

MARIA SALETE BESSA JORGE

**POLÍTICAS,
TECNOLOGIAS,
VALIDAÇÃO E
GESTÃO:**

**CONSONÂNCIA COM O MESTRADO
PROFISSIONAL EM GESTÃO**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmio Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

Maria Salete Bessa Jorge
(organizadora)

**POLÍTICAS, TECNOLOGIAS,
VALIDAÇÃO E GESTÃO:**
consonância com o mestrado profissional em gestão

1ª Edição
Fortaleza - CE
2019



**POLÍTICAS, TECNOLOGIAS, VALIDAÇÃO E GESTÃO: CONSONÂNCIA COM
O MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO**

© 2019 *Copyright by* Maria Salete Bessa Jorge

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (85) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmus Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Narcelio Lopes

Revisão de Texto

Os organizadores

Ficha Catalográfica

Lúcia Oliveira CRB - 3/304

P769 Políticas, tecnologias, validação e gestão: consonância com o mestrado profissional em gestão / Organizado por Maria Salete Bessa Jorge. - Fortaleza: EdUECE, 2019.

407 p. : il.

ISBN: 978-85-7826-742-1

1. Gestão em saúde. 2. Saúde pública - Administração - Brasil. 3. Administração dos serviços de saúde. I. Jorge, Maria Salete Bessa. II. Título.

CDD: 362.1

PREFÁCIO

Honra-me prefaciá-lo conjunto de trabalhos que considero efetivo na construção do conhecimento sobre o tema objeto desta obra. A produção dialoga com os leitores a partir da pluralidade de trabalhos, cuja intenção dos autores de registrar um material de opulento valor didático e pedagógico tem o objetivo de subsidiar a comunidade acadêmica com saberes e práticas relacionadas às políticas, às tecnologias, à validação e à gestão.

Trata-se de obra coletiva que engloba um caleidoscópio de temas extraídos de pesquisas acadêmicas, apresentadas em 16 capítulos, da lavra de autores profissionais de diversos setores, a maioria do Brasil e do Ceará. Os textos dos capítulos que compõem o trabalho procuram abarcar, na medida do possível, a pauta de assuntos vinculados às temáticas em destaque no Mestrado Profissional em Gestão.

A produção organizada por pesquisadores, de reconhecida competência acadêmico-científica no contexto regional e nacional, apresenta distintas visões de temas já estudados e referendados, em

sua maioria, por comissões examinadoras de programas de pós-graduação em nível de mestrado e doutorado.

Na perspectiva da comunidade científica e visão prática das atividades administrativas, essa triagem de escritos compõe obra pertinente e ferramenta de gestão na tomada de decisão, construção e validação de instrumentos, implantação de estratégias institucionais, planejamento, financiamento, gestão e avaliação.

A coletânea apresenta um conjunto de reflexões conceituais e análises sobre gestão, fundamentadas em referências teórico-metodológicas. O livro fornece um bom panorama sobre essa temática e está dividido em cinco partes ou subtemas.

A primeira parte da coletânea apresenta contribuições em três capítulos que abordam ferramentas e tomada de decisão para gestão em saúde. A construção e validação de instrumentos estão organizadas em três capítulos da segunda parte da obra e destaca experiências exitosas em diferentes municípios. A terceira parte discute a implantação de estratégias em instituições de saúde, a partir da experiência da implantação do autocuidado apoiado para sujeitos com sequelas pela hanseníase em um hospital colônia apresentado

pelas autoras. A parte quatro aborda planejamento, financiamento, gestão e avaliação em saúde. A quinta e última parte contempla cinco estudos diversos e suas proposições à saúde.

Como em toda coletânea, nesta igualmente, devem ser consideradas a heterogeneidade de contribuições e a riqueza contextual que apresentam. Ao longo dos capítulos, nos deleitamos com a complexidade de enfoques que envolvem a temática, bem como a possibilidade de ver reunidos em uma única obra elementos indutores de expressiva reflexão, que tem como foco a construção e a consolidação desse campo de conhecimento.

Ana Maria Fontenelle Catrib

INTRODUÇÃO

No mundo atual, as inovações tecnológicas não param de emergir e ganham cada vez mais espaço nas sociedades modernas. Vive-se na Era da Tecnologia, onde o conhecimento é difundido através da Internet. Qualquer que seja o ramo da atividade humana, o mecanismo tecnológico estará presente, contribuindo para novos avanços e para uma produção mais ágil e qualificada. (MENDES; CUNHA, 2013).

A crescente preocupação dos gestores dos serviços de saúde em todo o mundo com a limitação de recursos tem como marco o fato de que, os gastos com a saúde passaram a crescer de maneira significativa nos países desenvolvidos em consequência do grande desenvolvimento tecnológico. A contenção de gastos implica a necessidade de se avaliar os custos decorrentes do uso das tecnologias e seu impacto no alcance de resultados positivos na saúde da população (BRASIL, 2009; GADELHA et al., 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem por base três princípios constitucionais: universalidade, integralidade e equidade. Todos eles se aplicam,

também, à Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), que se ressalta aqui ser parte integrante da Política Nacional de Saúde, formulada no âmbito do SUS. Do ponto de vista da Ciência e da Tecnologia, a aplicação desses princípios deve corresponder ao compromisso político e ético com a produção e com a apropriação de conhecimentos e tecnologias que contribuam para a redução das desigualdades sociais em saúde, em consonância com o controle social (BRASIL, 2008).

Além das potencialidades das inovações tecnológicas para a reestruturação dos serviços de saúde e dos obstáculos à sua efetivação, decorrentes do padrão de desenvolvimento nacional, há que se observar também os desafios mais específicos relacionados à geração, ao uso e à difusão de inovação em saúde no Brasil.

A inovação em áreas estratégicas de saúde, além de ampliar o acesso da população a produtos e serviços da saúde, figura como componente social da maior importância na estrutura econômica e produtiva do país. Trata-se, portanto, de elemento decisivo para o novo modelo de desenvolvimento nacional que alia a saúde ao desenvolvimento econômico e social.

A utilização de estratégias de tecnologia voltada para saúde tem se tornado importante estra-

tégia na prevenção de doenças. É alvo de atenção acadêmica e um número crescente de estudos é identificado na literatura científica brasileira. Estudos recentes destacam, ainda, a importância de ferramentas que incentivem a interdisciplinaridade (TIBES; DIAS; MASCARENHAS, 2014).

A tecnologia não substitui o acompanhamento pela equipe de saúde, devido à necessidade da análise de dados clínicos para tomada de decisão sobre tratamentos e acompanhamento longitudinal, mas é um importante aliado na disseminação de informações e meios de gerenciamento prático e eficaz da saúde individual.

É de fundamental importância criar condições favoráveis à geração de conhecimentos e tecnologias que promovam impactos positivos na saúde da população, oferecendo condições para o desenvolvimento de todas as suas etapas, pois, no Brasil, as pesquisas dificilmente conseguem desenvolver todas as fases essenciais à validação de seus resultados que alcancem a consecução de resultados passíveis de incorporação nas políticas e serviços de saúde.

Cabe às universidades, então, ampliar o entendimento sobre o desenvolvimento de projetos de tecnologias e inovações da saúde no contexto da atenção primária, estabelecendo-o como referência para todo o processo de trabalho, expandin-

do o conceito de saúde para além da assistência a pessoas doentes, promovendo a qualidade de vida por meio de intervenções sobre os fatores ambientais, socioculturais.

A presente obra trata-se de uma coletânea de estudos e pesquisas que têm sido realizados pelos docentes e discentes do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde (MEPGES) da Universidade Estadual do Ceará. Abrangendo diversos assuntos e pesquisas, com ênfase em políticas, tecnologias, validação e gestão, distribuídos em dezesseis capítulos, concentrados nas seguintes linhas temáticas: Ferramentas de gestão e tomada de decisão; Construção e validação de instrumentos; Implantação de estratégias em instituições de saúde; Planejamento, financiamento, gestão e avaliação; Diversidades: proposições. Os textos abordam assuntos de grande interesse para a sociedade civil e comunidade de pesquisadores da Saúde, posto que o desenvolvimento e os aprimoramentos das ciências, as políticas, a economia e as inovações tecnológicas devem ser conduzidas de modo a priorizar a solução dos graves problemas de saúde da população brasileira, num compromisso efetivo de contribuir, de forma significativa, para uma sociedade mais digna, justa, solidária e sustentável.

Clarice Maria Araújo Chagas Vergara

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

GADELHA, C. A. G.; MALDONADO, J. M. S. V.; VARGAS, M. A.; BARBOSA, P.; COSTA, L. S. **A dinâmica do Sistema Produtivo da Saúde: inovação e complexo econômico-industrial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

MENDES, C.; CUNHA, R. As novas tecnologias e suas influências na prática de atividades físicas e no sedentarismo. **Revista interfaces: saúde, humanas e tecnologia**, v. 1, n. 3, p. 1-23, 2013.

TIBES, C. M. S.; DIAS, J. D.; MASCARENHAS, S. H. Z. Aplicativos móveis desenvolvidos para a área da saúde no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 471-478, abr./jun. 2014.

Sumário

PARTE I

FERRAMENTAS DE GESTÃO, TOMADA DE DECISÃO E TECNOLOGIAS 16

CAPÍTULO 1 17 **BALANCED SCORECARD COMO FERRAMENTA DE GESTÃO ESTRATÉGICA EM LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA**

Ana Carolina Barjud Marques Máximo e Carlos Garcia Filho

CAPÍTULO 2 35 **SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA - SISAB NO AUXÍLIO NA TOMADA DE DECISÕES DA GESTÃO EM SAÚDE**

Diego de Oliveira Pereira Duarte e Thereza Maria Magalhães Moreira

CAPÍTULO 3 55 **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO CEARÁ: PRODUÇÃO DE VÍDEODOCUMENTÁRIO**

Josete Malheiro Tavares e Carlos Garcia Filho

PARTE II

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS 75

CAPÍTULO 4 76 **CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PLANO DE AÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM ICAPUÍ - CE**

Joice Silva de Almeida Sousa e Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

CAPÍTULO 5 107 **EMPODERAMENTO DOS USUÁRIOS E SAÚDE MENTAL: ÁLBUM SERIADO COMO TECNOLOGIA EDUCATIVA DE APOIO PARA PROFISSIONAIS**

Suzette de Oliveira Siqueira Telles Alves e Layza Castelo Branco Mendes

CAPÍTULO 6 148 **A REDE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO GUIA NA ÁREA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE – AVISA III EM MARACANAÚ**

Camila Augusta de Oliveira Sá e Mardênia Ferreira Gomes Vasconcelos

CAPÍTULO 7 182
MOTIVAÇÃO PARA MUDAR E CUIDAR DE SI, EM PESSOAS COM DIABETES TIPO 2:
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE BANCO DE ITENS

Luana Kelly Oliveira Souza Mendonça e Andrea Caprara

PARTE III
IMPLANTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE 215

CAPÍTULO 8 216
IMPLANTAÇÃO DO AUTOCUIDADO APOIADO PARA SUJEITOS COM SEQUELAS PELA
HANSENÍASE EM UM HOSPITAL COLÔNIA

Rayla Maria Pontes Guimarães Costa e Layza Castelo Branco Mendes

PARTE IV
PLANEJAMENTO, FINANCIAMENTO, GESTÃO E AVALIAÇÃO 226

CAPÍTULO 9 227
FINANCIAMENTO E JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

Pablo Stefan Pires da Silva e Carlos Garcia Filho

CAPÍTULO 10 248
CRITÉRIOS ADOTADOS E PROBLEMAS ENFRENTADOS PELA LOGÍSTICA HOSPI-
TALAR INTERNA DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO: DISPOSITIVO PARA O
ENFRENTAMENTO DA GESTÃO ADMINISTRATIVA

Ludimila Arruda Frota Rocha, Luilma Albuquerque Gurgel e Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linnard

CAPÍTULO 11 274
GESTÃO EM SAÚDE PARA PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIA ÉTICA NOS TRABALHADORES DE
SAÚDE: O CASO DA ENFERMAGEM

Diego Mauricio Portela Dutra e Thereza Maria Magalhães Moreira

PARTE V
DIVERSIDADES: PROPOSIÇÕES 298

CAPÍTULO 12 299
UTILIZAÇÃO DO CHÁ DA FOLHA DA GRAVIOLA (*ANONNA MURICATA*) POR PACIEN-
TES EM TRATAMENTO DE CÂNCER DE PRÓSTATA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Francisca Vilma de Oliveira, Helena Alves de Carvalho Sampaio e Valter Cordeiro Barbosa Filho

CAPÍTULO 13	315
SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: A (DES)ARTICULAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE SUPLEMENTAR, NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO	
Naara Regia Pinheiro Cavalcante, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão e Maria Salete Bessa Jorge	
CAPÍTULO 14	334
A UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER (SISCAN) COMO FERRAMENTA DE MONITORAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NA REGIÃO DE SAÚDE DE RUSSAS	
Ivonete Pereira Cavalcante Vieira e Carlos Garcia Filho	
CAPÍTULO 15	348
EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA: UMA ALTERNATIVA PARA FORMAÇÃO PERMANENTE DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA	
Ricardo Hélio Chaves Maia e Adriano Rodrigues de Souza	
CAPÍTULO 16	377
PROPOSTA DE ALOCAÇÃO EFICIENTE DE RECURSOS ESTADUAIS PARA HOSPITAIS POLO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA NO ESTADO DO CEARÁ: ELABORADO UM ÍNDICE, DENOMINADO IDR – HPAS	
Izabel Janaina Barbosa da Silva e Maria Helena Lima Sousa	
ORFANIZADORA	400
AUTORES/AS.....	401

**PARTE I - FERRAMENTAS
DE GESTÃO, TOMADA DE
DECISÃO E TECNOLOGIAS**

CAPÍTULO 1

BALANCED SCORECARD COMO FERRAMENTA DE GESTÃO ESTRATÉGICA EM LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA

Ana Carolina Barjud Marques Máximo
Carlos Garcia Filho

INTRODUÇÃO

O atendimento com qualidade tem sido uma exigência constante e crescente na área de saúde pública, onde, a cada dia, os usuários têm demandado maiores níveis de desempenho da instituição que os atende, exigindo dos gestores novos desafios na busca contínua da eficiência e eficácia das atividades (BONACIM; ARAÚJO, 2011).

As decisões gerenciais têm sido fortemente marcadas pela necessidade de aplicação de novas técnicas e ferramentas de gestão. Nesse sentido, o Balanced Scorecard (BSC), inicialmente concebido como um sistema de avaliação organizacional e, posteriormente, tido como uma metodologia de gestão estratégica serve de ferramenta para apoio ao desdobramento das estratégias organizacionais e

contribui para a melhoria contínua da qualidade da organização (BOLIGON; GODOY; MEDEIROS, 2014).

O BSC foi apresentado pelos professores da Harvard Business School, Robert S. Kaplan e David P. Norton, na década de 1990. É uma ferramenta de gestão, originalmente aplicada às empresas privadas. Mas, nos últimos anos, instituições públicas, em geral, incluindo as do setor de saúde também a adotaram na busca da eficácia gerencial. Esta ferramenta permite trazer melhorias às instituições por meio do suporte à tomada de decisões.

A palavra *scorecard* significa, em inglês, cartão para registro de resultado, e a palavra *balanced*, equilíbrio, balanceado. O BSC é um sistema integrado de gestão e implementação da estratégia da organização. Seu propósito, como define o criador do BSC, o professor Robert Kaplan, é “traduzir a missão e a estratégia das empresas em um conjunto abrangente de medidas de desempenho que serve de base para um sistema de medição e gestão estratégica” (KAPLAN; NORTON, 1997, p.71).

O BSC é composto por um conjunto de indicadores diferenciados, balanceados e ligados ao perfil da organização e à sua estratégia. É uma ferramenta de gestão que permite à organização identificar os fatores considerados prioritários para o planejamento estratégico e transformá-los em

indicadores de desempenho da gestão estratégica da organização.

O BSC preserva as medidas financeiras tradicionais e as complementam com medidas que impulsionam para o desempenho futuro. Os objetivos e as medidas do *scorecard* derivam da visão e da estratégia da empresa e focam o desempenho organizacional sob quatro perspectivas: financeira, do cliente, dos processos internos e de aprendizado e crescimento, como demonstrado na figura 1 (KAPLAN; NORTON, 1997).

Nesse contexto, o Laboratório Central de Saúde Pública do Estado do Ceará (LACEN-CE), desde 2012, tem investido na elaboração de seu planejamento estratégico e no seu desdobramento no Mapa Estratégico e no Painel de Indicadores, utilizando o BSC.

O LACEN-CE é um Órgão da Administração Direta Estadual, vinculado à Coordenadoria de Vigilância em Saúde da Secretaria da Saúde (COVIG). Foi criado pela Lei Nº. 5427 de 27 de junho de 1961 e integra o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB). Suas atribuições são: 1- realizar o diagnóstico laboratorial das doenças de notificação compulsória e outros agravos de interesse da saúde pública; 2- analisar a qualidade de produtos e serviços de interesse à Vigilância Sa-

nitária e Ambiental; 3- coordenar a Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública; e 4- promover educação permanente em saúde.

A pesquisadora avalia que o monitoramento dos indicadores estratégicos do BSC utilizados no LACEN-CE é relevante como ferramenta de gestão, pois permite o monitoramento periódico do seu desempenho e favorece a tomada de decisões mais acertadas. Porém, diante da ausência de perspectiva estratégica no uso do BSC, observou a necessidade de revisão deste instrumento, visto que, foram constatadas fragilidades na sua construção, que vão desde a elaboração da identidade organizacional até a definição do painel de indicadores. A utilização desta ferramenta de gestão estratégica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) contribui para o aperfeiçoamento da gestão pública, permitindo avaliação de desempenho de indicadores e alcance de metas, possibilitando o aperfeiçoamento de sua estrutura em diferentes âmbitos como: financeiro, da satisfação dos usuários, de aperfeiçoamento interno e de aprendizado e crescimento organizacional.

Assim sendo, este estudo tem como principal objetivo elaborar e implementar o Balanced Scorecard como ferramenta de gestão estratégica no Laboratório Central de Saúde Pública do Estado do Ceará.

METODOLOGIA

Esta investigação com abordagem qualitativa constitui-se como pesquisa-ação, pois propõe uma atividade que envolve planejamento, implantação e discussão de um método de gestão, realizado a partir da participação da pesquisadora e da direção da instituição. Utilizou-se como instrumentos e técnicas para investigação: 1- entrevistas semiestruturadas com os gestores do LACEN-CE; 2- pesquisa documental relativa ao Planejamento Estratégico, bem como o entendimento do modelo utilizado anteriormente; 3- rodas de conversa com a equipe do LACEN-CE, que foram gravadas e transcritas; 4- diário de campo. A interpretação dos resultados foi realizada por meio da análise de conteúdo dos documentos institucionais e das transcrições das rodas de conversa utilizadas para a construção do BSC.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As rodas de conversa aconteceram no auditório do LACEN, e contaram com a presença de representantes de cada área técnica e administrativa do LACEN-CE. Elas foram gravadas e transcritas após autorização dos participantes. Os resultados obtidos nas entrevistas e na pesquisa documental serviram de disparadores para as rodas de conversa.

CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE ORGANIZACIONAL

A identidade organizacional do LACEN-CE, que consiste na definição da missão, visão e valores foi elaborada utilizando-se a metodologia *brainstorming*. O *brainstorming*, também conhecido como tempestade de ideias, é um processo de grupo em que os indivíduos emitem ideias de forma livre, sem críticas, em um curto espaço de tempo. Seu objetivo é lançar e detalhar ideias, buscando diferentes opiniões a partir de um processo de criatividade grupal. Com esta técnica, são alcançadas soluções criativas e inovadoras para diferentes problemas (BURMESTER, 2013). Para garantir uma maior participação do grupo e que as pessoas mais tímidas, que apresentam dificuldades para expor suas ideias verbalmente participem mais ativamente, optou-se por utilizar a versão escrita, denominada *brainwriting*. O *brainwriting* é uma variação do *brainstorming*, em que, ao invés de falar sobre as ideias geradas, os integrantes do grupo escrevem sobre elas. As anotações podem ser feitas em cartões ou pedaços de papel e o produto final é o maior acúmulo de ideias possível, trocadas entre os participantes do grupo (LUCINDA, 2010).

A princípio, os participantes não demonstraram conhecer a identidade organizacional da instituição. Durante a roda de conversa, atribui-se esse

fato aos sujeitos não terem se constituído como grupo ativo no processo de construção do projeto inicial de construção do BSC. Portanto, para evitar as mesmas deficiências, ficou clara a necessidade de sensibilização dos servidores, envolvimento no processo, compreensão e problematização da realidade.

Com o uso do *brainwriting*, todos os participantes manifestaram suas opiniões através de registros em *post it*, do que seria para eles a missão, visão e valores do LACEN-CE e, posteriormente, os resultados foram afixados em cartolina, apresentados para todos e discutido o resultado.

A proposta de missão, visão e valores foi organizada pela pesquisadora, a partir das ideias discutidas na primeira roda, e validada em uma segunda roda de conversa. Os participantes acolheram os resultados e fizeram apenas pequenos ajustes na redação. Ocorreu diálogo democrático no processo decisório do grupo, que resultou na validação da identidade organizacional do LACEN-CE, registrado no quadro 1.

Quadro 1 – Identidade Organizacional do LACEN-CE

Missão	Realizar análises laboratoriais de interesse da vigilância em saúde, promovendo ensino e pesquisa, contribuindo para a melhoria da saúde da população.
Visão	Ser reconhecido pela excelência na realização de exames laboratoriais em saúde pública.
Valores	Ética: respeito ao bem comum. Competência: qualificação profissional. Compromisso: comprometimento. Inovação: evolução, melhoria.

Fonte: Elaborado pelos autores.

CONSTRUÇÃO DO MAPA ESTRATÉGICO E PAINEL ESTRATÉGICO

Após validar a identidade organizacional, a pesquisadora realizou as demais rodas de conversa, dividindo-as por perspectivas do BSC: aprendizado e crescimento, processos internos, financeira e usuários. Após cada roda de conversa, ficou definido para cada perspectiva seus objetivos estratégicos, indicadores, metas e iniciativas.

Dando sequência ao processo de construção do BSC, foi realizada uma roda de conversa que teve como objetivo montar o mapa estratégico, que é o primeiro passo da construção do BSC após a definição dos objetivos estratégicos para cada uma das perspectivas. É a representação gráfica da

estratégia que favorece a visualização da relação de causa e de efeito entre os objetivos selecionados (TORRES; TORRES, 2014).

Uma organização com fins lucrativos recebe a ordem clássica das perspectivas: do aprendizado e do crescimento, dos processos internos, dos clientes e financeira. Considerando que o LACEN-CE é um órgão público, sem fins lucrativos, observou-se a necessidade de adaptar o BSC a essa realidade. Kaplan e Norton (1997) afirmam que o BSC pode ser facilmente adaptado para organizações públicas e instituições sem fins lucrativos. Assim sendo, após diálogo democrático do grupo, optou-se por colocar na base do mapa estratégico a perspectiva aprendizado e crescimento, seguida da perspectiva processos internos e, em seguida, a perspectiva usuários e a perspectiva financeira juntas no topo do mapa. O grupo considerou que um bom andamento na perspectiva usuários e na perspectiva financeira contribuirá para o alcance da missão e visão institucional, logo, optou-se por colocá-las juntas no topo do mapa estratégico.

Com o mapa estratégico (Figura 1) pretende-se obter uma visão global e resumida da estratégia do LACEN-CE, ou seja, das perspectivas estratégicas que a compõem, dos objetivos críticos que as integram e das relações de causa-efeito que se

estabelecem entre eles. Através das inter-relações estabelecidas pelos objetivos é mapeado o percurso necessário para a satisfação do usuário e que converge na concretização da missão institucional.

Figura 1 – Mapa Estratégico Atualizado do LACEN-CE



Fonte: Elaborada pelos autores.

Após a construção do mapa estratégico, os indicadores, metas e iniciativas já estabelecidas nas últimas rodas foram organizadas no painel estratégico do Quadro 2. Estabeleceram-se as fórmulas dos indicadores e ajustaram-se as metas baseadas nas séries históricas dos antigos indicadores já utilizados no LACEN-CE.

Os indicadores visam à concretização dos objetivos estratégicos e serão utilizados para acompanhar e melhorar os resultados ao longo do tempo. Eles possibilitam o desdobramento das metas estabelecidas e embasam as análises críticas dos resultados do planejamento estratégico da instituição e do processo de tomada de decisão, contribuindo para a melhoria contínua dos processos organizacionais. As iniciativas estratégicas, por sua vez, traduzem os planos de ação e as atividades que o LACEN-CE necessita desenvolver para concretizar os objetivos definidos.

Quadro 2 – Painel Estratégico do LACEN - CE

PERSPECTIVA	OBJETIVO	INDICADOR	FÓRMULA	META	INICIATIVA	
Aprendizado e crescimento	Fortalecer o ensino e a pesquisa	Índice de cumprimento do plano anual de capacitação	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atividades realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de atividades planejadas}} \times 100$	90%	Monitorar a execução do plano anual de capacitação	
	Garantir a segurança no ambiente de trabalho	Índice de notificação de acidentes de trabalho	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de acidentes notificados}}{\text{N}^\circ \text{ total de funcionários}} \times 100$	0%	Monitorar a segurança no ambiente de trabalho	
Processos Internos	Assegurar um bom nível de satisfação do clima organizacional	Índice de satisfação do clima organizacional	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de funcionários satisfeitos}}{\text{N}^\circ \text{ total de funcionários que responderam à pesquisa}} \times 100$	80%	Monitorar a satisfação do clima organizacional	
	Fortalecer articulação interinstitucional	Participação de reuniões	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de participação em reuniões}}{\text{N}^\circ \text{ de convocações para reuniões}} \times 100$	90%	Buscar participar das reuniões técnicas do COVIG	
	Garantir laudos com qualidade	Índice de amostras adequadas	Índice de amostras cadastradas corretamente	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de amostras adequadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de amostras}} \times 100$	97%	Monitorar a qualidade das amostras biológicas
			Índice de avaliação externa da qualidade (AEQ)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de amostras cadastradas corretamente}}{\text{N}^\circ \text{ total de amostras cadastradas}} \times 100$ $\frac{\% \text{ de resultados aceitáveis da AEQ}}{\text{N}^\circ \text{ total de resultados da AEQ}} \times 100$	98%	Monitorar a qualidade dos cadastros realizados
	Processos Internos	Índice de laudos liberados no prazo	Índice de laudos corretos	$\frac{\% \text{ de resultados aceitáveis da AEQ}}{\text{N}^\circ \text{ total de resultados da AEQ}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de laudos liberados corretos}}{\text{N}^\circ \text{ total de laudos liberados}} \times 100$	100%	Monitorar a avaliação externa da qualidade
Índice de exames retidos mais de 5 dias nas unidades de saúde			$\frac{\text{N}^\circ \text{ de laudos liberados corretos}}{\text{N}^\circ \text{ total de laudos liberados}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de laudos liberados no prazo}}{\text{N}^\circ \text{ total de laudos liberados}} \times 100$	100%	Monitorar a qualidade dos laudos	
Índice de manutenções preventivas realizadas			$\frac{\text{N}^\circ \text{ de exames cadastrados e não recebidos em até 5 dias}}{\text{N}^\circ \text{ total de exames cadastrados}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de manutenções preventivas realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de manutenções preventivas planejadas}} \times 100$	90%	Monitorar a liberação dos laudos	
		Índice de abastecimento	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de kits distribuídos}}{\text{N}^\circ \text{ de kits solicitados}} \times 100$	95%	Monitorar o número de amostras retidas nas unidades de saúde	
					Monitorar o cronograma de manutenções preventivas	
					Monitorar o abastecimento de insumos	

Quadro 2 – Painel Estratégico do LACEN - CE

PERSPECTIVA	OBJETIVO	INDICADOR	FÓRMULA	META	INICIATIVA
Usuários	Implantar novos ensaios e metodologias	Novos ensaios/metodologias implantadas	Novos ensaios/metodologias implantadas	SIM	Buscar novos ensaios/metodologias
	Garantir a satisfação dos usuários	Percentual de usuários satisfeitos	Nº usuários satisfeitos que responderam à pesquisa de <u>satisfação</u> x100 Nº total de usuários que responderam à pesquisa	90%	Monitorar a satisfação do usuário a partir da pesquisa de satisfação na recepção/coleta
Financeira	Reduzir desperdícios	Percentual de unidades de saúde realizadas	Nº unidades satisfeitos que responderam à pesquisa de <u>satisfação</u> x100 Nº total de unidades que responderam à pesquisa	80%	Monitorar a satisfação das unidades a partir de pesquisa de satisfação via Google Drive
		Índice de eficiência da utilização de insumos	$\frac{\text{Quantidade de kits adquiridos}}{100} \times$ Quantidade de kits vendidos	100%	Monitorar a perda de kits
	Aumentar receitas	Monitoramento dos custos fixos de manutenção da unidade	Consumo mensal da unidade em telefonia (\$), energia (kw), água (m³), resíduos gerados (kg)	Manter o consumo médio anual com variações de até 2%	Monitorar as contas de consumo
		Formalização de referências e participação em convênios/projetos	Participação em convênios/projetos e/ou formalização de referências	SIM	Viabilizar formalização de referências Buscar melhoria de recursos financeiros por meio de convênios e projetos

Fonte: Elaborado pelos autores.

O produto dessa roda de conversa foi a construção do BSC com seu respectivo mapa estratégico com suas relações de causa e efeito e painel estratégico composto de indicadores, fórmulas, metas e iniciativas.

A sétima e última roda de conversa teve como objetivo validar o produto tecnológico deste estudo com os participantes de sua construção. A roda contou com a participação de representantes de todas as áreas técnicas da instituição envolvidos na construção coletiva, no auditório do LACEN-CE, com a duração média de 2 horas. A pesquisadora começou apresentando a identidade organizacional, posteriormente o mapa estratégico com suas relações de causa-efeito, seguido do painel estratégico.

Ocorreu diálogo democrático no processo decisório do grupo, no qual foram sugeridos pequenos ajustes por parte da direção da instituição, todos concordaram com as sugestões, finalizando na validação do BSC do LACEN-CE.

Ficou pactuado, também, que o BSC construído será utilizado para o período de 2019-2022, que o acompanhamento dele será de responsabilidade da Coordenação da Qualidade e Biossegurança do LACEN-CE e que o monitoramento dos indicadores é de responsabilidade de todos os envolvidos no processo.

Até o momento de conclusão desta pesquisa, não existe possibilidade de avaliar se essa proposta teve sucesso, pois seu uso é para o período de 2019-2022. Por outro lado, observa-se que a Coordenação da Qualidade e Biossegurança já vem realizando a divulgação dele na instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentou a construção coletiva e participativa do BSC da instituição. Observou-se uma bem-sucedida contribuição para operacionalização do planejamento estratégico da instituição, resultando na atualização de identidade organizacional, com definição de missão, visão e valores, definição dos objetivos estratégicos institucionais para cada perspectiva do BSC, com posterior construção do mapa estratégico e elaboração de um painel estratégico com objetivos, indicadores, unidades de medidas, metas e iniciativas estratégicas.

A realização deste estudo evidenciou a necessidade da revisão do BSC da instituição que já estava sendo utilizado como ferramenta de gestão e melhoria contínua, porém com algumas fragilidades e dificuldades detectadas. Na busca de soluções para torná-lo realmente como ferramenta de

gestão estratégica, buscou fortalecer o potencial participativo de sua elaboração como forma de envolver os colaboradores e fortalecer seu comprometimento com a estratégia organizacional.

É necessário garantir que todos os colaboradores entendam do mesmo modo a definição da missão e visão da instituição. Só assim, todos os elementos estarão orientados na mesma direção, caminhando de encontro à obtenção das metas definidas, proporcionando a conscientização deles nos processos críticos que levam a instituição a atingir seus objetivos. Um BSC bem-sucedido é aquele que transmite a estratégia através de um conjunto integrado de medidas definidas e conhecidas por aqueles que irão trabalhar com a ferramenta.

Considerando que o BSC é uma ferramenta de gestão estratégica que pode contribuir para a criação de uma cultura de medição e avaliação de desempenho no serviço público, uma construção coletiva dele, considerando as especificidades do serviço, contribui para o aperfeiçoamento da melhoria da gestão.

O BSC pode funcionar como um importante instrumento de gestão estratégica e de monitorização dos objetivos do LACEN-CE, desde que seja implementada as adaptações essenciais às necessi-

dades e aos objetivos específicos da instituição. A proposta do BSC do LACEN-CE trata a organização de uma maneira singular, levando em conta suas especificidades e necessidades.

Espera-se que a proposta de BSC e sua provável utilização traga benefícios para instituição, bem como para os usuários, que este seja um instrumento de gestão para gestores, estimulando a discussão periódica acerca dos processos da instituição. Que não seja utilizado apenas como comunicação da estratégia, mas também como um instrumento que viabilize a participação dos servidores, o conhecimento do seu trabalho e de sua importância na instituição.

Pode-se, portanto concluir que, no atual contexto do LACEN-CE, a implementação de uma ferramenta que busque reduzir custos e aumentar receitas ajudando na execução da estratégia e na melhoria da qualidade dos serviços e da satisfação do usuário é valiosa. Pelo seu caráter flexível, pela sua utilização em serviços de saúde, pelo conhecimento que os participantes desta pesquisa adquiriram das suas vantagens e estrutura, o BSC adaptado demonstra ser uma ferramenta indicada para conduzir a gestão do LACEN-CE à excelência.

REFERÊNCIAS

BOLIGON, J.A.R.; GODOY, L.P.; MEDEIROS, F.S.B. Balanced Scorecard: estratégia de gestão vinculada à melhoria da qualidade organizacional. **Revista Geintec**, v.4, n.3, p.1228-1243, 2014. Disponível em: <<http://www.revista-geintec.net/portal/index.php/revista/article/view/360>>. Acesso em: 03 set. 2017.

BONACIM, C.A.G; ARAÚJO, A.M.P. Avaliação de desempenho econômico financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.1055-1068, mar, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018473038>>. Acesso em: 03 set. 2017.

BURMESTER, H. **Gestão da Qualidade Hospitalar**. 1.ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

LUCINDA, M.A. **Qualidade: Fundamentos e práticas para cursos de graduação**. Rio de Janeiro: Brasport, 2010.

TORRES, M.C.; TORRES, A.P. **Balanced Scorecard**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2014.

KAPLAN, S.; NORTON, D. **A estratégia em ação: Balanced Scorecard**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

CAPÍTULO 2

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA - SISAB NO AUXÍLIO NA TOMADA DE DECISÕES DA GESTÃO EM SAÚDE

Diego de Oliveira Pereira Duarte
Thereza Maria Magalhães Moreira

INTRODUÇÃO

Em 1994, foi inserido no Brasil o Programa de Saúde da Família, que em seguida foi chamado de Estratégia de Saúde da Família com o intuito de remodelação da política de atenção básica no País. Procurou-se a reestruturação do modelo assistencial implantado priorizando a saúde e a interdisciplinaridade, tendo como prioridade a família e a coletividade. Essa reestruturação passa pela inversão da configuração de organizar os métodos da atenção à saúde na atenção primária para atender ao indivíduo e à família de forma absoluta e contínua, trocando o modelo de métodos curativistas, por ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de toda população (ESPÍNDOLA, 2011).

Com a concretização da implantação do SUS, teve a necessidade de uma melhor estruturação dos Sistemas de Informação em Saúde para que eles adotassem a lógica do acompanhamento integral, que foi informada pelo novo sistema de saúde, garantindo a avaliação constante da situação de saúde da população e dos efeitos das ações executadas, principalmente para o acompanhamento, controle e repasse de recursos. No entanto, os municípios passaram a ser também responsáveis pela produção e organização das informações em saúde, necessitando deixar de lado o mero papel de coletar e repassar de dados (BRASIL, 2009).

Com a implantação desta estratégia teve comprometimento de desenvolver um sistema de informação que correspondesse às demandas de informações de gestores e profissionais colocados nela. Em 1998, foi desenvolvido o Sistema de Informação da Atenção Básica com a intenção de guiar gestores e profissionais com informações que amparassem no monitoramento e na avaliação das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes de saúde da família. Além disso, como o SIAB era utilizado para o registro de atividades desenvolvidas, permitia aos gestores mensurar a produtividade das equipes, gerenciar as informações produzidas, auxiliando na construção

de indicadores e fornecendo subsídios para identificar a realidade e as necessidades de saúde da população (RADIGONDA, 2010).

