mostrou-se, por ora, satisfeita com as atividades desenvolvidas dos temas diversos. A equipe planejou e desenvolveu a ação com objetivo definido, com a integração e envolvimento dos ACS e do educador físico. Conhecendo nossas limitações, assumindo os desafios a serem superados, nos contemplou ter realizado a proposta de forma organizada. Pudemos notar que um dos desafios encontrados pela equipe consiste em planejar os espaços de grupos e explorar suas potencialidades. Considerações Finais: O cuidado prestado à população se coloca condicionado à dinâmica de interação dos profissionais de uma eSF. Em uma equipe multiprofissional em saúde, espera-se integração e interação entre os membros, na dinâmica de co-responsabilização do cuidado com indivíduo, família e comunidade. Sabendo das exigências e sobrecarga do processo de trabalho desses profissionais na APS, particularmente aqueles inseridos na Saúde da Família, recomenda-se fortemente discutir sobre planejamento de ações voltadas para a Saúde do Trabalhador, tematizando o Sofrimento no Trabalho e criando formas coletivas de enfrentamento das dificuldades.

O PAINEL DE BORDO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Carine de Oliveira Franco Morais, Selma Antunes Nunes Diniz, Fabio Renan de Lucia, Lucia Carvalho Cidrao

Palavras-chave: Mapa Estratégico, Balanced Scorecard, Painel de Bordo

Com o advento do processo de estruturação das Redes de Atenção à Saúde no município de Fortaleza, em 2013, que teve por objetivo reorganizar e integrar os serviços de saúde, observou-se a necessidade de mensurar em dados quantitativos a aplicabilidade do Mapa Estratégico (ME) da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, que pontua as áreas prioritárias de ação. Dessa forma, lançou-se mão de uma ferramenta chamada Painel de Bordo para o monitoramento das ações desenvolvidas nas áreas prioritárias de atuação definidas previamente na construção da missão, visão, valores e objetivos da instituição. O Painel de Bordo é uma ferramenta disponível aos gestores locais das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) que possibilita a medição de desempenho cotidiano das equipes, a partir das metas, com capacidade de programar ações de prevenção ou correção, permitindo a extração de relatórios para tomada de decisão, buscando a melhoria contínua dos resultados em saúde. É um método de coleta de dados quantitativos e de análise qualitativa destes, que tem seu fundamento teórico no Balanced Scorecard, que é um modelo de gestão criado por David P. Norton, do Instituto Nolan, Norton e Company, e por Robert S. Kaplan, da Harvard Business Scholl. Tal método tem como cerne a estratégia organizacional voltada para o desenvolvimento de objetivos de ações consideradas essenciais

para a existência e atuação da organização. É a definição dos objetivos de uma instituição que possibilita o delineamento do ME, e este serve como instrumento norteador dos planos operacionais, portanto, o ME é a representação gráfica das conexões entre as ações traçadas no ambiente organizacional. (KAPLAN & NORTON, 2004). No contexto de ação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, a construção do ME firmou o compromisso com a sociedade de reduzir a mortalidade materna e infantil, reduzir a mortalidade prematura por doenças cardiovasculares, reduzir a mortalidade por causas externas, reduzir a mortalidade por câncer (mama e colo uterino) e reduzir a mortalidade por dengue. Com fins didáticos e estratégicos, o Painel de Bordo está contemplando inicialmente, 3 dos 5 objetivos estratégicos referidos: redução da mortalidade materna e infantil, redução da mortalidade prematura por doenças cardiovasculares e redução da mortalidade por câncer (mama e colo uterino), totalizando em 13 indicadores. A coleta de dados se dá por meio dos relatórios de atendimentos gerados pelo prontuário eletrônico, cujo acesso é facultado ao gestor local das UAPS. Com o advento das novas tecnologias e com a agilidade com que as informações transitam hoje através da Internet o prontuário de papel ficou obsoleto. Tudo isso fez surgir a necessidade de consolidar as informações adquiridas acerca de determinado indivíduo no momento das consultas por parte de profissionais da saúde em uma ferramenta digital, então foi criado o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Considerando a definição do Institute of Medicine (apud MARIN & NETO, 2003), o PEP é um registro eletrônico que reside em um sistema especificamente projetado para apoiar os usuários fornecendo acesso a um conjunto de dados corretos, alertas, sistemas de apoio à decisão e outros recursos, como

links para bases de conhecimento médico. Em Fortaleza, o modelo de prontuário utilizado nas UAPS é o desenvolvido pela empresa FastMedic. A base de informações no PEP é o cadastro do paciente. O cadastro na Atenção Primária tem como objetivo, além de fornecer informações atualizadas sobre o indivíduo, fazer a correlação deste com o seu domicílio, uma vez que a atuação da Equipe de Saúde da Família (ESF) fundamenta-se na territorialização que divide a área de abrangência de uma unidade de saúde em microáreas que ficam sob a responsabilidade direta de um Agente Comunitário de Saúde (ACS), que obedece ao critério de ser responsável por um número de pessoas preconizado pelo Ministério da Saúde, máximo de 750 pessoas por ACS e 4.000 por Equipe de Saúde da Família (DAB/MS). Desse modo, em cada atendimento realizado a um usuário em uma UAPS, o PEP é alimentado pelo profissional que está prestando a assistência. Os dados informados geram um relatório, que está sendo utilizado pelo gestor da UAPS para alimentar os dados solicitados na planilha do Painel de Bordo. O Painel de Bordo elenca, para cada objetivo estratégico, uma série de dados a serem coletados no PEP dentre eles: número de pessoas cadastradas, número de consultas agendadas e realizadas, número de pessoas acompanhadas por cada programa estratégico (Programa de Saúde Integral da Mulher, Programa de Saúde da Criança, Programa de Saúde do Hipertenso/Diabético) e número de coletas de exames citopatológicos. Para definir os objetivos estratégicos a serem utilizados na construção do Painel de Bordo, bem como os indicadores relevantes que a planilha deveria contemplar, foram realizadas oficinas, reuniões e pactuações entre as áreas técnicas envolvidas, o núcleo gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e os técnicos regionais responsáveis pela aplicação e monitoramento do Painel de

Bordo. O processo iniciou-se em abril de 2014 e, em maio de 2015, o Painel de Bordo começou a ser aplicado aos gestores locais das UAPS. Foram realizadas orientações sobre o levantamento dos dados disponíveis no PEP FastMedic, as necessárias para alimentar a planilha eletrônica e atualizada mensalmente de forma online e em tempo real. Os dados são consolidados em planilhas locais, regionais e municipal. O monitoramento é mensal e a cada três meses o gestor realiza avaliação das informações consolidadas. Os indicadores são identificados em três cores: verde, amarelo e vermelho, que são vinculadas às metas pactuadas conforme série histórica de cada equipe, da seguinte forma: o indicador ficará verde quando o resultado alcançado for = a 95% do que foi pactuado, amarelo, de 75% a 94,9% e, vermelho, < que 75%, permitindo ao gestor uma avaliação capaz de subsidiar as tomadas de decisões. Atualmente, já temos cinco meses de preenchimento de Painel de Bordo e é possível observar um maior envolvimento dos gestores com o PEP. Haja vista que o PEP é uma ferramenta nova, que ainda gera muitas dúvidas e receios por parte dos profissionais da Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza, o Painel de Bordo veio auxiliar o gestor local na apropriação do conhecimento acerca das funcionalidades do sistema. Um gestor empoderado, reflete em uma equipe comprometida. O conhecimento do gestor de que as corretas informações no PEP geram um impacto positivo no preenchimento do Painel de Bordo e estimula a equipe a ter acuro no momento de inserir novas informações, afinal, o que mais importa é a condição de saúde do cidadão e a saúde é construída também nesse processo de análise de dados e de informações. Portanto, é possível considerar que, assim como em outras organizações, dentro da Secretaria Municipal de Saúde, a importância de

podermos visualizar de forma balanceada os resultados atingidos é mais que uma medida tática ou operacional. É reflexo da importância que a gestão está dando para a necessidade de termos uma gerência estratégica fundamentada no equilíbrio. Equilíbrio entre medidas financeiras e não financeiras, permitindo o envolvimento de todos os níveis gerenciais, garantindo o foco e possibilitando o alinhamento gerencial e conceitual das ações desenvolvidas na atenção primária à Saúde no município de Fortaleza.

O USO DE TECNOLOGIAS DE NUVEM PARA A ORGANIZAÇÃO E TRANSMISSÃO ON AIR DE UM EVENTO CIENTÍFICO DE SAÚDE

Rita de Cássia Machado da Rocha, Paula Chagas Bortolon, Aliniana dos Santos, Fernanda Silva, Adriana Moraes, Maria Corina Amaral Viana, Nilton Bahlis dos Santos

Palavras-chave: educação em rede, tecnologias interativas, internet

Trata-se de um relato de experiência do trabalho em equipe de organização e utilização das tecnologias interativas como whatsapp, facebook e transmissão on air, no I Congresso Norte e Nordeste de Saúde Baseado em Evidências (I Consebe). Os objetivos foram: promover o engajamento da equipe de organização do evento por meio das tecnologias interativas; conectar redes de conhecimento na área de saúde baseada em evidências. O I Consebe sucedeu nos dias 26, 27 e 28 de agosto de 2015, no Centro de Convenções do Cariri, destinado a estudantes, pesquisadores e profissionais interessados na prática baseada em evidências e pesquisas em Gestão, Avaliação e Inovação Tecnológica em Saúde. Uma realização da Universidade

Regional do Cariri (URCA), do Grupo de Pesquisa de Tecnologias em Saúde do SUS (GPTSUS), com o apoio da Rede Brasileira de Avaliação Tecnologia e Saúde – REBRATS, Rede de Políticas Informadas por Evidências - EviNet, do Núcleo de Evidências da URCA, com o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado em Enfermagem) da URCA - Mestrado Profissional da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) URCA – Fiocruz e do Núcleo de Experimentação em Tecnologias Interativas (Next/Fiocruz). O Congresso foi organizado por uma professora, alunos de graduação em enfermagem e do mestrado da Universidade Regional do Cariri (URCA), contando também com profissionais em caráter remoto, coordenados pelo Next, que se empenhou em organizar as atividades na Internet, desde a assistência de elaboração de site, aplicativo, planejamento de mídia, criação do canal no Youtube até a transmissão do evento ao vivo via hangout. Os alunos foram divididos em comissões: a comissão científica era responsável pelos trabalhos que estavam sendo submetidos e os repassavam aos avaliadores; a comissão geral pelas demandas do evento; a comissão de divulgação era responsável pela divulgação na mídia e captação de alunos para o evento nas universidades; e a comissão de transmissão ao vivo ficou responsável pela transmissão do evento em tempo real, empregando o recurso “on air” do hangout. Para facilitar o planejamento e execução das atividades foram criados grupos no WhatsApp, um com todas as pessoas da organização do evento e outros específicos para cada comissão formada. Por meio deste aplicativo de mensageria assíncrona, se tinha uma comunicação ágil e conversas para resolver questões do evento. Coloca-se que a finalidade deste aplicativo seria o de desenvolver ações de articulação da equipe: como organização das atividades, avisos e planejamentos.