Nas últimas décadas o Ministério da Saúde ampliou sistemas nacionais de informação sobre nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atenção hospitalar, ambulatorial e básica, capital público em saúde e outros. Há extensa disponibilidade eletrônica desses dados, cada vez mais empregados no ensino de saúde pública (BRASIL, 2016).

Paim (2006) relata que um cenário socioeconômico cada vez mais dinâmico, onde devido à evolução da tecnologia da informação e comunicação a maioria dos órgãos públicos produz informações institucionais em meio digital, e com esta produção, o grande desafio das organizações públicas é tratar corretamente essas informações, de modo que elas sejam autênticas, verídicas e seguras, para serem utilizadas de maneira a maximizar a eficiência do Estado.

A Estratégia e-SUS Atenção Básica foi criada a partir do plano de reestruturação do Sistema de Informação da Atenção Básica. Criado em março de 2011 pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, esse plano foi desenvolvido num momento de renovação, em que o sistema de informação atual não estava organizado para dar

retornos às necessidades da Atenção Básica. Essas não coincidiam com o conjunto amplo da gestão federal, e do sistema de informação nacional, mas pautavam-se especialmente ao dia a dia dos profissionais, às dificuldades enfrentadas e às informações necessárias para o cuidado das pessoas nos territórios. (BRASIL,2016).

Diante desse quadro, com a finalidade de ampliar, reestruturar e garantir a relação dos sistemas de informação, de modo a aceitar um registro da situação de saúde particularizado por meio do Cartão Nacional de Saúde, surge a estratégia e-SUS AB, do MS (BRASIL, 2013).

Nesse modo, o pacto de reorganização do Sistema de Informação da Atenção Básica - SISAB foi adotado pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, com o intuito de aperfeiçoar a qualidade da informação em saúde, fortalecendo o uso das informações pelos gestores, profissionais de saúde e cidadãos. Essa reestruturação é presidida por meio de diretrizes pactuadas com a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ, o Programa Saúde na Escola - PSE, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, o Plano Estratégico

do e-SUS no Brasil e a união dos sistemas de informação que integram as Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014).

A iniciativa dessa tática é o registro das informações em saúde de forma individualizada, para que seja possível alcançar um futuro acompanhamento integral dos atendimentos de cada usuário, igualmente como da produção de cada profissional da equipe da Atenção Básica. O e-SUS AB ainda traz a integração dos múltiplos sistemas de informação auxiliares existentes na AB, diminuindo a obrigação de registrar informações análogas em mais de uma ferramenta, o que aperfeiçoa o trabalho dos profissionais, o uso da informação para a gestão e a qualificação do cuidado em saúde (BRASIL, 2014).

Segundo Marin (2010), os sistemas de informação em saúde têm os objetivos de processar, armazenar, colher e difundir dados, auxiliando a gestão e permitindo o aperfeiçoamento das ações por ela desenvolvidas, uma vez que são capazes de oferecer suporte ao processo decisório em saúde.

Para auxiliar os profissionais no planejamento, como também nas tomadas de decisões pautadas à gerência e à assistência aos pacientes, os sistemas devem disponibilizar informações adequadas, potencializar a comunicação e promover a segurança necessária no ambiente organizacional (CAVALCANTE,2011).

Na conjuntura em que vivemos, a agilidade de informação e o progresso tecnológico acontecem de maneira muito ativa, o serviço público, em particular, não pode abstrair de uma constante atualização, de uma nova atitude profissional e novas formas de administrar, de maneira a arcar com os constantes desafios desta situação. Nessa definição, os gestores públicos devem buscar saídas e ao mesmo tempo dar respostas para as provocações da saúde, pois os problemas estão no seu dia a dia e as demandas aumentando. Objetiva-se, com este trabalho, requerer uma análise metódica da utilização do SISAB da estratégia e-SUS AB como tática para o fortalecimento nas tomadas de decisões dos gestores em saúde do SUS.

ABORDAGEM METODOLÓGICA

A pesquisa se constitui inicialmente de um trabalho descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa e qualitativa dos dados, com base na busca por constituir fundamentos teóricos suficientes para abordagem sistemática do tema.

Segundo Brügger (2014), o estudo descritivo expõe maior livre-arbítrio teórico-metodológico para concretizar esse tipo de pesquisa. Os limites de sua ação são afixados pelas condições exigidas a um trabalho científico, mas ela deve oferecer es-

trutura lógica, sólida, originalidade e nível de objetividade capaz de merecer aprovação de cientistas num processo intersubjetivo de conceito.

Descritiva, porque segundo Gil (2008), são processos utilizados quando existe uma apreensão com a atuação prática de determinado sujeito; exploratória ao tema que levanta subsídios para delimitar a pesquisa explicativa, que vai além de armazenar e avaliar os dados levantados e a atuação concretizada. A respeito da pesquisa exploratória Severino (2008) aponta que esta deve apanhar informações para delimitar a pesquisa explicativa que além de registrar e analisar os fatos estudados, busca identificar suas causas, enquanto que a pesquisa bibliográfica se consegue a partir do registro disponível, decorrente assim de pesquisas anteriores.

Para desenvolver esta pesquisa, foi realizada uma revisão de literatura de artigos, livros, da legislação vigente relacionada ao tema, manuais produzidos pelo Ministério da Saúde, páginas de Internet e dados primários.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Os estudos de Pinheiro (2014) informam que os Sistemas de Informação em Saúde se organizam em um instrumento forte para a gestão em saúde. Nesse pensamento, pretendemos colaborar com o

debate de maneira a dar credibilidade à gestão da saúde e conseguir um movimento que conjecture sobre o método de tomada de decisão, sua forma, sua destreza, a relação com a produção da saúde, as oposições que suscita e a sua relação com os Sistemas de Informação à Saúde.

Acertadas de modo criativo e inovador, a tecnologia da informação e a relação do sistema de informações em saúde instituirão uma influente ferramenta no acesso da equidade na atenção absoluta à saúde, concretizando e qualificando a atenção primária como principal porta de entrada dos clientes no SUS e unindo-a com os outros níveis de atenção (BRASIL, 2012).

De acordo com a Portaria G.M. 2.488/2011, compete às Secretarias Municipais de Saúde alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos (BRASIL, 2011).

A implantação de novas tecnologias no processo de trabalho em saúde visa promover maior abrangência dos serviços, conglomera o uso de tecnologias de informação permitindo um aspecto multiprofissional que dê prosseguimento na assistência. Contudo, mesmo com uma grande quanti-

dade de novas tecnologias e sistemas, muitas são as fragilidades, principalmente no que pertence à falta de eficiência de recursos humanos na metodologia de utilização eficaz dos instrumentos disponíveis, o que gera a contradição dos dados ou ainda a não utilização destes, seja pela falta de prosseguimento da assistência, pela carência de ferramentas satisfatórias, ou pela falta de utilização dos dados no planejamento de ações estratégicas (PAIM, 2006).

Portanto, para avaliarmos o emprego do e-SUS AB como tática para o fortalecimento e execução dos princípios doutrinários, precisamos observar além do que a técnica nos permite. Nesse sentido, o e-SUS AB, de acordo com o próprio Departamento da Atenção Básica (DAB), é regulado na PNAB, pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e pela Política Nacional de Informática e Informação em Saúde (PNIIS), além de suportar as ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Por isso, seu emprego permitirá avaliar e acompanhar os métodos de trabalho da Atenção Primária (BRASIL, 2011).

A Portaria nº 3.462 de 11 de novembro de 2010 institui critérios para alimentação dos bancos

de dados nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde, e, alterada pela Portaria nº 1.412 de 10 de julho de 2013, traz a obrigatoriedade de alimentação mensal e sistemática dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), Comunicação de Internação Hospitalar (CIH), Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e/ou Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SI-SAB) (BRASIL, 2013).

Nessa concepção, o sistema e-SUS AB foi criado para atender às metodologias de trabalho da Atenção Básica para o direcionamento do cuidado da saúde, tendo que ser usado por profissionais de todas as equipes de Atenção Primária, como também pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, do Consultório na Rua, de Atenção à Saúde Prisional e da Atenção Domiciliar, Saúde na Escola e Academia da Saúde.

Tendo o conhecimento que o Sistema e-SUS opera com uma base de dados, possibilitando o monitoramento ininterrupto da utilização do sistema, com base no diagnóstico ordenado dos dados

estatísticos e numéricos consolidados mensalmente, o que traz informações para que se tenha dados que permitam realização de análises situacionais básicas para planejamento estratégico de ações precisas.

Brasil (2013), no manual, informa que o SISAB foi idealizado para atender aos mais variados tipos de informatização e conectividade nos serviços de saúde, até aquelas Unidades Básicas de Saúde que não possuem acesso aos serviços podem usar o sistema, uma vez que o banco de dados do sistema é alimentado por dois *softwares*:

► e-SUS AB CDS (Coleta de Dados Simplificada): Sistema com coleta simplificada e estruturada por fichas em papel que permite a súmula do atendimento pelo profissional ao cidadão, esse sistema acata as UBS que não estão informatizadas ou sem conexão de Internet. Embora o registro seja por fichas em papel, essas informações são unificadas ao sistema com o PEC, o registro vai para o histórico de atendimento do cidadão e quando a UBS for informatizada esse histórico estará disponível no PEC. A diferença básica para o SIAB é a individualização dos dados do cidadão.

► e-SUS AB PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão): Sistema de gestão para as Unidades Básicas de Saúde informatizadas. O *software* usa um

Prontuário Eletrônico do Cidadão como a ferramenta básica para organizar o trabalho dos profissionais de saúde, auxiliando no fluxo de trabalho das Equipes Saúde da Família. As configurações do PEC são bem flexíveis para o gestor da equipe de trabalho que definem o papel de cada profissional.

Como também confirma Brasil (2013) no seu manual, o Sistema com Coleta de Dados Simplificada - CDS foi criado para acolher as equipes de Atenção Básica lotadas em UBS que ainda não têm condições de infraestrutura tecnológica de informática para o emprego do sistema e-SUS AB com PEC. O CDS tem por especialidade ser um sistema de passagem, para viabilizar a implantação de um Sistema com PEC no tempo adequado. Na versão atual, o Sistema com CDS utiliza dez fichas para o registro das informações:

- Cadastro Domiciliar
- Cadastro Individual
- Ficha de Atendimento Individual
- Ficha de Atendimento Odontológico Individual
- Ficha de Atividade Coletiva
- Ficha de Procedimentos
- Ficha de Visita Domiciliar
- Marcadores de Consumo Alimentar
- Ficha de Avaliação de Elegibilidade
- Ficha de Atendimento Domiciliar

A transferência dos dados ao SISAB é concretizada pela estratégia e-SUS AB, os municípios devem ter instalado o Prontuário Eletrônico do Cidadão centralizador e repassar o *link* desse espaço às unidades, para que estas possam expedir os dados ao centralizador. O PEC centralizador é que despacha todos os dados produzidos pelos municípios ao SISAB (BRASIL, 2013)

O Cartão Nacional de Saúde - CNS é instrumento que permite a vinculação dos procedimentos realizados no setor do Sistema Único de Saúde ao usuário, ao profissional e à unidade de saúde onde foram realizados. Está liberado para todos os cidadãos, que para conseguir devem fazer um cadastro e, assim, receberem um número nacional de identificação, é com esse número que os sistemas e-SUS CDS e e-SUS PEC fazem o registro individualizado do cidadão (BRASIL, 2014).

O SISAB e a estratégia e-SUS AB podem auxiliar os Secretários Municipais de Saúde a realizar a gestão da Estratégia da Atenção Básica de maneira clara e admitem ao cidadão ter acesso rápido e simples das informações produzidas nesses sistemas pelo meio de dois sítios eletrônicos disponíveis na Internet.

Além disso, quando o sistema é utilizado de forma efetiva, também pode promover a diminui-

ção da dependência de papéis e impressos, principalmente quando pode contar com uma riqueza tecnológica capaz de modificar para a forma eletrônica as informações fundamentais para o processo de trabalho, promovendo melhorias na atuação dos profissionais da saúde e, ainda, gerando redução de custos para a gestão (GUTIERREZ, 2011).

Os sistemas de informações expedem à demonstração exemplar de informação para a ação, depois da coleta, o processamento e a análise de dados consolidando os dados em conhecimentos, gestores e profissionais da saúde decidem os conceitos a serem seguidos, sendo que mais próximo do acontecimento do problema, mais adequada e dinâmica deve ser a intervenção.

Segundo Brasil (2016) o SISAB obtém informações da situação sanitária e de saúde da população da região através de relatórios de saúde, bem como de informações consolidadas de indicadores de saúde por município, região de saúde e equipe. Em súmula, o SISAB armazena os dados para a análise de saúde da sociedade e das intervenções realizadas pela equipe e os resultados conseguidos. Essas informações são resultados do trabalho de enfermeiros, cirurgiões-dentistas, ACS, médicos e auxiliares. Sendo esses indicadores gerados pelos relatórios do SISAB na última versão do e-SUS que são:

Indicador 1 - Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante;

Indicador 2 - Percentual de atendimento de demanda espontânea;

Indicador 3 - Percentual de atendimento de consulta agendada;

Indicador 4 - Cobertura de primeira consulta odontológica programática;

Indicador 5 - Percentual de encaminhamento para serviço especializado;

Indicador 6 - Razão entre tratamento concluído e primeiras consultas odontológicas programáticas.

Indicador 7 - Percentual de serviços ofertados pela equipe de atenção básica;

Indicador 8 - Percentual de serviços ofertados pela equipe de saúde bucal.

Através desses 08 indicadores gerados pelo sistema e-SUS que também são cobrados pelo Programa de Qualificação da Atenção Básica-PMAQ, permitem que os gestores tomem decisões pautadas em indicadores mais próximos da realidade de cada Unidade de Saúde de forma dinâmica, rápida e eficaz, não mais precisando passar pelo processo dos sistemas de informações centralizados no Ministério da Saúde.

O modelo de informação e decisão em saúde precisa ser repensado no sentido da valorização das várias dimensões do ser humano, bem como por meio de uma política de informação e informática em saúde que a complemente e proporcione o suporte adequado ao processo decisório. Sendo necessário discutir as melhores formas de apreensão da informação pelos gestores, visando decisões estratégicas com mudanças significativas nas instituições de saúde, nas comunidades e nos indivíduos que estão sendo cuidados (CAVALCANTE, 2011).

A informação deve ser avaliada essencialmente para a gestão, para o ensino e para a organização das práticas assistenciais e em saúde pública. A perspectiva é que trabalhe como válido instrumento para nortear a tomada de decisões e a produção de informações corretas. Informações de distintas naturezas e de diferentes fontes seriam a essência por esses processos. Os gestores devem ter a competência da alimentação e da crítica, no sentido do achado de evidências contidas no material de investigação (FERLA, 2012).

CONCLUSÃO

Este estudo recomenda uma reflexão sobre as particularidades do emprego do Sistema de Informação da Atenção Básica - SISAB para a tomada de

decisão pelos gestores municipais de saúde, pois a situação atual requer uma ampliação do uso da informação no dia a dia do processo decisório, sobretudo na saúde, devido à sua importância e complexidade.

O serviço se torna mais eficaz quanto mais qualidade e mais apropriadas forem as informações de que os gestores dispõem para as suas tomadas de decisão. Nesse modo, encontra-se a importância dos Sistemas de Informações, que pode ser avaliada pela colocação dada e pela qualidade delas, como decisivas para a qualidade das ações (CASSARRO, 2011).

O Sistema de Informação da Atenção Básica - SISAB deve auxiliar na tomada de decisão pelos gestores e gerentes de unidades de saúde, com intuito a cooperar com o avanço do estado de saúde pessoal e coletiva.

Sendo assim, os gestores públicos necessitam procurar saídas e, ao mesmo tempo, dispor de respostas para os desafios da saúde, visto que as dificuldades estão no seu dia a dia e as demandas se acumulam. Caso não tenha uma atitude mais propositiva e assertiva, a ocasião pode acabar gerindo a uma baixa competência de resolução.

Compete ao gestor refletir seus métodos, desenvolver maior capacidade de manusear o siste-

ma de informação, principalmente os do SISAB, sistema e-SUS, para obter flexibilidade da informação e do conhecimento e procurar tornar sua gestão mais capaz a interferir na realidade, com aptidão e procurando tomar decisões para elevar ao máximo a eficácia de sua gestão.

Por fim, os profissionais das Equipes de Saúde da Família, assim como os gestores de todos os níveis, devem ter conhecimentos e usar os dados originados pelo SISAB com intenção de delinear táticas, determinar metas e identificar intervenções indispensáveis na vigilância à saúde da população em seu território.

REFERÊNCIAS

CASSARRO, A C. **Sistemas de informações para tomada de decisões**. 4. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

CAVALCANTE, R.B.; PINHEIRO, M.M.K. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: avanços e limites atuais. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**. João Pessoa, 2011.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, v. 15, n. 37, p. 589-599, abr/jun. Botucatu, 2011.

ESPÍNDOLA, P. S.; LEMOS, C. S. L.; REIS, L. B. M. Perfil do profissional de nível superior na Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. promo. Saúde**, 2011.

FERLA, A. A.; CECIM, R. B.; ALBA, R. D. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, v. 6 n. 2. Rio de Janeiro, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas em Pesquisa Social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUTIERREZ, M. A. Sistemas de informação hospitalares: progressos e avanços. **J. Health Inform.** São Paulo, v. 3, n. 2, p. 17-23, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Informação e Informática em Saúde**. Brasília, DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS AB Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Nota técnica DAB/SAS/MS: esclarecimentos e orientações sobre a estratégia e-SUS AB**. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Política nacional de atenção básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada – CDS, versão preliminar**. Brasília – DF. 2011.

_____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.412 de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de Atenção Básica para gestores municipais de saúde 2013**. Secretaria do Estado da Paraíba. Versão Eletrônica. 2016.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev Saúde pública** n. 40 (n. spe), p. 73-78, 2006.

RADIGONDA, B.; CONCHON, M. F.; CARVALHO, W. O.; NUNES, E. F. P. A. Sistema de informação da atenção básica e sua utilização pela equipe de saúde da família: uma revisão integrativa. **Espaço. Saúde**, DOI: 105205/relou. 4688-38583-1-RV0802201425. 2010.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

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

CAPÍTULO 3

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO CEARÁ: PRODUÇÃO DE VÍDEODOCUMENTÁRIO

Josete Malheiro Tavares
Carlos Garcia Filho

INTRODUÇÃO

Na condição de militante do Sistema Único de Saúde - SUS, dedicado a ser Secretário Municipal de Saúde por duas décadas e meia, no decurso do exercício da presidência do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará - COSEMS/CE, vimos a necessidade de formar e profissionalizar gestores do campo da saúde, sobretudo aqueles com atuação e trato direto com a população.

Passamos a defender nos mais diversos fóruns ou eventos, a ideia da criação de um Curso de Mestrado dedicado à formação destes gestores cearenses. Em 2015, a Universidade Estadual do Ceará - UECE, publicou o edital do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde - MEPGES, quando do processo seletivo, logrado êxito, nos coube o protago-

nismo de integrar a primeira turma de Mestres em Gestão em Saúde formada no Ceará.

O produto tecnológico resultante da pesquisa para elaborar a dissertação foi um vídeodocumentário com o tema *“Comissão Intergestores Bipartite do Ceará: a linha do tempo”*, com o objetivo geral de analisar a gestão colegiada do SUS no Ceará a partir de relato histórico em vídeo para subsidiar gestores da saúde pública, e os objetivos específicos: 1- descrever os principais eventos históricos da gestão colegiada do SUS no Ceará para elaboração de linha do tempo; 2- fazer um registro histórico em vídeo do discurso de personalidades que atuaram na CIB-CE; 3- elaborar um documentário a partir das entrevistas de acordo com a linha do tempo; 4- divulgar o documentário com livre acesso via *site* institucional do COSEMS/CE.

A abordagem no formato de vídeodocumentário, gravado com personalidades que tiveram atuação estratégica e decisiva na gestão colegiada do SUS no Ceará, seja através da Secretaria de Estado da Saúde - SESA, das Secretarias Municipais de Saúde - SMS ou pelo COSEMS/CE, busca compreender o funcionamento das instâncias colegiadas e estimular os novos gestores ao engajamento nesse processo de maneira crítica.

A Comissão Intergestores Bipartite do Ceará - CIB/CE foi instituída em 21 de maio de 1993, tendo havido a primeira reunião durante a gestão da então Secretária de Estado da Saúde, Ana Maria Cavalcante e Silva, com a seguinte composição: três membros da gestão estadual e três da gestão municipal, cada integrante com respectivo suplente. Dentre os representantes da gestão estadual, José Alexandre Mont'Alverne, um dos entrevistados na pesquisa, esteve presente por um longo período desde a primeira reunião. A representação dos municípios tinha a liderança de Luis Odorico Monteiro de Andrade, então presidente do Conesems (hoje COSEMS/CE) e Raimundo Bezerra, Secretário de Saúde de Fortaleza. A segunda reunião deu-se no dia 02 de junho de 1993, tendo como pauta principal a elaboração da Programação Físico-Orçamentária daquele ano.

O desenvolvimento das instâncias de participação social e gestão colegiada da saúde fortaleceu a descentralização e a municipalização do SUS. O Conselho Estadual de Saúde - CESAU foi reformulado em 1989 para se adequar à Constituição Federal de 1988. Nesse mesmo ano, o COSEMS/CE foi instituído mediante Assembleia Geral Extraordinária, realizada na cidade de Aracati-CE, sendo inicialmente denominado Conesems. Pelos registros na ata de fundação, foi o médico sanitário Antônio

Carlile de Holanda Lavor, o primeiro presidente, um dos entrevistados neste estudo.

Para Shimizu et al. (2017) a gestão descentralizada da saúde conferiu aos municípios brasileiros maior protagonismo na ampliação do acesso aos serviços de saúde, principalmente na atenção básica e na melhoria dos indicadores de saúde, embora persistam desigualdades de natureza política, técnica e financeira, que limitam ou inibem a autonomia local tornando a descentralização um processo complexo, inacabado e, portanto, com necessidade de ser revisado continuamente.

Segundo Ribeiro, Tanaka e Denis (2017), a gestão colegiada da saúde reflete um tipo de governança pública, em que os agentes públicos trabalham coletivamente e de formas distintas, mediante processos, regras e provisionamento de bens públicos, organizados numa rede regionalizada de atenção à saúde. Os agentes se reúnem periodicamente para a tomada de decisões, de modo multilateral, respeitando a autonomia e as responsabilidades de cada ente federado. O modelo vigente possui três níveis de gestão colegiada: regional, estadual e nacional. O esforço desenvolvido em cada uma dessas ambiências é conseguir algum grau de consenso e dividir as responsabilidades de modo solidário e compartilhado entre as esferas de governo.

A Lei Federal nº 12.466, de 24 de agosto de 2011, legitima as instâncias colegiadas do SUS, reconhecidas como entidades representativas dos Estados e Municípios, para tratar matérias referentes à saúde, seja em nível nacional, através do CONASS, CONASEMS e COSEMS, sendo os dois primeiros de representação nacional, enquanto o último, um para cada unidade da Federação.

O COSEMS/CE tem assumido um importante papel de articulação, mediação, formação, apoio técnico e operacional aos municípios, no sentido de minimizar dificuldades, como a rotatividade nos cargos de gestores do SUS – há casos de cidades que mudou o titular da Secretaria de Saúde sete vezes num único ano – além de dificuldades técnicas, limitada *expertise*, escolha para o cargo mais de cunho político do que técnico, o que acabam por fragilizar a gestão municipal da saúde.

MÉTODO

A investigação teve abordagem qualitativa, e desenvolveu um produto tecnológico na forma de videodocumentário, utilizando como instrumentos para investigação: 1- aplicação de entrevistas semiestruturadas registradas em vídeo com quinze gestores e ex-gestores de saúde considerados re-

levantes para a compreensão da gestão colegiada em saúde no Ceará; 2- pesquisa documental no arquivo de revistas *Sustentação* do COSEMS/CE para coleta de textos e imagens sobre a gestão colegiada no Ceará; e 3- diário de campo.

A interpretação dos resultados foi realizada por meio da análise de discurso a partir das recomendações de Orlandi (1999), que sugere uma integração das abordagens nos planos da Psicanálise, da Linguística e da História, numa perspectiva crítica. O produto tecnológico proposto foi a edição dos registros de vídeo e das imagens de arquivo sob a forma de documentário.

A utilização de métodos visuais em pesquisa qualitativa é reconhecida por Prosser (2011) como uma tendência em crescimento na pesquisa qualitativa, principalmente após a década de 2000. O autor aponta a ubiquidade da imagem na contemporaneidade como um dos desafios para os pesquisadores, que devem buscar novas estratégias para compreender os fenômenos em uma sociedade que vem sendo dominada pela imagem em detrimento da linguagem verbal e textual.

Nessa investigação, o registro das entrevistas em vídeo foi utilizado não apenas para aprofundar as possibilidades de análise do discurso dos sujeitos, agregando gestos e expressões faciais mas,

principalmente, para ser a base de seu produto tecnológico, o documentário “*Gestão Colegiada do SUS: a linha do tempo*”.

PARTICIPANTES

A seleção intencional dos participantes buscou incluir personagens que vivenciaram esse processo em diferentes recortes temporais nas três últimas décadas. A seleção buscou equilíbrio não apenas cronológico, mas também de posicionamento político, procurando estabelecer uma visão plural do processo investigado. O quadro 1 apresenta os personagens entrevistados e descreve sua formação de base e papéis institucionais desempenhados.

Quadro 1 – Descrição dos personagens

NOME	FORMAÇÃO DE BASE	PAPEL INSTITUCIONAL ATUAL
Antônio Carlile de Holanda Lavor	Médico	Coordenação da FIOCRUZ-CE
Henrique Jorge Javi de Sousa	Físico	Secretário da Saúde do Ceará
José Alexandre Mont'alverne	Médico	Servidor Estadual
José Policarpo de Araújo Barbosa	Médico	Servidor Estadual

NOME	FORMAÇÃO DE BASE	PAPEL INSTITUCIONAL ATUAL
Jurandi Frutuoso da Silva	Médico	Secretário Executivo do CONASS
Leni Lúcia Leal Nobre	Cirurgiã Dentista	Docente Escola de Saúde Pública do Ceará
Lilian Amorim Beltrão	Médica	Secretária Adjunta da SESA
Luís Odorico Monteiro de Andrade	Médico	Deputado Federal
Maria do Carmo Xavier Queiroz	Terapeuta Ocupacional	Secretária Executiva do COSEMS/CE
Mário Lúcio Martildes Ramalho	Cirurgião Dentista	Secretário Municipal de Saúde de Eusébio-CE
Moacir Soares de Sousa	Pedagogo	Secretário Municipal de Saúde de Caucaia-CE
Olímpia Maria de Azevedo	Enfermeira	Secretária Adjunta de Saúde de Pacatuba-CE
Sayonara de Moura Cidade	Fisioterapeuta	Secretária Municipal de Saúde de Cedro-CE
Vera Maria Câmara Coelho	Economista	Secretária Executiva da CIB-CE
Wilames Freire Bezerra	Cirurgião Dentista	Secretário Municipal de Saúde de Pacatuba-CE

Fonte: Elaborado pelos autores.

Observa-se no quadro 1 que existe um equilíbrio quanto ao gênero dos entrevistados. Predominam os profissionais de saúde, principalmente médicos e dentistas, embora existam personagens com formação em Economia, Pedagogia e Física. Entre as profissões da saúde, a maior quantidade

de representantes concentra-se nas carreiras mais tradicionais.

Os papéis institucionais desempenhados mostram que um mesmo ator pode circular por muitas das instituições envolvidas na gestão colegiada do SUS e assumir diferentes funções nela. Essa possibilidade, provavelmente, enriquece o repertório de seu discurso, pois, em sua história profissional, os personagens experimentaram diferentes pontos de vista e períodos históricos da gestão colegiada.

DOCUMENTOS

O principal canal de comunicação mantido pelo COSEMS/CE é a revista *Sustentação*, sob registro ISNN de nº 16764218. Esse periódico, editado quadrimestral ou semestralmente, foi concebido com o propósito de contribuir para o fortalecimento da gestão do SUS no Ceará, divulgando para os gestores opiniões de especialistas em políticas e gestão em saúde e experiências municipais exitosas em saúde pública.

A primeira edição ocorreu em 1999 sob a gestão de Moacir Soares de Sousa, um dos entrevistados deste estudo. Atualmente, a revista encontra-se em sua 43ª edição, estando em fase de elaboração a *Sustentação* de número 44, cujo lançamento é es-

perado para o final do ano de 2018. Sua tiragem varia de 1.000 a 3.500 exemplares, sendo divulgada em meio eletrônico a partir de sua 20ª edição, no *site* institucional do COSEMS/CE (www.cosemsce.org.br/sustentacao). Essa instituição disponibiliza em sua sede todas as edições impressas da revista para consulta.

TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO E INTERPRETAÇÃO

A primeira etapa da pesquisa foi a definição dos entrevistados, a realização dos convites para participação e o agendamento das entrevistas pelo pesquisador.

A segunda etapa consistiu no registro em vídeo de cada entrevista. Essa etapa exigiu a mobilização de dois jornalistas profissionais cedidos pelo COSEMS/CE para captação de áudio e imagens, incluindo apoio para iluminação adequada. O pesquisador conduziu as entrevistas por meio de três perguntas semiestruturadas, previamente estabelecidas e sugerindo que os personagens utilizassem até cinco minutos para responder cada uma delas. Não ocorreram interrupções dos entrevistados pelo pesquisador durante as gravações. As entrevistas foram o principal material para a análise histórica proposta. No decurso das gravações,

realizado em pequeno espaço de tempo (menos de 30 dias), por três vezes foi necessário um novo agendamento, em razão das concorridas agendas dos entrevistados. Todos os pormenores constaram anotados no diário de campo.

Na terceira etapa, o pesquisador buscou textos e imagens relacionados à gestão colegiada do SUS no Ceará no arquivo das revistas *Sustentação* do COSEMS/CE. Inicialmente, o sumário de cada revista foi avaliado para busca de matérias sobre gestão colegiada. Esses textos foram fotocopiados e utilizados para constituir um *corpus*. Posteriormente, todas as revistas foram folheadas em busca de imagens significativas para a investigação. Essas imagens também foram fotocopiadas e constituíram um segundo *corpus*. O material dos dois *corpora* foi utilizado como apoio para a discussão sobre a história da gestão colegiada.

O diário de campo foi empregado durante todas as etapas da investigação para compilar as observações e impressões do pesquisador.

Para interpretação dos discursos dos entrevistados, como já referido, foram realizados os procedimentos de análise do discurso segundo as recomendações de Orlandi (1999). A análise do discurso tem como meta integrar as abordagens da Psicanálise, Linguística e História para estudar

o discurso sob perspectiva crítica. O discurso é compreendido como mediador entre o homem e a realidade social e natural para produção de significado por meio da linguagem.

Uma possibilidade de operacionalização da análise do discurso, segundo Orlandi (1999), pode ser sistematizada nas seguintes etapas, adaptadas a essa investigação:

- Olhar flutuante – assistir aos vídeos das entrevistas e observar as imagens das revistas com o objetivo de apreender as primeiras impressões das mensagens representadas no material;
- Leitura flutuante – leitura dos textos selecionados nas revistas com o objetivo de apreender as primeiras impressões das mensagens representadas no material;
- Constituição do *corpus* – organização do material orientada por regras de validade qualitativa, como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; e
- Passagem do objeto discursivo para a formação discursiva/ideológica – relacionar discurso e ideologia no contexto da linha do tempo da gestão colegiada do SUS.

DIMENSÃO ÉTICA

O trabalho obedeceu à Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde - CNS. Essa pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da UECE, por meio do Parecer Nº 2.335.640, de 18 de outubro de 2017, como também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SESA, por meio do Parecer nº 2.372.997 de 09 de novembro de 2017. Os participantes foram convidados a contribuir com essa investigação e, após anuência inicial, os procedimentos de pesquisa foram explicados de maneira pormenorizada e as dúvidas foram esclarecidas. Por fim, o participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Autorização do Uso de Imagem.

PRODUTO TECNOLÓGICO

O produto tecnológico elaborado foi um documentário em vídeo com duração de 80 minutos denominado: *“Gestão Colegiada do SUS: a linha do tempo”*.

Para Teixeira (2008), a palavra documentário evoca um domínio específico do cinema que se caracteriza, à primeira leitura, como expressão de “fatos” e “verdades” conforme ocorreram. Sua definição pode ser concebida, portanto, como contraponto ao domínio da ficção. Essa concepção inicial retoma as características do documentário cine-

matográfico clássico, que se estabeleceu no final dos anos 1920 e início dos anos 1930.

O exemplo utilizado pelo autor é *Nanook, o esquimó*, de 1922. Nesse documentário, Robert Flaherty apresenta um dia na vida de uma família esquimó, tentando aproximar a audiência de aspectos objetivos e subjetivos do cotidiano dos esquimós por meio da objetividade da câmera cinematográfica. Fica evidente a postura antropológica do documentário clássico nesse exemplo. Destaca-se, também, no documentário cinematográfico clássico outra vertente possível, a reportagem.

Ainda segundo Teixeira (2008), o documentário moderno rompe com os significados atribuídos, inicialmente, à palavra documentário seguindo a esteira dos questionamentos epistemológicos sobre a natureza da verdade levantados pela semiologia nas décadas de 1950 e 1960. A diferença entre cinema documentário e cinema de ficção é colocada em xeque por obras como *Eu, um negro*, de 1958. Nesse filme de Jean Rouch, os personagens são apresentados inicialmente em fabulações sobre si mesmos e depois são acrescentados comentários dos próprios sobre os papéis que interpretam. As propostas de registrar a realidade de modo objetivo são, assim, objeto de crítica e os limites da linguagem do documentário é expandido.

A discussão da linguagem cinematográfica não faz parte dos objetivos da pesquisa. Contudo, não se poderia elaborar seu produto, um documentário, sem a consciência da complexidade dessa linguagem.

Uma anedota de Carrière (2006) sobre a gravação de outro documentário de Jean Rouch na África ilustra essa complexidade. O filme registrava a caça ao hipopótamo em uma aldeia próxima ao rio Níger. Rouch filmou as caçadas e gravou músicas na aldeia dos caçadores. Após a sincronização da filmagem com as músicas, realizou uma sessão para apresentar o filme a seus protagonistas. Os aldeões aprovaram o resultado, pedindo inclusive que a sessão fosse repetida várias vezes, porém apontaram um erro: a música estava errada. Rouch argumentou que a música havia sido gravada na aldeia e que os aldeões eram os intérpretes. Os caçadores disseram que reconheceram a música, mas, se ela fosse tocada durante a caçada, espantaria os hipopótamos.

A elaboração do roteiro do documentário seguiu as recomendações de Hampe (1997) e se aproxima, a rigor, mais de um tratamento do que de um roteiro propriamente dito. O tratamento é uma maneira mais flexível de apresentar a ideia geral do documentário, enfatizando o que e como deve ser filmado, mas de modo muito menos exaustivo que um roteiro tradicional. Esse elemento estruturante do documentário é exibido no quadro 2 a seguir:

Quadro 2 – Roteiro/tratamento do documentário

Proposta do Filme:

1. Apresentar aos novos gestores do SUS o contexto histórico da gestão colegiada do SUS no Ceará.
2. Promover a valorização das instâncias de gestão colegiada do SUS no Ceará.
3. Registrar as contribuições do Ceará para a discussão nacional sobre gestão colegiada do SUS.

Abordagem do Filme:

Serão realizadas entrevistas com personagens relevantes para gestão colegiada do SUS no Ceará. A filmagem não deve ser feita no formato de perguntas e respostas, como um *talk-show*. Os entrevistados devem ser o foco do filme e um entrevistador ou narrador poderia atrapalhar isso. A montagem deve costurar as entrevistas, equilibrando os posicionamentos convergentes e divergentes sobre o tema. A montagem deve buscar também aproximar cronologicamente as entrevistas que se complementam. As repetições excessivas devem ser excluídas para tornar o filme mais leve de se assistir.

Perguntas das entrevistas:

1. Como você se vê no contexto histórico da Comissão Intergestores Bipartite do Ceará?
2. Ao seu olhar, em que a CIB-CE contribuiu para a estruturação do SUS?
3. O que esperar da Gestão Colegiada para SUS no Ceará no futuro?

Conteúdo do Filme:

1. Entrevistas com cada um dos personagens.
2. Imagens de arquivo da revista *Sustentação* (utilizados para contextualização e fluidez dos cortes).
3. Vídeos realizados durante a pesquisa abordando seus bastidores (utilizados na abertura e transições).
4. Vídeos sobre gestão colegiada, como da CIB-CE e do Congresso do CONASEMS (utilizados na abertura e transições).

Observação: será utilizado um pequeno texto de abertura para contextualizar o documentário antes da apresentação do título. Serão utilizadas legendas para identificar os entrevistados e as imagens de transição. Será utilizada trilha sonora musical na abertura e no encerramento do documentário.

Cronograma:

1. Agendamento das entrevistas – outubro de 2017.
2. Filmagem das entrevistas – novembro de 2017.
3. Seleção de imagens de apoio – dezembro de 2017.
4. Edição – dezembro de 2017.
5. Conclusão – janeiro de 2018.

Fonte: Elaborado pelos autores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa cumpriu adequadamente os objetivos propostos ao realizar uma abordagem crítica sobre a gestão colegiada do SUS no Ceará, a partir dos olhares de atores vivos deste processo ao longo de quase trinta anos.

Os participantes do estudo compõem uma representação plural dos muitos atores desta ambiência. As limitações do estudo dizem respeito ao tempo exíguo para cada registro e para realizar a pesquisa, dificuldade de síntese de alguns entrevistados, matéria pouco usual, lacunas na literatura.

Os principais achados foram: 1- confirmar os espaços de gestão colegiada do SUS como estratégicas para o fortalecimento da saúde enquanto direito e defesa de um sistema universal, equânime e integral de todos os brasileiros; 2- reconhecer o protagonismo exercido pelos municípios, sob a liderança do COSEMS/CE no fomento e proposição de políticas públicas de saúde; 3- enxergar a contribuição histórica do Ceará, na vanguarda de iniciativas gestadas localmente que serviram de referência para estabelecer políticas públicas em todo o país; 4- necessidade de revisão da legislação do SUS; 5- aprimorar os mecanismos de participação, informação e democratização para o conjunto de novos gestores, profissionais de saúde e seto-

res da sociedade civil organizada; 6- fortalecer as regiões de saúde, a governança e os seus espaços de negociação; 7- enxergar a CIB com grande responsabilidade propositiva de discussões futuras para contribuir com questões nacionais, garantindo que não haja esvaziamento deste colegiado; 8- necessidade de redefinir as responsabilidades e a atuação de cada esfera de gestão, com inovação e mais autonomia, estimulando a renovação de lideranças, e aprimoramento técnico dos gestores; 9- superar as pactuações cartoriais, a gestão colegiada ser fortalecida simplificando o arcabouço normativo e com novas políticas de saúde; e 10- reconhecer a Emenda Constitucional 95 como ameaçadora para garantia de direitos no campo da saúde como política de estado e somar forças para revertê-la.

A temática abordada, o nível de estudo sintonizado com a realidade concreta vivenciada no dia a dia da gestão do SUS em muito contribuiu para melhorar o desempenho profissional do egresso para lidar com situações complexas, orientar a tomada de decisão e tomar parte nos movimentos contemporâneos do campo da Saúde Coletiva.

O vídeo documentário com duração de 80 minutos será publicado e terá livre acesso, no [site www.cosemsce.org.br](http://www.cosemsce.org.br), logo após observado o pe-

ríodo de condutas vedadas pela legislação eleitoral, em razão das eleições majoritárias de 2018 no Brasil. Isso por constar um dos entrevistados candidato a cargo público eletivo neste pleito, razão pela qual houve o retardo na publicação dele.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 maio 2016. n. 98, Seção 1, p. 44-46. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

_____. Presidência da República. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta artigos 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 ago., 2011. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm>. Acesso em: 29 jan. 2016.

CARRIÈRE, J-C. **A linguagem secreta do cinema**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.

HAMPE, B. **Making Documentary Films and Reality Videos**. New York: Henry Holt And Company, 1997.

ORLANDI, E.P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas, SP: Pontes, 1999.

PROSSER, J. Visual Methodology: toward a more seeing research. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Ed.). **The sage handbook of qualitative research**. 4. ed. Los Angeles: Sage, p. 479-495, 2011.

RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, J-L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1075-1084, abr. 2017.

SHIMIZU; H. E. et al. O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1131-1140, abr. 2017.

TEIXEIRA, F. E. Documentário Moderno. In: MASCARELLO, Fernando (Org.). **História do Cinema Mundial**. 3. ed. Campinas: Papyrus, 2008. p. 253-288.

**PARTE II - CONSTRUÇÃO
E VALIDAÇÃO DE
INSTRUMENTOS**

CAPÍTULO 4

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PLANO DE AÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM ICAPUÍ - CE

Joice Silva de Almeida Sousa
Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser reconhecida como direito social e dever do Estado, cuja efetivação vem sendo buscada através de medidas de reorganização da saúde que viabilizem os princípios e as diretrizes estabelecidos na Carta Constitucional para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no País.

Preconizada pelo sistema, a descentralização das ações e serviços de saúde reputa o município como instância para a execução das ações de saúde, por entendê-lo como espaço onde pode ser maior a proximidade entre o gestor de saúde e a população, logo, com melhores condições para formular as políticas locais de saúde e planejar sua

implementação, de modo a aumentar a garantia de práticas de saúde mais condizentes com as necessidades que se apresentem (MOTTIN, 1999).

O movimento de descentralização comporta uma série de medidas já efetuadas, as quais acumulam-se avanços e retrocessos, cabendo salientar a presença de incessante reflexão concernente aos desafios que ainda permanecem no contexto da implementação do SUS, com rebatimentos, logicamente na saúde mental. Um desses desafios continua sendo o aprimoramento da gestão do sistema nos municípios, a partir do desencadeamento de práticas que promovam base técnica para a definição das reais necessidades de saúde da população e da adequada intervenção para supri-las (MOTTIN, 1999).

Nesse sentido, a gestão local necessita incorporar instrumentos que permitam uma abordagem apropriada da realidade. Visualizando o planejamento das ações de saúde como um dos elementos fundamentais para o aprimoramento da gestão local do sistema, surge a necessidade de desenvolver um estudo que permita aproximação à realidade desse tipo de planejamento em saúde mental no município de Icapuí.

Assim, esta pesquisa teve como objetivo geral: construir e validar um plano de ação para organi-

zação dos serviços de saúde mental em Icapuí-CE. E como objetivos específicos: 1) identificar limites e possibilidades dos serviços de saúde mental do município, sob a ótica de gestores, trabalhadores, usuários e familiares; 2) validar o plano de ação com gestores, trabalhadores, usuários e familiares em oficina.

Um plano de ação ajuda na tomada de decisões rápidas e eficazes. Este documento também serve para coordenar, manter e controlar as ações que deverão ser tomadas dentro de um prazo, em direção ao objetivo estipulado, favorecendo o planejamento para a solução de determinado problema ou meta que se deseja alcançar.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa metodológica com abordagem qualitativa. Esta refere-se a investigações dos métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas, complexas e sofisticadas. Aborda o desenvolvimento, a validação e a avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

O estudo foi desenvolvido em duas fases: a primeira foi a construção da tecnologia (plano de

ação), tendo como suporte pesquisas na literatura acerca da temática em discussão, bem como a realização de oficinas com os sujeitos que contribuirão com essa construção coletiva, a saber: trabalhadores, usuários, familiares e gestor da saúde mental. A segunda foi a validação da tecnologia por meio de oficinas com o público-alvo da pesquisa.

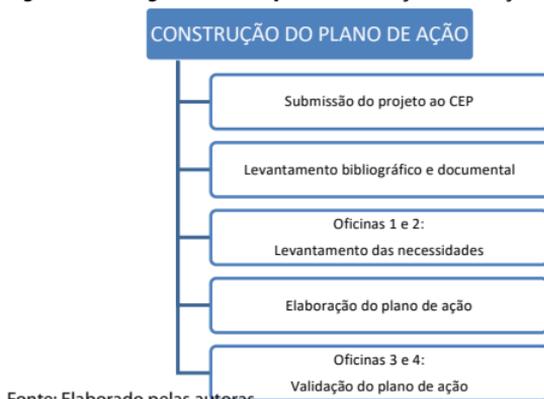
Para as duas etapas da pesquisa foi utilizada a técnica de oficinas. Considera-se que esta técnica proporciona espaços com potencial crítico de negociação de sentidos, permitindo a visibilidade de argumentos, posições e construções coletivas, promovendo o exercício ético e político.

Segundo Spink et al. (2014) na oficina ao mesmo tempo em que geramos material para análises, criamos um espaço de trocas simbólicas que potencializam a discussão em grupo em relação à temática proposta, gerando conflitos construtivos com vistas ao engajamento político de transformação.

Foram realizadas quatro oficinas com os grupos de representantes convidados para participar do estudo, entre eles representantes de usuários, familiares, trabalhadores e gestor da saúde mental. Foi promovida a contribuição dos participantes da pesquisa ao longo de todo o processo, a fim de tornar o produto tecnológico proposto uma construção coletiva.

Nesse sentido, a construção do plano de ação para organização dos serviços de saúde mental do município de Icapuí estruturou-se da seguinte forma:

Figura 1 – Fluxograma das etapas de construção e validação do plano de ação



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Procurou-se realizar a construção de um produto tecnológico a partir das necessidades das pessoas envolvidas diretamente na política de saúde mental do município. As oficinas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para análise qualitativa dos dados. A coleta do material manteve os princípios éticos que norteiam o trabalho científico, guardando o anonimato e sigilo quanto à autoria das respostas dos observados e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise da pesquisa foi feita por meio da

metodologia de análise de conteúdo temático que, atualmente, é uma das técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas ciências humanas e sociais (VALA, 1986, p. 101). Divide-se, segundo Bardin (2006), em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação.

A pré-análise foi a fase em que se organizou o material analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Tratou-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, que foi o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começou a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consistiu na demarcação do que foi analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolveu a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (BARDIN, 2006).

A exploração do material constitui a segunda fase, por meio da exploração dos dados com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos. A exploração do material consistiu numa etapa importante, porque

possibilitou ver a riqueza das interpretações e inferências. Esta foi a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao *corpus* (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização foram básicas nesta fase (BARDIN, 2006).

A terceira fase, voltada ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, destinou-se à organização dos resultados; onde ocorreu a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; foi o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2006).

Utilizou-se da ferramenta 5W2H que auxilia as instituições a montar seus planos de ações sem esquecer nenhum detalhe importante. Ela foi criada por profissionais da indústria automobilística do Japão como uma ferramenta auxiliar na utilização do PDCA (PLAN-DO-CHECK-ACT ou *Adjust*), principalmente na fase de planejamento.

Polacinski (2012) descreve que a ferramenta consiste num plano de ação para atividades preestabelecidas que precisem ser desenvolvidas com a maior clareza possível, além de funcionar como um mapeamento dessas atividades. O objetivo central da ferramenta 5W2H é responder a sete questões e organizá-las. São elas:

Quadro 1 – Método dos 5W2H

Método dos 5W2H			
5W	What	O quê?	Que ação será executada?
	Who	Quem?	Quem irá executar/participar da ação?
	Where	Onde?	Onde será executada ação?
	When	Quando?	Quando a ação será executada?
	Why	Por quê?	Por que a ação será executada?
2H	How	Como?	Como será executada ação?
	How much	Quanto?	Quanto custa para executar a ação?

Fonte: Meira (2003).

É importante ressaltar que, para a realização da pesquisa de campo foi submetido projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará (UECE), por se tratar de um estudo realizado com seres humanos, objetivando a defesa da integridade e dignidade deles, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, para avaliação das questões éticas que envolve o processo de construção e validação junto aos participantes da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

DESCRIÇÃO DO PRODUTO

O planejamento das ações e resultados esperados são propostas para serem seguidos pela equipe da saúde mental, prevendo alguns desafios a serem enfrentados a curto prazo. Elaborado com clareza e com a participação de trabalhadores, familiares e usuários da política e fundamentado na realidade e nas demandas locais o Plano de Ação, para melhoria dos serviços de saúde mental no município de Icapuí - CE, consiste em um instrumento de trabalho dinâmico, com critérios de acompanhamento e avaliação pelo trabalho desenvolvido.

Nas duas primeiras oficinas, realizadas com o público-alvo, foram elencados os seguintes pontos para discussão:

Quadro 2 – Levantamento de necessidades (Oficinas 1 e 2)

EIXO	TÍTULO	PONTOS
I	Atendimento ao usuário da saúde mental	Atendimento ao usuário da saúde mental
		Relação dos profissionais com familiares e cuidadores
		Projeto terapêutico singular
		Grupos terapêuticos
		Atividades comunitárias
		Atenção a situações de crise

EIXO	TÍTULO	PONTOS
II	Educação permanente, intersectorialidade e controle social	Relação entre a rede de saúde mental (CAPS, Atenção Básica, Hospital e Gestão)
		Relação entre a rede de saúde mental e demais políticas
		Educação permanente e valorização profissional
		Controle social

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A partir das proposições, agrupamos as temáticas em dois grandes eixos. O primeiro “Atendimento ao usuário da saúde mental”, engloba os seis(6) primeiros pontos. O segundo eixo “Educação permanente, intersectorialidade e controle social” reúne os pontos sete(7), oito(8), nove(9) e dez(10), como demonstrado no Quadro 2.

EIXO 1: ATENDIMENTO AO USUÁRIO DA SAÚDE MENTAL

A política de saúde mental transformou o cenário da atenção em saúde mental no Brasil nos últimos anos. Dentre as principais inovações, destacamos a adoção do território como conceito organizador da atenção, a expansão dos CAPS, a redução gradativa do número de leitos e de hospitais psiquiátricos, a criação do Programa de Volta para Casa, com o auxílio-reabilitação psicossocial (Lei

nº 10.708/03) e a readequação da destinação dos recursos financeiros, anteriormente destinados majoritariamente à assistência hospitalar.

No ano de 2011, tivemos a promulgação do Decreto nº 7.508/11 que dispôs sobre “a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa” (BRASIL, 2011, p. 4) definindo, entre outros aspectos: a região de saúde como:

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais [...] com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011, p. 4).

Define as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como o “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011, p. 5).

Nesse sentido, definem-se duas novas referências para o desenvolvimento, a implantação e o financiamento do SUS: a região de saúde e as RAS. O Decreto nº 7.508/11 estabeleceu, também, um novo contexto institucional para a efetivação da atenção psicossocial ao exigir, no Artigo 5, que

as 'regiões de saúde', para serem instituídas, devem conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde (BRASIL, 2011, p. 6).

As ações de saúde mental passam a fazer parte do conjunto de exigências fundamentais para a instituição das regiões de saúde. Ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde adotou a estratégia da organização do SUS a partir da criação das RAS, com sub-redes temáticas. Assim, a Portaria GM, 3.088, de dezembro de 2011, republicada em maio de 2013 (BRASIL, 2013), institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Diante desse cenário, os participantes da pesquisa mencionam nós críticos no atendimento ao usuário da saúde mental e na relação dos profissionais com familiares e cuidadores:

Tem profissional nos postos que não conhece a saúde mental do paciente. Eles têm que olhar nosso prontuário. E tem também que ter um atendimento mais compreensivo, porque você sabe, a gente, paciente da saúde mental, é diferente. Às vezes a gente não tá bem naquele dia e a gente quer ser entendido pelo pessoal do posto. E tem muitos deles que não entende (Usuário 1).

O usuário 2 coloca que “No hospital o aten-

dimento é muito demorado. Os médicos também têm que dar preferência ao paciente da saúde mental”. Percebe-se nessas falas a necessidade de atendimento humanizado por parte de alguns profissionais, assim como de fortalecimento das ações em saúde mental.

Para Brasil (2017), a humanização na área saúde remete a uma proposta ética, estética e política. Ética por prever mudanças de atitude dos trabalhadores, dos usuários e dos gestores, todos como corresponsáveis pela qualidade das ações e dos serviços prestados em saúde. Estética, por abarcar o sistema de produção de saúde de pessoas vistas subjetivamente como autônomas e protagonistas desse processo, e política, por se tratar de uma organização social e institucional das práticas de atenção e gestão do SUS.

Colocam também que:

Tem muita gente da família que não cuida da pessoa que tá doente. Eu acho que o CAPS pode, assim, conversar mais com a família dessas pessoas pra elas cuidarem melhor. Procurar elas, também falar mais sobre o que o CAPS faz, as atividades que tem (Familiar 2).

Nessa fala percebe-se a necessidade de uma maior aproximação entre a equipe de saúde men-

tal e familiares/cuidadores, para que eles se tornem cooperadores no cuidado e também recebam atenção necessária, pois as demandas físicas e emocionais envolvidas com o cuidado podem exaurir o cuidador. Ele pode ter também sua saúde mental comprometida. Por isso, é importante utilizar os recursos e ferramentas disponíveis para ajudá-lo no cuidado de seu familiar.

O Profissional 1 coloca que:

Há uma grande demanda de saúde mental no município. É preciso organizar o atendimento nas unidades básicas de saúde através do agendamento e criação de grupos de apoio e grupos terapêuticos.

Algumas unidades de saúde do município já inseriram um turno de atendimento semanal específico para a saúde mental. Assim, muitas questões são resolvidas na atenção básica, sem necessitar ir até o CAPS, como propõe a política. No entanto, não é uma realidade de todas as unidades ainda.

Outro ponto levantado é a falta de transporte específico para o CAPS, o que dificulta a realização de muitas atividades, como, por exemplo, a visita domiciliar, que é realizada atualmente com o transporte das UBS ou de outras instituições do município.

O fortalecimento do atendimento domiciliar e comunitário é essencial para a manutenção da saúde do usuário, pois este passa a ser acolhido diretamente em contato com o meio social em que vive e sua família, favorecendo a colaboração de todos os envolvidos e estando conscientes das evoluções no tratamento.

Sobre os grupos terapêuticos, o usuário 3 coloca que:

Ah, os grupos são tão bons. São poucas pessoas que participam mas é tão bom. Só tem que melhorar um pouquinho no acolhimento. Tem que ter um lanche pra gente, uma água... (risos) e aumentar os encontros pra gente participar.

A terapia de grupo vem se tornando uma prática cada vez mais comum no atendimento dentro dos serviços de saúde mental, por se tratar de uma estratégia de baixo custo e que gera ótimos resultados. Sua aplicabilidade é compatível com diversas modalidades de grupos e patologias, podendo ser utilizada em diferentes contextos o que, geralmente, traz uma boa aceitação por parte de profissionais e usuários (VALLADARES, 2003).

Para Benevides et al. (2010), “quando o paciente tem melhor compreensão da própria subjetividade, sua autoimagem pode ser remodelada.

Desse modo, ele pode obter uma melhor relação consigo mesmo e, conseqüentemente, com a sociedade". E prossegue afirmando que aliado às consultas e à medicação, o usuário necessita de espaços de convivência e criação onde possa expressar opiniões e escolhas. Nos grupos terapêuticos, ele desenvolve laços de cuidado consigo mesmo e compartilha experiências com os demais.

As atividades comunitárias são colocadas pelos sujeitos como algo a ser fortalecido. "Às vezes tem algum movimento. Eu acho que tem que aumentar, fazer encontro nas comunidades, fazer campanhas... Tem que fazer mais encontros, eu acho bom!" (Usuário 4).

No meu postinho é a coisa mais difícil do mundo ter alguma coisa de saúde mental, teve um tempo que um pessoal lá fez uns grupos mas agora tá muito parado. É mais aqui no CAPS que tem as coisas. Eu acho que lá no posto a gente tem que ter mais umas coisas pra nós, assim, pra gente participar, porque lá só tem aquele dia de renovar a receita e pronto (Usuário 5).

De acordo com Barreto (2005, p. 59):

A Terapia Comunitária é um instrumento que nos permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Pro-

cura-se suscitar a dimensão terapêutica do próprio grupo valorizando a herança cultural dos nossos antepassados indígenas, africanos, orientais e europeus, bem como o saber produzido pela experiência de vida de cada um (BARRETO, 2005, p. 59).

Evidencia-se a importância da promoção de mudanças pelos indivíduos nos ambientes em que estão inseridos. Vasconcelos (2009) destaca que essa participação deve ser reconhecida como um processo condicionado pelo contexto sócio-histórico e cultural da sociedade e das relações sociais dos sujeitos. Não deve ser tratada como um projeto de um modelo ideal, mas um desvelar de experiências criativas e flexíveis, em vários contextos da vida social, em uma perspectiva emancipatória.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é mencionado como um ponto importante também. Para o Profissional 4:

O PTS é feito com fragilidade. Os profissionais têm que ter capacitação sobre isso. Quando a gente tem algum caso mais grave, a gente vai e senta pra discutir como pode fazer pra resolver aquele problema. Mas não fazemos de forma a contemplar a todos que precisam, e os que fazemos também não é da forma que deveria ser feito, até porque, muitas vezes, nós temos dúvidas de como proceder da melhor forma (Profissional 4).

O PTS configura-se como uma discussão de caso em equipe, recolhendo a contribuição de várias especialidades e de profissões distintas. Deve ser elaborado levando em consideração as necessidades de saúde de cada usuário, seu modo de compreender a vida, suas subjetividades e singularidades. Por meio de interação horizontal de trabalhadores e usuários, deve ser baseado na tecnologia das relações, tais como acolhimento, escuta e vínculo, propondo novos modos de cuidado em saúde mental nos diferentes níveis de atenção. O PTS tem sua importância na transformação das práticas de cuidado e no fortalecimento do papel da equipe multiprofissional ao permitir a troca de saberes e promover uma atenção integral centralizada nas necessidades dos usuários em seu contexto social.

EIXO 2: EDUCAÇÃO PERMANENTE, INTERSETORIALIDADE E CONTROLE SOCIAL

A política nacional de educação permanente em saúde (EPS) lançada pelo Ministério da Saúde através da Portaria 198, de fevereiro de 2004, possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde e a construção de estratégias e processos

que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde da população.

De acordo com Brasil (2009, p. 35):

Todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando do seu financiamento.

A educação permanente em saúde visa melhorar o desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção e funções do respectivo processo de produção, contribuir para o desenvolvimento de novas competências e servir de substrato para transformações culturais de acordo com as novas tendências. Os profissionais mencionam essa necessidade:

Precisamos de formação permanente para profissionais do CAPS e equipes de saúde da família. Poderiam ser feitas oficinas sobre os principais transtornos mentais e outros temas (Profissional 2).

Falta formação e atualização para os profissionais. É preciso realizar oficinas de educação permanente na área de saúde

mental, atingindo o maior número de profissionais (Profissional 3).

Tais processos perpassam a intersetorialidade. Os sujeitos da pesquisa colocam a necessidade do seu fortalecimento.

No município nós temos um grupo que se reúne quinzenalmente para discutir casos em comum na rede, com representantes do CAPS, CREAS, CRAS, NASF e Conselho Tutelar. É um momento ímpar, onde conseguimos discutir e realizar estudo de casos, dando encaminhamentos mais respaldados, pois ali estão reunidos diversos profissionais de várias áreas. Mas é importante expandir esse grupo, com os profissionais das unidades básicas de saúde, por exemplo (Profissional 6).

A Portaria que institui a política nacional de educação permanente traz, entre outras questões, a proposição de políticas e estabelecimento de negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, fortalecendo o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva.

Ao falarmos em controle social, estamos falando em participação popular nas políticas públicas.

Para Aguiar (2008), o controle social é a participação da sociedade civil nos processos de planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações da gestão pública e na execução das políticas e programas públicos. Representa uma ação conjunta entre Estado e sociedade, em que o eixo central é o compartilhamento de responsabilidades, tendo em vista aumentar o nível da eficácia e efetividade das políticas e programas públicos.

Os profissionais participantes das oficinas mencionam fragilidade no controle social.

Aqui a gente tem dificuldade na construção do conselho municipal de saúde, assim como dos conselhos locais para propor e avaliar ações em saúde mental no município. É preciso empoderar, sensibilizar a comunidade para isto (Profissional 5).

Os profissionais ressaltam a importância da continuidade dos fóruns comunitários de saúde mental, bem como do fórum municipal, que fora realizado nos anos de 2015 e 2016 pela equipe de residentes em saúde da família.

Nós tivemos em 2015 e 2016 um marco bastante profícuo para a saúde mental em Icapuí que foi a atenção especial dada pelos residentes em saúde da família, que

na época realizaram algumas ações nesse sentido e uma delas foi a criação do fórum municipal de saúde mental. Onde nós pudemos discutir sobre os rumos dessa política em Icapuí (Profissional 7).

Outro ponto levantado pelos profissionais é a busca pela formação de plenárias com familiares da saúde mental no espaço do CAPS. “Nós estamos tentando organizar um espaço para plenárias com familiares no CAPS. Seria uma oportunidade para nos aproximarmos mais. Estamos pensando em realizá-las mensalmente” (Profissional 2).

Os usuários e familiares demonstram desconhecimento sobre os canais de participação social, o que mostra fragilidade em seu envolvimento. O controle social pode ser concretizado de inúmeras formas por meio do *monitoramento legal*, que inclui instrumentos que têm legalmente o papel de controlar as funções públicas, e do *monitoramento autônomo*, que abrange os instrumentos que, na maioria das vezes, não surgiram com bases jurídicas legais para efetuar o controle social.

No monitoramento legal, estão incluídos os conselhos gestores de políticas públicas, o Ministério Público, o Tribunal de Contas, a ação civil pública, a Defensoria Pública, o Legislativo, o orçamento participativo, a audiência pública, entre outros. E no monitoramento autônomo, estão acoplados

os sindicatos, as organizações não governamentais, as Universidades, os partidos políticos e as ouvidorias independentes.

Merecem destaque os conselhos gestores de políticas públicas, pois são instrumentos potencializadores da ampliação da democracia. Considerados como resultado de um processo de discussão pública que ocorre a partir dos anos 80 e que se consolida no final dessa década, sobretudo em relação às grandes áreas das políticas públicas: saúde, educação, assistência social, criança e adolescente.

O Orçamento Participativo (OP) também merece destaque pela importância que teve para a participação social no município de Icapuí, sendo o primeiro do Estado do Ceará a aderi-lo, em 1997. Historicamente, Icapuí sempre foi referência em participação popular, desde seu processo inicial de emancipação política, fruto de muita luta para desmembrar-se de Aracati.

Nas primeiras gestões petistas, o município realizou o orçamento participativo, tornando-se uma referência nesse aspecto, onde o poder público possibilitou que a sociedade participasse da tomada de decisão da coisa pública, discutindo o orçamento público. Esse processo durou cerca de sete anos. As gestões seguintes, do PSBD e do PT, respectivamente, não deram continuidade.

No presente momento, a atual gestão ela traz uma nova reflexão, do ponto de vista de pensar a cidade, de fazer um processo de reconstrução da cidade que está um pouco adormecida. Essa participação está um pouco intimidada porque não houve mais esse processo de provocação por parte dos governos, das gestões municipais. E essa gestão atual tem buscado caminhos, instrumentos, meios de tentar fazer essa retomada da participação popular em Icapuí, dentre os quais, podemos citar a elaboração do plano diretor participativo. Sempre foi um sonho pra Icapuí, porque é uma cidade litorânea que pode ter o plano diretor. A obrigatoriedade é que tenha acima de 20 mil habitantes, mas quando o município é litorâneo ele pode fazer o seu plano diretor. E esse processo vem sendo pensado, discutido e construído com a participação das comunidades. Icapuí hoje tem 36 comunidades e o plano diretor desenvolveu o processo que chamou as comunidades para pensar “a cidade que temos” e depois pensar a “cidade que queremos”. Então, esse plano diretor está proporcionando essa participação. Houveram 36 oficinas comunitárias. E o outro instrumento que a população participou foi do plano plurianual do quadriênio 2018-2021. Foram realizadas 3 plenárias regionais com a participação das 36 comunidades, e fizemos também um momento específico segmentado com todos os representantes dos conselhos de Icapuí, fazendo com que, também, esse processo de controle social fosse in-

cluído dentro do processo de participação popular (Entrevistada da Secretaria de Governo).

Esses dois marcos do ano de 2017 são extremamente importantes para que se garanta a retomada da participação em Icapuí, inclusive com contribuições para o setor saúde. Os munícipes têm novamente a oportunidade de sentirem-se protagonistas na história da cidade, reivindicando seus direitos, exercendo a cidadania.

Então eu acredito que essa gestão, durante esses 4 anos, estará protagonizando esse processo que Icapuí viveu de forma muito forte e profícua. Eu acho que isso facilita numa cidade como Icapuí, porque tem um capital social e humano muito forte que está na sua base. As pessoas precisavam somente ser estimuladas, como estão sendo agora. Então nós da gestão acreditamos que Icapuí inicia um novo processo e, com certeza, essa semente dessa retomada gerará muitos bons frutos. A nossa pretensão também é de provocar um processo na juventude, incentivar a criação de novas lideranças comunitárias, sem ter aqueles vínculos de cooptação (Entrevistada da Secretaria de Governo).

Importante e necessário é esse diálogo com a gestão pública, isso favorece a construção de políticas públicas participativas e compartilhadas, alcançando os anseios e as demandas da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de saúde mental brasileira ganhou, nas últimas décadas, uma nova roupagem com a proposta da reforma psiquiátrica, buscando substituir o modelo hospitalocêntrico por serviços substitutivos que busquem potencializar a convivência comunitária e a consolidação da cidadania do sujeito com transtorno mental.

Nesse ínterim, profissionais e gestores devem buscar meios de contemplar essas mudanças. Dentre os diversos instrumentos importantes que estão à disposição destaca-se, aqui, o planejamento como ponte para a busca por inovações e organização de atividades compatíveis com as necessidades dos usuários.

O planejamento participativo em saúde mental, abrange os diversos atores envolvidos nessa política pública, permite a criação de um espaço rico de discussão e escolha de prioridades. Esses processos implicam transformar ideias em ação, orientando as equipes, apontando correções de rumos e avaliação constante de resultados obtidos. O planejamento deve ser vivo e dinâmico, levando em conta as constantes transformações sociais.

Com a finalização desta pesquisa, retoma-se a questão central de buscar contribuir com o desenvolvimento das ações dos serviços de saúde mental

no contexto da reforma psiquiátrica no município de Icapuí-CE, por meio da melhoria dos processos de planejamento.

Demonstrou-se que é possível a construção de estratégias de intervenção baseada na participação de todos os envolvidos, não só gestores e profissionais, mas também trazer para a cena usuários e cuidadores, como protagonistas do cuidado. Seguir na busca da concretização de um modelo emancipador, alternativo se faz relevante. O município em questão avança a cada dia nesse processo. Pouco a pouco todos ganham vez e voz. O modelo local de gestão em curso contribui para isso, apesar dos muitos desafios ainda existentes.

Acredita-se que o objetivo proposto de construir e validar um plano de ação para organização dos serviços de saúde mental em Icapuí-CE foi alcançado, embora tenha, como todo processo, falhas e lacunas que podem ser preenchidas com futuras intervenções. A participação dos sujeitos da pesquisa permitiu a criação de um conteúdo democrático, calcado nos anseios dos que vivenciam a política de saúde mental no cotidiano.

Por fim, acredita-se que este estudo possibilitará interpretações críticas das novas dinâmicas sociopolíticas que reorganizam a saúde em Icapuí. A utilização dos resultados alcançados tornará

possível aos gestores e demais profissionais locais a criação de novas estratégias de ação, que apontem novos modelos de planejamento e avaliação para a política do município, os quais sejam melhor desenvolvidos a partir das reais necessidades da população.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. **O que é Controle Social?**. 2008. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/controle_social/o-que-e>. Acesso em: 21 fev. 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BARRETO, A. de P. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

BENEVIDES, D. S. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 14, n. 32, p. 127- 38, jan./mar. 2010.

BRASIL. **Humanização**. Disponível em: <<https://pense-sus.fiocruz.br/humanizacao>> Acesso em: 07 de setembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia Pai-deia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**. 2014; n. 18 Supl 1, p. 983-95. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0983.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

JESUS, W. L. A. et al. Planejamento em saúde no Brasil: configurações e tendências no sistema e nos serviços de saúde. In: JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. (orgs.) **Desafios**

do planejamento na construção do SUS [online]. Salvador: EDUFBA, 2011, p. 61-77. ISBN 978-85-232-1176-9. Available from SciELO Books .

MEIRA, R. C. **As ferramentas para a melhoria da qualidade**. Porto Alegre: SEBRAE, 2003.

MOTTIN, L. M. **Elaboração do Plano Municipal de Saúde: desafio para o município um estudo no Rio Grande do Sul**. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ Área de Concentração: Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro, 1999.

OLIVERIA, M. A. et al. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. In: **Saúde e debate**. v. 38. n. 101, p. 368-378. abr/jun, 2014.

PAIM, J. S. Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (organizadores). **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, p. 455-66, 2003.

PASSOS, E. et al. Processo coletivo de construção de instrumentos de avaliação: aspectos teóricos e metodológicos sobre dispositivos e indicadores profissionais. In: CAMPOS, Rosana Onocko [et. al.]. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Hucitec, p. 375-397, 2008.

POLACINSKI et al. **Implantação dos 5Ss e proposição de um SGQ para uma indústria de erva-mate**. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rc=t=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0C>

C0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.admpg.com.br%2F2012%2Fdown.php%3Fid%3D3037%26q%3D1&ei=afbiUKvPKrLO0QHol4HYBA&usg=AFQjCNG_xK4MiwxLH-05YB4kSXiApwYP1g>. Acesso em: 29 nov. 2012.

POLIT D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem. 7.ed., p. 669. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.

PONTE, H. M. S. **Do dispositivo ao instituído**: o Método da Roda em Sobral-CE promove a Co-Gestão de Coletivos? Fortaleza: UECE, 2013 (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva).

SPINK, M. J. et al. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Rev. Psicologia e sociedade**, v.26, n. 1, p. 32-43. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/05.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2017.

Vala, J. A análise de conteúdo. In A. S. Silva e J. M. Pinto (orgs). **Metodologia das ciências sociais**, p. 101-128. Porto: Edições Afrontamento. 1986.

VALLADARES, A. C. A. et al. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 5, n. 1, p. 4-9, fev./mai. 2003.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. In: **Texto Contexto Enferm**, v. 13, n. 4, p. 593-8. Pelotas: 2004.

CAPÍTULO 5

EMPODERAMENTO DOS USUÁRIOS E SAÚDE MENTAL: ÁLBUM SERIADO COMO TECNOLOGIA EDUCATIVA DE APOIO PARA PROFISSIONAIS

Suzette de Oliveira Siqueira Telles Alves
Layza Castelo Branco Mendes

INTRODUÇÃO

O Álbum Seriado é um recurso visual constituído por páginas dispostas em uma sequência lógica, que possibilita o desenvolvimento de uma mensagem de forma progressiva e coerente. É utilizado como instrumento pedagógico, para auxiliar em salas de aula, palestras, oficinas, dentre outros eventos didáticos. O Álbum Seriado pode conter desenhos, fotografias, mapas, gráficos, organogramas, cartazes, letreiros ou qualquer material que seja útil na exposição de um tema (MELLO, 2004).

O recurso visual se constitui de ilustrações (figuras) e textos. As primeiras devem ser simples, atraentes, visíveis e retratar a realidade das pessoas. Já os textos devem ter um vocabulário simples, acessível

ao público-alvo, conter informações claras e pontos norteadores do assunto abordado (MELLO, 2004).

A construção do Álbum Seriado considerou os seguintes elementos importantes para a compreensão do material educativo pelos participantes (usuários e profissionais), a saber: linguagem acessível, uso de figuras familiares, sequência lógica das figuras e informações, tamanho dos títulos, subtítulos e das ilustrações em suas formas e cores e em sua aproximação com o cotidiano dos usuários em saúde mental.

Vale salientar a possibilidade de uso do material em atendimentos individuais e atividades coletivas e a maior aproximação na relação entre usuários e profissionais de saúde.

Na perspectiva sociointeracionista de Vigotski, a aplicação da tecnologia não prioriza um conhecimento já construído, mas um que está por vir, construído numa perspectiva relacional, embasada em seu conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP). Nesse caso, entende-se o Álbum Seriado como um instrumento mediador. Sabe-se que Álbum Seriado, enquanto tecnologia educativa, tem alta potencialidade relacional (entre usuários e profissionais), não sendo uma tecnologia voltada só para usuários, como cartilhas, ou apenas para profissionais, como os manuais. A forma de

aplicação privilegia a interação entre profissionais e usuários. O uso de um Álbum Seriado em atendimentos individuais ou atividades coletivas, favorece a aproximação na relação entre usuários e profissionais de saúde.

O desenvolvimento e a aprendizagem se dariam da realidade externa para a interna na teoria de Vigotski. Nesse sentido, seria a aprendizagem que promoveria o desenvolvimento, numa visão prospectiva e não retrospectiva. O foco estaria no que ainda não foi consolidado ou naquilo de que o sujeito ainda não se apropriou. Não se devem trabalhar etapas de desenvolvimento e conhecimento já consolidados, mas o que está para acontecer, local onde deve se encontrar a intervenção pedagógica (VIGOTSKI, 2007).

O Conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal dá corpo a essas ideias, sendo dividido em duas fases: o primeiro seria o nível de desenvolvimento real, que é o desenvolvimento e o conhecimento já consolidados pelo indivíduo, e o outro seria o nível de desenvolvimento potencial, que seria o próximo estágio a ser atingido e que, apesar de não ter ainda se apropriado, está próximo de acontecer. O fato de o sujeito fazer com intervenção, ou seja, com ajuda de outro, indica que está perto de se apropriar (VIGOTSKI, 2007).

Entre o que já está pronto e o que está para acontecer, Vigotski situa o ponto de localização da zona de desenvolvimento proximal. Este pedaço da microgênese é o espaço mais rico do desenvolvimento e onde se permite a intervenção.

Dessa forma, a intervenção de outras pessoas no desenvolvimento do sujeito é um aspecto importante, o sujeito não estaria imerso na realidade externa de forma passiva. Para Vigotski, estamos em constante aprendizado e interação com esta realidade, tentando nos apropriar e dar conta deste mundo externo. Como esta realidade é estruturada por uma cultura e com a intervenção constante de outras pessoas neste processo, a intervenção pedagógica é essencial para o desenvolvimento do sujeito.

A abordagem sociointeracionista concebe a aprendizagem como um fenômeno que se realiza na interação com a realidade externa e com o outro. O aprendizado acontece por meio da internalização, a partir de um processo anterior, de troca, que possui uma dimensão coletiva. Segundo Vigotski, a aprendizagem viabiliza vários processos internos de desenvolvimento mental, que tomam corpo somente quando o sujeito interage com objetos e sujeitos em cooperação. Uma vez internalizados, esses processos tornam-se parte das aquisições do desenvolvimento (VIGOTSKI, 2007).

Empoderamento, neste estudo, é considerado um processo educativo interacionista que se baseia nos aspectos sociais e culturais. Assim sendo, estima-se que, por meio do Álbum Seriado aqui apresentado, profissionais implicados com este processo e usuários com participação ativa em seus cuidados, imersos numa cultura e modelos de saúde já existentes, irão interagir. Não no conhecimento já consolidado, mas em um que está por vir, construído nesta relação e neste encontro, com o auxílio de uma mediação simbólica, uma ferramenta construída para auxiliar este processo de empoderamento do usuário: o Álbum Seriado. Logo, o Álbum Seriado é uma tecnologia educacional que tem como objetivo fortalecer e intermediar a relação entre os profissionais de saúde e os usuários de saúde mental e, conseqüentemente, viabilizar o processo de empoderamento do usuário.

Empoderamento de usuários está além de uma participação social prevista no SUS, ou protagonismo (relacionado à atuação e à participação ativa) do usuário em seu cuidado. Ao se falar de empoderamento, está, também, se falando de educação em saúde e na possibilidade de o usuário, além de ser protagonista de seu cuidado e adquirir informações e conhecimentos sobre seu adoecimento, tratamento e direitos preconizados

pelo SUS, ter a possibilidade de um respaldo, ou seja, implicação direta dos profissionais dos serviços de saúde neste processo.

CONFECÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCATIVA ÁLBUM SERIADO

A elaboração do Álbum Seriado foi o resultado produzido com base nos principais dados pesquisados e coletados na revisão integrativa e pesquisa de campo. Para compor o referencial teórico da temática empoderamento, foi realizada uma revisão integrativa, através da busca de periódicos nas bases de dados BVS, PubMed (Central) e Scielo, utilizando os seguintes descritores: Saúde Mental; Educação em Saúde e Empoderamento.

A pesquisa de campo teve seu início no CAPS Geral do município de Maracanaú, visto ser o local de referência para usuários de transtorno mental, para, a partir deste ponto, ser apresentada à RAPS do município. Realizou-se a escolha de usuários e profissionais seguindo o critério de inclusão e exclusão do estudo e aplicação das entrevistas. Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará - UECE, de acordo com o preconizado pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional

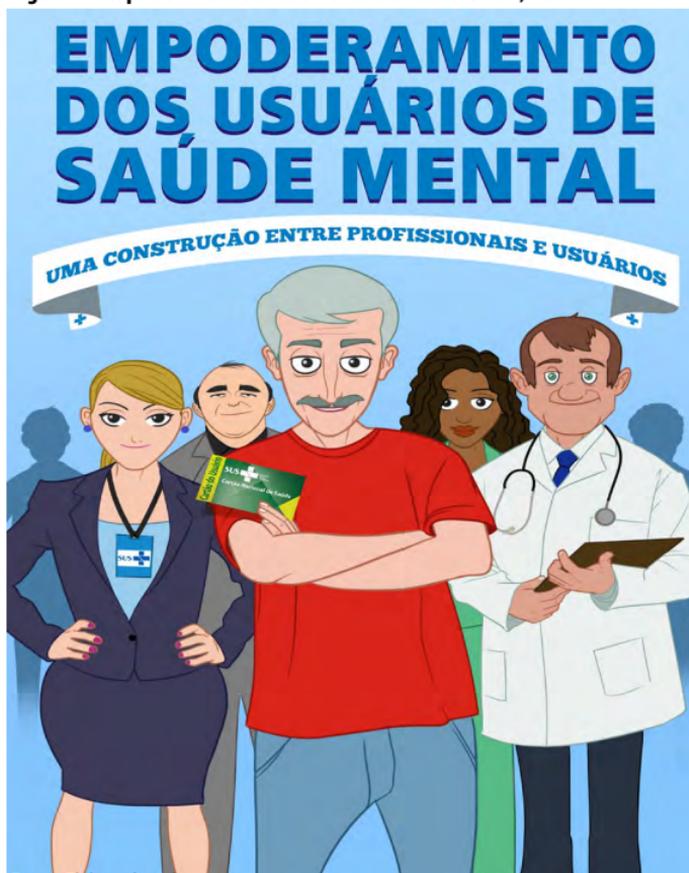
de Saúde, sendo submetido em 02/02/2018 e aprovado em 23/02/2018 (n^o do Parecer: 2.510.372).

Vale salientar que a pesquisa de campo foi toda construída em cima da compreensão de empoderamento exposta neste trabalho, e o resultado da análise foi dividido em eixos que constituem esta compreensão. Na análise dos resultados da pesquisa, utilizou-se, para sua construção, de uma perspectiva de associação de respostas profissionais-usuários, respeitando, desde o início, uma perspectiva sociointeracionista, dividida em cinco eixos: eixo temático 1- Adoecimento; eixo temático 2- Tratamento; eixo temático 3- Direitos preconizados pelo SUS; eixo temático 4- Participação do usuário em seu tratamento e eixo temático 5- A relação profissionais-usuários no processo de empoderamento.

De posse dos resultados, a construção do Álbum foi pensada em cinco momentos diferentes, relacionados aos eixos construídos na análise. No instrumento, estes momentos são divididos por títulos e cores diferentes, para facilitar a compreensão da passagem de um assunto para outro. Na capa, consta o título: “Empoderamento dos usuários de saúde mental: uma construção entre profissionais e usuários”. Colocou-se no subtítulo um destaque: A perspectiva educativa metodologia sociointeracionista. Na figura da capa, identifi-

cam-se os profissionais com jalecos ou crachás, e a figura do usuário ganha destaque, numa posição central, segurando o cartão do SUS. Signos são formas posteriores de mediação com a realidade, as quais foram feitas de maneira simbólica (VIGOTSKI, 2007). Então, ao ver um jaleco, um crachá do SUS, isto remete ao contexto de construção cultural relacionado aos profissionais de saúde; o cartão já dá identidade à figura do usuário como pertencente ao sistema de saúde.

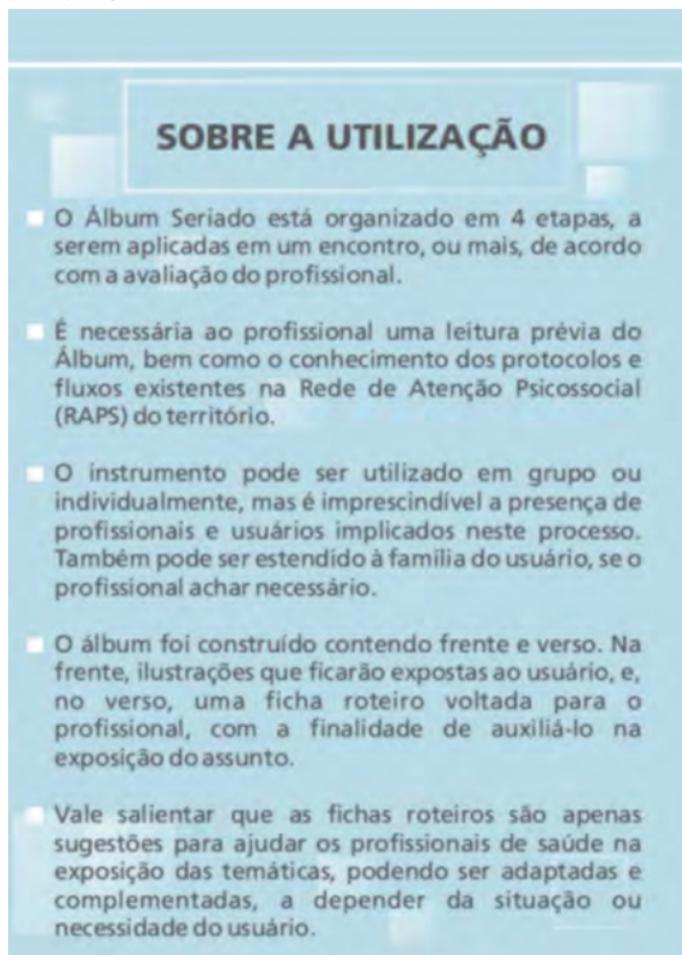
Figura 1 – Capa do Álbum Seriado. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018



Fonte: Elaborada pelas autoras.

O primeiro momento, de cor azul clara, destina-se apenas aos profissionais que vão manusear a tecnologia. Contém a apresentação do instrumento, a forma de utilização e as orientações para aplicação conforme o modelo sociointeracionista.

Figura 2 – Apresentação do instrumento, forma de utilização e orientações para aplicação. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018



SOBRE A UTILIZAÇÃO

- O Álbum Seriado está organizado em 4 etapas, a serem aplicadas em um encontro, ou mais, de acordo com a avaliação do profissional.
- É necessária ao profissional uma leitura prévia do Álbum, bem como o conhecimento dos protocolos e fluxos existentes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do território.
- O instrumento pode ser utilizado em grupo ou individualmente, mas é imprescindível a presença de profissionais e usuários implicados neste processo. Também pode ser estendido à família do usuário, se o profissional achar necessário.
- O álbum foi construído contendo frente e verso. Na frente, ilustrações que ficarão expostas ao usuário, e, no verso, uma ficha roteiro voltada para o profissional, com a finalidade de auxiliá-lo na exposição do assunto.
- Vale salientar que as fichas roteiros são apenas sugestões para ajudar os profissionais de saúde na exposição das temáticas, podendo ser adaptadas e complementadas, a depender da situação ou necessidade do usuário.

APRESENTAÇÃO

- Este Álbum Seriado concebe empoderamento como um processo educativo que possibilita o desenvolvimento de conhecimentos aos usuários sobre seu adoecimento, tratamento, direitos dentro do Sistema Único de Saúde(SUS). Esse conhecimento adquirido permite aos usuários tomarem decisões acerca de sua saúde, compartilhando e se responsabilizando também sobre seus cuidados.
- Focar no processo de empoderamento significa que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) deve dar ênfase a uma perspectiva de centramento no usuário cujo objetivo é a qualidade na acolhida, corresponsabilização do cuidado e respeito pelo território em que o sujeito está inserido. Isso possibilita um trabalho conscientizador, interventivo, com potencial transformador, contribuindo, assim, para uma prática dentro de atendimentos e fluxos entre serviços, em consonância com o preconizado pelo SUS.
- Este instrumento pedagógico foi criado com a finalidade de auxiliar os profissionais no processo de empoderamento dos usuários de saúde mental. Nesse sentido, empoderamento constitui uma construção conjunta entre profissionais e usuários.
- A construção desta tecnologia teve uma influência da perspectiva socio-histórica de Vygotsky, segundo a qual a compreensão dos fenômenos leva em consideração as relações e interações sociais, a cultura e o seu acontecer histórico, ou seja, o movimento singular/particular, considerado instância da totalidade social.
- A aplicação do Álbum Seriado centra-se na relação entre sujeitos, portanto dialógica, na qual o profissional é uma parte integrante do processo educativo de empoderamento. Ou seja, profissionais implicados neste processo e usuários com participação ativa em seus cuidados, imersos numa cultura e modelos de saúde já existentes, irão interagir. Não no conhecimento já consolidado, mas em um que está por vir, construído nesta relação e encontro, com o auxílio de uma mediação simbólica, uma ferramenta construída para auxiliar este processo: o Álbum Seriado. Tecnologia educacional que fortalecerá e intermediará essa relação e viabilizará o processo de empoderamento dos usuários.

ORIENTAÇÕES PARA UM ENCONTRO GENUÍNO:

- Quando se trata de cuidados compartilhados, é preciso partir do entendimento de que o usuário possui um saber acumulado, anterior ao formal fornecido pelos dispositivos de saúde. Ele também é ator, protagonista de sua história, que não começou apenas quando adentrou no serviço, já tendo construído uma rede informal, repleta de valores, crenças, laços de afeto, familiares, comunitários e laborais presentes, que falam de uma fácil acessibilidade/acolhimento, mas difícil resolutividade.
- E o profissional do serviço, neste momento, não deve sobrepor uma rede de cuidados formal em detrimento de outra rede construída pelo usuário. O profissional, aqui, torna-se um mediador de redes, que tenta unir o acessível ao resolutivo, criando uma comunicação entre elas.

PASSO A PASSO PARA UM ENCONTRO GENUÍNO:

1. Use a comunicação não verbal

A comunicação não verbal com usuários, familiares ou responsáveis pode ajudar a uma melhor compreensão e aceitação do que está sendo exposto.

Dicas:

- Sente no mesmo nível e/ou próximo.
- Remova barreiras físicas como mesas ou outros objetos.
- Preste atenção, evite se distrair e mostre que está ouvindo.
- Não apresse a conversa e não olhe para o relógio.

2. Faça perguntas abertas

- As perguntas abertas são muito úteis. Elas estimulam a pessoa a fornecer mais informações.
- Importante na escuta tentar entender como o usuário construiu seu entendimento sobre seu adoecimento, tratamento, como as relações sociais, de afeto; o contexto comunitário e cultural influenciaram esta construção.

3. Demonstre empatia, mostre que entende os sentimentos da outra pessoa

- A empatia ocorre quando se demonstra que se está ouvindo o

que a pessoa diz e tentando entender como ela se sente sob o ponto de vista dela.

4. Evite palavras que podem demonstrar julgamentos e adote uma postura de aceitação

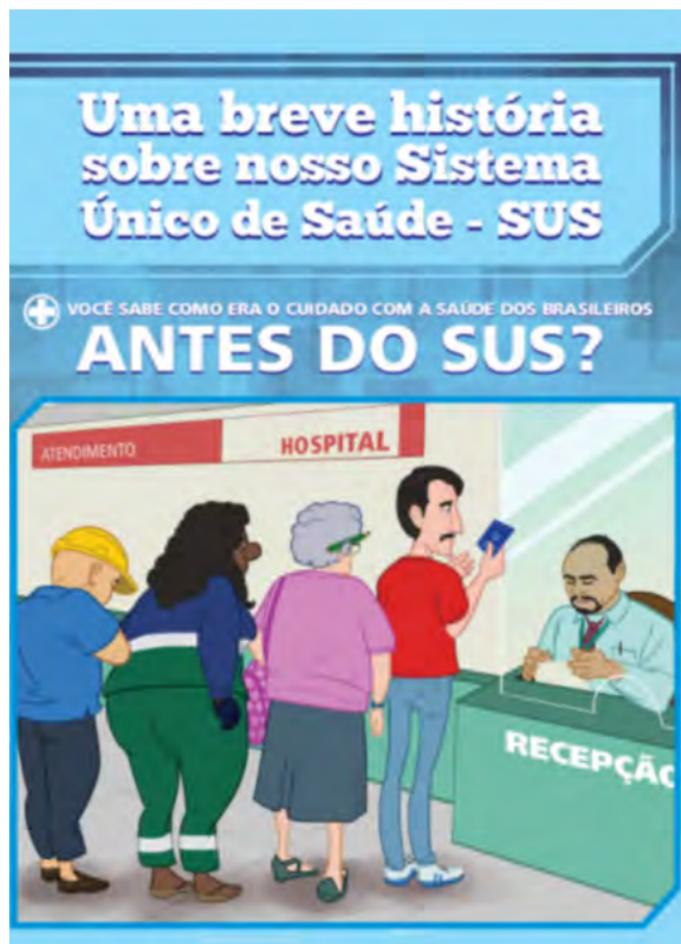
- Evitar palavras que podem soar como julgamento: certo, errado, bem, mal, bom etc.
- Demonstrar aceitação das ideias e sentimentos das pessoas, sem aparentar estar em posição contrária a elas. Aceitar o que uma pessoa diz não é o mesmo que concordar. Você pode aceitar o que ela diz e, posteriormente, fornecer a informação correta. Aceitar o que uma pessoa diz aumenta a confiança dela em você.

5. Forneça informações relevantes em linguagem adequada a cada caso. Se necessário, conte com a ajuda da família/responsável para repassar informações e compartilhar o cuidado.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

O segundo momento, de cor azul escuro, destina-se aos profissionais e usuários. As figuras são direcionadas aos usuários (familiares se necessário) e a ficha-roteiro, aos profissionais (sugestões do que deve ser abordado em cada figura). Esta seção tem como título: Uma breve história sobre nosso Sistema Único de Saúde (SUS). Foi um desmembramento da análise da pesquisa de campo dos eixos 3 e 4 (direitos e protagonismo). Partiu-se do pressuposto de que, para o usuário entender seus direitos e a importância de seu protagonismo, ele teria que ter acesso à história do sistema de saúde vigente.

Figura 3 – Uma breve história sobre nosso Sistema Único de Saúde - SUS. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018



Antes de 1988



RICHA BOTEIRO

- ⊕ O sistema público de saúde atendia a quem contribuía para a Previdência Social (INPS). Quem não tinha dinheiro ou vínculo empregatício dependia da caridade e da filantropia.
- ⊕ Centralizado e de responsabilidade federal, sem a participação dos usuários.
- ⊕ Assistência médico-hospitalar, ou seja, restrita a ações apenas de tratamento das enfermidades, sem ações integrativas de prevenção, promoção e recuperação.
- ⊕ Saúde era percebida apenas como ausência de doenças.

MAS O QUE É UMA CONSTITUIÇÃO?

⊕ COM A CONSTITUIÇÃO DE 1988, TODAS AS PESSOAS PASSARAM A TER DIREITO AO ATENDIMENTO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.



O que é ? constituição



FÍGUA ROTEIRO

- ⊕ Constituição é o conjunto de leis, normas e regras de um país. É a lei máxima que limita poderes e define os direitos e deveres dos cidadãos. Nenhuma outra lei no país pode entrar em conflito com a Constituição.
- ⊕ A Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como **Direito de Todos e Dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

HOJE COM O SUS



Hoje com o SUS



FICHA ROTÉRIO

- ⊕ O sistema público de saúde é para todos, sem discriminação. Desde a gestação e por toda a vida a atenção integral à saúde é um direito.
- ⊕ Descentralizado, municipalizado e participativo, com mais de 100 mil conselheiros de saúde.
- ⊕ Promoção, proteção, tratamento e recuperação / reabilitação.
- ⊕ Saúde é qualidade de vida.
- ⊕ HOJE TODOS têm direito ao acesso aos serviços de saúde.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

O terceiro momento, de cor amarela, também se destina aos profissionais e usuários e objetiva fornecer ao usuário informações e conhecimentos sobre seu adoecimento e tratamento relacionados aos eixos 1 e 2 de análise. Esta seção tem como título: Minha história dentro do sistema de saúde. O título escolhido remete ao usuário que quer saber sobre seu adoecimento, o saber faz parte de sua história, então já se pensou no título em fortalecer e deixar compreensível para o usuário a participação na sua própria história dentro do sistema de saúde. A figura escolhida mostra tanto para profissionais como para usuários o compartilhamento do cuidado.

Figura 4 – Minha história dentro do sistema de saúde. Fortaleza-Ceará-Brazil, 2018



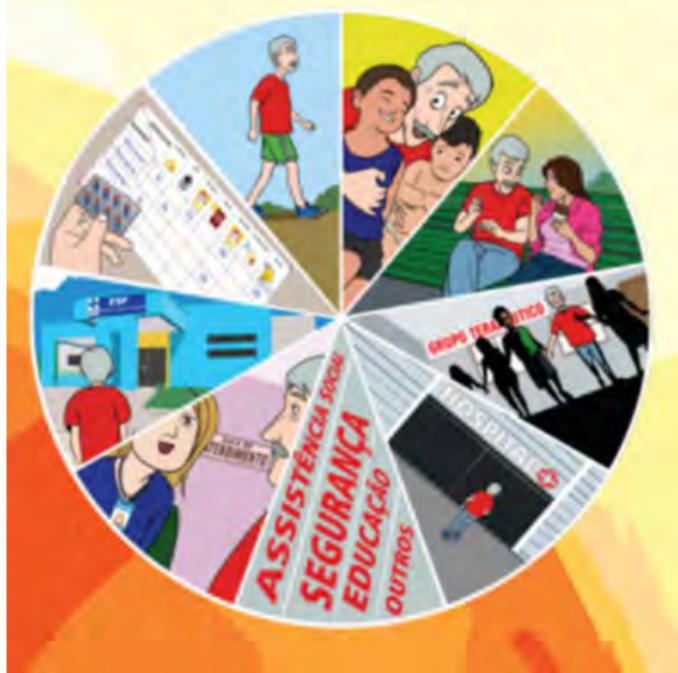
Minha história dentro do sistema de saúde



FICHA ROTEIRO

- ⊕ Neste ponto, avaliar, por meio da escuta, o que o usuário sabe sobre o seu adoecimento e dar informações necessárias e complementares, adequando as informações ao nível de compreensão de cada usuário.
- ⊕ Avaliar a necessidade da família/responsável participar também deste processo, caso o usuário apresente um nível de compreensão comprometido, ou seja, limitações que impeçam o seu entendimento.
- ⊕ Sendo constatada a importância da presença da família ou responsáveis, é indispensável a presença dela em todas as etapas de aplicação do instrumento. Neste momento, avaliar o nível de conhecimento que a família/responsável tem sobre o adoecimento do usuário e dar informações necessárias e complementares.

Como funciona meu tratamento ?



Como funciona ? meu tratamento ?



FICHA BOTEIRO

⊕ Neste ponto, avaliar, através da escuta, o que o usuário sabe sobre o seu TRATAMENTO e dar informações necessárias e complementares, adequando as informações ao nível de compreensão de cada usuário:

1. Avaliar se o usuário tem conhecimento de sua medicação e da forma correta de administração;
2. Avaliar se o usuário está inserido no serviço de forma multi/interdisciplinar (se vai apenas para um profissional ou especialidade, ou a todas de que necessita e têm no serviço);
3. Avaliar se ele está inserido dentro da RAPS e de seu território, frequentando outros pontos de cuidado;
4. Avaliar se o usuário concorda com seu tratamento, enfatizar que sua participação também faz parte deste processo. É que em todas as consultas sua opinião, dúvidas são importantes, tendo ele também responsabilidade sobre seu cuidado.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

O quarto momento, de cor verde, destina-se também aos profissionais e usuários. É a segunda parte do desmembramento da análise de campo dos eixos 3 e 4 (direitos e protagonismo). Esses eixos foram, segundo a análise dos dados, os de maior fragilidade encontrada na pesquisa de campo, então, neste segundo momento, o enfoque é nos direitos e na importância do papel do usuário em seu tratamento, recebendo o título: Quem eu posso ser nessa história? O título desta seção já enfoca o conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), de Vigotski, segundo o qual a construção do conhecimento não é em cima do já construído e consolidado pelo sujeito, mas em um conhecimento latente, que, apesar de o sujeito ainda não ter se apropriado dele, está próximo de acontecer. Este pedaço de microgênese é o espaço mais rico do desenvolvimento e onde se permite a intervenção e a mediação simbólica pela tecnologia educacional.

Figura 5 – Quem eu posso ser nessa história? Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018



Quem eu posso ser nessa história?



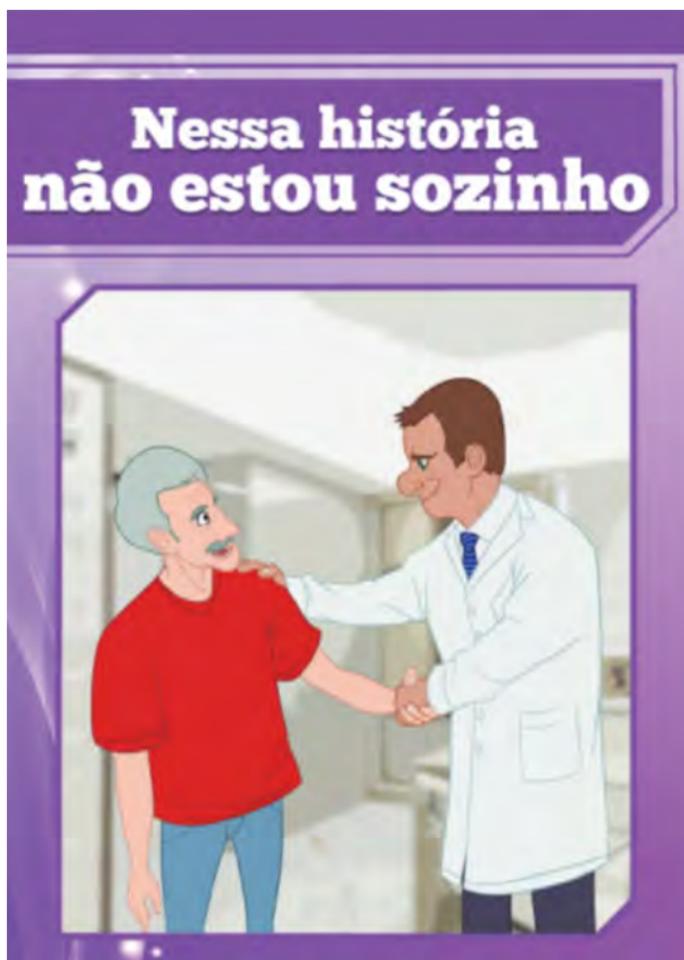
FICHA ROTERO

- ⊕ As diretrizes do SUS têm como princípios a universalidade (todos têm direito ao acesso), a equidade (de forma igualitária), a integralidade (ações de prevenção, promoção, tratamento e recuperação), a descentralização (todas as esferas participam deste cuidado: municipal, estadual e federal) e a participação popular.
- ⊕ Ler a carta dos direitos dos usuários da saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua 198ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de junho de 2009, que representou um importante marco para a participação social preconizada pelo SUS, **explicando cada item**, após a leitura:
 1. Refletir com o usuário sobre seu conhecimento acerca dos serviços que frequenta, se entende e concorda com os protocolos/perfil do usuário do serviço; hora de funcionamento; a que o serviço se propõe) e fluxos(encaminhamentos) que acessa em outros serviços.
 2. Salientar a importância da participação ativa do usuário na referência e contra referência dentro destes fluxos e protocolos. Para a integração de todas as referências e pontos de cuidado aos quais o usuário frequenta, é necessário que ele entenda por que foi referenciado e para que serve o serviço. É de suma importância que o usuário saiba repassar para cada serviço seu caminhar e sua visão a respeito dos outros.
 3. Avaliar se o usuário conhece os dispositivos de seu território, cabendo ao profissional se comprometer a explicar os dispositivos em caso de desconhecimento. Após apresentação do território, avaliar se o usuário gostaria de algo a mais no seu tratamento, algum outro tratamento ou serviço.
 4. Ressaltar a importância da participação e opinião do usuário sobre os serviços de saúde, a importância de sua participação na assembleia de usuários, que ocorrem, mensalmente, nos CAPS. Importante conhecer o gestor de cada unidade, sentir-se livre para também ter sua voz reconhecida dentro do serviço.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

O quinto e último momento, de cor roxa, também se destina aos profissionais e usuários e destaca a importância da relação entre profissionais e usuários em todo o processo de adoecimento. Está vinculado ao eixo 5 (da relação entre profissionais e usuários). Esta seção tem como título: Nessa história não estou sozinho.

Figura 6 – Nessa história não estou sozinho. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018



Nessa história não estou sozinho



FICHA ROTEIRO

- ⊕ Refletir com o usuário sobre seu caminhar dentro de seu cuidado, indagando-lhe sobre qual a posição que ocupou e qual a que poderia ocupar neste percurso.
- ⊕ Mostrar que ele não está sozinho neste caminhar, mas que é necessária uma posição ativa em seu tratamento.
- ⊕ Que qualquer dúvida, necessidade de informações que o usuário tiver, estas podem ser esclarecidas pelos profissionais.
- ⊕ Empoderamento neste instrumento está relacionado à aquisição de conhecimentos e informações que podem ser oferecidos pelo serviço; à participação ou ao protagonismo do usuário em seu tratamento e, por fim, ao reconhecimento nos serviços não de um paciente passivo, mas de um usuário cidadão, com participação em seu cuidado.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Vale salientar que as figuras-ilustrações são voltadas para os usuários (oito páginas, contando a capa). Já a apresentação, forma de utilização, dicas de encontro genuíno (total de quatro páginas) e fichas roteiros (sete páginas) estão direcionadas para os profissionais.

A tecnologia foi impressa em papel A3, *couché* fosco. Foram laminadas as folhas impressas para uma maior durabilidade e resistência e encadernadas na parte superior. Com o instrumento construído, iniciou-se o processo de validação.

VALIDAÇÃO INTERNA DE CONTEÚDO E APARÊNCIA DO ÁLBUM SERIADO

Em termos gerais, a validade de um instrumento, no caso Álbum Seriado, está relacionada à “precisão do instrumento em medir o que se propõe medir” (PERROCA, 1998).

A validação de aparência está relacionada às características das figuras, imagens ou formas, ou seja, aspectos relacionados às cores, associação com o cotidiano, quantidade, tamanho e harmonização com o texto que favoreça o constructo. Será avaliada pelos juízes público-alvo e, principalmente, de forma mais detalhada, pelos especialistas (PASQUALI, 2011).

A validação de conteúdo verifica se o conteúdo apresentado no instrumento construído tem a real representatividade e aplicabilidade dos itens levantados e coletados na pesquisa e literatura. A validade de conteúdo é composta por duas etapas de análises, uma análise teórica e uma análise semântica dos conteúdos que constituem a tecnologia (PASQUALI, 1998). Visto que o instrumento proposto foi elaborado com a finalidade de ser uma ferramenta de auxílio entre profissionais e usuários na realidade prática de serviços esta será avaliada pelos profissionais público-alvo (relacionada aos objetivos do constructo e compreensão semântica dos conteúdos) e, principalmente, de forma mais rigorosa, pelos juízes especialistas.

As respostas às questões apresentadas foram condicionadas a uma adaptação da escala Likert: 1 = discordo totalmente; 2 = discordo; 3 = não concordo nem discordo; 4 = concordo e 5 = concordo totalmente.

O escore do IVC é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados como "4" ou "5" pelos especialistas, dividido pelo número total de respostas. Para avaliar o Álbum Seriado como um todo, foi utilizada uma das formas de cálculo recomendada por Polit e Beck (2006), na qual os somatórios de todos os IVC calculados

separadamente foram divididos pelo número de itens do instrumento. Como o Guia foi validado por nove especialistas, a literatura recomenda ponto de corte do IVC de 0,78 (POLIT; BECK; OWEN, 2007). Os itens que tiveram pontuação 1, 2 ou 3 foram eliminados pelo fato de ter índice de validade de conteúdo inferior a 0,78 por três ou mais *experts*. Na validação de aparência, utilizou-se a mesma fórmula para realizar o cálculo da validação de conteúdo, já que ainda não existe uma fórmula para validação de aparência.

JUÍZES PÚBLICO-ALVO/PROFISSIONAIS

Os juízes público-alvo/profissionais tiveram como critério de inclusão, no segundo momento da pesquisa (validação), a sua participação no primeiro momento (pesquisa de campo). Os profissionais escolhidos trabalhavam no CAPS Geral (quatro) e CAPS AD (um). Exerciam a função, nesses locais, de psiquiatra (dois), psicólogas (duas) e uma terapeuta ocupacional, todos com idades entre 34 e 49 anos.

Os itens da avaliação do Álbum Seriado foram distribuídos em sete categorias, cada categoria subdividida em itens: Validação de Conteúdo: 1) Sobre

o adoecimento, tratamento e direitos do usuário; 2) Sobre a implicação do profissional no processo de empoderamento; 3) Sobre a participação do usuário em seu tratamento (estes pontos estavam relacionados à compreensão do que é considerado empoderamento neste trabalho); 4) Apresentação literária; 5) Material suficientemente específico e compreensivo; e Validação de Aparência: 6) Ilustração; 7) Legibilidade e características da impressão.

O Álbum Seriado recebeu pontuação global de 0,96 pelo público-alvo/profissionais e não apresentou itens com validação de conteúdo abaixo do que preconiza a literatura, ou seja, abaixo de 0,78% (POLIT; BECK, 2007). Vale salientar que a validação de aparência seguiu o mesmo critério e não apresentou pontuação abaixo da recomendada. A pontuação geral da validação de conteúdo foi 0,95 e a de aparência foi de 0,98.

JUÍZES ESPECIALISTAS

A escolha dos juízes, além de atingir a pontuação do quadro de critérios adaptado de Fehring (1994), mínima de cinco pontos e máxima de 16 pontos, foi feita com base no critério de trabalharem ou já terem trabalhado na RAPS do Ceará, visto ter sido considerado o conhecimento, não só teóri-

co, mas prático, para a avaliação da tecnologia. Os sujeitos participantes da validação, foram divididos em gestores especialistas (quatro) e profissionais especialistas (cinco), conforme critérios de inclusão de sujeitos participantes.

A respeito da área de formação acadêmica, a maioria (66,6%) era composta de psicólogos ou médicos. Porém, participaram profissionais de outras áreas de formação como: enfermagem (um), farmácia (um) e assistência social (um).

Além disso, a maioria (66,7%) possuía especialização/residência e um percentual menor mestrado (22,2%) e doutorado (11,1%). Mais da metade (55,6%) dos especialistas era do sexo feminino. A maioria (77,8%) com idade entre 35 e 45 anos.

O instrumento de validação (formulário) continha itens avaliativos do Álbum Seriado, distribuídos em seis aspectos, sendo quatro de validação de conteúdo (Exatidão Científica, Conteúdo, Apresentação Literária e Material suficientemente Específico e Compreensivo) e dois de validação de aparência (Ilustrações, Legibilidade e Características da Impressão).

O Álbum Seriado recebeu pontuação global de 0,90 pelos especialistas, perfazendo pontuação geral de avaliação de conteúdo de 0,87 e avaliação de aparência de 0,95 pelos especialistas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção e validação do Álbum Seriado, sob o título “Empoderamento dos Usuários de Saúde Mental: uma construção entre profissionais e usuários”, foi pensada como um instrumento em face da fragilidade em que se encontra a conjuntura atual da saúde mental no Brasil, onde muito do que foi conquistado pela reforma psiquiátrica brasileira encontra-se em um momento de impasse, com possibilidades de retrocessos e rupturas de tudo o que foi conquistado.

Partiu-se do pressuposto que não adianta falar em cuidados em rede sem a participação direta do usuário, não bastando uma mera participação ou protagonismo, mas empoderamento. Este empoderamento visto como algo construído e facilitado por profissionais, visando capacitarem este usuário/família, para a corresponsabilização de seu cuidado.

O Álbum Seriado foi construído a partir de uma perspectiva educacional amparada na visão sociointeracionista de Vigotski, e, principalmente, na esperança de mudança e transformação. O conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal de Vigotski fala da possibilidade de construção de um conhecimento que está por vir, que pode ser construído relacionalmente e com a mediação de

instrumentos simbólicos. Vale salientar a relevância deste estudo, a boa pontuação atingida pelos juízes público-alvo e especialistas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf>. Acesso em: 15 jul.2016.