Buscando garantir o trabalho colaborativo e interativo, além do acesso remoto a todo o material relativo ao Congresso, foi criada uma conta de e-mail no Gmail, sendo a mesma utilizada para a criação de um canal no Youtube, através do qual foram realizadas as transmissões on air das apresentações, bem como fazer registros de depoimentos pré e pós- congresso. Foi criada também uma fanpage no Facebook como meio de divulgação e visualização do congresso pelos alunos e demais interessados em participar das discussões colocadas pelo evento. A metodologia utilizada foi a de educação em rede, desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa da FIOCRUZ “Tecnologias, Culturas e Práticas Interativas e Inovação em Saúde, tendo seu laboratório o Núcleo de Experimentação em Tecnologias Interativas (Next). Para trabalhar a educação em rede as ações devem se desenvolver em atividades organizadas e sistemáticas, que gerem processos de sincronização entre os participantes. A tentativa de centralização de atividades em rede se relaciona com o formato tradicional, no qual o mediador é o centro das atividades e só ele coordena e impulsiona as ações. Mas, o trabalho em rede é diferente: é voltado para ações distribuídas, organizadas a partir de um acordo pedagógico entre os participantes do processo educacional (professores, tutores, aprendizes, gestores, etc.), onde é definido um mínimo de regras e objetivos que pautam os participantes. A partir deste acordo as ações se desenvolvem de forma autônoma e se torna um processo de educação permanente, um espaço de troca de conhecimentos e um eterno aprendizado em rede e na rede. As formas de comunicação utilizadas para organização e planejamento das atividades também foram usadas, durante e depois do evento e serviram como experimentação de aprendizado em rede, de produção e colaboração para estruturar um evento científico. Percebemos a adesão

às tecnologias pelos alunos e professores organizadores do evento, que se envolveram nas ações desenvolvidas no ambiente web, trazendo comentários e discussões para os grupos do Whatsapp. Quando novos recursos foram apresentados, como o hangout para transmissão on air do evento, todos se mostraram positivos e receptivos à novidade. Logo antes das palestras e durante elas, a organização da equipe era toda feita pelo Whatsapp. Tão logo uma palestra se iniciava a transmissão on air começava e cada grupo específico e geral recebia o post do Youtube e ia divulgando o evento em suas redes sociais. A mesa-redonda “Tecnologias em Saúde” foi a que obteve mais acesso de visualizações no youtube 111, o post da página do Facebook relativo a esta atividade teve um total de 1.558 curtidas e o canal do Youtube “I Consebe” alcançou 828 visualizações e 25 inscrições. Esta última está relacionada às pessoas que se inscrevem no canal e receberam as atualizações e novas postagens nos seus e-mails. Um fator limitante do processo de transmissão foi a pouca prática de alguns membros com o uso desta tecnologia e a instabilidade da internet, que tiveram como consequência a geração de múltiplos links para uma mesma atividade. Dificultando dimensionar seu alcance e o de lay entre o tempo de início das palestras e a postagem dos respectivos links na fanpage do evento no Facebook. Além da transmissão em tempo real, a grande inovação veio por conta da participação à distância na mesa-redonda de Tecnologias de um palestrante da ENSP/Fiocruz do Rio de Janeiro, que ocorreu via hangout transmitido em um telão. Isto permitiu alcançar aqueles que não puderam ir ao evento, ou algum participante que precisou ir embora antes, mas poderia aproveitar o tempo de espera no trânsito ou no aeroporto para continuar participando da atividade. Por fim, o armazenamento dos vídeos no Youtube permitiu criar uma

memória da produção do conhecimento ali construído, o que pode ser utilizado como referência na área da saúde baseada em evidências. A organização de um evento na área da saúde por alunos, professores e profissionais de saúde de modo remoto é um desafio. Há necessidade de superar padrões antigos de centralização e controle e se adaptar a nova forma de lidar e usar as tecnologias interativas. Primeiramente vista apenas como ferramentas, às tecnologias da web tem um imenso potencial de conexão, divulgação, interatividade, representam um avanço para a área de educação, contribuindo com o fortalecimento entre pesquisa e os profissionais que atuam na ponta dos serviços de saúde. A utilização das tecnologias no congresso facilitou não só a dinâmica do trabalho em equipe e a comunicação entre os organizadores, pois é distribuída e não centralizada, mas também representou o alcance de um público bem maior do que aquele presente fisicamente.

ORGANIZANDO AS INFORMAÇÕES NA TRANSIÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: SIAB A SISAB

Leika Aparecida Ishiyama Geniole, Gilvania Ficagna, Lucimara da Silva Magalhaes, Sandra Cristina Souza, Joseli Azevedo Amorim, Patricia Zanatta Coneglian

Palavras-chave: Saúde da família, processo de trabalho, informação

APRESENTAÇÃO: A atenção primária em saúde tem como atributos essenciais o acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002; MENDES, 2009), para se efetivar estes atributos é essencial que os profissionais da equipe administrem a informação à respeito do seu território (MENDES, 2010). Ou seja, o trabalho em saúde da família deve ser subordinado às características do

território da equipe. Somente através do planejamento das ações de acordo com essas necessidades pode-se almejar realizar ações que possam impactar na melhoria das condições de vida dessa população. Para isto a informação atualizada dos dados é essencial. A informação era obtida através da Ficha- A do agente comunitário de saúde (ACS), no qual eram inseridos dados de composição e estrutura familiar, domicílio e patologias referidas entre outros. Esse instrumento foi substituído quando da implantação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) a partir de 2014, no município Campo Grande- MS. O SISAB, criado a partir da publicação da Portaria nº 1412/GM/MS de 10/07/2013, tem por finalidade qualificar o registro e as informações em saúde através da implementação da estratégia e-SUS AB. Essa transição têm desencadeado problemas que estão inviabilizando o acesso à informação através do referido sistema em nossa cidade. A falta de dados dificulta o planejamento de ações. Diante deste problema a equipe optou por implementar um sistema paralelo de controle. A UBSF Marabá foi implantada em 1999, composta por duas equipes de saúde da família, com duas equipes de saúde bucal e uma assistente social responsável pelas duas áreas. A equipe que está desenvolvendo o trabalho tem sob sua tutela 942 famílias cadastradas com uma população de aproximadamente 4800 pessoas. A equipe é composta por 1 médico, 1 cirurgião-dentista, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 1 auxiliar de saúde bucal e 09 Agentes Comunitários de Saúde. O sistema Objetivo Geral: administrar as informações referentes à população da área da equipe de saúde. Específico: Organizar as informações da extinta Ficha- A Atualizar as informações dos programas de HAS, DM e pessoas restritas ao domicílio. Arquivar as informações. Processar as informações. Socializar as informações. MÉTODO: relato

de experiência sobre implementação de sistema paralelo de informações, com implantação à partir de março de 2015. A partir dessa data foram iniciadas discussões sobre a necessidade de se recuperar as informações do território, foi solicitado à gestão a habilitação para que a equipe pudesse acessar as informações inseridas pelo ACS dentro do e-SUS. O acesso foi liberado para um membro da equipe, que iniciou o monitoramento da inserção dos dados. Identificou-se neste íterim a dificuldade de transmissão dos dados e na sequência a “perda” de todas as informações por problemas no sistema. O atual sistema ainda não foi plenamente instalado pelo município, mesmo com os módulos disponibilizados o sistema mostrou-se muito lento e pouco intuitivo. Além disso, aparentemente o servidor do sistema municipal não está suportando o número de acessos no mesmo instante, com frequentes “quedas” do mesmo. Diante disto fez-se a opção por criar um sistema paralelo de informação. Acordou-se a necessidade de resgatar a ficha-A, que foram atualizadas e digitalizadas. Para digitalizar o material foi utilizado um aplicativo instalado no telefone celular, os arquivos foram salvos em PDF. Além disso, foram digitalizados os cadernos contendo informações dos programas de Hipertensão Arterial, Diabetes e pacientes restritos ao domicílio. As informações foram enviadas para armazenamento em nuvens através de email e compartilhado com todos os integrantes da equipe: nove ACS, cirurgião dentista, assistente social, enfermeiro e técnico de enfermagem. As pastas foram organizadas por agentes comunitários e dentro de cada pastas as informações foram organizadas por ruas. As fichas foram nominadas com o nome da mãe da família, ou do dono do domicílio quando não havia a figura “mãe” no domicílio. As pastas foram compartilhadas com todos os membros da equipe de

saúde, inclusive com a equipe de saúde bucal. A primeira dificuldade foi resgatar e atualizar as fichas-A, pois encontravam-se desatualizadas desde a implementação do e-SUS; na ocasião a gestão fez a opção de realizar a alimentação do referido sistema, desativando a utilização do SIAB. A segunda foi sensibilizar cada membro da equipe para a execução da ação. Para promover a adesão a mais uma função foi utilizada a metodologia de roda de conversa tendo como tema central: como resgatar as informações do território? RESULTADOS: o primeiro resultado obtido com a ação foi promover a reflexão da necessidade de integração de todos os membros da equipe de saúde e do compartilhamento ágil da informação. Com a intervenção foi possível a atualização cadastral dos moradores da área que encontrava-se desatualizada. Os cadastros de pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus foram atualizados, tendo sido excluídas as pessoas que mudaram de área e os óbitos. Além disto, a ação possibilitou a chance de convidar os pacientes faltosos às consultas de rotina. A atualização dos pacientes com restrições para sair do domicílio estão sendo visitados para levantamento de necessidades em saúde; as visitas estão sendo realizadas pelos membros da equipe, podendo ser o médico, enfermeira, assistente social ou o cirurgião dentista, todos com foco nas necessidades além do núcleo de formação. As demandas estão sendo repassadas para os membros da equipe para a resolução dos problemas encontrados. Esta forma de organizar o serviço permite ainda que o profissional que fez o diagnóstico do problema possa inserir no arquivo informações referentes à família visitada; informações que podem ser visualizadas pelos outros membros da equipe, inclusive o ACS. Obviamente sendo respeitado o sigilo do indivíduo. A equipe de saúde vem há mais de um ano, desenvolvendo ações

em horários alternativos, para melhorar o acesso de trabalhadores ao serviço de saúde. Para que isto ocorra é feito junto ao ACS levantamento de pessoas que têm problemas de saúde, principalmente doenças crônicas degenerativas que não frequentam o serviço por causa dos horários de atendimento. Essa ação sempre aumentava a carga de trabalho dos ACS, no sentido de realizar este diagnóstico, com esta nova forma de trabalho é possível que o técnico de enfermagem faça este levantamento, otimizando desta forma o agendamento de consultas. Outra situação que justificou a implementação desta forma de trabalho foi a perda dos dados alimentados no e-SUS AB, quando se iniciou a alimentação do sistema houve falha e todas as informações foram perdidas, gerando dificuldade de planejar o trabalho com foco nas necessidades do território. Com esta proposta de trabalho, tem sido possível resgatar pacientes que estão com controle inadequados tanto de níveis pressóricos quanto de níveis de glicemia, permitindo desta forma melhor manejo destes pacientes. Pacientes com condição referidas de HAS e DM estão sendo captados para consulta. Outra ação realizada é a avaliação sistemática de cavidade oral para diagnóstico oportuno de lesões pré-malignas; observa-se que os usuários após iniciarem o uso de próteses dentárias não realizavam avaliações periódicas em cavidade oral, hábito que procuramos mudar mostrando a necessidade de realizá-las anualmente, principalmente em pacientes alcoolistas ou tabagistas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A implementação de um sistema paralelo de informação facilitou a organização do trabalho da equipe de saúde, que passou a ter maior controle das necessidades de sua clientela.

PANORAMA DOS DADOS PERINATAIS DA POPULAÇÃO INDÍGENA DA REGIÃO DE DOURADOS, MS

Angela A N Rios, Liliane Ferreira da Silva, Márcia Cristina Pereira da Silva

Palavras-chave: saúde indígena, saúde da mulher, parto, obstetrícia

APRESENTAÇÃO: A reserva indígena de Dourados é a mais populosa entre todas do Estado e possui três grupos étnicos diferentes que dividem as aldeias: guarani-kaiowá (denominados kaiowá), guarani-nhandéva (denominados guarani) e os terena, com uma população estimada de 14.680 habitantes. O serviço prestado à população indígena é de responsabilidade da SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena), executado pelo DSEI (Distrito Sanitário Especial Indígena), através da sua unidade descentralizada denominado Polo Base de Saúde. A atenção básica está inserida no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ligada ao Sistema Único de Saúde (SUS) com a responsabilidade formal e de toda estrutura ligada ao Ministério da Saúde. As ações de controle do pré-natal, parto e puerpério têm como principal objetivo acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem estar materno e neonatal. No modelo assistencial desenvolvido pelo Polo Base de Dourados, a condução do pré-natal é realizada principalmente pelas enfermeiras, por uma questão de identificação de gênero, levando em consideração os aspectos sociais e o respeito às questões de gênero e especificidades das etnias. A Rede Cegonha, instituída no SUS pela Portaria 1.459 de 24/06/2011 e fundamentada nos princípios da humanização, prevê as mulheres, recém-nascidos e crianças o direito ao acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-

natal, transporte e vinculação da gestante à unidade de referência e assistência ao parto e nascimento. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** O Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha (GCM-RC) de Dourados, que vem trabalhando desde 2011 para a qualificação da assistência materna e perinatal, em uma política de cogestão incluindo gestores, trabalhadores e usuários, concluiu que é urgente e necessária a implantação de um Centro de Parto Normal, nos moldes da Rede Cegonha, conforme a portaria nº 11 GM/MS, de 07/01/2015 para atendimento às parturientes de baixo risco, para efetiva melhoria na qualidade da assistência e redução da morbimortalidade materno-infantil, inclusive considerando as especificidades culturais da população indígena residente na microrregião de Dourados. Os objetivos da Rede Cegonha, segundo o Art. 3º da portaria 1.459, de 24 de junho de 2011 são: I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade. **RESULTADOS E IMPACTOS - EFEITOS PERCEBIDOS DECORRENTES:** Atualmente a população de mulheres indígenas em idade fértil (faixa etária de 10 a 49 anos) é de 4775 pessoas. De acordo com os aspectos culturais, após a primeira menstruação, a “menina mulher”, já está apta para o casamento e gerar filhos, ou seja, a gravidez na adolescência é tratada de forma natural e não é vista como um fator de risco (Gráfico 1). O nascimento é um evento natural. Porém o que se verifica ao longo do tempo é uma excessiva “medicalização” deste processo, sem que se verifiquem ganhos na qualidade da assistência e tampouco significativos redução dos índices de mortalidade materna