_____. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990. Seção1, p.18055 - 18059.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088, Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://bvsmms.saude>>.

gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em 26.set.2017.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria empowerment no projeto de promoção da saúde. **Caderno de Saúde Pública. [online]**, v.20, n.4, p.1088-1095. ISSN 0102-311X, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000400024&script=sci_abstract>. Acesso em: 25 fev. 2018.

ECHER, I.C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 754-7, set/out, 2005. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 10 set. 2017.

FEHRING, R.J. The Fehring model. In: CARROLL-JOHSON, P. **Classification of nursing diagnosis**: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Associations. Philadelphia: Lippincott, p. 55- 57, 1994.

JORGE, M.S.B. et al. Promoção da saúde mental. Tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 7, n. 16, p. 3051-3060, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf>>. Acesso em: 07.Ago. 2016.

LEITE, N.S.L.; CUNHA, S.R.; TAVARES, M.F.L. Empowerment das famílias de crianças dependentes de tecnologia: desafios conceituais e a educação crítico-reflexiva freireana. **Revista de enfermagem UERJ**. [periódicos na Internet], n. 19, p. 152-6, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a25.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

LYNN, M. R. Determination and qualification of content validity. **Nursing Research**. New York, v. 35, n. 6, p. 382-386, 1986.

MARQUES, R. **A pedagogia construtivista de Lev Vygotsky (1896 – 1934)**. Disponível em: <http://www.eses.pt/usr/ramiro/docs/etica_pedagogia/A%20Pedagogia%20construtivista%20de%20Lev%20Vygotsky.pdf>. Acesso em: 06 mai.2012.

MELLO, M.R. **Tecnologia educacional**. CRTE – Telêmaco Borba – PR. Curitiba, 2004. Disponível em <http://www.tiapri.com/publico/docs/tecnologias_ensino.pdf>. Acesso em: 12 set. 2013.

MOURA, E.A; PAULINO, P.R.V; FREITAS, A.P; MOURÃO, C.A Jr e MÁRMORA, C. H.C. **Os Planos genéticos do desenvolvimento humano**: a contribuição de Vigotski. Disponível em: <<http://www.rchunitau.com.br>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

OLIVEIRA, M. K. **Vygotsky**: aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio-histórico. São Paulo: Scipione, 1993.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 2, n. 32, p. 153-68, 1998.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; OWEN, S. V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? appraisal and recommendations. **Research in Nursing & Health**. v. 30, n. 4, p. 459-467, 2007.

POLIT, D, BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. Análise quantitativa. **In:_____ Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, p. 167-198, 2011.

SOEKEN, K.L. Validity of measures. In: WALTZ, C.F.; STRICKLAND, O.L.; LENZ, E.R. **Measurement in nursing and health research**. 3. ed. New York: Springer, cap. 6, p.154-89, 2005.

TADDEO, O. S.; GOMES, K. W. L.; CAPRARA, A.; GOMES, A. M. A.; OLIVEIRA, G. C.; MOREIRA, T. M. M. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.

VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

_____. **Pensamento e Linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

CAPÍTULO 6

A REDE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO GUIA NA ÁREA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE – AVISA III EM MARACANAÚ

Camila Augusta de Oliveira Sá
Mardênia Ferreira Gomes Vasconcelos

INTRODUÇÃO

Atualmente, as políticas públicas brasileiras de saúde mental ao priorizarem a desinstitucionalização da assistência, estimulam a participação da família no cuidado ao doente. Com essa mudança, os pacientes devem receber o acompanhamento de saúde que necessitam em serviços substitutivos em saúde mental e permanecer em convívio familiar, conforme a Lei 10.216/2001, que garante os direitos das pessoas com transtornos mentais, e estende a seus familiares a mesma atenção, deixando claro, em seu artigo 2º, que “nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente certificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo” (BRASIL, 2004, p. 17).

Tal parágrafo trata de uma assistência humanizada e completa, com direito a acesso a atendimentos de saúde pelo SUS, bem como do acolhimento em serviços comunitários de saúde mental e terapêutica minimamente invasiva entre outros.

Segundo a OMS (2004) a rede de serviços e equipamentos em saúde mental deve dispor de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I e II, CAPS III) CAPS Álcool e outras drogas (CAPS AD), e CAPS Infantojuvenil; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Centros de Convivência e Cultura; leitos de atenção integral em Hospitais Gerais e nos CAPS III; Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares e Psiquiatria.

A rede de atenção à saúde (RAS), portanto, deve ser constituída por serviços, políticas e estratégias, intenções e gestos fundamentais para a exequibilidade da Reforma Psiquiátrica brasileira e, conseqüentemente, para a realização de um processo de desinstitucionalização efetivo do indivíduo egresso de instituição psiquiátrica hospitalar, assim como para o fomento de ações de promoção da saúde, prevenção e intervenção precoce em saúde mental, buscando pelo cumprimento da meta de internação como último recurso terapêutico, quando nenhuma outra estratégia alcançou resolubilidade da situação vivenciada (BRASIL, 2013).

Considera-se que o atendimento em Saúde Pública deve se dar de forma integrada e municipalizada, com a composição de uma rede de serviços que seja eficaz, eficiente e efetiva, cujo cerne seja o trabalho em equipe e a gestão participativa, tendo como base o controle social (CAMPOS, GUERREIRO, 2008). Outra questão importante no cuidado em saúde está relacionada às equipes participantes nos serviços de saúde mental.

A articulação entre os serviços da rede de atenção em Saúde Mental com os demais serviços e equipamentos de saúde e com os demais setores da sociedade compõe o requisito da intersetorialidade dentro e fora do setor saúde, contribui significativamente, para a conquista mais ampla da atenção psicossocial e da inclusão do paciente psiquiátrico no território.

Dentro dessa perspectiva, a organização territorial e o desenvolvimento dos dispositivos públicos (saúde, social, educação), bem como a interação comunitária tornam-se fundamentais para assistência. O estudo revela que a cobertura de atendimento de saúde mental em base comunitária nos municípios brasileiros é insuficiente, questionando assim a organização e o desenvolvimento de políticas públicas efetivas (PEREIRA, OLIVEIRA, 2011). Para além da instituição dos ser-

viços, a interlocução de seus trabalhos propiciando a integralização do cuidado numa concepção de trabalho em rede.

A política pública em saúde mental no município de Maracanaú vem sendo implantada paulatinamente. O município, hoje, possui três CAPS (Geral, Álcool e outras Drogas III e Infantojuvenil), Leitos Psicossociais em Hospital Geral (8 leitos para usuários de álcool e outras drogas e 2 leitos para pacientes com transtornos mentais) que atendem à comunidade da cidade e aos municípios adjacentes e desenvolvem uma política de trabalho na perspectiva do trabalho ampliado em rede, com o matriciamento que pode ser considerado um novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, numa construção compartilhada, criam proposta de intervenção terapêutica-pedagógica. Uma das ações trabalhadas com tal intuito é o fortalecimento de parcerias com os equipamentos territoriais da saúde, educação e assistência (MARACANAÚ, 2012).

Parceria esta que já acontece com o matriciamento, com escala e representantes fixas de equipe da ESF, CAPS Ad III, CAPS Geral e infantojuvenil, NASF e CRAS, profissionais que foram indicados por seus gestores e que tinham afinidade com a saúde mental.

Mesmo mediante tais avanços, alguns pontos de tensão ainda apresentam-se na implantação e desenvolvimento da política de saúde mental em Maracanaú, tais como desvinculação do profissional com o território pela rotatividade de profissionais, e a importância da territorialização e do trabalho em rede, baixa resolutividade do cuidado, e dúvidas sobre a função dos diversos equipamentos existentes no município, bem como falta de preparo de alguns profissionais para lidar com o cuidado ao paciente com transtorno mental e seus familiares (MARACANAÚ, 2012). Mediante tais questões questionamo-nos: como tem se estruturado o trabalho em rede no município de Maracanaú?

Por diversas ocasiões observou-se o sofrimento de familiares e pacientes em busca de ajuda, em não saber lidar com o sofrimento pelo qual são acometidos. Tal sofrimento é intensificado por não saberem como “explorar” o território ao qual habitam, por não saberem seus direitos e deveres. Algumas vezes, o cuidado a esses sujeitos é prontamente interrompido quando o acesso à rede de saúde, ou a sua falta, lhes faz retornar aos seus lares sem o auxílio necessário às suas demandas, simplesmente pelos profissionais “não saberem” se existem, ou como funciona os equipamentos de assistência no município. Devido a essas falhas na

comunicação entre os profissionais, foi criado um guia para orientá-los sobre o trabalho em rede, que o usuário pode ser acolhido em qualquer dispositivo sendo encaminhado ao serviço adequado ao tratamento que o mesmo necessite.

MÉTODO

Estudo de natureza qualitativa que buscou a compreensão da Rede de Cuidado, pois segundo Minayo (2010) busca questões específicas e pormenorizadas, preocupando-se com um nível da realidade que não pode ser mensurado e nem quantificado. “Atua com base em significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, e outras características subjetivas próprias do humano e do social que correspondem às relações, processos ou fenômenos e não podem ser reduzidas às variáveis numéricas” (MINAYO, 2010, p. 26).

A pesquisa foi realizada no período de abril a junho de 2018. E teve como lócus o município de Maracanaú, em específico o território da AVISA III que é composto, aproximadamente, por 53.000hab segundo IBGE (2010), por cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) que corresponde a doze equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF): Jardim Bandeirante (Equipe: 18, 43 e 65), Pajuçara 1 (Equi-

pe: 16 e 17), Pajuçara 2 (Equipe: 19), Maria de Nazaré (Equipe 53 e 62), e Boa Esperança (Equipes: 20, 36, 39 e 63) e uma Equipe de NASF (Assistente Social, Farmacêutica, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Psicóloga e Terapeuta Ocupacional).

A pesquisa ocorreu em dois momentos. No primeiro momento da Construção do Guia foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com a participação de gestores, profissionais que fazem parte do apoio matricial de níveis superior e médio (ACS) e usuários.

No segundo momento para Validação do Guia foram convidados como juízes: especialistas (*expert*) e público-alvo (profissionais de nível superior), que responderam um instrumento de avaliação sobre o Guia de Cuidado em Saúde Mental. Deixando claro que, independente do que se deseja validar, é necessário que o pesquisador direcione seus critérios aos objetivos do estudo, respeitando os quesitos necessários para considerar um profissional *expert* (MELO et al. 2011).

Para avaliação do Guia de Cuidado em Saúde Mental foi utilizado o conceito de validade de conteúdo e aparência, ou seja, um instrumento baseado em julgamento que buscará medir a adequação dos itens de avaliação com relação ao conteúdo e concordância entre os juízes, segundo Polit (2006).

A análise do material foi baseada em Bardin (2009) que refere, a análise de conteúdo deve ter como ponto de partida a organização, e que deve ser dividida em três polos (as diferentes análises): a pré-análise; a exploração do material e por último o tratamento dos resultados.

Quanto à validade de aparência que foi realizada tanto pelos juízes *experts* quanto pelos juízes público-alvo, segundo a literatura recomendada por Lynn (1986) com ponto de corte do IVC de 0,78.

Quanto à validade de conteúdo do Guia foi realizado um Índice de Validade de Conteúdo (IVC) baseado em Soeken (2005), o qual foi útil para quantificar a extensão de concordância entre os especialistas.

Para adequar-se ao instrumento de coleta de dados deste estudo, equiparou-se o grau de relevância ao grau de concordância entre os juízes: (1) discordo totalmente, (2) discordo parcialmente, (3) concordo parcialmente e (4) concordo totalmente.

O escore do IVC é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados como “3” ou “4” pelos especialistas, dividido pelo número total de respostas. Os itens que receberão pontuação “1” ou “2” deverão ser revisados.

$$\text{IVC} = \frac{\text{Somatório das Resposta 3 e 4}}{\text{Nº de Respostas}}$$

Para avaliar o Guia como um todo, utilizamos uma das formas de cálculo recomendada por Polit e Beck (2006), no qual o somatório de todos os IVC calculados separadamente foi dividido pelo número de itens do instrumento. Como o Guia foi validado por nove especialistas, a literatura recomenda ponto de corte do IVC de 0,78 (LYNN, 1986).

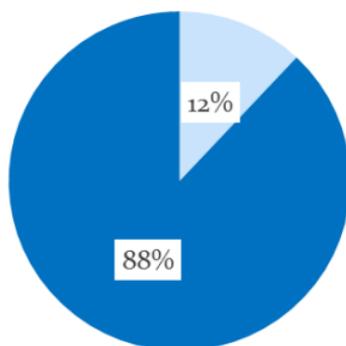
Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE, sendo aprovado em 26 de abril de 2018 com o Parecer de número 2.623.915, de acordo com o preconizado pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que colocou o debate ético em outro patamar, trazendo novas questões com a Resolução 510/2016, reformulando as antigas e reacendendo as controvérsias em torno da regulamentação da ética em pesquisa que continua atrelada ao campo da saúde pela sua inserção institucional no Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

ANÁLISES DAS ENTREVISTAS ACERCA DO TRABALHO EM REDE EM ESPECÍFICO NO TERRITÓRIO, COM DISPOSITIVOS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Foram realizadas 25 entrevistas de uma proposta que seriam 27 entrevistados, porém devido à rotatividade de profissionais, equipes incompletas e a inclusão de três equipes (ESF), dificultando a pesquisa e sua conclusão não foram realizadas duas entrevistas devido aos critérios de inclusão. A entrevista era composta por seis perguntas e os entrevistados foram identificados através de nomes de flores.

Gráfico 1 - Perfil dos entrevistados quanto ao sexo, de um total de 25 entrevistados(as)



■ masculino

■ feminino

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Na primeira pergunta foi questionado a função e o tempo de trabalho na instituição ou no Município. E dentre os 25 entrevistados: secretário de saúde, coordenadora da atenção à saúde, coordenadora do NASF, coordenadora geral da saúde mental, profissionais da ESF, NASF, CAPS's, ABEMP - Hospital onde foram implantados os Leitos Psicossociais e usuários que residem no território da pesquisa.

Em relação ao tempo de serviço, levou-se em consideração o tempo de serviço dos profissionais no município que participasse do matriciamento e que trabalhasse na AVISA III, pelo menos há um ano, e sobre os usuários considerou-se que residisse há dois anos na AVISA III. Durante as entrevistas, observamos que os tempos de serviço entre gestores e profissionais variam de 4 a 31 anos, com predomínio de 6 a 8 anos, os mais antigos são os gestores. E quanto aos usuários, o tempo de residência é de três a cinco anos residindo no território da pesquisa.

A segunda pergunta interrogou-se sobre as demandas encontradas no cotidiano dos serviços.

De acordo com os gestores, as principais demandas dizem respeito a diagnósticos de autismo, alterações psicossociais, estrutura física, agendamento para o psiquiatra, reclamações da recepção, reclamações de receitas, falta de articulação entre

a saúde mental e a atenção básica, grande demanda de usuários, reduzido número de profissionais, interferência política, desvalorização e desconhecimento da saúde mental por parte dos gestores. O gestor identifica a demanda da estrutura do macroprocesso que é o cotidiano dele.

Na verdade, como é fluxo de qualquer processo, o paciente inicia pela atenção básica que é a porta aberta, com atendimento dos profissionais de saúde que fazem contato com os demais profissionais (NASF e RAPS) fazendo com que realmente as demandas que nos deparamos como autismo entre outras alterações psicossociais (Cravo – E1).

As principais demandas de saúde mental são variadas, apresentando como “carro chefe”: transtornos de humor, transtornos de ansiedade e quadros psicóticos. As situações familiares, econômicas, sociais têm funcionado como desencadeadoras do quadro (Orquídea – E7).

Na terceira pergunta questionou-se sobre o trabalho em Rede se ele funciona ou não, e o que faltava.

Os gestores responderam que o trabalho em rede funciona, porém ainda há o que melhorar, mas já existe uma boa comunicação entre a RAPS e o NASF, e a intersetorialidade fortalece as equipes e possibilita um cuidado integrado.

Sim, mas temos que ainda avançar muito, mas se nós fizermos um resgate de 8 ou 9 anos atrás tínhamos um trabalho bem isolado, não tínhamos a convivência que temos hoje, eu classifico que o matriciamento foi um caminho para atrairmos a estratégia, a rede RAPS e o NASF, nós já entendemos a funcionalidade e há uma progressão dos casos, como clientela na atenção primária e secundária através de uma boa comunicação entre as coordenadoras e gerentes (Margarida – E2).

“Sempre que preciso vou em busca dos postos, na UPA, ou no CAPS, e se não consigo vou na secretaria de saúde, e se preciso vou ao Fórum falar com o juiz, mais sei lutar pelos meus direitos” (Hibisco – E24).

Na quarta questão questionou-se se os gestores, profissionais e usuários conheciam o território no qual trabalham ou residem, quais ações realizavam no serviço e/ou território, e quais eram os desafios encontrados no território.

A maioria dos gestores referiram que conhecem o território, sabem dar os devidos encaminhamentos, porém é necessário incrementar as equipes, deixando-as completas, aprofundando os conhecimentos sobre o território, tornando uma prática contínua na saúde pública.

Sim. Eu conheço parcialmente/basicamente os territórios de atuação da saúde mental, onde desenvolvemos o matriciamento com a Atenção Básica e ações de educação e saúde com os NASF's, aprofundando os conhecimentos sobre o território. Mas ainda é preciso tornar a territorialização uma prática contínua na saúde pública (Lírio – E4).

Sim, conheço o território, mas devido à extensa área geográfica, rotatividade da comunidade e áreas descobertas não posso assegurar 100% de conhecimento. Existem alguns grupos na UBS e um na comunidade; realizamos *blitz* e panfletagens (Amor Perfeito – E19).

Na quinta questão interrogou-se se havia algum dispositivo no território como apoio no cuidado em saúde (ONG, Igreja, Associação).

Segundo 50% dos gestores, as equipes possuem essa parceria com outros dispositivos como rádio, câmara de vereadores, indústrias entre outros locais no território, como ações de educação em saúde. Os outros 50% ainda indicam só os equipamentos formais da saúde, assistência e educação.

“Sim. Conhecemos algumas ações realizadas por igrejas, sabemos da existência de uma comunidade terapêutica, mas com ambas não houve aproximações” (Flor do Campo – E10).

“Não recebo orientações nenhuma da ACS, ela diz que não temos direito a nada” (Gardênia – E22).

Na sexta questão interrogou-se sobre como os usuários, a comunidade e os profissionais contribuíam para divulgar as ações no seu território, com intuito de ajudar as pessoas a identificarem o que necessitam para melhorar seu cuidado em saúde mental.

Cinquenta por cento dos gestores acreditam que ainda há falhas, principalmente na comunicação, informando o que os equipamentos oferecem e o público-alvo atendido, empoderando os profissionais e usuários, quanto aos outros 50% dos gestores acreditam que os ACS são os maiores divulgadores e que no São João de Maracanaú todos os dispositivos têm espaço para divulgar seu serviço.

Não é o que realmente eu gostaria, pois a principal arma de um bom trabalho de equipe com a comunidade é a COMUNICACÃO, para que a comunidade sinta-se informada, empoderada das ações pra quando ela for devidamente orientada, ela saiba o que o equipamento de saúde faz, e o que ele pode ajudar na comunidade, ela se aproxima. Talvez ainda seja um dos pontos falhos, o contato com as lideranças, CONVISAS, e os equipamentos, pra que a comunidade conheça e sinta-se com propriedade de utilizar todos os equipamentos que são para o público (Cravo – E1).

“Acredito que poderiam divulgar. Infelizmente é um problema cultural a questão de divulgar as boas ações, mas os pontos negativos, divulgam com mais facilidade e rapidez” (Amor Perfeito – E19).

Enfim, percebe-se nas entrevistas que ainda existem dúvidas de profissionais e usuários sobre os diversos equipamentos, e que trabalhos já são realizados para melhorar a comunicação entre a rede através do matriciamento, mas devido à rotatividade de profissionais, há sempre que “recomeçar”, reforçando nas equipes (médico, enfermeiro, dentista, ACS) sobre os encaminhamentos e sobre o perfil dos casos que devem ser encaminhados para os diversos dispositivos (UPA, CAPS, CIRRM, SAD e etc.). E para facilitar o trabalho em equipe é importante disposição para aprender e enxergar as situações de forma ampliada, e que essas informações sejam acessíveis a todos, principalmente aos ACS que são os profissionais que estão dentro do território, principais “sinalizadores e apoiadores” do usuário e de seus familiares, com atitudes acolhedoras e olhar ampliado, caracterizando o cuidado integral.

CONFEÇÃO DO GUIA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ÁREA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE – AVISA III

Para construção do Guia, realizou-se a produção textual, seguido da seleção e montagem e fina-

lizou-se com a diagramação. A partir da seleção do conteúdo e sabendo-se a sequência dos domínios do Guia, iniciou-se a elaboração textual. Buscou-se aliar um conteúdo rico em informações, porém objetivo, visto que materiais muito extensos tornam-se cansativos, e com linguagem acessível a todos os profissionais e usuários de todos os níveis de instrução.

A linguagem das informações encontradas na literatura deve ser transformada, tornando-as acessíveis a todos, independentemente do nível educacional. Essa é, também, uma etapa importante para os profissionais da saúde, porque, muitas vezes, não se nota a utilização de uma linguagem técnica, que só os profissionais da área compreendem, e os materiais educativos são construídos para fortalecer a orientação dos profissionais aos familiares e aos usuários, sendo, portanto, indispensável escrever numa linguagem que todos entendam (ECHER, 2005).

O Guia de cuidado em saúde mental foi dividido em 4 domínios, cujos conteúdos estão descritos a seguir:

1. Apresentação: esse domínio teve como objetivo contextualizar a temática do Guia. Buscou-se ainda informar aos profissionais e usuários os benefícios que elas terão com a leitura do material;

Figura 1 - Capa do guia

CAMILA AUGUSTA DE OLIVEIRA SÁ

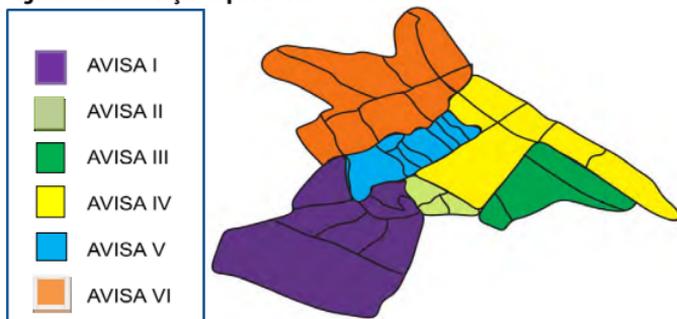
**GUIA SOBRE A REDE DE CUIDADOS EM
SAÚDE MENTAL NA ÁREA DE VIGILÂNCIA
À SAÚDE-AVISA III EM MARACANAÚ.**



Fonte: Elaborada pelas autoras.

2. Parte I – O município de Maracanaú, dividido em 3 tópicos: 1.1. Aspectos sociodemográficos e econômicos (Descrição de Maracanaú); 1.2. Os serviços de saúde (apresentação dos equipamentos disponíveis na atenção primária e secundária); 1.3. As áreas de vigilância à saúde – AVISAS (divisão do território de Maracanaú);

Figura 2 - Distribuição espacial das AVISAS



Fonte: Adaptado de Maracanaú (2014).

3. Parte II – O cuidado em saúde mental: 2.1. Família, 2.2. Território, 2.3. Usuário e 2.4. Descrição da AVISA III;

4. Parte III – Fluxograma (representação do percurso ou caminho do usuário no processo de cuidado) e Territorialização (organização dos serviços de acordo com o território, conhecer o território).

Quanto às ilustrações buscou-se montar um material rico em ilustrações com o objetivo de facilitar a compreensão do cuidado em saúde mental dentro do território, principalmente por aqueles que apresentassem dificuldade na leitura.

A última etapa da construção do Guia foi a diagramação, a qual corresponde à organização e à formatação do material, sendo utilizado o programa Corel Draw 8 para essa fase final.

Teve-se o cuidado de usar as cores com sensibilidade e cautela para não deixar a cartilha visualmente poluída. Realizou-se impressão preta sobre fundo claro a fim de facilitar a leitura. Foi confeccionada capa com imagens, cores e textos atrativos. Além disso, a mensagem principal foi mostrada na capa, a fim de que o leitor perceba a mensagem principal a partir da sua visualização (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

Por fim, ao concluir a diagramação do Guia, o *design* gráfico enviou a versão pré-validação do Guia para impressão e envio aos juízes especialistas com vistas à validação de conteúdo, à aparência e aos juízes profissionais (público-alvo).

VALIDAÇÃO INTERNA DO GUIA

Após elaboração do guia, passou-se para etapa de pré-teste com os juízes. Nesse pré-teste, utilizamos instrumentos (questionários). A validação do guia foi realizada com 27 pessoas (15 *experts* e 12 profissionais). Os especialistas que participaram deste estudo atingiram pontuação mínima de cinco pontos, conforme os critérios de inclusão estabelecidos.

Obteve-se 27 retornos afirmativos para participação na validação do Guia, mas apenas 18 juízes (9 *experts* e 9 profissionais) retornaram os

instrumentos respondidos. Foi disponibilizado um tempo de 15 dias para retorno dos instrumentos, porém alguns juízes ultrapassaram o prazo estabelecido tendo que ser feitas várias cobranças insistentes para entrega do instrumental. Percebeu-se o tempo de retorno se deveu à vida atarefada desses especialistas, bem como pela falta de incentivo por parte dos gestores para tal atividade (como atividade extramuro), a cobrança por produtividade (quantidade de atendimentos) além da rotatividade e o comodismo de alguns profissionais de saírem da sua zona de conforto, mesmo assim, eles deram suas contribuições para que possamos conhecer e divulgar os dispositivos de cuidado dentro do território.

Vejam as características pessoais e acadêmicas dos nove *experts* (especialistas). A quase totalidade dos especialistas era do sexo feminino (77,8%). Quanto à idade, mais da metade (77,8%) tinham idade de 29 a 40 anos, demonstrando elevado percentual de jovens entre os especialistas. Isso mostra que as pessoas estão se inserindo em cursos de Pós-Graduação praticamente recém-formados ou com poucos anos de Graduação, o que demonstra o envolvimento desses profissionais na avaliação e na qualificação de instrumentos e tecnologias em saúde cada vez mais cedo. No que

diz respeito à área de graduação, mais da metade (55,5%) dos especialistas tem graduação em Enfermagem, dois são formados em Psicologia (22,2%), um em Assistência Social (11,1%) e uma em Farmácia (11,1%). No que diz respeito ao tempo de formação, 88,9% tinha entre 11 a 20 anos de formado, e somente 1 com 5 anos de formada, com mínimo de 5 e máximo de 20 anos. Em relação à maior titulação, 44,4% possuía titulação de doutor e a maioria apresentava titulação de mestre 55,6%.

Vejamos as características pessoais e acadêmicas dos nove profissionais (público-alvo). A totalidade dos profissionais (público-alvo) foi do sexo feminino (100%). Quanto à idade, mais da metade (77,8%) tinham idade de 31 a 40 anos, demonstrando elevado percentual (55,6%) de jovens entre os profissionais. No que diz respeito à área de graduação, mais da metade (66,7%) dos profissionais tem graduação em Enfermagem, dois são formados em Psicologia (22,2%), e uma é Assistente Social (11,1%). No que diz respeito ao tempo de formação 55,6% tinha entre 1 a 10 anos de formado, e 3 profissionais entre 10 a 20 anos de formada, e uma com mais de 20 anos de formada, com mínimo de 5 e máximo de 21 anos. Em relação à maior titulação, 22,2% possuía titulação de mestre, 3 são especialistas (33,3%) e 4 (44,5%) possuem graduação, com experiência e participação em projetos.

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E APARÊNCIA DO GUIA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

O instrumento utilizado para realizar a validação de conteúdo (exatidão científica e conteúdo) foi um instrumento já utilizado por Joventino (2010), no qual foram realizadas pequenas adaptações dos itens para focar a temática do cuidado em saúde mental.

Tabela 1 – Distribuição dos índices de validade de conteúdo, de acordo com análise dos *experts* (especialistas)

ITENS	IVC
1. Exatidão Científica	
a) Os conteúdos abordados estão de acordo com o conhecimento atual	0,88
b) As orientações apresentadas são as necessárias e foram abordadas corretamente	0,88
c) Os termos técnicos estão adequadamente definidos	0,66
2. Conteúdo	IVC
a) Os objetivos das informações são evidentes	0,88
b) As informações são satisfatórias quanto ao desejado no Guia	0,88
c) Não existem informações desnecessárias	0,88
d) Existe revisão dos pontos mais importantes	0,88
e) As informações são atualizadas	0,88

Fonte: Elaborada pelas autoras.

O guia sobre a rede de cuidado em saúde mental na área de vigilância à saúde – AVISAIII em Maracanaú recebeu pontuação global de 0,82 pelos *experts* (especialistas) que avaliaram conteúdo e aparência. Os itens da validação de conteúdo foram distribuídos em duas categorias, exatidão científica (3 itens) e conteúdo (5 itens). Quanto à validação de conteúdo recebeu pontuação global de 0,84 pelos *experts* (especialistas) e apresentou apenas um item com validação de conteúdo abaixo do que preconiza a literatura (item 1c, ou seja, abaixo de 0,78% (LYNN, 1986; POLIT; BECK, 2007).

Quadro 1 – Justificativa dos juízes *experts* (especialistas) em relação à validação de conteúdo, ao item que deu abaixo de 0,78%

ITENS	JUSTIFICATIVAS
1C	EXATIDÃO CIENTÍFICA
Juiz 1	“Não está claro que é um guia. Aproxima-se mais da descrição de equipamentos. Precisa aprofundar os conceitos e o que ocorre nos equipamentos”
Juiz 2	“Os conceitos de governança, território e apoio matricial estão na seção errada”

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quanto aos termos técnicos do item 1c, avaliados pelos juízes especialistas, foi acatado a correção com a mudança dos termos técnicos para o local sugerido que foi a parte I do Guia.

Tabela 2 - Distribuição dos índices de validade de aparência, de acordo com análise dos experts (especialistas)

ITENS	IVC
3. Apresentação literária	IVC
a) a linguagem é neutra	1,00
b) a linguagem é explicativa	1,00
c) a linguagem é conversacional e redigida, em pelo menos 50% do material, na voz ativa	0,88
d) o material promove orientação quanto aos equipamentos disponíveis na AVISA III	0,55
e) o material empregado é composto por palavras comuns, simples	0,88
f) o contexto das informações é descrito antes de novos conhecimentos	0,88
g) a sinalização pelos títulos e subtítulos auxilia na aprendizagem	0,88
h) a linguagem está adequada ao público-alvo (profissionais)	1,00
i) as ideias estão expressas concisamente	1,00
j) o planejamento e a sequência das informações são consistentes, facilitando aos profissionais prever o fluxo do seguimento do cuidado em saúde mental	0,66
4. Ilustração	IVC
a) as ilustrações são simples, apropriadas e de traçado de fácil compreensão	0,55
b) são familiares para os leitores	1,00

c) estão relacionadas com o texto (configuram o propósito desejado)	0,88
d) estão integradas ao texto (bem localizadas)	0,88
e) as figuras são autoexplicativas	0,66
f) os títulos e subtítulos do Guia são adequados e estão de acordo com as figuras	0,88

ITENS	IVC
5. Material suficientemente específico e compreensivo	
a) o material promove o direcionamento dos cuidados em saúde mental	0,44
b) propicia o máximo benefício para o cuidado em saúde mental	0,55
c) as instruções para a realização dos cuidados em saúde mental são claras e compreensíveis	0,55
d) os títulos e subtítulos são claros e informativos	1,00
e) o uso de sentido dúbio não ocorre no texto	1,00
6. Legibilidade e característica da impressão	IVC
a) a capa é atraente?	0,88
b) a capa mostra o assunto a que se refere	0,77
c) o tamanho das letras é adequado	0,88
d) o estilo das letras é adequado	0,88
e) o espaçamento das letras é adequado	1,00
f) o comprimento das linhas é adequado	1,00
g) o espaçamento entre linhas é adequado	1,00
h) a utilização de negrito e marcadores de texto chama a atenção para pontos específicos ou conteúdos chave	1,00
i) existe bom contraste entre impressão e o papel	1,00
j) o papel utilizado facilita a visualização	1,00
k) o espaçamento entre parágrafos é adequado	1,00
l) o formato do material é adequado	1,00

7. Qualidade da informação	IVC
a) O Guia de Saúde Mental está inserido na cultura local	0,88
b) o material habilita o profissional a realizar as ações desejadas em Cuidado em Saúde Mental	0,55
c) o material permite obter o máximo benefício possível	0,55
d) o uso do Guia se faz relevante	1,00
e) o Guia propõe ao aprendiz adquirir conhecimento	1,00

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A validação de aparência foi distribuída em 5 categorias (Apresentação literária; Ilustração; Material suficientemente específico e compreensivo; Legibilidade e Característica da impressão; e Qualidade da informação), e recebeu pontuação global de 0,80 acima do que preconiza a literatura IVC 0,78 (LYNN, 1986; POLIT; BECK, 2007).

Quadro 2 – Justificativa dos juízes *experts* (especialistas) em relação à validação de aparência, dos itens que deram abaixo de 0,78

JUÍZES	ITEM	JUSTIFICATIVAS
	3	APRESENTAÇÃO LITERÁRIA
Juiz 1	3d	"Senti falta de mais detalhes".
Juiz 2	3d	"Faltou orientação do uso de cada equipamento, o que eles podem oferecer".
Juiz 3	3d	"Está confuso"
Juiz 4	3d	"Poderia ter uma divisão por tipo de equipamento".

JUÍZES	ITEM	JUSTIFICATIVAS
Juiz 1	3j	"O fluxo está confuso".
Juiz 2	3j	"Não está claro! onde está o usuário dentro do fluxo?".
	4	ILUSTRAÇÃO
Juiz 1	4a	"Organizar o fluxo".
Juiz 2	4a	"Achei que o fluxograma não ficou claro".
Juiz 3	4a	"Organizar o fluxograma, com as figuras geométricas padronizadas".
Juiz 4	4a	"Rever fluxograma, as setas".
Juiz 1	4e	"Algumas figuras não estão nítidas".
Juiz 2	4e	"As imagens das páginas 10 e 13 não estão com boas visualizações".
Juiz 3	4e	"Melhorar a imagem das figuras".
	5	MATERIAL SUFICIENTEMENTE ESPECÍFICO E COMPREENSIVO
Juiz 1	5ª	"Em parte, deve ser melhor explorado".
Juiz 2	5ª	"Não está direcionando o usuário a entender como vai ser cuidado e encaminhado".
Juiz 3	5ª	"Falta a aplicabilidade dos equipamentos para a saúde do indivíduo".
Juiz 4	5ª	"Falta organizar o direcionamento do cuidado".
Juiz 5	5ª	Não justificou.
Juiz 1	5b	"Tem potencial, mas acredito que necessita ser melhor apresentado".
Juiz 2	5b	"Precisa ser mais detalhado".
Juiz 3	5b	"Especificar melhor sobre o cuidado"
Juiz 4	5b	"Detalhar sobre o cuidado oferecido".
Juiz 1	5c	"Um pouco confuso".
Juiz 2	5c	Não justificou.
Juiz 3	5c	"Devem ser esclarecida".

JUÍZES	ITEM	JUSTIFICATIVAS
Juiz 4	5c	"Falta".
	6	LÉGIBILIDADE E CARACTERÍSTICA DA IMPRESSÃO
Juiz 1	6b	"A capa deve ser mais atraente".
Juiz 2	6b	"O desenho da capa deve ser mais colorido".
	7	QUALIDADE DA INFORMAÇÃO
Juiz 1	7b	"Em parte".
Juiz 2	7b	Não justificou.
Juiz 3	7b	Não justificou.
Juiz 4	7b	"No final, o material é para o paciente?".
Juiz 1	7c	"Há poucas informações das questões culturais da AVISA III".
Juiz 2	7c	Não justificou.
Juiz 3	7c	Não justificou.
Juiz 4	7c	"Poderia só detalhar mais os serviços, para que os benefícios sejam melhor compreendidos".

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quanto aos itens de validação de aparência avaliados pelos *experts* (especialistas), os mesmos observaram que alguns equipamentos devem ser especificados quanto à função; as informações sobre o fluxo devem ser detalhadas, orientando a entrada do usuário e como este "percorrerá" a rede; as figuras ilustrativas devem estar mais nítidas (visualização); o material deve promover o direcionamento dos cuidados em saúde, propiciando o máximo benefício, com instruções compreensíveis; a

capa deve ser mais colorida e atraente quanto ao assunto que se refere; enfim, o material beneficiará o profissional a realizar ações desejadas em cuidado em saúde mental em específico na AVISA III.

Enfim, pode-se dizer que a avaliação por profissionais (público-alvo) de diferentes áreas é a ocasião em que realmente se pode dizer que o trabalho está sendo feito em equipe, valorizando as opiniões e enfoques diversos sobre o mesmo tema. Muitas vezes, numa mesma equipe, diferentes profissionais envolvidos no tratamento de um usuário apresentam condutas diversas em relação a cuidados com a sua saúde. A construção de materiais educativos segundo Echer (2005) é também uma oportunidade para uniformizar e oficializar as condutas no cuidado em saúde mental ao usuário com a participação de todos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Guia educativo (informativo) em estudo foi o primeiro a ser desenvolvido dentro da temática voltada para os profissionais, mostrando-se como material validado do ponto de vista de conteúdo e aparência, visto que apresentou bom IVC global de 0,89 a partir da validação pelos juízes (*experts* e

profissionais), e nível de concordância bom entre os juízes *experts* e os juízes do público-alvo (85%), devendo-se assim ser considerada no contexto das atividades educativas como um instrumento capaz de favorecer quanto aos cuidados em saúde mental dentro do território especificamente da AVISA III.

Diante das sugestões e contribuições oriundas do processo de validação, o Guia passou por modificações, ajustes e acréscimos a fim de torná-lo mais eficaz, mesmo tendo alcançado IVC favorável de 0,89.

Acredita-se que o uso deste material com os profissionais, facilitará a prática deles ao irem em busca de cuidado em saúde mental em seu território de trabalho, tendo em vista que se constitui em uma tecnologia ilustrada capaz de favorecer o diálogo entre profissionais e usuários, proporcionando o “empoderamento” dos profissionais e dos usuários ao conhecerem os diversos equipamentos e suas funções dentro do território ao qual trabalham e/ou residem.

A divulgação da tecnologia educacional (Guia) nas Unidades de Atenção Primária e Secundária é relevante, uma vez que estas unidades constantemente atendem pessoas com doença mental, necessitando trocar informações e conhecimentos a

fim de possibilitar resolutividade na saúde desses usuários. Recomenda-se, ainda, a divulgação para os profissionais de Maracanaú da rede de atenção à saúde (RAS) para utilização da tecnologia, visando à sua aplicação na prática assistencial.

REFERÊNCIAS

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

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

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 34 Saúde Mental. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 1. ed. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Rede de atenção à saúde** – RAS [Internet]. 2013. Disponível: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=35699&janela=1>. Acesso em: 16 jun. 2017.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 2009.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 754-7, set/out, 2005. <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 10 set. 2017.

ESPERIDIÃO, E. Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [periódico na Internet], v. 1, n. 3, 2001. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 29 jun. 2017.

FEHRING, R.J. The Fehring model. In: CARROLL-JOHNSON, P. **Classification of nursing diagnosis**: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Associations. Philadelphia: Lippincott, p. 55- 57, 1994.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa, 2010. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?lang=_PT&codmun=230765&search=ceara%25257Cmaracanau>. Acesso em: 18 out. 2017.

JOVENTINO, E.S. **Construção de uma escala psicométrica para manusear a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. Dissertação [Mestrado] - Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, 2010.

LYNN, M. R. Determination and qualification of content validity. **Nursing Research**. New York, v. 35, n. 6, p. 382-386, 1986.

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

_____, Secretaria Municipal de Saúde (CE). Relatório de Gestão, 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

POLIT D; BECK C.T.; HUNGLER, B.P. Análise quantitativa. In:_____ **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, p. 167-198, 2011.

SOEKEN, K. L. Validity of measures. In: WALTZ, C.F.; STRICKLAND, O.L. ENZ,E.R. **Measurement in nursing and health research**. 3. ed. New York: Springer, 2005. cap. 6, p.154-89.

LENZ,E.R. **Measurement in nursing and health research**. 3. ed. New York: Springer, cap. 6, p.154-89,2005.

CAPÍTULO 7

MOTIVAÇÃO PARA MUDAR E CUIDAR DE SI, EM PESSOAS COM DIABETES TIPO 2: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE BANCO DE ITENS

Luana Kelly Oliveira Souza Mendonça
Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) consiste em uma disfunção metabólica crônica, de gravidade acentuada, caracterizada pela diminuição, ou ausência da produção de insulina pelo organismo e/ou incapacidade desta em exercer adequadamente seus efeitos metabólicos. Apresenta-se, principalmente, em dois tipos: o tipo 1 (DM1), cuja manifestação é mais comum na infância e na adolescência, e o tipo 2 (DM2), cuja prevalência é superior em relação ao DM1. Além destes, existem ainda outros tipos menos frequentes (SBD, 2016).

Essa condição alcança proporções de pandemia, caracterizando-se como um dos maiores desafios para os sistemas de saúde. Cerca de 422

milhões de adultos, ou 10% da população mundial, viviam com DM em 2014, dentre estes cerca de 90% tinham DM2 (NCD Risk Factor Collaboration – NCD - RisC, 2016).

O impacto socioeconômico provocado pelo DM é sentido de maneira contundente pelos países em desenvolvimento, cuja carga epidemiológica apresenta maior intensidade. No Brasil, por exemplo, a doença é uma das principais causas de morte, desponta como a principal causa de cegueira adquirida e está associada às doenças coronarianas, renais e amputações de membros inferiores (BIANCO et al., 2014).

Não obstante do contexto epidemiológico, o desafio enfrentado pelas pessoas que convivem com a doença é enorme. O tratamento de DM2 é complexo, e inclui ações de autocuidado apoiadas por profissionais de saúde, tais como: a implementação de uma rotina alimentar saudável, automonitorização das taxas de glicose no sangue, a eliminação do sedentarismo, dentre outras. A materialização dessas mudanças requer atitude de prontidão para mudar e o desenvolvimento de novos repertórios comportamentais. Nesse contexto, a motivação é considerada um importante fator mediador para que a pessoa adote medidas de autocuidado (TSENG et al. 2017).

O autocuidado é a capacidade que cada pessoa tem de cuidar de si, monitorando sua condição de saúde, modificando comportamentos, e dando respostas cognitivas e emocionais imprescindíveis para manutenção da qualidade de vida (HAAS, 2005). As evidências mostram que o autocuidado proporciona melhora na qualidade de vida da pessoa com DM2, bem como aumenta as oportunidades de redução dos danos e incapacidades causados pela doença (MORAIS et al. 2015; COULTER et al. 2015; JARVIS et al. 2010).

A motivação da pessoa com DM tem sido foco de estudos (BHALOO, JUMA, CRISCUOLO-HIGGINS, 2010) que advogam o reconhecimento da motivação para autogestão do DM. As evidências revelam ainda que a motivação da pessoa tem implicação direta na tomada de decisão, para que esta adote comportamentos diferenciados na prevenção do agravamento da doença (MULIMBA, BYRON, 2014).

No cotidiano das equipes de saúde que atendem pessoas com DM2 é comum observar a frustração dos profissionais por não alcançarem êxito no envolvimento das pessoas no seu tratamento. Esses profissionais relatam que falam muito sobre a doença para as pessoas, mas elas parecem não entender, desta forma não há como ajudar, pois, na percepção deles as pessoas com DM2 não desejam

ajuda, presumindo-se, que pelo fato das pessoas não aderirem ao autocuidado, não há motivação nelas, e nada pode ser feito. No entanto, essa é uma falsa compreensão, pois nenhuma pessoa é completamente desmotivada, a motivação é maleável e formada, principalmente, no contexto dos relacionamentos, a forma como os profissionais de saúde e usuários se comunicam pode influenciar na motivação das pessoas para mudar, elas são dotadas de metas e desejos (ROLLNICK, MILLER, BUTLER. 2009). Dessa forma, é imprescindível que a motivação da pessoa com DM2 se identifique, para que se possa optar por planos de autocuidado envolvendo intervenções capazes de favorecer mudanças comportamentais nas pessoas para agir em benefício de sua própria saúde.

Nessa perspectiva, o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento MTT (Transtheoretical Model of Change) oferece arcabouço teórico que permite identificar a motivação para mudança, o que é um aspecto importante a ser considerado na seleção das intervenções de fomento ao autocuidado com vistas na estabilização do DM2, ao pontuar os estágios de motivação que a pessoa percorre no decorrer do processo de mudança: precontemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (CALHEIROS, ANDRETTA, OLIVEIRA, 2009).

Torna-se relevante pesquisar sobre motivação para mudar em pessoas com DM2, tendo em vista que a motivação para mudar é um diferencial na adesão ao autocuidado que, por sua vez, é uma ação de baixo custo para os sistemas de saúde (GOBIERNO VASCO, 2010), com resultados positivos na estabilização da doença e, conseqüentemente, na melhoria, tanto da qualidade de vida das pessoas quanto dos indicadores sanitários e econômicos dos sistemas de saúde.

Urge apoiar cada vez mais os profissionais, disponibilizando ferramentas para que estes possam atuar junto às pessoas com DM2, tornando suas intervenções no autocuidado tão efetivas quanto possam. Há na literatura atual, alguns instrumentos validados para mensurar o autocuidado (CHASENS et al. 2012; HUANG Z, et al. 2013; ZHANG L et al. 2013; NEGARANDEH et al. 2013). No entanto, há uma lacuna no campo da DM2 no que se refere à disponibilidade de instrumentos que identifiquem a motivação para a mudança no processo de adoção de práticas do cuidado de si. Desse modo, torna-se relevante construir e validar um banco de itens capaz de identificar o estágio de mudança da pessoa com DM2, e subsidiar na implementação e implantação de programas de autocuidado baseados na motivação para mudar da pessoa com DM2.

Fez-se necessário conhecer os estágios de mudança que as pessoas com DM2 percorrem na adesão ao autocuidado, a partir do seguinte questionamento: quais os elementos constitutivos e operacionais da mudança para a adesão ao autocuidado em pessoas com DM2? Como identificar o estágio de mudança em que a pessoa com DM2 encontra-se?

Este estudo busca responder a estas questões, por considerar imprescindível que as pessoas diagnosticadas com DM2 tenham seu estágio de mudança avaliado e reavaliado sempre que necessário, visando desenvolver programas de autocuidado baseados na motivação das pessoas para mudar e aderir ao autocuidado, tornando estes programas mais eficientes.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico aprovado com o Parecer nº 2.758.706, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Estudo metodológico é aquele que investiga, organiza e analisa informações para construção, validação de instrumentos e técnicas de pesquisa (POLIT, BECK,

OWEN, 2007). Para a construção do banco de itens, foi seguido o roteiro baseado na Psicometria a partir das orientações de Pasquali (PASQUALI, 1998; PASQUALI, 1997; PASQUALI, 2003).

Foram realizadas duas revisões integrativas da literatura e utilizou-se a técnica de grupo focal para levantamento de dados para subsidiar a construção do banco de itens. A primeira revisão integrativa foi realizada a partir da seguinte questão da pesquisa: quais os elementos constitutivos e operacionais da motivação para aderir ao autocuidado em pessoas com DM2? A seleção dos artigos foi realizada nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), MEDLINE e *Scopus*, publicados nos últimos 5 anos. Foram utilizados na BVS os seguintes descritores: Comportamento; Cooperação do Paciente; Autocuidado; e Diabetes Mellitus tipo 2 e nas bases MEDLINE e *Scopus* os seguintes descritores: *Behavior*; *"Patient Compliance"*; *Self-care*; *"Diabetes Mellitus type 2"*. Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis na íntegra e referentes às variáveis relacionadas à mudança de comportamento para adesão ao autocuidado em pessoas com DM2, os critérios de exclusão foram: protocolos de pesquisa, artigos de avaliação de tecnologias de saúde, validação de banco de itens e artigos que não estavam disponíveis gratuitamente na íntegra.

A busca foi realizada nos meses de abril a maio de 2018.

As buscas resultaram em 105 artigos para análise mais apurada: na BVS surgiram 37 referências, na base MEDLINE 52 artigos e, por fim, na *Scopus* obtivemos 16. De posse desses trabalhos, foi realizada uma leitura flutuante dos títulos e resumos, para identificar os artigos que respondiam à questão da pesquisa e que se adequavam aos critérios de inclusão. Os resumos que não elucidavam as características buscadas, mas que apresentavam indícios de que poderiam se enquadrar nos critérios de inclusão, foram tomados como artigos na íntegra e lidos para consolidação da informação. Foram selecionados 36 artigos, sendo 10 da BVS, 19 da MEDLINE, e 7 da *Scopus*.

Posteriormente, foi realizada uma segunda revisão integrativa que procurou responder à seguinte questão norteadora: quais são os instrumentos de adesão ao autocuidado em DM2 validados? A busca foi realizada nos meses de julho e agosto de 2018, utilizando a mesma base de dados da primeira revisão integrativa. Não foi delimitado período de tempo. Para a BVS foram utilizados os seguintes descritores: “Diabetes Mellitus tipo 2”, autocuidado, escala e questionário. Para as bases MEDLINE e *Scopus* foram utilizados os descritores “*type 2*

Diabetes Mellitus”, *motivation, self-care, surveys and questionnaires, scale*. Para sistematizar as buscas, foi utilizado o operador booleano *and*. Uma busca manual também foi feita para identificar estudos potencialmente relevantes.

Na etapa de identificação de artigos nas bases de dados foram encontrados 101 estudos: na BVS encontramos 19, na MEDLINE 70 e na *Scopus* =12, na busca manual realizada em outras fontes, foram encontrados 48 estudos. Dos estudos encontrados, foram tomados para leitura na íntegra 19 e utilizados 10 na construção do banco de itens.

Os grupos focais foram desenvolvidos no mês de julho de 2018, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Catumbela, situada no município de Russas, Ceará. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para validação do banco de itens foi adotada a proposição de Pasquali (2013), e realizada a validação de conteúdo, junto aos juízes especialistas no construto. A validação de conteúdo de banco de itens atesta se os itens se referem ao traço latente em questão. Essa análise consiste em verificar se há concordância entre os juízes.

Foram selecionados especialistas das áreas de estudo de DM, MTT e autocuidado, a busca foi realizada por meio de pesquisa na Plataforma *Lattes*,

utilizando os termos “modelo transteórico” “Diabetes Mellitus tipo 2” e “autocuidado”. Os especialistas julgaram as questões a partir dos sete critérios de validade de conteúdo propostos por Pasquali (1998) comportamental, simplicidade, clareza, relevância, precisão, modalidade, tipicidade, amplitude e equilíbrio.

Posterior a etapa de avaliação dos especialistas, foi realizado o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). O IVC mede a proporção dos juízes que concordam com os domínios do instrumento e de seus itens. Sendo possível analisar item a item separadamente, bem como o instrumento na sua totalidade. Para cálculo do escore do IVC utilizou-se a fórmula preconizada por Coluci e Alexandre (2015): foi calculado por meio da soma de concordância dos itens marcados como “três” ou “quatro” pelos especialistas, dividido pelo número total de respostas.

O instrumento só seria considerado excelente se atingisse um IVC entre os itens (IVCi) de 0,75 ou superior e média de IVC do conjunto de itens de 0,90 ou superior. Além disso, considerou-se o seguinte padrão de avaliação: IVCi < 0,59 ruim, IVCi entre 0,60 e 0,71 bom e IVCi \geq 0,78 excelente. Foram eliminados do painel de itens, aqueles que obtiveram IVCi ruim (POLIT, BECK, OWEN, 2007).

RESULTADOS

O construto da adesão ao autocuidado em DM2 foi construído adotando o preconizado pela WHO (2003), que a define como um processo ativo, responsável e flexível de autogerenciamento, no qual a pessoa se esforça para alcançar uma boa saúde, trabalhando em estreita colaboração com a equipe de saúde, em vez de simplesmente seguir regras rigidamente prescritas.

Para construção do construto da mudança, adotamos as definições teóricas do MTT que define processos de mudança como atividades implícitas e explícitas que as pessoas realizam, e vão progredindo através dos seguintes estágios: precontemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (PROCHASKA, DICLEMENTE, 1983).

Os métodos utilizados neste estudo, permitiram a elucidação da dimensionalidade teórica e das definições constitutivas, que compõem os estágios da mudança na pessoa com DM2 para aderir ao autocuidado, à luz do MTT. A construção da dimensionalidade teórica e das definições constitutivas, subsidiaram a construção das definições operacionais, descritas no Quadro 1.

Quadro 1 – Definições Constitutivas e Operacionais do constructo “mudança da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2, para aderir ao autocuidado”. Fortaleza – Ceará - Brasil, 2018

DEFINIÇÃO CONSTITUTIVA	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
<p>Precontemplação</p> <p>Estágio em que não há intenção de mudar o comportamento por parte da pessoa em um futuro previsível. Normalmente, essas pessoas se sentem forçadas a mudar por causa da pressão do outro, nestes casos podem até mesmo demonstrar mudanças enquanto a pressão estiver ativada, no entanto quando a pressão é minimizada, essas pessoas, geralmente, voltam rapidamente aos antigos comportamentos.</p>	<p>Negar que tem um problema faz com que o sujeito não aceite mudar;</p> <p>Negar a gravidade do Diabetes Mellitus torna o sujeito menos propenso a aderir ao autocuidado;</p> <p>Modificar os hábitos ou rotina por conta do Diabetes Mellitus, parece ser algo difícil de acontecer;</p> <p>Aceitar a pressão de profissionais de saúde ou familiares para mudar, mas abandonar a ideia logo que a pressão não estiver ativada.</p>
<p>Contemplação:</p> <p>A pessoa reconhece a existência de um problema e pensa em superá-lo, mas ainda não se comprometeu a agir. As pessoas que estão considerando seriamente mudar o comportamento nos próximos seis meses são classificadas como contempladores. A consideração séria da resolução do problema é o elemento central da contemplação.</p>	<p>Refletir sobre as consequências dos comportamentos-problema para o agravamento do Diabetes mobiliza o sujeito a mudar;</p> <p>Reconhecer que tem um problema de saúde aumenta a possibilidade de aderir ao autocuidado;</p> <p>Mostrar preocupação e avaliar as vantagens e desvantagens sinaliza que o sujeito pensa em aderir ao autocuidado;</p> <p>Substituir a ação pelo pensamento pode fazer com que a pessoa passe longos períodos contemplando a possibilidade de mudar, tornando-se um contemplador crônico;</p> <p>Possuir vontade explícita em mudar, no entanto surgem episódios de ansiedade que enfraquecem sua força motivacional;</p> <p>Se programar para mudar daqui há algum tempo sinaliza que o sujeito considera a possibilidade de aderir ao autocuidado;</p> <p>Estabelecer o foco no que deve mudar e direciona o pensamento para o futuro, não mais para o passado, marca a passagem desse estágio para o próximo.</p>

DEFINIÇÃO CONSTITUTIVA	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
<p>Preparação:</p> <p>Estágio que combina critérios de intenção e ação. Sendo comuns algumas mudanças. Embora alcançem mudanças sensíveis, pessoas nesse estágio ainda não agem efetivamente. Todavia há o desejo de executar tal ação em um futuro muito próximo.</p>	<p>Conhecer mais sobre a doença faz com que o sujeito se sinta mais capaz de mudar;</p> <p>Construir um plano cuidadoso de ações orientadas para mudança, melhora a conscientização do problema do Diabetes;</p> <p>Sentir necessidade de tornar pública a intenção de mudar. Assumir não só um compromisso interno, mas também externo, faz com que a pessoa se envolva ainda mais com o processo de mudança;</p> <p>Instituir um número de pequenas mudanças comportamentais auxilia no processo de preparação para mudanças mais complexas, por exemplo: a diminuição no padrão de apresentação de comportamentos-problema ou atraso na emissão dos mesmos, bem como o aumento na emissão de comportamentos saudáveis;</p> <p>Adotar mudanças sensíveis na adesão ao autocuidado, no entanto ainda não mudar efetivamente.</p>
<p>Ação: Há a modificação do comportamento, mudança nas experiências, nas relações com outras pessoas ou no meio ambiente para superar seus problemas. Esse estágio abrange as mudanças comportamentais explícitas, requer comprometimento e um considerável gasto de tempo e energia. As modificações do comportamento obtidas são mais visíveis e tendem a serem reconhecidas por outras pessoas.</p>	<p>Iniciar explicitamente mudanças nos comportamentos de autocuidado em Diabetes marca a mudança concreta do comportamento da pessoa;</p> <p>Investir muita energia para mudar, o que torna a mudança da pessoa mais visível do que em todos os outros estágios;</p> <p>Ter uma rotina que favorece a estabilização da doença por meio de ações de autocuidado.</p> <p>Atentar-se para situações, pessoas ou lugares que podem predispor a lapsos e recaídas.</p>
<p>Manutenção:</p> <p>Tradicionalmente, a manutenção foi vista como um estágio estático. No entanto, a manutenção é uma continuação, não uma ausência de mudança. Nesse estágio a pessoa trabalha para evitar recaídas e consolidar os ganhos alcançados durante a ação.</p>	<p>Envolver-se consistentemente num novo comportamento que rompa com os comportamentos-problema;</p> <p>Estabilizar a mudança e evitar recaídas nos comportamentos-problema;</p> <p>Reforçar o compromisso com a própria mudança e estimular empaticamente outras pessoas a mudarem com foco na melhoria da saúde e bem-estar.</p> <p>Avaliar os ganhos conquistados ao longo do processo de mudança contribui para evitar lapsos e recaídas, bem como manter as mudanças realizadas.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores.

CONSTRUÇÃO DOS ITENS

As das definições operacionais serviram de base para a seleção dos itens que contemplassem mudança da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2, para aderir ao autocuidado. Os itens foram construídos baseados na revisão de literatura e no conteúdo emergido dos grupos, sob a base teórica do MTT. Os itens foram elaborados pelos autores contemplando comportamentos observados nos grupos focais, e selecionados dos 10 instrumentos identificados na revisão de literatura. No total, foram elencados 43 itens que representam o traço latente da mudança da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2, para aderir ao autocuidado.

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Participaram da etapa de avaliação do banco de itens nove especialistas no construto. A caracterização dos especialistas é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos especialistas. Fortaleza – Ceará – Brasil - 2018

VARIÁVEIS	QUANTITATIVO	
Sexo	Feminino	6
	Masculino	3
Idade	25-45 anos	6
	> 45 anos	3

VARIÁVEIS	QUANTITATIVO	
Local de residência	Curitiba	1
	Fortaleza	7
	São Paulo	1
Maior titulação	Doutorado	3
	Mestre	4
	Especialista	2
Experiência assistencial	<5 anos	1
	5-9 anos	2
	>10 anos	6
Ocupação atual	Docência	3
	Gestão	3
	Assistencial	3

Fonte: Elaborada pelos autores.

ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

Diante o exposto, foram validadas as 22 definições operacionais apresentadas no Quadro 1. A dimensão constitutiva organizada de acordo com os cinco estágios da mudança do MTT “mudança da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2, para aderir ao autocuidado” apresentou IVC de 0,98 e a dimensão operacional apresentou resultado 1.

Os itens selecionados para representar o construto no aspecto teórico foram submetidos à validação de conteúdo e julgados com validade de conteúdo excelente, atingindo IVC entre os itens acima de 0,89, e IVC global de 0,96. Apresentamos no Quadro 2 o IVC dos itens.

Quadro 2 – Índice de Validade de Conteúdo (IVC) dos itens do Banco de itens “mudança da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2, para aderir ao autocuidado”. Fortaleza- Ceará-Brasil- 2018

ITENS	IVC
Eu não estou com um problema por ter Diabetes Mellitus.	0,95
Não aceito o diagnóstico de Diabetes.	0,98
Muitas pessoas têm Diabetes, eu não acredito que isso seja um problema para mim	0,98
Não considero importante saber mais sobre Diabetes Mellitus.	1
Considero improvável fazer o que a equipe de saúde orienta.	0,94
Considero um exagero ter que mudar tanto por causa do Diabetes Mellitus.	0,98
Não tenho metas claras e concretas para o meu tratamento de Diabetes.	0,97
Me sinto desanimado em relação ao tratamento do Diabetes Mellitus.	1
Existem situações sociais desconfortáveis relacionadas aos cuidados com o Diabetes Mellitus, por exemplo, pessoas me dizendo o que comer.	0,97
Sou descuidado com o tempo para tomar os comprimidos / administrar a insulina para o Diabetes Mellitus.	0,95
Nunca tomo os comprimidos / administro a insulina para o Diabetes Mellitus, parei por qualquer motivo, sem ter sido instruído pelo médico.	0,92
Quanto às orientações sobre Diabetes recebidas de profissionais da saúde, não desejo/consigo incorporá-las no meu dia a dia.	0,98
Penso na possibilidade de realizar as ações de autocuidado em Diabetes.	0,97

Acredito que sei o que devo mudar para aderir ao autocuidado em Diabetes.	0,90
Acredito que, daqui a algum tempo, posso pedir apoio para conseguir me cuidar.	1
Me sinto confortável para pedir dicas de autocuidado em Diabetes, quando estiver pronto para mudar.	0,92
Eu pretendo escolher uma atividade de autocuidado e começar a incorporá-la à minha programação em até 6 meses.	0,98
Acredito que sei o que devo cuidar do meu Diabetes, e estou me preparando para mudar.	1
Acredito que já posso escolher metas realistas de autocuidado ao Diabetes.	0,87
Sinto vontade de fazer perguntas aos profissionais de saúde sobre cuidados com o Diabetes.	0,95
Acredito que devo consultar os profissionais de saúde sobre quais as atividades de autocuidado em Diabetes devo praticar.	0,95
Já realizei algumas mudanças na minha rotina desde que descobri que tenho Diabetes.	1
Estou confiante de que posso escolher uma atividade saudável para mim e incluí-la na minha agenda.	1
Acredito que sou capaz de superar as barreiras para controlar o Diabetes e estou fazendo isso.	0,98
Eu acho que sou capaz de verificar meu açúcar no sangue, se necessário.	0,94
Eu acho que sou capaz de escolher alimentos diferentes, sem sair da dieta recomendada para o controle do Diabetes.	0,97
Me preocupo com o futuro e a possibilidade de complicações sérias, caso não controle o Diabetes.	1
Sinto culpa ou ansiedade quando saio do controle do Diabetes.	1

Eu consigo cuidar dos meus pés e verificar a existência de feridas ou bolhas todos os dias.	0,95
Eu consigo abrir mão de hábitos que fazem mal à saúde, como ingerir bebida alcoólica ou fumar, por exemplo.	0,94
Eu peço por ajuda aos profissionais de saúde, amigos ou parentes para lidar com Diabetes.	0,98
Eu consigo ler e ouvir sobre as complicações do diabetes sem desanimar.	0,97
Eu ajusto a minha rotina de exercícios quando recomendado pelo médico.	0,97
Eu acho que sou capaz de ir ao médico regularmente para acompanhar o meu Diabetes.	0,97
Eu faço todas as minhas atividades de autocuidado a cada dia.	0,98
Sinto-me esgotado pelo esforço constante necessário para o autocuidado em Diabetes.	0,89
Acredito que sou capaz de superar barreiras para alcançar meus objetivos de autocuidado em Diabetes.	0,94
Mantenho-me motivado para cuidar do Diabetes.	1
Eu acho que sou capaz de manter o meu peso sob controle.	0,97
Eu me sinto confortável para discutir mudanças no plano de autocuidado com os profissionais de saúde.	0,95
Eu discuto a eficácia das minhas atividades de autocuidado com base no resultado do meu controle do diabetes (A1c ou HbA1c).	0,89
Eu sou capaz de ajustar minhas atividades de autocuidado na minha rotina diária.	0,95
Eu ajusto minhas atividades de autocuidado para caber minhas atividades sociais.	0,97

Fonte: Elaborado pelos autores.

ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS ITENS

As definições operacionais (DO) serviram de base para a seleção dos itens que contemplassem mudança da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2, para aderir ao autocuidado. Os itens selecionados para representar o construto no aspecto teórico foram submetidos à validação de conteúdo e julgados com validade de conteúdo excelente, atingindo IVC entre os itens acima de 0,89, e IVC global de 0,96, como pode ser verificado no Quadro 2.

Após a realização da análise e validação de conteúdo pelos especialistas, os itens foram reorganizados, renumerados e o instrumento passou a ter a estrutura apresentada no Quadro 3.

Quadro 3 – Versão final do Banco de itens - Mudança da pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2, para aderir ao autocuidado, versão final. Fortaleza – Ceará - Brasil, 2018

ESTÁGIO DE MUDANÇA	ITENS
Precontem- plação	1. Não aceito o diagnóstico de Diabetes.
	2. Muitas pessoas têm Diabetes, mas eu não acredito que isso seja um problema para mim.
	3. Considero importante saber mais sobre Diabetes.
	4. Acho que não sou capaz de seguir as orientações da equipe de saúde.
	5. Considero um exagero ter que mudar tanto por causa do Diabetes.
	6. Não tenho metas claras e concretas para o meu tratamento de Diabetes.
	7. Eu me sinto desanimado em relação ao tratamento do Diabetes.
	8. Não tolero que as pessoas digam o que eu tenho que fazer para cuidar do Diabetes.
	9. Sou descuidado com o tempo para tomar os comprimidos / administrar a insulina para o Diabetes.
	10. Por vezes paro de tomar os comprimidos / administro a insulina para o Diabetes Mellitus sem ter sido orientado pelo médico / equipe de saúde.
	11. Quanto às orientações sobre Diabetes recebidas de profissionais da saúde, não desejo/consigo incorporá-las no meu dia a dia.
Contempla- ção	12. Penso na possibilidade de cuidar do meu Diabetes num futuro próximo.
	13. Acredito que devo mudar e aderir ao autocuidado em Diabetes num futuro próximo.
	14. Acredito que, daqui a algum tempo, posso pedir apoio para conseguir me cuidar.
	15. Eu peço dicas sobre autocuidado em Diabetes, pois me sinto pronto para mudar nos próximos 6 meses.
	16. Pretendo iniciar uma atividade de autocuidado que eu escolher nos próximos 6 meses.
Preparação	17. Acredito que sei que devo cuidar do meu Diabetes e estou me preparando para mudar.
	18. Acredito que já posso escolher quais comportamentos mudar para cuidar do meu diabetes
	19. Quero perguntar aos profissionais de saúde sobre como cuidar do meu Diabetes agora.
	20. Acredito que devo consultar os profissionais de saúde sobre quais as atividades de autocuidado em Diabetes devo praticar.
	21. Já realizei algumas mudanças na minha rotina desde que descobri que tenho Diabetes.
	22. Estou confiante de que posso escolher uma atividade saudável para mim e incluí-la na minha rotina.

Ação	23. As pessoas reconhecem o esforço que tenho feito para cuidar do meu Diabetes
	24. Acredito que sou capaz de superar as barreiras para controlar o Diabetes e estou fazendo isso.
	25. Sou capaz de verificar meu açúcar no sangue e verifico quando preciso.
	26. Sou capaz de escolher alimentos diferentes, e mesmo assim não saio da dieta recomendada para o controle do Diabetes.
	27. Eu me preocupo com o futuro e a possibilidade de complicações sérias, caso não controle o Diabetes.
	28. Sinto culpa ou ansiedade quando saio do controle do Diabetes.
	29. Eu cuido dos meus pés e verifico a existência de feridas ou bolhas todos os dias.
	30. Eu abro mão de hábitos que fazem mal à saúde, como ingerir bebida alcoólica ou fumar, por exemplo.
	31. Eu peço por ajuda aos profissionais de saúde, amigos ou parentes para lidar com Diabetes.
	32. Leio e ouço sobre as complicações do Diabetes e não desanimo em relação ao meu cuidado.
	33. Eu ajusto a minha rotina de exercícios e atividades físicas, quando recomendado pela equipe de saúde.
	34. Eu tenho ido ao serviço de saúde regularmente para acompanhar meu Diabetes.
	35. Eu faço todas as minhas atividades de autocuidado a cada dia.
	36. Eu me sinto esgotado pelo esforço constante necessário para o autocuidado em Diabetes.
Manutenção	37. Tenho superado as barreiras que surgem durante o meu cuidado com o Diabetes.
	38. Eu me mantenho motivado para cuidar do Diabetes.
	39. Tenho sido capaz de manter o meu peso sob controle.
	40. Tenho discutido mudanças no plano de autocuidado com os profissionais de saúde.
	41. Eu avalio o efeito das minhas atividades de autocuidado no resultado do controle do diabetes.
	42. Eu sou capaz de ajustar minhas atividades de autocuidado na minha rotina diária.
	43. Faço ajustes nas atividades de autocuidado na minha rotina diária.
	44. Eu me sinto apto a incentivar outras pessoas a realizarem mudanças muito parecidas com as minhas.

Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

Os estágios de mudança para aderir ao autocuidado em DM2, envolvem mudanças nas experiências, no comportamento e no ambiente em que a pessoa vive. As evidências encontradas na literatura, corroboram a existência de variáveis que afetam a motivação para a mudança, que por sua vez influenciam na adesão ao autocuidado, por parte da pessoa com DM2 (DILILLO, SIEGFRIED, WEST, 2003; ABUBAKARI et al. 2016; BOOTH et al. 2013; CARDOL et al. 2012).

As intervenções desenvolvidas utilizando o MTT em pessoas com DM2, consideraram que o estágio de mudança para aderir ao autocuidado em que a pessoa se encontra, têm relação com a capacidade de compreensão da doença e da tomada de decisões para melhorar sua saúde (CENTIS, 2014; KNIGHT, 2015; CRITCHLEY, HARDIE, MOORE, 2012). Ademais, a utilização do MTT no cuidado às pessoas com DM, produziu evidências que afirmam haver uma relação direta do controle glicêmico com o estágio de mudança em que o sujeito se encontra (HELITZER, 2007; JONES, 2003).

Os comportamentos de autocuidado em DM2, evidenciados na revisão integrativa, são: a pessoa manter-se ativa, alimentar-se saudavelmente, realizar a monitorização das taxas, usar corretamente

a medicação, resolver problemas no sentido de corrigir adequadamente as hipo e hiperglicemias, enfrentar de maneira positiva o estresse e desenvolver comportamentos para evitar o risco de complicações agudas (hipo e hiperglicemia) e crônicas (retinopatias, nefropatias e outras) (ABUBAKARI *et al.* 2016; LAXY, 2014).

Os comportamentos de autocuidado em DM2 são muitos, desta forma a motivação para mudar pode diferir de acordo com o comportamento de autocuidado abordado junto à pessoa com DM2. Muitas pessoas que conseguem tomar a medicação corretamente e estão em manutenção desse comportamento, podem estar em estágios iniciais de mudança (precontemplação, contemplação) com relação a se alimentar saudavelmente.

Com vistas na validação do banco de itens a construção do instrumento foi alicerçada em conhecimento sólido, utilizando instrumentos validados e utilizados mundialmente, e também pela realização de grupos focais, que leva em consideração a experiência das pessoas acometidas pelo DM2. A validação das DO, recebeu apenas duas inclusões de novos itens (um no estágio de ação e outra no estágio de manutenção) por solicitação dos especialistas.

O grupo de especialistas no construto foi heterogêneo, sendo três juízas médicas que atuam na área assistencial; outros três juízes atuam na gestão, sendo uma médica, e dois enfermeiros; e os outros três juízes atuam na docência, sendo dois enfermeiros e uma fisioterapeuta. Quase todos os especialistas eram do sexo feminino, e residem no Nordeste brasileiro, mais especificamente na cidade de Fortaleza/CE, com exceção de dois especialistas que residem nas regiões Sul e Sudeste do País. Quase todos os especialistas têm mais de 5 anos de experiência assistencial. A área de ocupação atual dos especialistas obteve equilíbrio apresentando resultados para atuação na docência, gestão e assistência. A diversidade de área de ocupação e o maior tempo de atuação favoreceu uma avaliação mais abrangente do instrumento, tendo em vista que os especialistas deram contribuições importantes, tanto no campo teórico como na experiência prática sobre a mudança para aderir ao autocuidado em pessoas com DM2.

Os resultados da validação de conteúdo foram considerados adequados pelos critérios adotados, pois foi possível agregar o MTT com a adesão ao autocuidado em pessoas com DM2. Posteriormente, os itens serão validados externamente com a população de pessoas com DM2.

CONCLUSÃO

A motivação de uma pessoa com DM2 para mudar e aderir ao autocuidado é um componente crucial para a autogestão da sua saúde. E, sendo o estágio de mudança um bom preditor da adesão ao autocuidado, torna-se indispensável levá-los em consideração nas intervenções no plano de cuidado em saúde de pessoas com DM2.

Consideramos importante ressaltar que os itens devem ser aplicados pelos profissionais de saúde junto às pessoas com DM2, que serão avaliadas quanto ao estágio de motivação.