e perinatal (Fonte: SESAI - DSEI Dourados). Apesar dos esforços empenhados para redução das taxas de cesariana na população em geral, temos acompanhado um aumento expressivo destas taxas dentre a população de mulheres indígenas (Gráfico 2). Segundo dados fornecidos pela SESAI desde 1963 a população indígena tem assistência obstétrica realizada em um hospital de pequeno porte situado na região da aldeia, com encaminhamento das complicações para o hospital de referência municipal. (Fonte: SESAI - DSEI Dourados). A partir de 2011, com o início do serviço de atenção obstétrica no Hospital Universitário, houve um declínio no número de partos atendidos no antigo hospital, conforme apresentado no Gráfico 2, o que é justificado por uma questão multifatorial, que passa pela falta de profissionais dispostos e capacitados para o atendimento ao parto, inadequações na estrutura física e falta de equipamentos, bem como, conforme relatos obtidos nos diálogos com trabalhadores e usuários indígenas, a preferência por uma estrutura com disponibilidade de recursos tecnológicos na assistência ao parto, que é associado à segurança e acolhimento (Fonte: SESAI – DSEI Dourados). Os diálogos e os dados apresentados apontam para a necessidade de qualificar a equipe e a estrutura de assistência em um hospital de pequeno porte próximo à aldeia com perfil assistencial voltado para a população indígena. Há necessidade de reforma e de aquisição de equipamentos para ambiência, bem como de qualificação dos recursos humanos, com assistência conduzida por enfermeiras obstetras treinadas para o atendimento ao parto de baixo risco. A este modelo de assistência é dado o nome, segundo o Ministério da Saúde, de Centro de Parto Normal (CPN), onde é priorizado o atendimento humanizado e de qualidade para os partos de risco habitual e privilegiam a privacidade, a dignidade e a autonomia

da mulher ao parir em um ambiente mais acolhedor e confortável e contar com a presença de acompanhante de sua livre escolha, no intuito de melhorar a assistência prestada ao parto das mulheres indígenas e consequentemente os indicadores de partos neste local. Os serviços de atenção obstétrica hospitalar (Casa de Parto e Hospital Universitário) devem estabelecer um protocolo de referência e contra-referência e compromisso para o aprimoramento dos processos de trabalho interinstitucionais para que a assistência seja fundamentada na qualificação, na humanização da atenção e da gestão, na redução de risco e respeito aos aspectos sócio culturais da população indígena. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Apesar de ser um fenômeno natural e um evento fisiológico, o processo do trabalho de parto pode sofrer influências multifatoriais que o tornam passível de intervenções. É preciso considerar que o parto por cesárea é uma laparotomia que exige uma série de cuidados clínicos, técnicos e anestésicos e que se associa também a algumas complicações que devem sempre ser ponderadas antes da indicação, deve, portanto, ser decidido por critérios estritamente clínicos e obstétricos. A Organização Mundial de Saúde considera-se ideal a taxa de cesárea em torno de 15 a 20% para o total da população. A série histórica de partos na população aqui apresentada merece especial atenção dos gestores da saúde e dos produtores de material científico voltado para a saúde pública materno-infantil, haja vista a elevação expressiva da taxa de cesarianas com a mudança do local onde acontecem os partos. Mais do que identificar os fatores que motivaram as indicações de cesariana, é preciso buscar compreender qual o impacto e a percepção da assistência ao parto, seja ele natural ou cirúrgico, do ponto de vista dos diversos atores envolvidos: mulheres grávidas e puérperas, parteiras e rezadeiras tradicionais da aldeia, gestores e

profissionais de saúde. Portanto precisamos desenvolver habilidades e sensibilidade, ouvindo o que o povo indígena fala sobre sua condição de saúde x doença, colocando-se como sujeito que aprende com o outro e, sobretudo respeitando suas diferenças culturais e garantindo ambiente favorável para um nascimento livre de riscos para a mãe e o filho.

PERCURSO DE UMA FORMAÇÃO EAD EM MICROPOLÍTICA DA GESTÃO E TRABALHO EM SAÚDE: PROBLEMATIZANDO O AGIR COTIDIANO DA GESTÃO EM SAÚDE

José Guilherme Wady Santos, Ana Lúcia Santos da Silva, Rosiane Pinheiro Rodrigues

Palavras-chave: Educação à Distância, Micropolítica do Trabalho, Gestão em Saúde

O presente trabalho parte da experiência dos autores como coordenador pedagógico e tutores, no curso de Especialização em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde, em EAD (Educação à Distância), iniciado em novembro de 2014 e que ainda está em andamento. Com objetivo de formar especialistas em Gestão do Sistema Único de Saúde e contribuir para o aprimoramento dos processos de organização das redes de atenção à saúde, o curso tem abrangência nacional, com a realização de três encontros presenciais (com defesa de Monografia no último deles), e fundamentam-se em alguns pressupostos, tais como: o uso das experiências do cotidiano da gestão como condutoras do processo de ensino e aprendizagem, perpassados pelos conteúdos das unidades de aprendizagem (Políticas de Saúde; Planejamento e Gestão; Epidemiologia; Avaliação em Saúde; Financiamento do SUS; Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde), consideradas como ferramentas para reflexão sobre

a prática dos alunos e entendidas com valor de uso, ambos esses aspectos, como dispositivos de diálogos, integração de coletivos e de mudanças loco regionais. No Estado do Pará foram abertas sete turmas, distribuídas de acordo com as 13 Regiões de Saúde do estado, e os encontros presenciais têm sido realizados congregando-se cinco dessas turmas na cidade de Belém, uma em Santarém (Região de Saúde do Tapajós e Baixo Amazonas) e uma em Conceição do Araguaia (Região do Araguaia Tocantins). Desse modo, e a partir da realização de diversas atividades de avaliação e fóruns de discussão que são propostos à medida que os alunos avançam no curso, pretende-se trazer seus cotidianos de trabalho em gestão para dentro da plataforma, para trocas entre os próprios alunos e entre estes e o tutor de sua respectiva turma. A partir desses aspectos, nesse trabalho pretende-se pensar sobre tal experiência, particularmente a partir da implicação de estar em um cargo de gestão na área da saúde e se tornar aluno de um curso como o aqui descrito. Problematisando seus agires militantes em saúde e os territórios que eles forjam para si e para os outros (coordenação, tutores e demais alunos) a partir de suas práticas e vivências, ou seja, seus modos de governar. Referindo-se aqui, especificamente àqueles que estão em uma situação de governo formal, ocupando lugares na máquina estatal, pois bem sabemos que trabalhadores e usuários também governam, disputando projetos e transformam cenários. Estar em um curso EAD gera algumas demandas que não são tão simples de serem superadas. Mesmo em um curso que se pretende menos estruturado, com atividades avaliativas e participação em fóruns de avaliação com prazos mais flexíveis, cumprir com determinadas exigências requer certo planejamento da vida diária. Nesse sentido, bastante comum entre os alunos e gestores argumentos de diversas ordens, tais como a “falta de tempo”,

para justificar o fato de ou não estarem acompanhando o curso como deveriam, ausentando-se do mesmo por período igual ou superior até ao prazo máximo tolerável pelo curso, muito embora relatassem a continuidade do interesse em permanecer no mesmo. Desse modo, olhando para tais aspectos nos coube problematizar o fato de esses alunos e gestores ainda se verem desvinculados do curso, isso considerando não apenas que a atividade de gestão na área da saúde, é comumente descrita como uma atividade cheia de compromissos e apostas de governo, mas também que um dos fundamentos mais importantes do curso é a aposta de fazer os alunos/gestores pensarem sobre o seu agir cotidiano na gestão, a micropolítica do trabalho em saúde e trazê-lo para a plataforma, no ambiente virtual de aprendizagem e trocas de experiências entre eles, os demais e os tutores. Assim, não seria o curso, justamente uma possibilidade para que os mesmos pudessem fazer isso junto com os demais e com os próprios tutores. Não estariam eles presos a lógicas administrativas que não os permitem coletivizar seus fazeres, o que poderia contribuir para pensar seu cotidiano de gestão a partir de uma lógica menos econômico centrada e mais usuário centrada, numa dimensão mais cuidadora? Não seria essa uma potente possibilidade de operar a gestão cotidiana a partir de sua micropolítica e como um dispositivo que incorpore outras tecnologias do agir em saúde? A partir disso, temos que, caminhando para o término do curso, podemos pensar na possibilidade de os alunos/gestores estarem fabricando um território da gestão que se codifica não no coletivo e, a partir daí, ainda estarem colados “na gestão”, que só passa a existir como um território quando corporificada nos corpos, em ato de performatividade que não se submete a nada, sendo nada mais do que um ato de produzir uma ação e delimitar um território de atuação – o

da gestão em saúde. Eles, alunos gestores, como componentes de um governo, participantes da rede de poder do Estado, tem a autoridade para a fabricação deste mundo, o território da gestão. Verificamos as grandes possibilidades de a “não socialização” das experiências através dos fóruns na sua plenitude. Mas apostamos que a construção coletiva do projeto de intervenção traga para as equipes do território a reflexão da troca e da construção conjunta a partir da problematização e busca de objetivos comuns: o acesso à saúde da população!

PLANIFICAÇÃO E GESTÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA

Maiane Lima de Souza, Cíntia Nascimento de Jesus, Dennifer da Rocha da Silva, Elaine Basílio dos Santos, Tainara de Souza Santos, Edenise Maria Santos da Silva Batalha

Palavras-chave: Gestão, Gerenciamento, Enfermagem

O trabalho gerencial de Enfermagem consiste em um processo por meio do qual um grupo cooperativo de pessoas dirige suas ações e recursos buscando atingir metas e objetivos comuns visando solucionar problemas da instituição e garantir a manutenção de um atendimento de saúde com qualidade. Este estudo trata-se de um relato de experiência vivenciado por graduandos do 6º semestre do curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, através do componente curricular Planificação e Gestão em Unidade Hospitalar, e teve como objetivo discernir de forma prática as atribuições do enfermeiro mediante os aspectos gerenciais dentro do serviço e seus impactos para uma prestação de assistência direta à saúde com qualidade. A prática foi realizada em um hospital público de grande porte no município de Salvador, uma instituição

referência para a assistência de alta complexidade nas áreas cardiovascular e renal no período de 10 dias por dois grupos distintos de discentes divididos entre as unidades de Clínica Cirúrgica de Cardiologia e Nefrologia. À priori acompanhamos o fluxo de ambas as unidades tanto nos aspectos gerenciais quanto assistenciais fazendo um diagnóstico situacional que contemplou um protocolo de avaliação minucioso voltado para a estrutura organizacional e física da unidade, bem como recursos materiais e humanos disponíveis, a sistematização da assistência, normatizações, o perfil da clínica e a classificação de pacientes, o que nos possibilitou reconhecer as falhas e problemas mais relevantes de cada unidade e dessa forma propor estratégias de melhoria. As atividades realizadas contemplaram desde atividades de cunho gerencial como a participação da passagem de plantão, organização e controle de materiais, escala de pessoal, admissão e alta de pacientes, visita de enfermagem, dimensionamento de pessoal, perfil da clínica, checagem do carro de parada, bem como atividades assistenciais como evolução de enfermagem, realização de curativos, coleta de Swab para cultura de pacientes em precaução, retirada de pontos, exame físico, entre outras atividades. Como fruto da observação do grupo atuante da unidade de Nefrologia, constatou-se que o perfil da clínica mais prevalente era de pacientes internados com Insuficiência Renal Crônica (IRC) dialítica, Pós Operatório Tardio de Transplantados Renais e pacientes submetidos à Pulsoterapia, sendo que grande parte desses pacientes eram portadores de HAS e DM e alguns com doenças imunossupressoras que evoluíram com problemas renais devido ao diagnóstico tardio. Com base nesse perfil observamos dois procedimentos que requeriam atenção especial dos profissionais e que até o momento não possuíam uma padronização regulamentada quanto à forma de atuação

diante de tais práticas. Uma delas foi com relação à Pulsoterapia, procedimento este que pode ocasionar diversos distúrbios metabólicos e, portanto requer um profissional treinado e habilitado para lidar com qualquer reação que o paciente venha a ter. Diante disso, foi construído um Procedimento Operacional Padrão-POP visando orientar os profissionais e evitar a ocorrência de eventos adversos durante o procedimento. Outra prática comum realizada na unidade era a administração de Glunonato de Calcio em pacientes portadores de IRC que realizaram Paratireoidectomia, procedimento este com alto risco de extravasamento e necrose local observado em dois pacientes, além de relato de casos prévios ocorridos. Como forma de contribuir para melhoria da assistência, foi elaborado um segundo POP voltado também para essa prática visando diminuir as complicações decorrentes de sua administração. Um terceiro POP foi elaborado para orientar ações que reduzissem o risco de aquisição de infecção primária da corrente sanguínea em pacientes com acesso vascular para hemodiálise, possibilitando melhor qualidade do serviço. Outra atividade realizada na unidade de Nefrologia foi à classificação de pacientes com base no Escore de Schein/Renis Likert. Essa avaliação foi realizada beira leito com cada um dos 23 pacientes internados da unidade, o que nos possibilitou realizar ainda a classificação de risco de cada paciente e dessa forma direcionar os cuidados com vistas a evitar tais complicações. Outra atividade de responsabilidade da enfermeira gerente, mas com impacto significativo na assistência direta ao paciente é a checagem do carrinho de parada na qual encontramos algumas irregularidades posteriormente solucionadas com relação à quantidade de material necessário para suprir as demandas da unidade. Já no grupo atuante na Unidade de Clínica