Para utilização apropriada do MTT na área do cuidado de pessoas com DM2, é necessário identificar o estágio de motivação para mudança da pessoa e, a partir daí, definir quais atividades de fomento ao autocuidado são mais indicadas, considerando o estágio em que se encontra. Nos estágios de precontemplação e contemplação, visando trabalhar a motivação e a ambivalência, sugere-se entrevista motivacional; no estágio de preparação, objetivando mudar comportamento sugere-se, também, entrevista motivacional e grupos operativos. Já no estágio de ação, com objetivos relacionados à cognição e à aquisição de habilidades, recomendam-se grupos operativos e oficinas. Para o estágio de manutenção, sugerem-se orientações

por telefone, pela Internet e oficinas, objetivando aquisição de novas habilidades.

Desse modo, considerar os estágios de mudança no plano de cuidado produzirá mais dados sobre a sua inter-relação com os comportamentos de autocuidado, e também contribuirá para o enriquecimento do uso do MTT na área do cuidado de pessoas com DM2.

Por fim, cumpre-nos salientar que os comportamentos foram pautados de acordo com os estágios de motivação para mudança do MTT e foram validados pelos especialistas há, ainda, a necessidade de realizar e organizar as dimensões constitutivas em cada um dos estágios do Modelo, essa etapa será realizada num estudo posterior. Após essa etapa, será realizada a validação externa do instrumento junto à população dos três níveis de atenção à saúde. Quanto ao polo analítico, os itens também deverão ser avaliados por meio da Teoria Clássica dos Testes (TCT) e, posteriormente, pela Teoria da Resposta ao Item (TRI).

REFERÊNCIAS

ABUBAKARI, A-R, et al. Sociodemographic and Clinical Predictors of Self-Management among People with Poorly Controlled Type 1 and Type 2 Diabetes: The Role

of Illness Perceptions and Self-Efficacy. **Journal of diabetes research**. Article ID 6708164, 2016.

BHALOO, T.; JUMA, M.; CRISCUOLO-HIGGINS, C. **A solution-focused approach to understanding patient motivation in diabetes self-management**: gender differences and implications for primary care. *Chronic Illn*. Doi: <<https://doi.org/10.1177/1742395317736372>>. 2017

BIANCO, H. T. et al. Relevância de Lesões em Órgãos-Alvo como Preditores de Mortalidade em Pacientes com Diabetes. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 103, n. 4, p. 272-281, Oct. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014002200002&lng=en&nrm=iso>. access on 1º out. 2017. **Epub**. 1º Aug. 2014. <<http://dx.doi.org/10.5935/abc.20140112>>.

BOOTH, A. O.; LOWIS, C.; MOIRA D.; STEVEN, J. H. Diet and physical activity in the self-management of type 2 diabetes: barriers and facilitators identified by patients and health professionals. **Primary Health Care Research & Development**, v. 14: Iss. 3, p. 293-306, 2013.

CALHEIROS, P. R. V.; ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. S. Avaliação da motivação para mudança nos comportamentos adictivos. In: **Temas em Psicologia Clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

CARDOL, M. et al. People with mild to moderate intellectual disability talking about their diabetes and how they manage. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 4, n. 56, p. 351-360, 2012. Disponível em: <<http://postprint.nivel.nl/PPpp4152.pdf>>. acesso em: 15 nov. 2018.

CENTIS, E. et al. Stage of change and motivation to healthy diet and habitual physical activity in type 2 diabetes. **Acta Diabetol**, v. 4, n. 51, p. 559-66, 2014.

CHASENS, E.R. et al. Effect of poor sleep quality and excessive daytime sleepiness on factors associated with diabetes self-management. **The Diabetes educator**, v. 1, n. 39, p. 74-82, 2012.

COLUCI, M.Z.O.; ALEXANDRE, N.M.C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 925-936, Mar. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300925&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 set. 2017.

COULTER, A. et al. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2015, Issue 3. Art. Nº.: CD010523. DOI: 10.1002/14651858.CD010523.pub2.

CRITCHLEY, C.R; HARDIE, E.A; MOORE, S.M. Examining the psychological pathways to behavior change in a group-based lifestyle program to prevent type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 35, n. 4, p. 699-705, 2012.

DILILLO, V.; SIEGFRIED, N.J.; WEST, D.S. Incorporating motivational interviewing into behavioral obesity treatment. **Cognitive and Behavioral Practice**, v. 10, n. 2, p. 120-130, 2003.

HELITZER, D.L. et al. Relationship of stages of change to attendance in a diabetes prevention program. **Am. J. Health Promot**, v. 21, 517-520, 2007.

GOBIERNO VASCO. **Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad em Euskadi**. Vitoria, Departamento de Sanidad y Consumo, 2010.

HAAS, L. et al. National standards for Diabetes self-management education and support. **Diabetes Care**, v. 11, n. 35, p. 2393-2401, 2012, doi: 10.2337/dc12-1707.

HUANG Z, et al. A functional variomics tool for discovering drug-resistance genes and drug targets. **Cell Rep.**, v. 2, n. 3, p. 577-85, 2013.

JARVIS, J. et al. How can structured self-management patient education improve outcomes in people with type 2 diabetes? **Diabetes, Obesity and Metabolism**, v. 12, p. 12-19, 2010. doi:10.1111/j.1463-1326.2009.01098.x.

JONES, H. et al. Changes in diabetes self-care behaviors make a difference in glycemic control: the diabetes stages of change (DiSC) study, **Diabetes Care**. 26 (2003) 732–737. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/26/3/732.full.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

KNIGHT, H. et al. Diet self-management and readiness to change in underserved adults with type 2 diabetes, **Prim. Care. Diabetes**, v. 9, n. 3, p. 219-225, 2015.

LAXY, M. et al. The Association Between Patient-Reported Self-management Behavior, Intermediate Clinical Outcomes, and Mortality in Patients With Type 2 Diabetes: Results From the KORA-A Study. **Diabetes Care**, v. 37, n. 6, p. 1604-1612, jun. 2014. <<https://doi.org/10.2337/dc13-2533>>.

MORAIS, H. C. C. et al. Estratégias de autocuidado apoiado para pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 49, n. 1, p. 136-143, Fev. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100136&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1º Nov. 2017. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100018>>.

MULIMBA, A. A. C; BYRON-DANIEL, J. Motivational interviewing-based interventions and diabetes mellitus. **British Journal of Nursing**, v. 23, n. 1, p. 8-14, 2014. <<https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.1.8>>.

NCD. Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). **Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants**. Lancet (London, England). 2016;387(10027):1513-1530. doi:10.1016/S0140-6736(16)00618-8. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech et al.; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

NEGARANDEH, R. et al. Teach back and pictorial image educational strategies on knowledge about diabetes and medication/dietary adherence among low health literate patients with type 2 diabetes. **Prim Care Diabetes**, v. 7, n. 2, p. 111-8, 2013.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013, p. 399.

_____; **Psicometria:** teoria e aplicações. Brasília. Ed. UnB, p. 289, 1997.

_____; Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica.** Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

PASQUALI, L.; PRIMI, R. **Fundamentos da teoria da resposta ao item – TRI.** Avaliação Psicológica, v. 2, n. 2, p. 99-110, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; OWEN, S. V. Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. **Research in Nursing & Health**, 2007, 30, 459-467. <<http://dx.doi.org/10.1002/nur.20199>>. Acesso: 30 set. 2017.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. **J. Consult. Clin. Psychol**, v. 51, n. 3, p. 390-395, 1983.

ROLLNICK, S., MILLER, W.; BUTLER, C. C. **Entrevista Motivacional no cuidado da saúde:** ajudando pacientes a mudar o comportamento. 1. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009, p. 221.

TSENG, H-M. et al. Stages of change concept of the trans-theoretical model for healthy eating links health literacy and diabetes knowledge to glycemic control in people with type 2 diabetes. **Prim Care Diabetes**, v. 11, n. 1, p. 29-36, fev. 2017, doi: 10.1016/j.pcd.2016.08.005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies:** evidence for action. Geneve:

WHO, 2003. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=1DDB9EE8981340ED0FABEAF6709AC7AD?sequence=1>>. Acesso em: 19 set 17.

ZHANG, L. et al. The transcriptional control machinery as well as the cell wall integrity and its regulation are involved in the detoxification of the organic solvent dimethyl sulfoxide in *Saccharomyces cerevisiae*. **FEMS Yeast Res**, v. 13, n. 2, p. 200-18, 2013.

**PARTE III - IMPLANTAÇÃO
DE ESTRATÉGIAS EM
INSTITUIÇÕES DE SAÚDE**

CAPÍTULO 8

IMPLANTAÇÃO DO AUTOCUIDADO APOIADO PARA SUJEITOS COM SEQUELAS PELA HANSENÍASE EM UM HOSPITAL COLÔNIA

Rayla Maria Pontes Guimarães Costa
Layza Castelo Branco Mendes

INTRODUÇÃO

O autocuidado apoiado é um processo dinâmico, interativo e cotidiano no qual os sujeitos se engajam em comportamentos saudáveis para gerenciarem uma condição crônica (LORIG; HOLMAN, 2003). Em casos de sequelas pela hanseníase, há a possibilidade de implantação desta tecnologia, uma vez que favorece o desenvolvimento de habilidades necessárias para o cuidado contínuo e integral em saúde.

As habilidades podem ser desenvolvidas por meio de intervenções educativas individuais e grupais com o intuito de promover o empoderamento dos sujeitos em relação à sua condição crônica. Inclusive, o profissional de saúde tem papel funda-

mental nesse processo e deve assumir as funções de mobilizador, questionador, instigador, provocador e problematizador do conhecimento necessário à aprendizagem, desenvolvendo habilidades nos sujeitos para assumirem as responsabilidades de seu autocuidado e, portanto, melhorando as condições de vida e de saúde (ALVES, 2015).

Dentro desse contexto, o apoio ao autocuidado deve ser realizado pelo profissional de saúde utilizando a técnica dos cinco A's. Essa técnica foi desenvolvida pelo National Cancer Institute, em 1989, para ser utilizada com tabagistas, entretanto sofreu alterações e pôde ser aplicada em vários contextos clínicos, tornando-se conhecida como a metodologia dos cinco A's (Avaliação, Aconselhamento, Acordo, Assistência e Acompanhamento) (MENDES, 2009).

O profissional de saúde, ao incorporar em sua prática profissional a técnica dos cinco A's, sistematiza o atendimento prestado promovendo a corresponsabilidade do cuidado com os sujeitos ao desenvolver habilidades e pactuar metas, inserindo-os ativamente como protagonistas de suas condições crônicas, neste caso, as sequelas pela hanseníase.

Implantar o autocuidado apoiado com os portadores de sequelas pela hanseníase pode ser

um trabalho desafiador que exige envolvimento de todos os profissionais e sujeitos, por isso faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias que atendam essa finalidade. Além da estratégia de adoção da técnica dos cinco A's, aplicada de forma personalizada durante o atendimento individual, utiliza-se o trabalho em grupo para o treinamento das ações de autocuidado apoiado.

Os grupos são espaços, objetivos e subjetivos, em que se desenvolvem a escuta para as necessidades dos sujeitos e dos problemas que os afligem, e onde a informação circula entre a experiência dos profissionais e a vivência dos integrantes, em busca de soluções em conjunto (BRASIL, 2014).

Com base nesse contexto, o estudo teve como questão norteadora: como ocorreu a implantação do autocuidado apoiado em um hospital colônia para sujeitos com sequelas pela hanseníase? A fim de responder o questionamento, o objetivo do estudo foi relatar a implantação do autocuidado apoiado para os sujeitos com sequelas pela hanseníase moradores de um hospital colônia.

Os moradores da instituição sofreram, no percurso de suas vidas, discriminação, segregação e isolamento social e familiar, que os afetou no modo de viver e de perceber o mundo, além de seus desdobramentos, levando-os a optarem por perma-

necer na instituição, mesmo tendo a liberdade de saírem, pois já estavam acostumados ao ambiente e julgavam-o seguro.

Diante do exposto, elaborar estratégias para auxiliar esses sujeitos em suas demandas crônicas, treinando habilidades para o autocuidado é de fundamental importância, uma vez que eles apresentam vivências consideráveis sobre essa condição de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência, onde se mostra a experiência na implantação do autocuidado apoiado no Hospital Colônia do Carpina, no município de Parnaíba - PI, com portadores de sequelas pela hanseníase.

O processo de implantação do autocuidado foi realizado em etapas. A primeira etapa se deu com a criação do grupo das técnicas de enfermagem, com o objetivo de aprendizagem de novos conhecimentos e ampliação de habilidades para o apoio ao autocuidado. Na segunda etapa, criou-se o grupo dos usuários, no intuito de aprendizagem de novos conhecimentos e troca de saberes e experiências.

As atividades grupais foram realizadas no auditório do hospital, que dispõe de espaço físico amplo e ventilado, e com acomodação necessária para que os participantes ficassem em círculo. Participaram seis profissionais de nível médio, como integrantes do grupo das técnicas, e 16 sujeitos com sequelas pela hanseníase, como integrantes do grupo dos usuários, realizando-se no total seis sessões grupais com os usuários, e cinco com as técnicas de enfermagem.

As sessões grupais foram seguidas dos seguintes momentos: aquecimento, desenvolvimento do assunto proposto e encerramento com avaliação do trabalho realizado no dia. As técnicas de enfermagem receberam o treinamento da técnica dos cinco A's, que puderam pôr em prática com os usuários, elaborando de modo colaborativo os planos de autocuidado apoiado.

DISCUSSÃO

Nesta etapa, a proposta inicial foi desenvolver habilidades para o autocuidado apoiado. Desse modo, a primeira fase, que consistiu nas atividades grupais para as técnicas de enfermagem, foi abordada a motivação para mudança, metas e objetivos de vida, tomada de decisão, e elaboração dos

planos de autocuidado apoiado utilizando a técnica dos cinco A's.

Simultaneamente, a segunda fase foi realizada com os sujeitos portadores de sequelas pela hanseníase, onde se realizou as sessões grupais abordando os seguintes assuntos: hanseníase, sequelas pela hanseníase, motivação para mudança, tomada de decisão e autocuidado apoiado.

Logo depois das sessões grupais, as técnicas elaboraram os planos de autocuidado com os usuários de forma individualizada. O atendimento individualizado viabiliza o reconhecimento de como o sujeito se encontra e quais são os seus objetivos de vida, inclusive facilita o apoio ao autocuidado e ao processo de mudança de comportamento centrado no mesmo, e em suas necessidades (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012). Promover mudanças requer aprendizagem de novas ações e comportamentos (MUNARI; RODRIGUES, 1997).

Ressalta-se, ainda, que viver com uma doença crônica é um processo que exige contínua mudança, visto que os sujeitos experimentam importante interação entre sua doença e seu contexto de vida (PATERSON, 2001). Schulman-Green et al. (2012) enfatizam que é necessário mudar o comportamento para diminuir o impacto da doença crônica, tendo como atividades de promoção da saúde a

aprendizagem de certas habilidades, por exemplo, modificação na dieta, higiene, tabagismo, prática de atividade física, redução do estresse, adoção de medidas para prevenir complicações e realização de exames frequentes.

Dessa forma, na pactuação dos planos de autocuidado observou-se que a higienização corporal e oral precárias foi salientada pelos sujeitos como obstáculo ao pleno desenvolvimento do autocuidado, necessitando de mudança de comportamento para aquisição de práticas adequadas de higiene pessoal. O autocuidado apoiado deve ser fundamentado na técnica dos cinco A's: avaliar, aconselhar, acordar, assistir e acompanhar (MENDES, 2009), permitindo assim, a sistematização do atendimento prestado.

Cabe ressaltar os aspectos dificultadores e facilitadores para a implantação do autocuidado. Os aspectos dificultadores estão relacionados ao baixo letramento funcional em saúde dos moradores da instituição, protagonistas das ações realizadas, que restringem o conceito de autocuidado às práticas de higiene; um outro aspecto que deve ser ressaltado seria a não participação dos profissionais de nível superior nas atividades grupais propostas pela autora, inviabilizando a implantação do autocuidado apoiado em sua completude, ficando limitado apenas à equipe de enfermagem.

Quanto aos aspectos facilitadores para a execução do projeto cita-se o fato de os sujeitos residirem na instituição, facilitando o processo grupal, a adesão das técnicas de enfermagem e dos sujeitos, o apoio da coordenação da instituição autorizando a pesquisa e cedendo o auditório para a realização das atividades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme a experiência vivenciada, pôde-se constatar que a implantação do autocuidado apoiado oportunizou às técnicas de enfermagem a ampliação de habilidades para auxiliar os sujeitos nos cuidados de si, e despertou nos sujeitos a motivação para mudança de comportamento e tomada de decisão, bem como a ampliação dos conhecimentos acerca das condições crônicas, que outrora são portadores.

Em suma, para a efetividade das ações de autocuidado apoiado é imprescindível que a equipe de saúde elabore, de modo colaborativo com os sujeitos, um plano de autocuidado individualizado, onde assumam a corresponsabilidade pelo processo de mudança, oferecendo apoio neste longo percurso que é o viver com condições crônicas.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. R. **Proposta de intervenção educativa para pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2 em uso de Insulina:** uma contribuição para a prática do auto-cuidado. 2015. 100 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** Brasília: MS, 2014.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde. In: **Saúde SMD** (Ed.). Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2012.

LORIG, K.; HOLMAN, H. Educação em autogestão: história, definição, resultados e mecanismos. **Anais da Medicina comportamental.** 2003; 26 (1): 1-7. [PubMed]

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MUNARI, D. B; RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem e grupos.** Goiânia: AB, 1997.

PATERSON, B. L. The Model of the changing perspectives of chronic disease. **Journal of Nursing Scholarships,** v. 33, n. 1, p. 21-26, 2001.

SCHULMAN-GREEN, D. et al. Processes of Self-Management in Chronic Illness. **Journal of Nursing Scholar-**

ship, v. 44, p. 136-144, 2012.

PARTE IV - PLANEJAMENTO, FINANCIAMENTO, GESTÃO E AVALIAÇÃO

CAPÍTULO 9

FINANCIAMENTO E JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

Pablo Stefan Pires da Silva
Carlos Garcia Filho

MARCO LEGAL

O SUS é obrigação legal há mais de duas décadas, com as Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990. No seu processo de construção histórica, as raízes podem ser traçadas na década de 1970, com movimentos sociais e políticos contra a ditadura e pela democratização do Estado. Nessa perspectiva, fortalecia-se a consciência sobre a necessidade de desenvolvimento de uma sociedade mais justa e solidária e de um novo modelo de Estado que garantisse por meio de políticas públicas os direitos humanos básicos, com qualidade e de modo universal. Na saúde, este movimento libertário fortaleceu-se com a bandeira da Reforma Sanitária, antecipando o que viria, anos depois, a ser as diretrizes constitucionais da universalidade, igualdade e participação da comunidade (SANTOS, 2013).

O SUS tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, oferecendo serviços de qualidade e adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão. O SUS também se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação também são algumas das responsabilidades do SUS, assim como o controle da qualidade e segurança de medicamentos, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária (BRASIL, 2005).

Por meio do SUS, todos os cidadãos têm direito a serviços de atenção à saúde em Unidades de Saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas ou privadas, as quais participam de forma complementar ao sistema, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado, quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região (BRASIL, 2005).

A Assistência Farmacêutica foi prevista na Lei 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990), no entanto, só foi re-

gulamentada dez anos após a criação do SUS, com a Política Nacional de Medicamentos, através da Portaria nº 3.916 de 1998 (BRASIL, 1998). Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde lança a Política Nacional da Assistência Farmacêutica, como parte integrante da Política Nacional de Saúde, através da Resolução nº 338 (BRASIL, 2004).

Esse marco legal e a forma como a assistência farmacêutica foi incorporada ao SUS evidenciam a relevância dada a ela no âmbito da atenção à saúde. Entretanto, para que de fato as políticas estabelecidas pelo Estado sejam implementadas é preciso que sejam assegurados os recursos necessários à execução das atividades e também que sua gestão seja eficaz, efetiva e eficiente (VIEIRA, 2010).

Até 1997, um ano antes da criação da Política Nacional de Medicamentos, a Assistência Farmacêutica no Brasil era executada pela Central de Medicamentos (CEME). Sua criação pelo Estado Brasileiro no início da década de 1970 é um dos marcos que referenciam a inserção da assistência farmacêutica, enquanto política pública. Seu principal objetivo era melhorar o acesso da população de baixa renda aos medicamentos essenciais por meio de estratégias centralizadas de aquisição e distribuição de medicamentos (GARCIA; GUERRA JR; ACURCIO, 2015).

A CEME teve grande relevância na assistência farmacêutica pública no Brasil até julho de 1997. Com a sua extinção, nesse mesmo ano, as atribuições e responsabilidades foram repassadas a diferentes setores do Ministério da Saúde. O fim da CEME determina a formulação de uma nova política para promover o acesso aos medicamentos no Brasil e ainda, em 1998, é publicada a Política Nacional de Medicamentos estabelecida por meio da Portaria GM/MS nº. 3.916 em 1998 (GARCIA; GUERRA JÚNIOR; ACURCIO, 2015).

O SUS rompe com o modelo anterior de atenção à saúde ao definir como diretrizes: a universalização do acesso com equidade e a integralidade das ações e serviços de saúde. No SUS, o direito à assistência terapêutica deve ser pleno, incluindo a assistência farmacêutica. Com a criação da Política Nacional de Medicamentos foram definidos alguns propósitos como: garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

A adoção da Relação de Medicamentos Essenciais (Rename) foi a primeira diretriz da Política Nacional de Medicamentos (PNM). A Rename passou a incluir todos os medicamentos selecionados para compor a terapêutica das doenças no âmbito do setor público do país.

FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A instituição do acesso universal à saúde, enquanto um direito inerente à cidadania foi coerentemente acompanhado da inserção do Setor Saúde no Sistema de Seguridade Social e, ainda, do financiamento setorial por meio do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e dos Tesouros Federal, Estadual e Municipal (UGÁ; SANTOS, 2006).

O SUS, desde sua criação, vem apresentando dificuldades em garantir recursos estáveis e suficientes para o seu financiamento. Nesse período, alternaram-se fontes de receitas, impostos e contribuições sociais, sem ampliar a participação do gasto do SUS no Produto Interno Bruto ou na receita tributária como um todo. Isso ocorre em flagrante descompasso com as responsabilidades impostas pela universalização do sistema e seu reflexo sobre o gasto público em saúde (DAIN, 2007).

Os embates por recursos financeiros para assegurar a política pública universal da saúde sempre foram uma constante desde a criação do SUS. A história de tensões no financiamento desse sistema não deixou de ser intensa, antes e durante os anos 2000, após a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000 (MENDES, WEILLER, 2015).

O financiamento público da saúde é também responsável pelo entrelaçamento virtuoso da polí-

tica social e da política de desenvolvimento. Pelo poder de compra, o Estado pode exercer sua capacidade regulatória e de fomento sobre o setor produtivo, no campo dos medicamentos, insumos estratégicos e equipamentos, participando assim da fronteira científica e tecnológica nacional, ampliando por outro lado o acesso da população aos medicamentos necessários através de uma política de assistência farmacêutica pública. Há espaço para uma nova investida a favor do fortalecimento do SUS, invertendo a cadeia de determinação perversa entre o econômico e o social que tanto tem prejudicado a universalização da saúde (DAIN, 2007).

A Constituição Federal garante, entre os seus princípios, que é direito de todos e dever do Estado o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, dentre eles, a assistência farmacêutica. Tendo em vista a dimensão continental, diferenças culturais e sociais e a má gestão do financiamento em muitos municípios brasileiros, o SUS enfrenta problemas e, de certa forma, compromete a prestação de serviços de saúde de forma integral a considerável parcela da população. Ao mesmo tempo, disponibiliza tratamento de Primeiro Mundo para diversas doenças. Em uma análise mais ampla, a

saúde da população brasileira apresentaria dados catastróficos, se não fossem os serviços prestados pelo sistema, mesmo com todas suas dificuldades (BRASIL, 2015).

A AF, como parte integrante do SUS, é de responsabilidade das três esferas de governo. Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde estão regulamentados pela Portaria n.º 204/07, a qual organiza a forma de transferência pelos seguintes blocos de financiamento: I- Atenção Básica; II- Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III- Vigilância em Saúde; IV- Assistência Farmacêutica; V- Gestão do SUS. Destes, destacam-se o bloco I, IV e V, os quais são fontes de recursos mais diretamente relacionados às atividades e à estrutura da AF (BRASIL, 2007).

O bloco da AF é constituído por três componentes: Básico, Estratégico e Especializado. O Componente Básico da AF destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da AF no âmbito da atenção básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e a programas de saúde específicos no âmbito da atenção básica. Este componente possui uma parte fixa e uma variável. A parte financeira fixa representa o valor *per capita* destinado à aquisição de medicamentos e insumos da AF em atenção básica, transferido aos estados, aos municípios

e ao Distrito Federal conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), o que, como contrapartida, requer que os estados e os municípios componham o financiamento da parte fixa do componente básico em recursos financeiros, medicamentos ou insumos, de acordo com valores pactuados nas CIB e normatização da política de AF vigente. A parte financeira variável representa o valor *per capita* para aquisição de medicamentos para os programas Hipertensão e Diabetes (HiperDia), Asma e Rinite e Saúde Mental. Este recurso pode ser executado de forma centralizada pelo Ministério da Saúde ou de forma descentralizada, conforme pactuação (BRASIL, 2015).

Deletar o Componente Estratégico da AF destina-se ao financiamento de ações de AF dos seguintes programas de saúde estratégicos: Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Doença de Chagas, Doenças Sexualmente Transmissíveis DST/Aids, Lúpus, Mieloma Múltiplo, Doença Enxerto x Hospedeiro, Hemoderivados, Imunológicos, outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional e, ainda, Controle do Tabagismo, Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2015).

A Portaria nº. 1555/2013, do Ministério da Saúde, estabelece o financiamento de medicamentos do componente básico e define as seguintes contra-

partidas anuais por habitante: da União R\$5,10, do Estado R\$2,36 e do município R\$2,36, deste sendo R\$0,20 destinado para aquisição de seringas e agulhas para monitoramento da glicemia (BRASIL, 2013).

Em 2017, com a extinção pelo Ministério da Saúde do Programa Farmácia Popular do Brasil, rede pública, o Governo Federal, lança a Portaria nº 2.001/2017, alterando a *per capita* da União para R\$5,58.

Sabe-se, no entanto, que embora o financiamento da Assistência Farmacêutica esteja previsto e garantido na legislação, os recursos financeiros destinados a aquisição de medicamentos, não são suficientes para cobertura da demanda.

Estudo realizado no Estado do Ceará, por exemplo, demonstrou que os recursos financeiros destinados a aquisição de medicamentos para a Atenção Básica, são insuficientes, principalmente porque a evolução desses recursos não têm acompanhado a inflação no país. Essa insuficiência de recursos financeiros destinados a aquisição de medicamentos tem contribuído de forma significativa para diminuição do acesso à população aos medicamentos/insumos essenciais causando, inclusive, outros problemas como a judicialização da Assistência Farmacêutica, tema que será abordado no próximo tópico (SILVA, 2018).

JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Constituição Federal estabelece a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, a ser garantido por meio de políticas públicas, sendo o Estado ao mesmo tempo responsável pela prestação de serviços de saúde, por meio do SUS, e pela regulação do sistema como um todo. A assistência terapêutica e integral, inclusive farmacêutica, está incluída no campo de atuação do SUS (OSÓRIO-DE-CASTRO et al. 2017).

O acesso específico à assistência farmacêutica é assegurado por duas políticas de estado: a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. A formulação e a execução dessas políticas econômicas e sociais, pelo SUS, constituem prerrogativa essencial para acesso a medicamentos, uma vez que se trata de uma área profundamente influenciada por práticas comerciais e interesses mercadológicos diversos, muitas vezes conflitantes com o interesse público (SANTANA, LUPATINE, LEITE, 2017).

A “judicialização da saúde” constitui um fenômeno multifacetado, uma vez que expõe limites e possibilidades institucionais estatais, além de instigar a produção de respostas efetivas pelos agentes públicos, do setor saúde e do sistema de justiça. Recentemente, a intervenção judicial no âmbito

da gestão do setor saúde ganhou destaque no Supremo Tribunal Federal (STF), pois tem sido alvo de intenso debate, culminando com a realização de uma audiência pública, que possibilitou a interlocução entre atores envolvidos (PEPE, et al. 2010).

As alternativas legais para a propositura de ações judiciais relacionadas ao direito à saúde, contra os poderes públicos, permitem vários ângulos de observação deste fenômeno. Todavia, os estudos sobre o tema apontam que grande parte desta demanda se concentra nos processos judiciais individuais de cidadãos reivindicando o fornecimento de medicamentos. (PEPE, et al. 2010)

Os medicamentos são o principal objeto de litígio nas cortes, segundo estudos empíricos sobre a judicialização da saúde, realizados no Brasil. A política de assistência farmacêutica para a provisão gratuita de medicamentos no sistema de saúde brasileiro é guiada por princípios universalistas, e nem a legislação que regulamenta o direito à saúde, nem as políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) focalizam o atendimento em função da classe social dos usuários ou estabelecem limites financeiros aos gastos com medicamentos em tratamentos. Há certos medicamentos, porém, que o SUS não oferece regularmente em seu dispensário. Em resposta a isso, alguns usuários acionam

judicialmente o poder público a fim de obrigá-lo a prover esses medicamentos (MEDIEROS, DINIZ, SCHWARTZ, 2013).

Há várias razões para um medicamento não constar nas relações padronizadas pelo SUS, dentre elas três merecem destaque. A primeira refere-se à administração de estoques: certos medicamentos requerem estocagem especial, outros permitem estocagem por períodos curtos, alguns são consumidos apenas eventualmente e não justificam formação de reservas. As dificuldades em administrar esses estoques aliadas a demoras regulares na tramitação de processos de compra e redistribuição fazem com que a disponibilidade do medicamento seja comprometida. A segunda razão é a não inclusão do medicamento nas listas, seja porque não se reconhece cientificamente a eficácia terapêutica do medicamento ou porque, apesar do reconhecimento científico, o trâmite de autorização pelo sistema de vigilância sanitária não foi concluído. A terceira razão é a recusa da distribuição em função da existência de potenciais substitutos com melhor relação custo-benefício (eficiência terapêutica), conhecida como a tese da racionalidade em saúde (MEDIEROS, DINIZ, SCHWARTZ, 2013).

Sabe-se que a demanda da saúde é potencialmente infinita, já os recursos finitos. Dessa forma, a

judicialização da AF vem impondo certa iniquidade aos cidadãos, configurando uma estrutura paralela. As políticas públicas do SUS são facilmente prejudicadas por esses gastos não programados. Ao destinar uma cota para a AF, o Sistema não pode prever quantas ações judiciais serão atendidas para fornecimento de medicamentos, nem tampouco o valor monetário para cobrir essa demanda. Logo, se os medicamentos que forem adquiridos por força de mandados judiciais representarem uma porcentagem muito alta, outros recursos terão que ser protelados ou cancelados (D'ESPINDOLA, 2013).

Outro ponto importante que merece destaque é que, o fornecimento de medicamentos por via judicial, pode ser ou não benéfico. Muitas vezes, o Judiciário, sem tempo e assessoria especializada para uma avaliação da real necessidade do paciente, libera os mandados em série para fornecimento do medicamento pleiteado, que pode ou não contribuir para uma melhoria da qualidade de vida dos requerentes. Tal prática, tem como resultado positivo a indução e a atualização de programas e protocolos terapêuticos. Já como resultados negativos, em vários casos, pode-se verificar uma precoce incorporação de medicamentos, visando reduzir as demandas judiciais, por vezes sem atender adequadamente aos critérios de eficácia, segurança e prioridades sanitárias (D'ESPINDOLA, 2013).

A linha de tensão entre o Judiciário e o setor saúde, revela dificuldades e fragilidades institucionais, políticas, sociais e culturais brasileiras. Duas dificuldades podem ser destacadas: a) a dos gestores na tomada de decisão, em especial, relativas à ausência de instrumentos ágeis e sistemáticos de informação e de análise da demanda judicial, e de conhecimento de aspectos importantes da atuação do sistema judicial; b) a dos agentes do sistema de justiça em relação à dinâmica do sistema público de saúde e, em especial, da organização e regulamentação da assistência farmacêutica no SUS, comprometendo a qualidade e a efetividade da intervenção judicial (PEPE, et al. 2011).

A judicialização da Assistência Farmacêutica causa um ônus sobre a gestão, que desvia profissionais de atividades de assistência para atender a outras necessidades, como a elaboração de resposta técnica ao Judiciário em caso de demanda improcedente e em tempo reduzido. Em muitos estados e municípios têm sido formada uma estrutura paralela à da AF, normalmente ligada administrativamente aos tribunais para execução das tarefas (OSÓRIO-DE-CASTRO, et al. 2017).

Ademais, muitos dos medicamentos solicitados não são encontrados nos Protocolos Clínicos e, portanto, não há evidências científicas de efetivi-

dade e segurança em seu uso, e alguns ainda podem não apresentar registros na ANVISA, podendo ocorrer um uso *off-label* e acarretar perigo aos pacientes (PICOLONI, et al. 2016).

Os Sistemas Judiciário e Executivo precisam encontrar uma solução partilhada para que o direito do cidadão brasileiro à assistência terapêutica integral seja garantido, com medicamentos seguros, eficazes e com relação custo-efetividade mais favorável de acordo com a melhor e mais forte evidência científica disponível, sem causar as distorções observadas atualmente (VIEIRA e ZUCCHI, 2007).

No Brasil estimou-se que, em 2000, 70 milhões de pessoas não tinham acesso a medicamentos, o que corresponde a, aproximadamente, 41% da população brasileira daquele ano. Esse é um dos principais desafios para o sistema público de saúde (VIEIRA e ZUCCHI, 2007). A Assistência Farmacêutica é uma área que sofre grandes influências de mercado, ressalta-se a importância de “formulação e execução de políticas econômicas e sociais” para melhoria do acesso a medicamentos (SANTANA; LUPATINE; LEITE, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Assistência Farmacêutica, no Brasil, tem enfrentado diversos problemas que vão desde financiamento insuficiente, problemas na gestão, falta de estrutura e muitas vezes até falta de recursos humanos qualificados.

As consequências disso são prejuízos para a Saúde Pública no País, e os mais prejudicados são os cidadãos que muitas vezes ficam sem acesso aos medicamentos essenciais, tendo que muitas vezes recorrerá justiça para ter seu direito garantido.

A judicialização da Assistência Farmacêutica se por um lado garante ao cidadão o direito ao acesso aos medicamentos, por outro lado vai ao encontro de todo planejamento da AF. Além disso, ressalta-se que na maioria das vezes os mandados judiciais para aquisição de medicamentos são expedidos com base em apenas uma prescrição, ou seja, normalmente não é feita uma análise sobre possíveis substituições por outros medicamentos que estejam disponíveis no SUS, e muito menos sobre a evidência científica.

As dimensões geográficas do Brasil, assim como as divergências sociais e econômicas das regiões do país, também são fatores que favorecem a não uniformidade do acesso à saúde e, consequentemente, aos medicamentos essenciais.

É necessário, portanto, mais cobrança por parte de políticos, gestores do SUS, profissionais da saúde e da sociedade em geral, para que a Política Nacional de Medicamentos e a Política de Assistência sejam cumpridas na íntegra, assim como também a criação de outras políticas públicas que contemplem a Assistência Farmacêutica em todas as suas nuances.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.001, de 03 de agosto de 2017**. Altera a Portaria nº 1.555/GM/MS, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2001_15_08_2017.html> Acesso em: 13 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Farmácia. **O Farmacêutico na Assistência Farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília/DF: Conselho Federal de Farmácia, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1.555/2013**. Estabelece financiamento para os medicamentos do componente básico. Ministério da Saúde, Brasília, 2013.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html> Acesso em: 18 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.488/2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 27 abr. 2018.

_____. **Portaria nº. 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Ministério da Saúde, Brasília, 2007. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html Acesso em: 27 abr. 2018.

_____. Organização Pan-Americana de saúde, Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil, estrutura, processos e resultados**. Ministério da Saúde, Brasília, 2005. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_assistencia_farmaceutica_estrutura_resultados.pdf > Acesso em: 14 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html Acesso em: 25 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916, que estabelece a Política Nacional de Medicamentos.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html> Acesso em: 05 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: 21 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em: 17 fev. 2018.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, sup. 1., p. 1851-1864, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000700008>> Acesso em: 23 abr. 2018.

D'ESPÍNDULA, T.C.A.S. Judicialização da medicina no acesso a medicamentos: reflexões bioéticas. **Revista Bioética**. v. 21, n. 3,p. 438-74. Curitiba, 2013.