Cirúrgica de Cardiologia foi observado que o perfil da clínica era prevalentemente de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Doença Arterial Coronariana (DAC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Diabetes Mellitus (DM), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), e pacientes submetidos a Cateterismo (CATE). Diante disso, o grupo ficou responsável por elaborar os Diagnósticos de Enfermagem, as Intervenções de Enfermagem e o Plano de Cuidados para cada um dos perfis mais prevalentes observados na unidade pautados nos diagnósticos de enfermagem da NANDA. Essa proposta teve como objetivo orientar os profissionais quanto às necessidades de cada paciente, bem como instruir medidas para melhoria da assistência prestada àquele paciente de forma específica e direcionada, baseando-se nas necessidades individuais de cada um. Em ambas as unidades as demais atividades relacionadas à gerência de enfermagem, como dimensionamento de pessoal, classificação de pacientes, controle de materiais e escala de pessoal foram realizadas durante o período dos 10 dias de prática. Na unidade de Nefrologia diante do que foi observado nos dias de prática foi possível constatar que apesar dos desafios por se tratar de uma instituição pública a organização do serviço se mostrou eficiente e eficaz tanto nos aspectos gerenciais quanto nos assistenciais. As principais observações estão relacionadas com os materiais necessários que estavam sempre disponíveis e em quantidade adequada em relação à demanda da unidade, a passagem de plantão era realizada de forma bastante efetiva, além de ter a presença também da enfermeira gerente da unidade que ouvia as demandas de serviços gerenciais pendentes e prontamente buscava resolução. Na unidade de Cardiologia dois pontos que mereciam atenção especial foram com relação à passagem de plantão e a evolução

de Enfermagem que apresentavam algumas inconformidades posteriormente sinalizadas. Por fim, todo o trabalho produzido pelos dois grupos, bem como os problemas observados com as respectivas sugestões de melhoria foram entregues à coordenação de Enfermagem de cada unidade como forma de aperfeiçoar o cuidado e orientar quanto aos pontos que devem ser observados e melhorados para garantir um atendimento mais qualificado. Através das aulas práticas conseguimos entender a importância do gerenciamento para uma prestação de assistência em saúde com maior qualidade, e que o casamento entre uma equipe assistencial e gerencial capacitada pode impactar de forma significativa e positiva na qualidade dos serviços prestados. Percebemos o quanto o conhecimento com relação aos aspectos gerenciais é importante para nossa formação, e que a atuação na rede SUS proporciona o fortalecimento dos seus princípios e das relações entre o ensino e o serviço propiciando o crescimento e amadurecimento prático enquanto alunos e futuros profissionais de saúde. Compreendemos que saúde não se faz apenas com procedimentos assistenciais, e que o processo de trabalho gerencial é um instrumento mediador para uma prática assistencial de qualidade, demonstrando que quando os dois são realizados de forma efetiva todo o serviço flui de forma dinâmica e com mais facilidade e qualidade, se tornando, portanto, impossível dissociar ambas as práticas que representam o elo fundamental para um atendimento integral de qualidade.

POLÍTICAS AFIRMATIVAS EM UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

Ludmila Marques Silva, Renata Rodrigues Lopes

Palavras-chave: igualdade racial, políticas afirmativas, saúde da população negra

CEPPIR-GHCA: Comissão Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial do Grupo Hospitalar Conceição surgiu pela iniciativa de um grupo de trabalhadores preocupados em resolver problemas relacionados à desigualdade racial no âmbito da saúde. Em 2003 foi criada a Portaria Institucional legitimando os trabalhos da Comissão no Grupo Hospitalar Conceição. A Comissão desenvolve ações que consistem em promover a implementação de políticas afirmativas e inclusivas, que contribuem para a promoção da saúde, observando os princípios básicos do SUS, e as especificidades étnicas dos trabalhadores e usuários do GHC. As atividades realizadas têm como embasamento o Estatuto da Igualdade Racial, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e outras ferramentas de promoção da igualdade racial para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. **PRINCIPAIS OBJETIVOS DA COMISSÃO ESPECIAL DE POLÍTICAS PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL:** Implementação das Políticas afirmativas na área da saúde considerando as especificidades étnicas dos trabalhadores e usuários do GHC; Resgatar a importância de cada grupo étnico na construção da identidade brasileira; Considerar as diversidades religiosas, culturais e políticas; Elaborar estratégias de combate ao racismo, ao preconceito e a discriminação racial; Implantação do Comitê Técnico Saúde da População Negra; Sensibilizar todos os trabalhadores e trabalhadoras do GHC para que o atendimento prestado leve em consideração as diferenças étnicas e suas especificidades; Incentivar a coleta dos quesitos raça - cor - religião no cadastro dos trabalhadores do GHC e usuários do SUS; Implementar a Política Nacional de Atenção a Saúde Integral da População Negra no

GHC conforme lei 12.288/10. PRINCIPAIS CONQUISTAS E/OU REALIZAÇÕES: Além de cursos, seminários, oficinas de capacitação aos profissionais da área da saúde, a CEPPIR-GHC é protagonistas em relação a: Cotas para afrodescendentes - Garantia da reserva, de no mínimo 10% de vagas para afrodescendentes em todos os processos seletivos do GHC a partir do Processo Seletivo Público de 2005; A partir de novembro de 2014, após a assinatura do Termo de Adesão ao Pacto de Combate ao Racismo Institucional, o GHC compromete-se, ainda mais, através de ações específicas que estão incluídas no Pacto assinado pelo então Governador Tarso Genro; Realização do exame de eletroforese de hemoglobina a todas as gestantes atendidas no GHC. Através desse exame que se identifica na gestante o traço ou a Doença Falciforme; Coleta do quesito raça - cor -religião, em todos os cadastros dos trabalhadores e usuários do GHC; Entrega da Comenda João Cândido - é uma homenagem que a Comissão presta, desde 2004, durante as comemorações da Semana da Consciência Negra, para pessoas ou entidades que de alguma forma desenvolvem atividades que contribuam por melhores condições de vida da População Negra. João Cândido Felisberto, o “Almirante Negro”, revolucionou a Marinha liderando a Revolta das Chibatas. Gaúcho, nascido em Encruzilhada do Sul no ano de 1896 iniciou sua trajetória na Marinha aos treze anos de idade. O Almirante Negro lutou bravamente pela Abolição, dos castigos físicos e pela tortura a que eram submetidos estes marinheiros, em sua maioria os negros, pelos oficiais da Marinha Brasileira; Curso Raça e Etnia - Curso realizado anualmente para apresentar aos trabalhadores do GHC informações necessárias para a efetiva implementação de políticas de combate ao Racismo Institucional; fórum inter-religioso e a inserção das religiões de matriz africana no GHC. O Grupo Hospitalar Conceição é a

primeira Instituição Pública de saúde que cumpre a constituição brasileira no que diz respeito ao culto religioso, fazendo valer assim o que preconiza a legislação. Para viabilizar este direito foi criado um Fórum inter religioso com representantes de denominações religiosas para prestar assistência espiritual nesta instituição de saúde. Para que se conseguisse organizar e garantir o acesso de todas as denominações religiosas na Instituição, trabalhando de forma condizente e dentro das normas ditadas pelo controle de infecção, o grupo que integra o fórum Inter-religioso pensa ações para viabilizar de forma seguras as visitas nos hospitais, como: curso para visitantes, cadastro, identificação etc. Entendendo que é de suma importância que as religiões de Matriz Africana prestem assistência espiritual nesta instituição pública de saúde juntamente com as demais religiões que já atuam neste espaço, para que se possa oportunizar aos usuários, funcionários e simpatizantes ou simplesmente aqueles que acompanham alguém nas unidades de saúde do Grupo. O acesso à assistência espiritual identificada com a sua fé faz com que as pessoas se sintam melhor acolhidas, pois todas as pessoas têm direito a um tratamento humanizado e sem discriminação. É cientificamente comprovado que a fé de cada indivíduo atua diretamente na recuperação da sua saúde contribuindo assim para a melhora do corpo físico, além de ser um direito constitucional. A CEPPIR/GHC incentiva e organiza as participações das religiões de Matriz Africana devido a todo histórico de discriminação que essas religiões enfrentaram e ainda enfrentam. Nos dias destinados às religiões de Matriz Africana comparecem no espaço inter-religioso um Babalorixá ou uma Yalorixá que oferecem um “Axé” para trabalhadores (as) e usuários (as) que buscarem esse atendimento espiritual. Visitar usuários internados em todas as

unidades ou setores para que estas possam ter o direito de saber que toda e qualquer religião pode ter acesso a ele, pois muitas vezes por ser apenas uma denominação a fazer visita em um determinado setor, fica parecendo que esta denominação é a única a pode estar ali. Se o usuário não souber que ele tem o direito de receber assistência espiritual da denominação que ele segue, acredita ou simplesmente simpatiza, então não estamos oportunizando a este usuário o acesso a saúde integral. Quando da internação, o (a) usuário (a) solicita, através do NAE (Núcleo de Assistência Espiritual) a visita de um representante de sua denominação religiosa. Compra institucional do PAA de comunidades quilombolas realizadas pelo GHC. O GHC realizou a primeira chamada pública para compra de produtos agroecológicos de comunidades quilombolas, onde, através da compra institucional potencializa o desenvolvimento local e sustentável para os povos e comunidades tradicionais, deixando de entendê-los como beneficiários e tratando-os como atores ativos da economia nacional, reforçando o trabalho externo que é realizado pela CEPPIR GHC inclusive em visitas nestas comunidades. Com esta ação o GHC foi o pioneiro a comprar os alimentos certificados com o selo “Quilombos do Brasil”, produzidos por comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, para servir aos seus trabalhadores e usuários alimentos agroecológicos, diretamente dos produtores. O selo “Quilombos do Brasil” garante uma maior valorização, fomento e profissionalização de suas práticas produtivas quilombolas. Um total de sete (07) comunidades quilombolas estão em processo de fornecimento, numa relação de comercialização de produtos agro-ecológicos ao GHC. Ocorrem diálogos permanentes com as comunidades quilombolas e Cooperativas, através de oficinas de capacitações e orientações

sobre como proceder para a efetivação desta relação de compra e venda entre comunidades quilombolas e o GHC, tendo em vista que foram criados editais específicos para estas compras.

PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: A FUNÇÃO DO APOIADOR NOS ESTADOS CORRESPONDENTES À INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR UFRN

Jussara Lisboa Viana, Marie Marcelle Prestes Câmara, Monique da Silva Lopes, Jéssica Daniella da Silva Santos, Débora Mayara Varela da Silva, Kelienny de Meneses Sousa, Themis Xavier de Albuquerque Pinheiro, Paulo de Medeiros Rocha

Palavras-chave: Avaliação, Gestão, pesquisa,

O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2005 (Portaria nº 382/GM/MS) (BRASIL, 2005) e passou por reformulação recente segundo a portaria GM/MS nº 28, 08/01/2015. Seu objetivo é avaliar os estabelecimentos de atenção especializada, ambulatorial e hospitalar, contemplados com recursos financeiros do MS quanto às dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido (BRASIL, 2015). O PNASS planejava avaliar 2.589 estabelecimentos de saúde em todo o país, sendo estes Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento, Centros Especializados em Reabilitação, Centros de Terapia Renal Substitutiva. Para a coleta dos dados, o programa fornecia o formulário de itens de verificação através do PNASS Mobile, além de solicitar o envio de planilha com informações dos usuários atendidos de 4 a 10 de maio de 2015 com o objetivo de, posteriormente, avaliar a satisfação

dos usuários. O programa foi organizado com o apoio de cinco Instituições de Ensino nucleadoras, entre elas, a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), responsável pela aplicação dos itens de verificação nos estados do Alagoas, Amapá, Ceará, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte. Cada Instituição nucleadora ficou responsável pela realização de um teste piloto em diferentes tipos de estabelecimentos, ficando a UFRN responsável para avaliação da Terapia Renal Substitutiva (TRS). Nessa ocasião, toda a equipe de apoio participou ativamente desta avaliação, que depois de realizada, subsidiou o relatório submetido ao Ministério da Saúde. A coordenação geral da pesquisa na UFRN estruturou a equipe para que em cada estado houvesse um coordenador local e um apoiador. Neste sentido, formou-se a equipe de apoiadores com estudantes de graduação do curso Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde, curso de Ciência e Tecnologia e de mestrado e doutorado em Saúde Coletiva. A equipe de apoio atuava no Departamento de Saúde Coletiva, no Campus Central da UFRN. No período de junho a agosto de 2015 ocorreram a seleção e capacitação dos avaliadores e a coleta de dados. Vale ressaltar que a pesquisa no estado do Amapá foi realizada sob a responsabilidade das apoiadoras, onde 06 (seis) estabelecimentos foram avaliados. Este momento contribuiu para expertise da equipe quanto ao conhecimento realista do instrumento de coleta, bem como permitiu conhecer e vivenciar dificuldades e pontos facilitadores que os avaliadores poderiam encontrar no campo, proporcionando o empoderamento sobre os assuntos abordados nas capacitações que ocorreram posterior a esta experiência. Antes de iniciada a capacitação dos avaliadores o aplicativo eletrônico PNASS Mobile foi instalado, configurado e testado em tablets pela equipe de apoio. Durante a capacitação as apoiadoras se deslocaram aos estados sob

responsabilidade da UFRN, para apresentar o formulário de itens de verificação do PNASS e as instruções para utilização do aplicativo. Para o trabalho a ser desempenhado, os avaliadores foram selecionados e treinados de acordo com as normas da instituição local, sendo contratados sob o regime celetista de trabalho. O contato contínuo com os avaliadores durante a coleta foi viabilizado por grupos do aplicativo WhatsApp[®]. Neste espaço, os avaliadores conseguiram esclarecer suas dúvidas quanto ao instrumento, logística do campo ou outro assunto administrativo, favorecendo o bom andamento da pesquisa. Diariamente, os avaliadores elaboravam um resumo da avaliação, garantindo e incentivando a troca de experiências e o adequado acompanhamento da coleta de dados. O contato com os estabelecimentos sobre a data da visita e coleta de dados ocorreu com, no mínimo, uma semana de antecedência. Para tal, foi utilizado o e-mail e, posteriormente, o telefone. Por e-mail avisava-se a semana prevista para a avaliação e encaminhavam-se os seguintes documentos: ofício do Ministério de Saúde; ofício da UFRN; modelo de planilha dos usuários; relação de documentos necessários para comprovação e; roteiros de itens de verificação. O contato por telefone agendava-se o dia exato da avaliação e reforçava-se a importância da participação do estabelecimento no PNASS. No tocante ao recebimento das planilhas dos usuários, foi observado que parte dos estabelecimentos retornavam este documento fora dos padrões exigidos pelo MS, dificultando e atrasando o seu envio no sistema (SiPNASS). Além disso, ao final da pesquisa constatou-se pendências quanto ao recebimento de algumas planilhas e incompletude dos dados em outras. Durante o processo houveram dificuldades relacionadas ao contato com alguns estabelecimentos, pois os telefones disponibilizados estavam

desatualizados. Utilizou-se a estratégia de localizar pela internet telefones de prefeitura e secretarias para auxiliar a comunicação com o serviço a ser avaliado. Também identificamos certa resistência de alguns responsáveis pelos estabelecimentos em aceitarem a data prevista para coleta e a própria avaliação. Para além das dificuldades encontradas destacam-se as potencialidades em ter uma equipe de apoiadoras durante o PNASS. Esta facilitou o desenvolvimento da pesquisa, bem como a descentralização na gestão da pesquisa, uma vez que a mesma ocorreu de forma simultânea em cinco estados. Por meio das ligações telefônicas e da troca de mensagens por aplicativo WhatsApp[®], houve rapidez na comunicação com os avaliadores e com os coordenadores locais para o repasse de informações da coordenação geral e do MS. Notou-se eficiência na comunicação com os responsáveis pelos estabelecimentos, pois estes poderiam entrar em contato com a equipe de apoio quando necessário, de modo que as dúvidas em relação à pesquisa eram prontamente sanadas por cada apoiadora estadual. Também como atribuição da equipe de apoio existiu o compromisso da elaboração de relatório de supervisão de campo, juntamente com o coordenador do Estado correspondente, sendo desenvolvido semanalmente, contendo informações sobre o cumprimento da logística e pendências relatadas em reuniões sistemáticas com a coordenação geral. Como intuito de divulgar o acompanhamento do campo dos estabelecimentos avaliados pela UFRN, desenvolveu-se uma revista digital em quatro edições, denominada Boletim Informativo PNASS, que teve a colaboração da coordenação geral, coordenadores locais, apoiadoras e avaliadores. Para composição do produto final que deverá ser entregue ao MS no término da pesquisa, há o relatório geral, em fase de desenvolvimento, com a consolidação de todos os relatórios de

supervisão de campo, acrescidos os relatos dos boletins informativos, as considerações finais dos responsáveis pelo projeto e o compromisso da produção científica relativo à avaliação do PNASS. Diante do exposto, concluímos que para a efetivação de um projeto de tamanha complexidade como o PNASS, tornou-se fundamental o trabalho da equipe de apoio à coordenação geral, estadual e avaliadores, ressaltando o sucesso alcançado no modo como este transcorreu. Além disso, esta atividade contribuiu com a dinâmica atual de institucionalização da avaliação da qualidade pelo Ministério da Saúde, vislumbrando a prestação de cuidados adequados e equânimes.

PROGRAMA NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL REDES: FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E DE APOIO ASSISTENCIAL NO SUS

Thaís Maira de Matos, Tâmara Albuquerque Leite Guedes, Alexandre Medeiros de Figueiredo

Palavras-chave: Telessaúde, Educação Permanente em Saúde, Gestão do cuidado

APRESENTAÇÃO: O Programa Nacional Telessaúde Brasil foi instituído com vistas à necessidade de ampliar ofertas de Educação Permanente em Saúde. Em 2007 o Ministério da Saúde criou, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), o Telessaúde Brasil por meio da Portaria GM/35/2007. Surgiu como projeto piloto em apoio a Atenção Primária em nove Estados da Federação, com objetivo de melhorar a qualidade do atendimento da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), integrando educação e saúde por meio de ferramentas de tecnologias da informação. Em 2011 foi lançada a Portaria 2.546/2011 que redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a

ser denominado Telessaúde Brasil Redes, objetivando não apenas fomentar as atividades de EPS, aproximando-as das equipes de Atenção Básica localizadas em qualquer ponto do país, mas também ofertar estratégias de apoio assistencial que fortaleçam a integração entre os serviços de saúde ampliando a resolutividade dos mesmos. Atualmente coordenado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), ambas do Ministério da Saúde (MS), o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes tem por objetivo oferecer aos profissionais de saúde, que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na Atenção Básica (AB), suporte à gestão do cuidado em saúde, por meio das Teleconsultorias, Telediagnósticos, Segundas Opiniões Formativas e Atividades Teleeducação, realizadas a partir do uso de Tecnologias de Informação e Comunicação. Para isso, o Programa conforma-se numa rede constituída pelos Núcleos Telessaúde e pelos Pontos de Telessaúde, implantados em serviços de saúde. Segundo Castro Filho et al. (2012), um processo de Telessaúde não se limita a interação virtual entre um solicitante e um teleconsultor através da Internet. Por trás desse processo existe toda uma estrutura transparente e complexa que envolve pessoas, equipamentos, aplicativos, estrutura de rede (física e lógica) e espaços físicos adequados em todos os pontos de interação. É importante ter em mente que o único elemento concreto passível de ser virtual nesse processo é a distância geográfica, pois o tempo, apesar de ser maleável por não exigir sincronidade, não pode ser eliminado, quando muito, pode ser otimizado. Para Campos, et. al (2009) a responsabilidade do cuidar exige uma reavaliação constante do profissional para que ele tenha condições de acolher às necessidades do outro e às suas também, como pessoa e como profissional, à medida

que as dificuldades, os impasses e as soluções apareçam no dia a dia do trabalho. OBJETIVOS: Ofertar serviços que possibilitem a qualificação do processo de trabalho e do cuidado em saúde, para localidades remotas e/ou com vazios assistenciais de especialistas, por meio de tecnologias da informação e comunicação. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes iniciou como um projeto piloto com oferta de atividades em apenas nove estados brasileiros. Atualmente estão implantados 46 Núcleos de Telessaúde em 23 Unidades da Federação (UF), com oferta de teleconsultoria para todas UF, teleeducação para 16 e telediagnóstico em 10 estados. Todas as atividades de teleconsultoria para Atenção Básica são de apoio assistencial e de processo de trabalho com caráter educacional. Portanto, tem o objetivo de ampliar a capacidade resolutiva de quem as solicita. Além disso, devem ser baseadas na melhor evidência científica disponível, adaptada para as realidades locais e seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde. A série histórica do período de 2008 a agosto de 2015 revela que dentre as ofertas de serviços o Telediagnóstico têm sido o serviço com maior utilização com 2.567.523 exames realizados e laudados, seguido da participação em Teleeducação com 2.057.517 e a Teleconsultoria com 326.141 atividades. Atualmente existem 888 Segundas Opiniões Formativas publicadas na Biblioteca Virtual em Saúde / Atenção Primária à Saúde (BVS / APS) como recursos educacionais para apoiar os processos de educação permanente dos trabalhadores da AB. e Saúde (SUS), da Atenção Básica (BRASIL, 2012). A articulação dos Núcleos Telessaúde as Centrais de Regulação é uma ferramenta potencial para qualificação das filas de espera para consulta na rede especializada e apoio na tomada de decisão para encaminhamentos. O Programa Telessaúde atua como um importante

instrumento para ampliar e facilitar o acesso a determinadas ações de saúde, aumentar a resolutividade na AB, realizar matriciamento e ser uma estratégia de educação permanente. Em locais onde há escassez de profissionais e grandes distâncias para acesso aos procedimentos e consultas especializadas, o uso do Telessaúde pode reduzir as filas de espera, os custos e riscos aos usuários e, assim, auxiliar na organização da rede de atenção à saúde. As atividades de Teleeducação que são cursos, palestras, seminários e rodas de conversa virtual são ofertados considerando às necessidades loco regional dos profissionais de saúde, tendo como principal parâmetro a dúvidas apresentadas nas solicitações de teleconsultoria. RESULTADOS/IMPACTOS: É possível destacar alguns benefícios que a utilização do Programa Telessaúde trouxe em diversas localidades do Brasil: a) Apoio às Equipes de Saúde Indígena do Nordeste, com pontos Telessaúde implantados em Pólos Base de 3 Distritos Sanitários Especiais Indígenas; b) Redução da fila de espera para acesso à rede especializada em alguns estados como Paraná e Rio Grande do Sul; c) Oferta educacional para os mais de 18 mil profissionais vinculados ao Programa Mais Médicos; d) Apoio Diagnóstico por meio do serviço de Telediagnóstico em mais de 1.000 municípios. Destaca-se ainda que os profissionais que utilizam o programa relatam redução de 80% na intenção de encaminhar e 90% de satisfação com o uso do programa na qualificação da atenção. Estes resultados são importantes para revelar o potencial do programa no cenário nacional e contribuir para sua utilização e crescimento. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes tem a necessidade de se reconstruir, reinventar, pensar em novos modos de operar as estratégias do programa de forma mais articulada com as demandas da rede de atenção. Nessa perspectiva,

é preciso repensar a partir dos desafios apontados: a) Redefinir formas e fontes de Financiamento do Telessaúde; b) Ampliar oferta de Telediagnóstico – redução dos vazios assistenciais; c) Ampliar a utilização de Teleconsultoria; d) Articular ações de Teleeducação com a Educação Permanente em Saúde. e) Fortalecer a integração dos Núcleos de Telessaúde com a Rede de Serviços; f) Articulação do Telessaúde à Política de Regulação do SUS com apoio a implantação de protocolos clínicos e de regulação, e qualificação da “fila de espera” – redução no tempo de encaminhamentos. g) Ampliar e implementar o Sistema de Monitoramento e Avaliação de Resultados do Telessaúde – SMART; h) Apoio a Implantação das Linhas de Cuidado; i) Articulação do Telessaúde aos programas de residência e cursos de graduação, na perspectiva de reorientação da formação para o SUS; j) Discutir novos desenhos para o programa em áreas estratégicas: saúde mental, saúde indígena, doenças raras e outros; k) Ampliar a indexação de conteúdos educacionais no repositório institucional do Programa Telessaúde Brasil Redes.

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À PESSOA COM RISCO DE SUICÍDIO NA REGIÃO DE SAÚDE DE SOBRAL/CE: TECENDO CONCEITOS, CUIDADO E SOLIDARIEDADE EM SAÚDE MENTAL

Adriana Melo de Farias, Rafael dos Santos da Silva, Zzy Maria Rabelo Câmara, José Reginaldo Pinto, Thallynne Rosendo da Costa, Mayara Carneiro Alves Pereira

Palavras-chave: Rede psicossocial, suicídio, gestão em saúde

APRESENTAÇÃO: Este trabalho tem como objetivo principal apresentar um relato de experiência na área da gestão em saúde da rede psicossocial de cuidados

à pessoa com risco de suicídio na região de saúde de Sobral/CE. O interesse por articular uma rede de cuidados surgiu após observar a inexistência de políticas públicas municipais e regionais voltadas para a temática em estudo, bem como se pode observar, através da revisão de prontuários no Hospital Regional Norte e das fichas de notificações dos casos de tentativa e suicídio encaminhadas pelos Hospitais Santa Casa de Misericórdia de Sobral e Dr^o Estevam, a existência de 97 casos de tentativa de suicídio que deram entrada nas emergências da região, entre os anos de 2014 e outubro de 2015. Este levantamento epidemiológico realizado pela equipe técnica da 11^a Coordenadoria Regional de Saúde de Sobral/CE (CRES) juntamente com os residentes de saúde coletiva da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (ESP-CE), objetivou a coleta de informações que possibilitasse traçar o perfil epidemiológico das pessoas com risco de suicídio residentes na região de saúde de Sobral, composta por 24 municípios e que atualmente conta com 629.957 habitantes. DESENVOLVIMENTO: Os dados coletados referentes aos 97 casos notificados, permitiram preliminarmente identificar o perfil das pessoas com risco de suicídio, revelando a incidência de tentativa de suicídio entre 53,61 % de pacientes do sexo feminino e 46,39 % masculino, compreendidos em sua maioria nas faixas etárias de 18 a 24 anos, 29,90%; entre 30 a 50 anos, 24,74%; entre 12 a 17 anos foram 19,59% e entre 50 a 65 anos, 7,22%. A incidência de tentativas de suicídio entremulheres e mulheres jovens tem se revelado de forma expressiva nesse estudo, assim como nos estudos de Rapeli (2003), Gaspari (2002) e Feijó (1999), realizados, respectivamente, em São Paulo, Campinas e Porto Alegre. Quanto a ocupação 18,56 % são estudantes, 12,37% estão empregados e 9,28% são agricultores. Nos aspectos referentes ao tipo de agravo,

89,69% foram tentativas e 11,31% das fichas de notificação nada constam acerca do encaminhamento e desfecho do caso. Dessas notificações, 50,52% dos pacientes fizeram uso de medicações (antidepressivos e ansiolíticos), 32,99% utilizaram como meio de extermínio o envenenamento, sendo os conflitos familiares e separação amorosa, 49,48% conflitos com pacientes com transtorno psiquiátrico, 12,37% os principais motivos relatados que geraram a tentativa de suicídio. Desse modo, analisando esse grave problema de saúde pública que se configura nos territórios assistidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), dos Núcleos de Saúde da Família (NASF) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), optou-se por articular, junto a rede de atenção psicossocial dos 24 municípios da região de saúde, ações e estratégias de suporte e cuidados em saúde mental para pacientes com risco de suicídio. Para isso, o locus de debate e reflexão ocorreu, inicialmente, junto à Comissão Intergestora Regional (CIR), secretários municipais de saúde, através de uma gestão compartilhada e solidária, se propuseram a elaborar o plano de ação da rede de atenção psicossocial da região de saúde de Sobral, cujos pontos de atenção sediados pelos municípios (CAPS, Unidade de Acolhimento, leitos psicossociais, CAPS AD, UBS, NASF, etc.), apresentariam como prioridade atender os portadores de transtorno mental grave, ressaltando nessa articulação entre serviços e profissionais da saúde mental a importância de promover o cuidado integral dos usuários, priorizando os princípios éticos de valorização da saúde mental e da vida. Assim sendo, após a elaboração do plano de ação regional e de aprovação na Comissão Intergestora Regional/CE e Comissão Intergestora Bipartite/CE, cada município junto aos seus pontos de atenção da rede, elaborou um plano de ação local de prevenção ao suicídio, incluindo o perfil

epidemiológico, estratégias de identificação e acompanhamento - através de projetos terapêuticos singulares de pacientes com risco de suicídio e de ações intersetoriais - além de ações sociais de mobilização e informação às populações sobre a temática, conjuntamente, com as diversas categorias profissionais e com os diversos setores governamentais e não-governamentais. A rede de atenção psicossocial da região é composta por 10 CAPS, sendo três CAPS II, 06 CAPS tipo I e um CAPS Álcool e Drogas. Conta, ainda, com Residência Terapêutica, Comunidades Terapêuticas, Unidades Básicas de Saúde e leitos hospitalares em Hospital Geral que articulam protocolos clínicos e de referência e contra-referência entre os diversos serviços de saúde, tendo como porta de entrada a atenção básica. No que concerne a coordenadoria regional de saúde coube a tarefa de fomentar junto aos hospitais estratégicos à notificação compulsória dos casos de tentativa e suicídio, o preenchimento da ficha de notificação, elaborada pela rede de atenção integral do município de Sobral, que através da portaria municipal 107/2007 instituiu a obrigatoriedade da notificação nos hospitais gerais existentes no município de Sobral, cujo fluxo de encaminhamento das fichas se dá dos Hospitais Gerais para a CRES/Sobral e desta para os pontos de atenção da rede na região, no prazo máximo de 72 horas, após a entrada do paciente nos serviços de emergência. Além disso, a 11^a Coordenadoria Regional de Saúde de Sobral presta assessoria técnica, acompanhando os planos de ação dos vinte e quatro municípios da região, assim como administra um banco de dados e disponibilizar trimestralmente o boletim epidemiológico dos casos de tentativa e suicídio existentes na região, cujas informações coletadas podem subsidiar as estratégias municipais de saúde mental junto às populações, prevenindo o suicídio e promovendo ações de valorização

da vida junto às comunidades. Ressalta-se, também, que cada município conta com um técnico de referência na área da gestão para organizar localmente junto aos serviços de saúde, de forma interdisciplinar e intersetorial, as ações de busca ativa, visita domiciliar e cuidados psicossociais, quando necessário, ao paciente com risco de suicídio. RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS: Assim sendo, como resultado dessas articulações e ações desenvolvidas na região estamos formalizando e divulgando a nível regional o boletim epidemiológico dos dados coletados da ficha de notificação aos gestores municipais e profissionais de saúde. Oportunizando a criação de um banco de dados sobre a temática que nos permite fomentar pesquisas e estudos nas diversas áreas da saúde de forma a garantir uma melhor atenção psicossocial as populações com risco de suicídio, como também, poderá subsidiar propostas de educação permanente para os profissionais de saúde de forma mais coerente e adequada à realidade da saúde mental das populações. Acredita-se poder impulsionar e valorizar a implantação de políticas públicas em saúde mental que fortaleçam as ações integradas dos serviços de saúde da atenção primária, secundária e terciária no enfrentamento desse agravo à saúde coletiva.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: MEDIAÇÃO DE CONFLITO NA SAÚDE

Suzana Nussemeyer da Rosa, Aline Zeller Branchi

Palavras-chave: mediação, negociação, equipes

O interesse pela mediação surgiu devido às necessidades vivenciadas durante o cotidiano das relações de trabalho, tanto quanto aos conflitos e ou outros problemas que aí emergem, onde exigem análises

e debates. A referência técnica do RH (recursos Humanos) no Grupo Hospitalar Conceição passou a ser uma articuladora da política institucional de gestão de pessoas, dando suporte nos processos de trabalho. A GTED foi procurada pelas fisioterapeutas da Medicina Interna porque as mesmas não conseguiam realizar diálogo com os fisioterapeutas da UTI, para saber da evolução de um paciente e gostariam que eu mediasse uma conversa para tratar do assunto. Procurei ouvir as partes envolvidas direta e indiretamente, pois há diversos aspectos práticos que favorecem negociações de conflito. A ideia foi de concentrar o foco nos aspectos práticos e tornar a negociação bem-sucedida. A mediação propõe uma mudança de paradigma no intuito de resolver os conflitos dentro e fora das equipes e a busca de respostas para problemas que impedem o trabalho em rede nas equipes que são vivenciadas e que exigem análises e debates, motivando a busca de respostas.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO AMA E IMPLANTAÇÃO DA UBS INTEGRADA JD. CAMPINAS – RESGATE DO MODELO TRADICIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Adriano Maiolini, Armênia Gonçalves, Paulo Fernando Capucci, Bruna Pedroso Canever

Palavras-chave: AMA, UBSI, Reorganização de Modelo de Atenção

O serviço de Atendimento Médico-Ambulatorial (AMA) do Jardim Campinas, situado no município de São Paulo, na região da Supervisão Técnica de Saúde (STS) de Parelheiros, em funcionamento desde 24 de agosto de 2005, é uma unidade de Atenção Básica (AB) caracterizada como porta de entrada para atendimento de urgência e emergência clínico e pediátrico.

O serviço do AMA, gerenciado por uma organização social de saúde (OSS) funciona integrado a uma UBS tradicional, gerida pela administração direta, com serviços e CNES distintos, cuja área de abrangência possui uma população de aproximadamente 27 mil usuários. Por ser uma unidade de fácil acesso, próxima a um grande terminal de ônibus e divisa com a região da STS Capela do Socorro, possuía uma demanda diária considerável de atendimentos de urgência e de casos agudizados, principalmente, de usuários de 8 (oito) unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) da região vizinha. Em 2015, com as propostas das novas diretrizes (Fortalecendo a Atenção Básica no Município de São Paulo), o governo definiu a transformação de algumas AMA do município para adequação como Unidades Básicas de Saúde Integrais (UBSI) que resgatariam, de certa forma, o modelo de Atenção Básica Tradicional e, o AMA do Jd. Campinas foi um dos serviços escolhidos. A diretriz trouxe e norteou algumas propostas como a unificação das duas unidades (CNES e gerencia), integração da recepção das unidades, a implantação da chamada Recepção Técnica Acolhedora (RTA) realizada por profissionais de nível superior, a manutenção de um Núcleo de Pronto Atendimento (NPA) para o período de transição de modelo, o agendamento de consultas para os médicos plantonistas do AMA que antes atendiam somente a demanda espontânea, dentre outros. A Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Sul, responsável pelas respectivas regiões das STS, conjuntamente com a Organização Social de Saúde (OSS) parceira e a Escola Técnica de Saúde (ETSUS), iniciaram o processo de planejamento pleiteando a implantação e transformação do modelo de atenção. Para isso, realizou-se uma série de estudos e oficinas com os profissionais e gerentes das unidades que mais referenciavam para o serviço do AMA/UBS Jd. Campinas, dentre

elas: UBS Chácara do Conde, Chácara do Sol, Chácara Santo Amaro, UBS Mirna, UBS Novo Horizonte, UBS Três Corações, UBS Varginha e UBS Vila Natal. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência do processo de transição do AMA e implantação da UBS integrada Jd. Campinas. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** No mês de maio de 2015, aconteceram 06 oficinas, com 49 profissionais dos serviços citados que teve por objetivo a discussão das propostas da diretriz e modelo de AB que seria resgatado com a implantação da UBSI e o que acarretaria para os serviços de entorno, ou seja, os casos agudizados e crônicos, sem risco de vida, seriam referenciados e deveriam ser acolhidos pelas suas unidades de origem de forma gradativa. Após a realização das oficinas, os gerentes das unidades e os profissionais participantes da capacitação fariam um processo de sensibilização/multiplicação com os outros profissionais que não puderam participar dos encontros, pois as referidas unidades começariam a atender a sua demanda de referência, antes realizada pelo AMA. Os profissionais enfermeiros passaram por uma capacitação específica sobre os protocolos utilizados na AB e outras rotinas como vacinação, realização de consulta e Papanicolau, programações diferentes das realizadas por um serviço de AMA, dentre outras. Os profissionais médicos, que não aceitaram trabalhar com a proposta de consulta agendada, poderiam escolher outras unidades da rede com mesmo perfil do AMA para atuação. Frente a este processo de reorganização de modelo de atenção está a RTA e profissionais enfermeiros que deixaram o modelo de triagem de risco proposto no serviço de urgência, para uma escuta qualificada com embasamento dos protocolos de enfermagem e, assim, os atendimentos dos casos graves resolvidos pelo NPA e os casos sem gravidade (usuários pertencentes à área de abrangência da

unidade), serão realizadas o agendamento de consulta médica. Os usuários que não apresentarem nenhum risco iminente devida, provenientes de outros serviços da AB, serão atendidos na RTA e referenciados para as suas unidades de origem, mediante contato telefônico, guia de encaminhamento e enviado via e-mail (relação dos usuários atendidos no serviço) para ciência dos gerentes e equipes que, terão qualificar e reestruturar os seus processos internos que visam a corresponsabilização, acolhimento e vinculação de seus usuários. **RESULTADOS:** Abaixo, a tabela 1 apresenta os dados dos números de atendimentos médicos realizados pelo serviço do AMA Jd. Campinas nos três meses anteriores ao processo de implantação do serviço para UBSI: Abaixo, a tabela 2 apresenta os números de atendimentos médicos realizados desde o dia 20 de julho, período ao qual unidade do AMA passou a funcionar como UBSI: Abaixo, a tabela 3 que demonstra o comparativo das unidades de saúde que mais referenciavam para o serviço do AMA nos três primeiros meses anteriores e, a posição atual, após a implantação da UBSI. Obs.: No mês de abril os dados estatísticos foram computados a partir do dia 14/04/2015. Diante dos dados apresentados na tabela 1, que representa o período da transição de modelo, oficinas e reuniões de sensibilização com os representantes das unidades que mais demandavam para o serviço do AMA: constata-se uma diminuição gradativa dos usuários atendidos no serviço entre o período de abril a julho, o que pode representar que as unidades da região envolvidas, trabalharam a questão da vinculação e acolhimentos dos usuários que procuravam pelo serviço do AMA Jd. Campinas. A tabela 2, demonstra a efetivação do trabalho realizado pela RTA e NPA da UBSI, a diminuição da demanda atendida, proporcionada pela atuação dos enfermeiros, atendimentos médicos frente

a RTA (paciente de risco) e a demanda agendada para atendimento (pacientes sem risco). E por fim (tabela 3), a diminuição da demanda de atendimentos de usuários por respectivas unidades de saúde que trabalharam o processo de acolhimento organizado por meio de encaminhamentos da UBSI (impresso, telefone, e-mail), ou seja, readequação deste processo: responsabilização pela própria demanda espontânea, vinculação de seus usuários ao serviço e mesmo o agendamento de consultas médicas e de enfermagem, dentre outros. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir do relato citado, é evidente que a proposta de ampliar o acesso com qualidade, organizado por meio da implementação da UBS Integral, é uma proposta de enfrentamento aos problemas de saúde do território e à diversidade das condições de uso, é uma forma de trabalhar a adesão, integrando a atividade programática com o atendimento não agendado e rompendo a segmentação/fragmentação da situação UBS-AMA. É apostar na melhoria da qualidade da assistência da população, substituindo um modelo de atendimento as demandas agudas, por um modelo de cuidado longitudinal, além de trabalhar a rede, pois cada unidade/profissionais envolvidos no processo são corresponsáveis pela organização e atendimento de suas próprias demandas. A atuação em prol da promoção da saúde de forma sistemática e respeito com a comunidade, pois o serviço atende as pessoas de forma integral, com ação multidisciplinar resolvendo problemas e possibilitando a continuidade do cuidado com os outros pontos de atenção da rede.

SAÚDE MENTAL NO TRABALHO: O GRUPO COMO ALTERNATIVA

Jorge Miguel Soares Rodrigues, Nauristela Ferreira Paniago Damasceno, Cecília Freitas

Martins, Cristiane Domingos, Adriana Rochas de Carvalho Fruguli Moreira

Palavras-chave: Saúde mental, Saúde do trabalhador, Grupo

Apresentação: As mudanças nas formas de produção desenvolvem-se com implicações sociais relevantes no âmbito das relações do trabalho, gerando aumento das exigências mentais, incluindo os aspectos cognitivos, emocionais e psicossociais, em diversas ocupações (ROCHA, 2013). Segundo Guimarães (2013) essa conjuntura também fez com que a organização do trabalho e os fatores psicossociais do trabalho fossem foco de vários estudos, principalmente após os anos 60, os quais indicam que essas transformações, combinadas aos fatores individuais, podem gerar tensão, fadiga e esgotamento profissional, ou seja, fatores psicossociais implicando situações de sofrimento e adoecimento relacionado ao trabalho. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho é relatar o desenvolvimento e os resultados parciais de uma atividade com foco na saúde mental do trabalhador, realizada com grupos de profissionais de uma Instituição de Ensino Superior (IES). MÉTODO: A atividade aqui relatada foi realizada em IES pública que possui várias Unidades Universitárias (UU), abrangendo 15 municípios do mesmo estado. Nessa estrutura multicampi um dos desafios para a gestão de pessoas é a distância entre as UU e a sede. Atuam na IES, aproximadamente, 1300 trabalhadores entre efetivos, contratados e terceirizados. Considerando a solicitação dos próprios trabalhadores e/ou gestores das UU a atividade em grupo foi planejada, por equipe de profissionais vinculada à gestão de pessoas, com o objetivo de proporcionar a troca de conhecimentos, vivências e sentimentos a respeito do trabalho e suas particularidades, de modo a contribuir com as relações

socioprofissionais. O trabalho fundamentou-se nos grupos operativos de reflexão, que trabalham as seguintes funções egóicas: percepção, pensamento, conhecimento e comunicação, conforme proposta de Zimerman (2000). A vivência do coletivo, proporcionada pelos grupos de reflexão com as equipes de trabalho, contribui ainda para o resgate da solidariedade e da cooperação entre os trabalhadores, atualmente fragilizadas pelas formas de gestão, além de oferecer suporte às dificuldades operacionais e/ou subjetivas dos trabalhadores (BIANCHESSI et al, 2014). Os encontros iniciaram-se em julho de 2014 e para sua operacionalização, primeiramente, foi realizada divulgação prévia da data, horário, local e objetivos, com intermédio dos gestores de cada UU. Os encontros foram realizados em espaços da IES, em horário comercial, com duração estimada de 1h e 40min. Foram abertos a todos os profissionais que atuam em cada UU, com participação voluntária. No planejamento do primeiro encontro, foram selecionadas atividades vivenciais e/ou dinâmicas de grupo, como disparadores da discussão. Dessa forma, foi proporcionado um espaço de fala coletiva e escuta sobre o trabalho, suas relações. A observação e a própria discussão dos grupos foi subsidiando o planejamento dos próximos encontros, a partir de temas comuns ao cotidiano das equipes. Além disso, sempre foram inseridos disparadores que promovessem a troca de experiências e conhecimentos entre os trabalhadores. Nas situações em que foi solicitada ou identificada a necessidade de intervenção individual, essa foi realizada em espaço reservado, na própria IES, além de verificada a pertinência de encaminhamento específico - psicoterapia, visita social, etc. Os encontros foram registrados, por escrito, a partir dos principais itens abordados pelos grupos, como objetivo de levantar as facilidades/dificuldades indicadas pelos

participantes, em relação ao trabalho, possibilitando subsídios para outras intervenções ou encaminhamentos. Resultados e Discussões De julho a dezembro de 2014 foram realizados 6 encontros mensais dos quais participaram, em média, 45 trabalhadores de 4 UU. Em algumas unidades a participação dos trabalhadores foi mais expressiva e em todas elas observou-se maior frequência de trabalhadores da área administrativa do que docentes. Além disso, os gestores das UU, apesar de apoiarem e solicitarem a atividade, não participaram da maioria dos encontros. Constatou-se que, em determinados casos, a própria organização do trabalho dificulta a participação de alguns trabalhadores; ainda assim, considera-se que é relevante encontrar formas para promover a integração de outros membros aos grupos, no próximo ciclo da atividade. Contudo, entre os participantes dos grupos, notou-se uma evolução na abertura dos trabalhadores para a troca de conhecimentos e experiências, estreitando as relações interpessoais no trabalho. Esse processo grupal que privilegia o diálogo e a troca, sem distinções hierárquicas ou de categorias profissionais, também possibilitou uma aproximação entre os participantes e mostrou-se como um relevante meio de aprimorar o contato entre os profissionais, facilitando o reconhecimento das diferenças, semelhanças, pontos fortes e dificuldades individuais e do grupo. As discussões dos grupos também abordaram a importância do autoconhecimento e do potencial de impacto das características individuais no ambiente de trabalho, nas relações com os colegas e com o público externo. Nesse ponto, observou-se a necessidade de investir em aprimoramento dos gestores, visto que situações que implicam no funcionamento da instituição e no clima organizacional – como os processos de comunicação formal interna e externa, a

integração de novos servidores, a gestão de pessoas e de conflitos – requerem habilidades e conhecimentos gerenciais que podem ser desenvolvidos ou aprimorados em capacitações específicas. Os trabalhadores também discutiram sobre suas dificuldades em relação às condições de trabalho tanto no que se refere às particularidades da UU como as que consideram decorrentes do distanciamento da sede administrativa da IES. Foram observados conflitos entre as categorias profissionais e também com os gestores, bem como dificuldades quanto à forma como é organizado o trabalho. Além disso, foram discutidas questões relativas à remuneração, benefícios e a necessidade de investimento da IES em atividades pertinentes ao desenvolvimento, à saúde e à qualidade de vida dos trabalhadores. Em dezembro de 2014, foi realizada uma avaliação, por escrito, dos encontros com os trabalhadores, para apontar as percepções dos mesmos acerca das atividades realizadas no semestre. O impacto na reflexão sobre o trabalho foi o ponto mais destacado na avaliação e relacionou-se com a percepção do papel de cada um na instituição e na melhoria das relações no trabalho, com vistas ao bem-estar dos trabalhadores, à qualidade do serviço oferecido à comunidade e à profissionalização do serviço público. Outro aspecto citado nas avaliações foi a necessidade de maior aproximação da sede com as UU, integrando o trabalho de forma a unificar a gestão de pessoas, promovendo a construção da identidade dos trabalhadores. Dessa forma, os trabalhadores reconheceram a relevância da atividade e formalizaram o interesse por sua continuidade. Destaque-se que como a atividade foi direcionada aos trabalhadores que atuam fora da sede, ela possibilitou ainda a coleta de elementos singulares de cada UU que podem subsidiar futuras intervenções relacionadas à gestão de

pessoas e à saúde do trabalhador, com foco nas demandas identificadas no processo dialógico dos grupos e na observação. Considerações Finais A realização dos encontros coletivos possibilitou discussões sobre a forma como se organiza o trabalho, sobre o sentido do trabalho e sobre como se constroem as relações entre os trabalhadores (entre si, com os gestores e entre as categorias profissionais) e suas atividades, mobilizando a percepção dos participantes sobre seu papel no mundo do trabalho, promovendo a responsabilização e a autonomia. Dessa forma, os grupos de reflexão mostraram-se como uma alternativa viável para a promoção de saúde mental dos trabalhadores, principalmente, no que se refere às relações de trabalho, uma vez que fomentam a empatia, a cooperação e a compreensão de atitudes e sentimentos que afloram no cotidiano profissional. Por conseguinte, espera-se que essa atividade possa ser ampliada a outras UU.

SEMANA MUNICIPAL EM DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA DE SANTA MARIA-RS: A EXPERIÊNCIA DE CONSTRUÇÃO COLABORATIVA ENTRE GESTÃO PÚBLICA, UNIVERSIDADE E ORGANIZAÇÕES DE APOIO À PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Paula Cadore, Cristian Evandro Sehnem, Pricila Arrojo da Silva, Cristiane Wagner, Taísa Gomes Ferreira

Palavras-chave: Semana da Pessoa com Deficiência, direitos, sensibilização comunitária

Apresentação: No ano de 1964 foi sancionado o Decreto Federal nº 54.188, desde então, anualmente, entre os dias 21 e 28 de agosto, realizam-se ações para sensibilizar e conscientizar a sociedade

acerca da existência e dos direitos das pessoas com deficiência. (BRASIL, 1964). Em 1997, na cidade de Santa Maria, foi sancionada a Lei Municipal nº 4088, de 08 de setembro, que instituiu a Semana Municipal da Pessoa Portadora de Deficiência Física. (BRASIL, 1997). Para ampliar o público alvo e adequar a terminologia utilizada na referida legislação, em 2011 foi agregado ao período a Semana Municipal de Inclusão Social, por meio da Lei nº 5.557, de 23 de novembro de 2011. (SANTA MARIA, 2011). Neste mesmo ano foi criado o Conselho Municipal dos Direitos das Pessoas com Deficiência de Santa Maria (COMDEPEDESMA) e, em 2013, a Frente Parlamentar em Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência de Santa Maria (FPPCD). De 21 à 29 de agosto de 2015, ocorreu a II Semana Municipal em Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência de Santa Maria (SMDPCD). Foi organizada pela gestão pública – FPPCD e Secretaria de Município da Educação de Santa Maria (SME/SM); por Instituições de Ensino Superior - Núcleo de Acessibilidade (NA) e Estágio Supervisionado em Saúde da Comunidade do Curso de Terapia Ocupacional (ESC/TO) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e Universidade Luterana Brasileira (ULBRA); e por organizações de apoio à pessoas com deficiência (OAPCD) a partir do CONDEPEDESMA. Objetivou sensibilizar a comunidade e promover coletivamente o debate das necessidades, já que a cidade ainda carece de ações e serviços à pessoas com deficiência. Assim, pretende-se descrever a experiência da construção da II SMDPCD e sua repercussão a partir da ótica de estudantes, docentes e servidores da UFSM, que participaram a partir do ESC/TO e NA. Vale ressaltar, que serão debatidas apenas as atividades em que houve participação dos autores desse relato. Descrição da experiência A partir do tensionamento do ESC/TO e NA, a primeira reunião para a formação da comissão de

organizadora da II SMDPCD foi convocada pela FPPCD e contou com a participação do presidente do CONDEPEDESMA, ESC/TO e NA da UFSM, professor da ULBRA (também representava a SME/SM) e de 3 OAPCD. A Agenda Institucional para a Semana Nacional das Pessoas com Deficiência organizada pela UFSM foi utilizada como eixo condutor para a elaboração da II SMDPCD. As ideias para o evento foram debatidas e a proposta de programação foi aprovada. A programação completa da II SMDPCD foi composta por palestras presenciais e online, sessões de filmes com debates, mobilizações sociais com distribuição de materiais informativos e dinâmicas de sensibilização, apresentações de projetos realizados em prol deste público, reunião com a comunidade e evento na praça central do município. O ESC/TO além de apoiar as diferentes atividades dentro e fora do campus da UFSM elaborou uma reunião com diferentes atores sociais para a discussão dos direitos das pessoas com deficiências. Realizou-se uma roda de conversa coordenada pelos alunos do ESC/TO com o tema “direitos das pessoas com deficiência” na Câmara Municipal de Santa Maria. Participaram vereadores, assessores, lideranças comunitárias, acadêmicos e profissionais de saúde e de apoio ao emprego. Apesar de a ação ser realizada na região central da cidade (de maior acesso) não houve registro da participação de pessoas com deficiência, familiares e de OAPCD. Os alunos do ESC/TO buscaram promover uma relação horizontalizada entre os presentes permitindo que todos os envolvidos expusessem suas dúvidas, inquietações e sugestões. Foi uma ação potencializadora, já que propiciou pela primeira vez o encontro de diferentes pessoas que se dedicam à temática da deficiência. Reconheceu-se que para o desenvolvimento de ações efetivas, profissionais e gestores precisam identificar quem são as pessoas com deficiências e quais são suas necessidades.

Será organizado um grupo de trabalho misto (gestores e profissionais) para a organização e um inquérito municipal. A necessidade do inquérito corrobora com o exposto no Relatório nacional da República Federativa do Brasil sobre o cumprimento das disposições da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2008-2010. Sua efetivação poderá contribuir na identificação das pessoas com deficiência, identificando suas necessidades para a construção de estratégias de para a inclusão das pessoas com deficiência. Os objetivos da IISMDPCD corroboram como Relatório Nacional da República Federativa do Brasil sobre o cumprimento das disposições da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2008-2010, onde o se reconhece que ainda há muito a se melhorar, principalmente em relação às estatísticas, que poderão subsidiar o desenvolvimento e manutenção de políticas públicas (BRASIL, 2010). Avaliando as atividades promovidas na II SMDPCD foi possível identificar restrita participação da comunidade – inclusive de pessoas com deficiência. Isto evidencia limitações na participação e no acesso destas pessoas nos diferentes espaços da cidade. Todavia, se reconheceu necessidade de organizar a III SMDPCD com mais antecedência, em horários e espaços em que as pessoas com deficiência possam participar mais ativa e efetivamente. Impactos A II SMDPCD oportunizou um diálogo entre a comunidade, gestão pública, instituições e universidades, construindo assim coletivamente, o controle social na cidade, que pode apoiar gestores na construção e efetivação de políticas públicas e na garantia ao acesso à direitos. Ressalta-se a importância deste evento no município, diante a sensibilização que promove na comunidade, bem como a ampliação da visibilidade de questões relacionadas às pessoas com deficiência. A participação dos alunos do ESC/TO, na organização e na

execução do evento, foi uma ação singular e importante para formação, pois puderam estabelecer novos olhares sobre as pessoas com deficiência e a comunidade. Desse modo, proporcionou-se a vivência para a construção profissional além das técnicas, oportunizando uma formação política, gestonária e de qualidade, propulsora para formação de profissionais diferenciados, com experiências significativas capazes de formar e fortalecer redes de saúde, sociais, de vida e autonomia para as pessoas com deficiência. Considerações finais: A limitada participação das OAPCD e de pessoas com deficiência apontaram desafios e diretrizes para o trabalho da universidade: a sensibilização das instituições para a ampliação do acesso aos direitos e a efetivação da participação das pessoas com deficiência nos diferentes espaços da sociedade, com ênfase nos espaços do controle social. Também impactou positivamente para a construção da IISMDPCD, visto que, foi reconhecida a necessidade do evento ser construído com mais antecedência para contemplar questões relacionadas ao desejo e promover estratégias efetivas de acesso.

UM EXERCÍCIO DE APRENDIZAGEM: O CASO DA REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE - PNPS

Vanessa de Almeida Guerra, Regiane Rezende, Dais Gonçalves Rocha, Kleber Rangel Silva, Raquel Rondow Bahia, Marco Akerman

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Política de Saúde

INTRODUÇÃO: A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, com o objetivo de apresentar a Promoção da Saúde como

uma perspectiva de ampliar o conceito de saúde considerando a determinação social do processo de saúde e doença. A PNPS traça objetivos, diretrizes e estratégias de implantação das práticas de Promoção da Saúde. Isso define as atribuições de cada esfera de gestão federal, estadual e municipal para a operacionalização das ações de Promoção da Saúde no âmbito do SUS. As mudanças ocorridas na sociedade nos últimos anos, e as consequências nas condições de saúde da população, apontam para a necessidade de rever a PNPS, a fim de se obter novos arranjos intersetoriais da gestão pública, novas perspectivas da cidadania ativa, de se aproximar mais do enfrentamento dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Além de criar um modelo de atenção à saúde mais resolutivo e de qualidade voltado à atenção integral e contribuir de fato para a redução das iniquidades. O objetivo deste trabalho é apresentar o relato da Oficina Sudeste como parte do processo de revisão da PNPS. **RELATO DA EXPERIÊNCIA:** A Oficina é uma das abordagens da metodologia utilizada na revisão da PNPS intitulada Múltiplos Movimentos Simultâneos, que reforça o papel regional através da elaboração de uma matriz analítica que sistematiza os resultados da região Sudeste contendo os seguintes eixos: objetivos, princípios, diretrizes, temas e ações. A Oficina Sudeste contou com a participação de pesquisadores, gestores, técnicos, professores e alunos de graduação e pós-graduação, contemplando todos os estados da região sudeste do Brasil. Em cada Oficina foram representados diferentes segmentos da implementação da Promoção da Saúde no SUS. O caminho metodológico das oficinas regionais percorreram os seguintes momentos: 1- Identificação das práticas dos participantes de acordo com as Diretrizes da PNPS; 2- Identificação dos Valores; 3- Reconstrução/Validação dos Eixos Operativos; 4- Apresentação

do Balanço da PNPS; 5- Identificação dos Temas que emergem das práticas; 6- Seleção dos temas prioritários para a Região; 7- Seleção dos Eixos Operativos prioritários para cada tema; 8- Retomada do Modelo de Referência com a inserção dos resultados dos trabalhos (Valores, Temas e Eixos Operativos); 9- Reflexões sobre a governabilidade do setor saúde e seu papel como indutor na implementação da PNPS; 10- Estabelecimento da Rede de Compromissos. **DISCUSSÃO:** Utilizou-se da análise documental dos relatórios produzidos durante o processo de revisão da PNPS, leitura de artigos e notas de observação dos autores referentes às oficinas de sistematização. Os participantes da oficina, conforme o Modelo de Referência para as Oficinas trabalharam três novos itens: os valores, os eixos operacionais e os temas emergentes. Todos por meio da atividade de identificação das ações locais de Promoção da Saúde. Ficou definido que os valores, compreendidos como aquilo que é pétreo, ou seja, que não se abre mão, são caros à Promoção da Saúde, e que sem os quais não se pode dizer que se está fazendo Promoção da Saúde, pelo grupo eram: Horizontabilidade, Cultura, Coerência, Holismo, Emancipação, Resiliência, Territorialidade Interdisciplinaridade, Humanização, Cidadania, Co-gestão, Advocacy, Integralidade, Equidade, Ética, Inclusão, Transparência, Corresponsabilidade, Intersetorialidade, Desenvolvimento social, Valorização dos saberes e práticas, Alteridade, Sustentabilidade, Subjetividade, Diversidade, Autonomia, Criatividade, Empoderamento, Colaboração, Participação e Justiça social. Os eixos operacionais como: I-Vigilância, Avaliação e Monitoramento; II- Pesquisa, inovação e conhecimento; III- Gestão, Regulação & Controle; IV- Formação para a Promoção a Saúde; V- Articulação Intersetorial; VI- Trabalhar

com a comunidade / territorialização; VII- Participação e Controle Social; VIII- Promoção da Saúde nas Redes de Atenção; IX- Financiamento; X- Comunicação e Mídia; XI-(Auto) Cuidado para a Promoção da Saúde. E os temas transversais discutidos na oficina foram: Alimentação saudável, saúde urbana, práticas corporais, saúde mental e cultura de paz, saúde bucal, saneamento, saúde do trabalhador, redução de danos, prática de cuidado, sexualidade, ciclos de vida, vulnerabilidades, meio ambiente, populações em situação de vulnerabilidade, gênero, atividade física, lazer, saúde rural, pessoas com necessidades especiais, desenvolvimento local e prevenção da violência e acidentes, sendo os três primeiros os mais votados e, portanto os que foram avaliados a partir da priorização dos eixos operativos. Esta atividade teve como propósito demonstrar a lógica e a coerência do processo proposto para revisão da PNPS durante as oficinas regionais, e como o marco de referência faz a integração e a validação de todos os passos metodológicos da oficina. Os temas selecionados e suas respectivas ações a serem planejadas e implementadas precisam seguir os eixos operativos, contemplar e respeitar os valores, fortalecer as diretrizes da PNPS e terem como compromisso a transformação da realidade, por meio da atuação nos fatores condicionantes e determinantes sociais de saúde. Ao final, foi realizada uma atividade intitulada Rede de Compromissos, em que foram distribuídos cartões postais da região sudeste, e cada participante redigiu uma mensagem com o objetivo de selar o seu compromisso com o Comitê Gestor da PNPS, a fim de levar adiante o sentimento e os resultados advindos da oficina, e futuramente, da nova PNPS. **CONCLUSÃO:** Os resultados da Oficina Regional Sudeste contribuíram para a composição da revisão da PNPS, na medida em que apresentaram particularidades advindas do mundo do

trabalho dos diversos atores envolvidos em seus respectivos espaços de prática e implementação de ações de Promoção da Saúde. Ao considerar e respeitar o perfil de seus participantes, a oficina regional possibilitou a discussão democrática que contribuiu para o processo de revisão da Política que foi construído por meio do exercício de uma escuta participativa que contempla os princípios e valores da Promoção da Saúde no processo de sua construção. Foi possível perceber que a intersetorialidade é uma questão fortemente compreendida, porém há muita dificuldade para a sua operacionalização, em termos técnicos, na falta de instrumentos, quanto para a questão política em disputa de poderes. Já a governabilidade do setor saúde foi em relação ao seu papel indutor na implementação da PNPS. A metodologia desenvolvida na oficina aponta para a possibilidade de replicar essa metodologia em diferentes dimensões, nos âmbitos estadual, municipal, distrital e local, como foi afirmado que a participação é um processo relacional que pode criar a identidade coletiva de um grupo, uma vez que promove a reflexividade da ação social. Os atores coletivos são criados no curso das atividades, bem como a identidade coletiva é construída e negociada pela ativação de relacionamentos sociais que conectam os membros de um grupo ou movimento. É proporcionando reflexões que se pode tornar viva a nova PNPS.

Eixo Rotas Críticas - resumo simples

Trabalhos de Pesquisa

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA, E O APOIO MATRICIAL NO ATENDIMENTO DAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIAS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Jony Alberto Correia

Palavras-chave: Modelos de Atenção em Saúde, Violências, Integralidade do cuidado em Saúde

Nas últimas décadas, novas tecnologias para o SUS passaram a ser incorporadas em todos os níveis da Atenção em Saúde. Estas “tecnologias” não são apenas os insumos tecnológicos científicos, os equipamentos da “tecnologia dura”, mas também as novas ferramentas voltada para a qualificação com vistas à integralidade do atendimento. Os desafios decorrentes destas novas ferramentas, no entanto, são justamente fomentar essas transformações das práticas, e conseqüentemente da práxis em saúde. Estas tecnologias leves precisam ser operacionalizáveis nos territórios, avançando aquém do campo das ideias para se tornarem permeáveis na ação profissional. Aumentar o escopo, o nível de resolutividade e a integralidade da Atenção não são processos automáticos! Logo, a engrenagem destas novas tecnologias leves parecem mais complexas que a dos insumos das tecnologias duras, pois dependem essencialmente do entrosamento de diferentes dispositivos, da qualificação teórica-metodológica, técnico-operativa e ético-política dos atores envolvidos, e,

de um processo de gestão do trabalho norteado para a integralidade do cuidado e corresponsabilização das demandas existentes nos territórios. Nesse sentido, o trabalho apresentado discorre por meio de abordagens críticas e propositivas, a interdisciplinaridade e a ampliação do escopo na Atenção Básica associada às ferramentas tecnológicas na gestão dos processos de trabalho do NASF – o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular e o Projeto de Saúde no Território. Seguidamente, por meio de relatos de ação, problematiza-se interlocuções e engendramentos do Assistente Social do NASF, junto às equipes de ESF. Assim, no trabalho de especialização apresentado relata-se como, por meio da ferramenta do apoio matricial junto às equipes de ESF o Assistente Social/NASF pode desencadear o fomento da dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial, resultando na qualificação das equipes de ESF para os atendimentos, manejos e encaminhamentos das situações de violências tendo a Atenção Básica em Saúde como porta de entrada, alcançando efetivas transformações nas práticas em saúde por meio de processos de Educação Permanente. **Metodologia:** Adotou-se o método de análise dialético/dialógico e pesquisa bibliográfica no embasamento teórico deste trabalho. A definição da necessidade e elaboração do plano de ação, na intervenção do Serviço Social do NASF, teve como aporte teórico o conhecimento obtido durante o curso de especialização em Saúde da Família. **Resultados:** Identificou-se recorrentes acionamentos ao Serviço Social do NASF/Palhoça, por parte das equipes de ESF, para o atendimento direto, encaminhamentos e notificações das situações de violências. A alta prevalência destes acionamentos traduziam uma aparente compreensão diminuta das possibilidades do NASF, como também expressavam um relativo