GARCIA, M.M.; GUERRA JR, A.A.; ACURCIO, F. A. **Estratégias brasileiras para melhorar o acesso aos medica-**

mentos: um comparativo entre programa rede de farmácias de Minas e Programa rede próprio da Farmácia Popular do Brasil. 2015. Disponível em: <<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/136.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2017.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D; SCHWARTZ, I.V.D. A tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1089-1098, 2013.

MENDES, A.; WEILLER, J.A.B. Renúncia Fiscal (gasto tributário) em Saúde e Repercussões sobre Financiamento do SUS. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 105, p. 491-501, abr./ jun. 2015.

OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G.S. et al. Assistência **Farmacêutica, gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

PEPE, V.L.E. et al. **Manual - Indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

PEPE, V.L.E. et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010, v. 15, n. 5, p. 2405 – 2414.

PICOLINE, V.M. et al. Análise de percentual econômico dos medicamentos adquiridos por via de ações judiciais. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, 2016; v. 8, n. 2, p.125-131.

SANTANA, R.S.; LUPATINE, E.O.; LEITE, S.N. Registro e incorporações no SUS: barreiras de acesso a medicamen-

tos para doenças da pobreza? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1417-1428, 2017.

SANTOS, N.R. SUS, política pública de estado: seu desenvolvimento instituído e institucional, e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

SILVA, P.S.P. **Análise Crítica da Programação Pactuada Integrada de Medicamentos/Insumos da Atenção Básica**. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2018.

UGÁ, M.A.D.; SANTOS, I.S. Uma Análise da Progressividade do Financiamento do Sistema único de Saúde (SUS). **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1597-1609. Agosto, 2006.

VIEIRA, F.S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública**. 2010, v. 27, n. 2, p. 149-56.

VIEIRA, F.S.; ZUCCHI, P. Distorções caudadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 214-22, 2007.

CAPÍTULO 10

CRITÉRIOS ADOTADOS E PROBLEMAS ENFRENTADOS PELA LOGÍSTICA HOSPITALAR INTERNA DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO: DISPOSITIVO PARA O ENFRENTAMENTO DA GESTÃO ADMINISTRATIVA

Ludimila Arruda Frota Rocha

Luilma Albuquerque Gurgel

Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard

INTRODUÇÃO

A gestão da área hospitalar é de grande complexidade e absolutamente necessária ao fornecimento dos serviços já que o produto/serviço fornecido (preservação da vida/recuperação da saúde) não é passível de trocas ou substituições. Apesar da evolução gradual e crescente na gestão desse tipo de organização, a melhoria da eficiência da logística de abastecimento de um hospital e a racionalização de custos ainda é um grande desafio a ser vencido na área de saúde, haja vista a singularidade dos serviços prestados e a multiplicidade de materiais empregados em sua realização (SOUSA, 2011).

Na instituição hospitalar, a farmácia hospitalar possui como objetivo garantir o uso seguro e racional dos remédios prescritos pelo profissional médico, além de responder à demanda das necessidades de medicamentos dos pacientes hospitalizados. Para tanto, a farmácia hospitalar mantém sob sua guarda os estoques desses produtos. Os estoques da farmácia hospitalar são caracterizados por ciclos de demandas e de ressuprimentos, com flutuações significativas e altos graus de incerteza, fatores críticos diante da necessidade de manter medicamentos em disponibilidade na mesma proporção da sua utilização. Esses produtos farmacêuticos significam custos que podem chegar a representar 75% dos custos hospitalares (CAVALLINI; BISSON, 2002).

A farmácia hospitalar, segundo a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH), é uma unidade clínica, administrativa e econômica, dirigida por farmacêutico, ligada hierarquicamente à direção do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente, tem como objetivo contribuir no cuidado à saúde, visando melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente, através da promoção de uso seguro e racional de medicamentos e produtos para a saúde. Dessa forma, considera-se um serviço de apoio essencial ao hospital (SBRAFH, 2007).

A gestão de estoques torna-se essencial para a administração farmácia hospitalar, fazendo crescer as discussões sobre os níveis de estoque que devem ser mantidos para que não haja excesso nem sobra de materiais médicos, levando-se em conta eficiência e qualidade. Os gestores públicos têm voltado sua atenção para este fato, em função do montante de recurso requerido para aquisição e manutenção de medicamentos e materiais médicos (CAUDURO; ZUCATTO, 2011).

De acordo com Campos e Lira (2015), a falta de uma preparação prévia dos funcionários, bem como a deficiência de pessoal e a falta de conhecimento dos produtos têm comprometido o processo de organização das atividades do setor de suprimentos. Afirmando que a organização da logística hospitalar interna é primordial para o bom funcionamento das atividades hospitalares, bem como a garantia da qualidade dos serviços médicos hospitalares prestados aos pacientes internados no hospital.

A administração de materiais na área da saúde é mais complexa que em outros setores econômicos. Esta complexidade administrativa desses materiais ocorre pelos seguintes fatores: (a) própria característica dos materiais utilizados nas organizações de saúde, como o exíguo prazo de validade,

condições especiais de armazenamento e rastreabilidade; (b) o constante avanço tecnológico; (c) as variações nos níveis de demanda e dificuldades na elaboração das previsões de consumo decorrentes de comportamentos distintos entre produtos e; (d) por ser inadmissível a falta de materiais durante o processo de atendimento ao paciente. Assim, a gestão adequada da cadeia de suprimentos em ambientes de saúde pressupõe a minimização e/ou afastamento de três grandes males: (1) o estoque excessivo; (2) a falta de material e (3) a compra cara (BARBIERI; MACHLINE, 2009).

Para que as instituições de saúde possam desempenhar uma assistência de qualidade ao paciente, faz-se necessário um melhor planejamento na área assistencial a partir da padronização dos itens, implantação de protocolos e da definição das linhas de cuidados, portanto para que esse objetivo seja atingido, é necessário que a instituição tenha também um planejamento estratégico onde deverá estar contemplado o sistema de orçamento para que os gestores possam acompanhar os custos diretos e indiretos e, assim, proporcionar os insumos necessários para a assistência de qualidade.

Diante dessas reflexões emergiu a seguinte pergunta norteadora: Quais são os critérios adotados e os problemas existentes na logística hospi-

talar interna, cuja resolução possa garantir o abastecimento de insumos, reduzir gastos e melhorar a qualidade da assistência à saúde da população?

Enquanto gestora de um hospital público administrado por uma organização social que presta serviços de saúde a partir de um contrato de gestão em que está inserido um planejamento de orçamento, a proponente do presente estudo percebeu a necessidade desta pesquisa pela importância de identificar os principais problemas existentes na logística hospitalar interna e, assim, contribuir com a proposição de estratégias para a solução deles, visando o melhor controle e gerenciamento de medicamentos e materiais médico-hospitalares com a finalidade de reduzir gastos e equacionar custos sem comprometer a qualidade dos produtos e do atendimento, proporcionando segurança aos pacientes e aos funcionários.

O presente estudo teve como objetivo geral: identificar os critérios adotados e os principais problemas existentes na logística hospitalar de abastecimento farmacêutico e como objetivo específico: elaborar um manual de recomendações para o funcionamento adequado da logística hospitalar interna de abastecimento farmacêutico.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado em um hospital público localizado no interior do Estado do Ceará, com 410 leitos, que funciona há cinco anos e atende uma população de, aproximadamente, 1 milhão e 500 mil habitantes distribuídos em 55 municípios da Macrorregião Norte (ISGH, 2013).

O hospital selecionado realiza assistência hospitalar de alta complexidade em várias especialidades médicas: clínica médica e cirúrgica, unidade de cuidados especiais (UCE), clínica obstétrica, centro de parto normal, clínica pediátrica, emergências adulto e pediátrico, UTIs adultas, UTI pediátrica, UTI neonatal, unidades de cuidados intermediários, enfermaria canguru, além de 01 centro cirúrgico geral com 08 salas cirúrgicas e 01 centro cirúrgico obstétrico com 05 salas cirúrgicas (ISGH, 2013).

O hospital é referência para os seguintes serviços: emergência pediátrica, cirurgia vascular, cirurgia torácica, cirurgia de otorrinolaringologia e serviço de endoscopia digestiva alta (broncoscopia) e baixa (colonoscopia) e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) (ISGH, 2013).

No hospital citado, os funcionários da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), são auxiliares de farmácia responsáveis pelo recebimento e armazenamento de medicamentos, materiais médico-

-hospitalares, dietas hospitalares e gêneros alimentícios (leite desnatado, leite integral, leite de soja, massas [aveia, arroz, mucilon], chás) sob supervisão do gestor e coordenador farmacêutico. O seu funcionamento é de segunda a sexta, nos turnos manhã e tarde. Existe ainda a Central de Produção e Distribuição, cujas atividades são: diluição de saneantes (produtos para a higienização hospitalar, sabão líquido para a higienização das mãos e álcool para o uso da assistência) e fracionamento de medicamentos, sendo estes armazenados e distribuídos conforme a solicitação de pedido da assistência, através das farmácias satélites distribuídas no hospital, cujo funcionamento é 24 horas (ISGH, 2013).

No hospital, existem oito farmácias satélites que são responsáveis pelo armazenamento e distribuição de medicamentos e material médico-hospitalar para a assistência, elas estão assim selecionadas de acordo com a área assistencial: emergências adulta e pediátrica, UTI adulta e pediátrica, centro cirúrgico geral, centro cirúrgico obstétrico, clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica e CETIP (UTI neonatal, unidade de cuidados intermediários neonatais, enfermaria mãe-canguru e centro de parto normal). Em cada farmácia satélite ficam dois auxiliares de farmácia no período diurno e um no período noturno, sob a supervisão de uma farmacêutica.

É válido ressaltar que todas as entradas e saídas de produtos são registradas no sistema informatizado de gerenciamento de estoque, denominado ALMOX.

O coordenador da CAF é um farmacêutico, este é responsável pelo controle de estoque dos medicamentos, materiais médico-hospitalares, dietas hospitalares e gêneros alimentícios (leites, massas, chás). Esse controle é realizado através da avaliação de consumo e a partir dessa análise, assim como da criticidade dos itens segundo a classificação XYZ, é feito o planejamento de aquisição dos produtos.

O hospital é administrado por uma organização social, denominada Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH) que presta serviços de saúde ao Estado do Ceará através de um contrato de gestão. As organizações sociais são pessoas jurídicas de direito privado, sem finalidade lucrativa, criadas para prestar serviços sociais não privativos do Poder Público, mas por ele incentivadas e fiscalizadas e, assim, qualificadas após o ajuste de um contrato de gestão (CASSEP, 2016).

Participaram do estudo sete funcionários (auxiliares de farmácia) que atuam na farmácia satélite da emergência, além de um farmacêutico coordenador da CAF, uma farmacêutica supervisora da

Central de Produção e de Distribuição e das farmácias satélites e um gerente da farmácia hospitalar.

Na área assistencial, também foram selecionados para participar do estudo um coordenador médico do setor da emergência pediátrica, um coordenador de enfermagem da emergência pediátrica e um coordenador de enfermagem da emergência adulto. Dessa feita, a amostra totalizou treze participantes.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com os gestores assistenciais, gestores farmacêuticos e pela aplicação de questionários aos auxiliares de farmácia.

As entrevistas tiveram seus áudios gravados e, em seguida, procedeu-se a transcrição e a análise das falas por meio da técnica de análise de conteúdo. A mesma técnica foi utilizada para análise das respostas registradas nos questionários. Segundo Oliveira (2008), para a sistematização da técnica de análise de conteúdo temático-categorial são seguidas algumas etapas como:

- 1) Leitura flutuante, intuitiva, ou parcialmente orientada do texto;
- 2) Definição de hipóteses provisórias sobre o objeto estudado e o texto analisado;

3) Determinação das unidades de registro: consiste na escolha do tipo de unidade de registro que será adotada pelo pesquisador ao longo da análise, as unidades de registro podem ser: palavras, frases, parágrafos, temas, personagem (papel familiar, idade, sexo, etc), acontecimento (elementos factuais importantes para o objeto em estudo), documento (artigo de jornal, a resposta a uma questão aberta, uma entrevista, etc.);

4) Definição das unidades de significação ou temas;

5) Análise temática das unidades de registro;

6) Análise categorial do texto;

7) Tratamento e apresentação dos resultados;

8) Discussão dos resultados e retorno ao objeto de estudo.

As categorias representam a reconstrução do discurso a partir de uma lógica impressa pelo pesquisador, portanto expressam uma intencionalidade de rerepresentar o objeto de estudo, a partir de um olhar teórico específico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificadas três categorias temáticas que convergiram com os objetivos propostos,

são elas: experiências exitosas na assistência farmacêutica; problemas enfrentados pelo setor de abastecimento farmacêutico e melhorias do setor de abastecimento farmacêutico.

Categoria “experiências exitosas na assistência farmacêutica”

Para os sujeitos do estudo, é de extrema importância o uso do plano medicamentoso que existe na instituição participante da pesquisa. Este plano é adequado ao perfil de atendimento do hospital e contém todas as medicações e materiais médicos padrões para que o hospital possa atender a necessidade dos pacientes internados.

A importância do plano medicamentoso na instituição é a utilização do uso racional de medicamentos que se caracteriza pela adequação da medicação às necessidades clínicas do paciente, em doses ajustadas individualmente e em regime terapêutico de tempo e custo adequados. Estima-se que, no Brasil, o uso irracional de medicamentos, caracterizado por polifarmácia, automedicação e interações medicamentosas, constitua um problema de saúde pública, por ocasionar iatrogenia e reações adversas a medicamentos (MANSO; BIFFI; GERARDI, 2015).

Os sujeitos do estudo também relataram, como experiência exitosa, a existência na institui-

ção da Comissão de Farmácia e Terapêutica composta por uma equipe multiprofissional e pela diretora técnica do hospital. Uma de suas atividades é avaliar o plano medicamentoso anualmente, assim como a padronização dos itens e realizar a análise de algum item a ser padronizado.

A Organização Mundial de Saúde estabelece a Comissão de Farmácia e Terapêutica como uma das estratégias para monitorar e promover a qualidade no uso dos medicamentos. Estudos mostram que em países desenvolvidos como Canadá e Estados Unidos essas comissões possuem papel fundamental nas variáveis econômicas, sociais e sanitárias para avaliar a incorporação de medicamentos à padronização das unidades hospitalares (PRIMO et al., 2015).

O farmacêutico clínico na instituição é responsável por desempenhar várias atividades relacionadas à assistência aos pacientes, dentre estas atividades podemos citar: realizar análise das prescrições médicas, acompanhar a dispensação dos medicamentos, monitorar o controle de antibióticos, realizar a reconciliação medicamentosa, participar do plano terapêutico, analisar as reações adversas a medicamentos e realizar orientações quanto ao uso de medicamentos durante a alta hospitalar.

Desde o advento da Farmácia Clínica em hospitais dos EUA na segunda metade do século passado, a inserção do farmacêutico na equipe de saúde tem se caracterizado como um processo mais efetivo em países da Europa, América do Norte e na Austrália. A presença de farmacêuticos clínicos favorece o uso racional de medicamentos, reduz tempo de internação e custos e impacta positivamente na qualidade de vida dos pacientes e nos índices de mortalidade após a alta hospitalar. Em contrapartida, nos países em desenvolvimento, que possuem um sistema de saúde em fase de estruturação, há uma inquestionável lacuna de conhecimento e de ações associadas à Farmácia Clínica. No Brasil, os farmacêuticos, de modo geral, privilegiam atividades relacionadas à tecnologia de gestão em detrimento das atividades clínicas (RODRIGUES; PEREIRA, 2016).

Para proporcionar uma melhor segurança aos pacientes internados e para a execução e maior controle da logística hospitalar de assistência farmacêutica, o hospital citado no estudo possui um sistema informatizado chamado "ALMOX", desenvolvido pela equipe de Tecnologia da Informação do Instituto que administra o hospital. Esse sistema, também reconhecido como experiência exitosa pelos participantes da presente pesquisa, é alimentado pelo coordenador farmacêutico CAF e

pelos auxiliares de farmácia, que registram todas as entradas (compras) e saídas (distribuição e dispensação) de medicamentos e materiais médicos.

A CAF é a unidade de assistência farmacêutica que funciona com a finalidade de armazenar medicamentos e correlatos, bem como garantir sua adequada recepção, estocagem e distribuição em uma área física, levando em consideração o perfil assistencial do hospital, as características dos medicamentos e a política de gestão de materiais (BRAZ; BRAZ; SILVEIRA, 2016). Considerando a importância da atividade desenvolvida por esta unidade, a utilização de sistemas informatizados que visem aprimorar e agilizar o controle de medicamentos e materiais hospitalares contribui significativamente com a logística hospitalar de assistência farmacêutica.

Os sujeitos do estudo relataram que a Central de Abastecimento Farmacêutico tem atendido, de forma satisfatória, as necessidades dos clientes de acordo com a demanda que chega e a disponibilidade de estoque. Desse modo, sua metodologia de trabalho pode ser considerada outra experiência exitosa da Instituição. Os auxiliares de farmácia têm a preocupação em separar de forma organizada os medicamentos e materiais médicos, observando as validades e solicitando a presença do farmacêutico supervisor para a conferência dos pedidos.

CATEGORIA “PROBLEMAS ENFRENTADOS PELO SETOR DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO”

No que concerne aos problemas enfrentados pelo setor de abastecimento farmacêutico da instituição participante do estudo, os sujeitos relataram que não existe um fluxo de comunicação entre os farmacêuticos da Central de Abastecimento Farmacêutico ou farmacêutico clínico e a assistência durante a falta de medicamentos ou materiais médicos, o que dificulta a preparação da equipe para pensar em alternativas de tratamentos.

A comunicação entre as equipes assistenciais é de fundamental importância para um bom desempenho do seu processo de trabalho permitindo, assim, uma assistência ao paciente com qualidade e facilitando o planejamento da equipe para atuar de forma alternativa durante a falta de medicamentos ou materiais médicos.

O profissional de enfermagem vivencia com frequência nas instituições de caráter público, principalmente, problemas com falta de materiais de consumo para desempenhar suas atividades junto ao cliente. A substituição dos materiais de consumo é prática frequente sempre que existe falta do material de primeira escolha para realização do procedimento (GROSSI; BITTAR, 2012).

Em relação à logística hospitalar interna, ou-

tros problemas enfrentados pelos farmacêuticos estão relacionados às aquisições de medicamentos e materiais médicos, problemas com fornecedores, falta de rastreabilidade dos itens, falta de códigos de barras, além do controle manual de todo o estoque quando há alguma falha no sistema “ALMOX”.

A gestão de materiais, devido à complexidade de atividades pertinentes à área (como: controle, compras, estoque, armazenamento, distribuição, entre outras), exige por parte do gestor do estoque, atributos como: planejamento, supervisão, pensamento estratégico, antecipação, poder de decisão, liderança, comunicação, educação permanente com capacitação em serviço e criatividade (NERY; GUIMARÃES; LEAL JÚNIOR, 2016).

Conforme os relatos dos sujeitos, quando há falhas no sistema por falta de energia no hospital, o sistema “ALMOX” utilizado pela assistência farmacêutica impede os registros das movimentações (entradas e saídas) de medicamentos e materiais médicos, o que dificulta o trabalho que passa a ser manual, sendo registrado em planilhas o recebimento e a dispensação. Nessas ocasiões, há maior possibilidade de falhas, o que pode prejudicar todo o estoque dos produtos.

O estoque de uma farmácia hospitalar pode ser caracterizado pela constante solicitação e re-

posição de medicamentos, que se configura como uma situação crítica, visto que à medida que o medicamento é utilizado na Instituição deve ser repostado, de forma que haja sempre a disponibilidade dele (SANTANA et al. 2016).

Durante a pesquisa, foi identificado que no hospital citado existe um controle de rastreabilidade em torno de 95% de medicamentos e materiais entre a Central de Abastecimento Farmacêutico e a Central de Produção e Distribuição, portanto para que esse controle também seja realizado nas farmácias satélites deveria existir um sistema de código de barras a ser utilizado na ocasião da dispensação para os pacientes.

Categoria “melhorias do setor de abastecimento farmacêutico”

Os sujeitos do estudo relataram sobre a importância do planejamento da logística interna da farmácia, cujo propósito é garantir os insumos assistenciais no tempo previsto para não haver prejuízo para o paciente, garantindo uma assistência de qualidade.

Para que o setor da farmácia possa organizar melhor o seu planejamento, este depende de vários fatores que inclui todas as fases da logística interna: aquisição, recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação. Cada fase possui suas particu-

laridades que devem ser seguidas rigorosamente, conforme normas e legislações específicas de acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Além de todas essas fases, existe a necessidade do controle de estoque a partir do consumo de cada item utilizado pelo paciente. É importante que esse controle seja executado diariamente na farmácia para que se possa garantir o abastecimento adequado, de acordo com as necessidades dos pacientes.

O grande desafio para as farmácias hospitalares é melhorar a gestão administrativa, ou seja, o trabalho desde o planejamento e compras até a estocagem, armazenamento e distribuição. Também é imprescindível a melhoria da qualidade técnica, ou seja, da dispensação (proporcionar a medicação ao paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado), da manipulação (preparação do medicamento), da participação em grupos multiprofissionais (integração dos funcionários de diversas áreas: farmacêuticos, médicos, enfermeiras, administradores, entre outros) e das ações de farmácia clínica (ABBAS; LEONCINE, 2013).

Para a melhoria do serviço da farmácia hospitalar da instituição pesquisada, os gestores farmacêuticos relataram a necessidade de incrementar a

comunicação, de aperfeiçoar o sistema informatizado “ALMOX” e implantar um sistema de rastreamento de medicamentos e materiais médicos via código de barras a ser utilizado em toda a assistência farmacêutica.

No âmbito hospitalar, a tecnologia da informação pode ajudar a melhorar o desempenho, a comunicação e a segurança, na medida em que minimiza a necessidade de interferência humana, resultando em maior velocidade nas operações, redução de erros, aumento do controle e fidelidade das informações, elementos essenciais para um gerenciamento eficiente (BOUÇAS, 2014).

O emprego de código de barras e sistemas automatizados de distribuição garantem a dupla checagem e a rastreabilidade das operações, a partir do monitoramento do recebimento, distribuição, dispensação e administração de insumos mantendo-se o controle sobre o lote e a validade deles nos diferentes processos (MALTA, 2010). Além disso, proporciona à farmácia hospitalar redução no tempo gasto na operação, racionalização da mão de obra e maior agilidade das atividades desenvolvidas (MARTINS; GOMES, 2013).

Em relação à comunicação, os gestores farmacêuticos relataram a importância de uma boa comunicação interna com todos os funcionários da

farmácia, com a equipe de profissionais da saúde e com a área administrativa no que diz respeito ao setor de compras para uma melhor compreensão de todos os processos de trabalho. Foi relatada também a importância da comunicação externa com os fornecedores para que ambos possam ter uma relação de confiança quanto à entrega dos produtos dentro dos prazos estabelecidos, seguindo todo um planejamento já estabelecido.

Os auxiliares de farmácia participantes da pesquisa sugeriram haver uma melhor comunicação entre estes e a equipe de enfermagem, no sentido deles conhecerem e seguirem os fluxos da farmácia, havendo um maior compromisso e responsabilidade de todos para uma melhor assistência aos pacientes.

Em quase sua totalidade, os erros de medicação estão relacionados à prática profissional, aos produtos, aos processos ou aos sistemas, incluindo erros na prescrição, comunicação, rotulagem, embalagem, nomenclatura, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e utilização. Os erros de medicação são um problema social e de saúde, que geram impacto econômico significativo e alta morbidade e mortalidade, e que podem ser identificados e evitados durante as práticas diárias de trabalho (ABREU; RODRIGUES; PAIXÃO, 2013).

A farmácia hospitalar deverá promover e apoiar ações de ensino, educação permanente e pesquisa nas suas diversas atividades (administrativas, técnicas e clínicas). Essas ações deverão ser consoantes aos objetivos do serviço e do sistema de saúde, como também, para produção de informações e conhecimentos com o propósito de aperfeiçoar a organização dos serviços, práticas e processos de utilização de medicamentos e demais produtos para a saúde (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2012).

Como resultado da pesquisa, foi elaborado um Manual de Recomendações para o Bom Funcionamento da Logística Hospitalar Interna de Abastecimento Farmacêutico.

CONCLUSÃO

Observou-se na pesquisa que a gestão da farmácia hospitalar, especificamente a área da logística hospitalar interna se apresenta de forma bastante organizada com todos os seus processos de trabalho bem definidos, que incluem desde as fases de recebimento, de armazenagem e de distribuição até a dispensação de medicamentos e materiais médicos hospitalares, cada uma delas apresentando suas especificidades.

Vale ressaltar a importância de um sistema informatizado em toda a logística hospitalar interna e a inclusão de um sistema de rastreabilidade via código de barras para facilitar o controle de estoque e o melhor gerenciamento de toda a logística hospitalar.

Para a melhoria do serviço da farmácia hospitalar da instituição pesquisada, os gestores farmacêuticos relataram a necessidade de incrementar a comunicação, de aperfeiçoar o sistema informatizado e implantar um sistema de rastreabilidade de medicamentos e materiais médicos via código de barras a ser utilizado em toda a assistência farmacêutica.

REFERÊNCIAS

ABBAS, K.; LEONCINE, M. Proposta de melhorias no sistema de distribuição de medicamentos para aumento da qualidade em farmácias hospitalares. **Revista de Administração Hospitalar**, v. 10, n. 2, p. 1-12, maio-ago. 2013. Disponível em:

<<http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/1674/1124>>. Acesso em: 22 out. 2017.

ABREU, C. C. F.; DE; RODRIGUES, M. A.; PAIXÃO, M. P. B. A. Erros de medicação reportados pelos enfermeiros da prática clínica. **Revista de Enfermagem Referência**,

Coimbra, v. ser III, n. 10, p. 63-68, jul. 2013.

BARBIERI, J. C. MACHLINE, C. **Logística hospitalar: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

BOUÇAS, E. **Implicações do processo de acreditação em serviços de farmácia de hospitais privados sob a perspectiva da qualidade da assistência farmacêutica: um estudo de caso**. 2014. 132 f. Dissertação (Mestrado em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica) - Universidade Federal Fluminense, Niterói - Rio de Janeiro, 2014.

BRAZ, J.P.A.; BRAZ, J.K.F.S.; SILVEIRA, W.L.L. Planejamento Estratégico Situacional para a Melhoria da Central de Abastecimento Farmacêutico do Hospital Público de Doenças Infectocontagiosas (Natal/RN). **Espaço para a Saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná, Londrina**, v. 17, n. 2, p. 160-168, dez. 2016. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacopara-saude/article/view/26888/pdf16>>. Acesso em: 18 out. 2017.

CAMPOS, W. L.; LIRA, R. A. **O gestor hospitalar e sua atuação frente ao suprimento de materiais**. 2010. Disponível em: <www.perspectivasonline.com.br>. Acesso em: 11 dez. 2015.

CASSEP, A.A. **Organização social**. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

CAUDURO, V. D.; ZUCATTO, L. C. Proposição de lote econômico como estratégia de compra para farmá-

cia hospitalar municipal. **Contexto**. Porto Alegre, v. 11, n. 20, p. 73-84, 2. sem. 2011.

CAVALINNI, M.E.; BISSON, M.P. **Farmácia hospitalar: um enfoque em sistemas de saúde**. São Paulo: Manole, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 568, de 06 de dezembro de 2012**. Regulamenta o exercício profissional em farmácia e unidade hospitalar, clínicas e casa de saúde de natureza pública ou privada. Dá nova redação aos artigos 1º ao 6º da Resolução/CFF nº 492, de 26 de novembro de 2008, que regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/568.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2017.

GROSSI, M.G.; BITTAR, E. A substituição de materiais de consumo na dinâmica de trabalho do enfermeiro em um hospital cardiológico. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. Belo Horizonte, v. 8, n. 8, p. 42-51, 2012.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR – ISGH. **Histórico institucional**. Disponível em: <<http://www.isgh.org.br/institucional/historico>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

MALTA, N. G. Farmácia hospitalar: rastreabilidade de medicamentos na farmácia hospitalar.

Revista Pharmacia Brasileira, n. 79, nov./dez. 2010/jan. 2011. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/sistemas/>>

geral/revista/pdf/129/pb79_encarte_farmacia_hospitalar.pdf > . Acesso em: 18 nov. 2017.

MANSO, M.E.G.; BIFF, E.C.A.; GERARDI, T.J. Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde do município de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 151-164, 2015. Disponível em: <www.redalyc.org/articulo.oa?id=403839881014>. Acesso em: 20 out. 2017.

MARTINS, R.M.; GOMES, J.C.M. Experiência do hospital estadual Sumaré na informatização e automação da farmácia hospitalar. In: STORPIRTIS, S. et al. (Org.). **Ciência Farmacêutica: farmácia clínica e atenção farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 117-122, 2013.

NERY, R.V.; GUIMARÃES, V.A.; LEAL JUNIOR, I.C. Gestão de estoque: uma atividade logística na administração de um hospital público do estado do RJ. **Revista Uniabeu**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 22, p. 49-63, 2016. Disponível em: <http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/2404/pdf_330> Acesso em: 20 out. 2017.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008.

PRIMO, L. P. et al. Atuação da comissão de farmácia e terapêutica em um hospital de ensino. **Medicina**. Ribeirão Preto, v. 48, n. 1, p. 27-32, 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/96833>> Acesso em: 20 out. 2017.

RODRIGUES, J.P.V.; PEREIRA, L.R.L. Farmácia Clínica em ambiente hospitalar: perspectivas e estratégias para implementação. **Journal of Applied Pharmaceutical Sciences**, v. 3, n. S1, p. 7-10, 2016. Disponível em: <http://www.academia.edu/28587672/Farm%C3%A1cia_Cl%C3%ADnica_em_Ambiente_Hospitalar_Perspectivas_e_Estrat%C3%A9gias_para_Implementa%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 03 nov. 2017.

SANTANA, R. S. et al. SECH: Software de gerenciamento farmacêutico e prescrição eletrônica. **Revista Saúde.com**, v. 12, n. 4, p. 680-687, 2016. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/422>>. Acesso em: 22 out. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR E SERVIÇOS DE SAÚDE - SBRAFH. **Padrões mínimos para farmácia hospitalar**. Goiânia: p. 20, 2007. Disponível em: <<http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/4f7baaa6b63d5.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

SOUSA, A. M. **Logística hospitalar**: a eficiência do processo de suprimento de medicamentos na rede pública hospitalar do Distrito Federal. 2011. Monografia (Bacharelado em Administração) - Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

CAPÍTULO 11

GESTÃO EM SAÚDE PARA PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIA ÉTICA NOS TRABALHADORES DE SAÚDE: O CASO DA ENFERMAGEM

Diego Mauricio Portela Dutra
Thereza Maria Magalhães Moreira

INTRODUÇÃO

A ética é um assunto indissociável da prática de qualquer profissão, ainda mais se a vida e o bem-estar de seus clientes dependerem do seu agir, como é o caso das profissões da saúde, de modo que sua formação deve contemplar não só o saber-fazer, mas também o saber-ser.

No entanto, várias pesquisas mostram que graduandos de Medicina, Enfermagem e Odontologia não só estagnam, como podem até regredir em sua competência moral ao longo de seu percurso na formação (LIND, 2000a; FEITOSA, et al. 2013; FREITAS, et al. 2006; OLIVEIRA, 2008). Competência moral é a capacidade de resolver conflitos de valores baseando-se em seus próprios princípios morais e é prerequisite para a competência ética (LIND, 2000b; AROUCA, REGO, MACHADO, 2008).

Finkler (2018) explicou o fenômeno supracitado dizendo que, durante a formação, “enquanto as habilidades são valorizadas e os conhecimentos técnico-científicos são supervalorizados, as atitudes são relegadas, desprezadas, invisibilizadas”. Em outras palavras, é grande a importância do ensino técnico-prático, mas a formação para a humanização do fazer é diminuta.

A Gestão em saúde deve estar atenta em sua política de formação de recursos humanos para favorecer a promoção de competência ética nos trabalhadores de saúde, seja promovendo cursos sobre ética, deontologia e cuidado, seja promovendo educação permanente e dinâmica na área, seja implementando políticas que otimizem a adoção de tais condutas no cenário de cuidado no Sistema Único de Saúde - SUS em rede pública ou complementar.

Fazendo um recorte para os profissionais de enfermagem, os quais no desenvolver da sua prática vão enfrentar o confronto entre dois aspectos do prestar cuidado, que são “o conhecimento integral, natural, qualitativo, popular; e o conhecimento biomecânico, tecnológico, quantitativo e científico” (ESCOBAR-CASTELLANOS; CID-HENRIQUEZ, 2018), a formação acadêmica destes deveria ser uma excelente oportunidade para a construção da personalidade moral, que constitui a essência da dimensão ética da educação superior (FINKLER, 2018).

Silva et al. (2018) salientam que muitos profissionais de enfermagem têm pouco conhecimento sobre seus direitos e deveres, bem como os direitos do paciente, fazendo-se necessária melhor difusão do Código de Ética entre os profissionais. Esse conhecimento torna-se imperativo ao lembrarmos que um Código de Ética é a legislação que regulamenta a profissão, portanto, suas determinações têm valor de lei e seus infratores podem ser severamente punidos (LEAL, 2012).

Ora, em sentido amplo, a ética é o conjunto de valores morais e princípios, que norteiam a conduta humana na sociedade, podendo ser entendida como a ciência da conduta humana perante o ser e seus semelhantes (BITTAR, 2012; SÁ, 1998). Nesse sentido, a ética serve para o equilíbrio e o bom funcionamento social, possibilitando que ninguém saia prejudicado com condutas inadequadas.

Ribeiro (2016) traz a etimologia da palavra ética, que vem do grego "*ethos*", e lembra que seu correlato no latim, que é "*morale*", com o mesmo significado: conduta, ou relativo aos costumes. Podemos concluir que etimologicamente ética e moral são palavras sinônimas. Em outras palavras, ética pode ser descrita como valores dos quais derivam os deveres (TAILLE, SOUZA e VIZIOLI, 2004).

Embora etimologicamente ligadas, é de suma importância a distinção dos significados hoje utilizados para ética e moral. A ética traz os princípios que servem de fundamento para construção das regras e normas da moral (LEITE, 2002). Ribeiro (2016) define ética como a ciência na qual o objeto é o julgar os atos qualificados como bons ou maus. Estuda o comportamento humano, empregando metodologias descritivas e comparativas. A moral, por sua vez, tem caráter normativo, direcionando o comportamento.

A ética profissional integra a ética geral, agora relacionada às regras em questões laborais, formada pelos princípios defendidos e vividos por uma categoria. Assim, cada profissão tem seu código de ética próprio, definido pela responsabilidade que dele decorre (BITTAR, 2012; LEITE, 2002).

Embora, no Brasil, as discussões sobre ética na enfermagem tenham começado em 1951, o primeiro Código de Ética de Enfermagem só foi aprovado em 1958, elaborado pelas enfermeiras religiosas, e visava mais a segurança no exercício profissional (SILVA, 2018). Já os Códigos Profissionais modernos devem espelhar o cotidiano dos profissionais, ser genéricos e abrangentes, sem deixar de abarcar minúcias necessárias a discernimentos de condutas, sejam elas das mais variadas

formas, dolosas, culposas, negligentes, imperitas ou imprudentes, variando de ações omissivas a comissivas, obrigações de fazer e/ou deixar de fazer.

No entanto, os Códigos, em geral, nascem com uma linguagem jurídica e escrita rebuscada, sendo alcançado apenas pelos estratos mais academicistas de um contingente profissional formado por amplo espectro e com grande diversificação.

Como os atos profissionais se baseiam em seus Códigos de Ética, ele deve estabelecer com clareza os princípios morais, deveres e obrigações que norteiam o adequado desempenho profissional (COMISIÓN PERMANENTE DE ENFERMERÍA, 2001), caso contrário, o objetivo finalístico da norma nunca será alcançado.

Os Conselhos, as Instituições de Ensino e os órgãos de fomento da profissão devem estar atentos a mecanismos e produtos que ajudem a melhorar a formação técnica, moral e social da profissão, pois o impacto social por ela causado em suas ações diretas na assistência do indivíduo, repercutem sobremaneira na qualidade da saúde pública do país.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, portanto, deve alcançar e ser aprazível do enfermeiro acadêmico à parteira de zona rural, tendo como requisito o acesso de todos e a compreensão dos processos morais e éticos previstos,

servindo como um documento universal, pautado nas necessidades diárias e abstratas da categoria, que se personificam a cada fazer humano.

Somando isso ao fato de que o ambiente de trabalho da enfermagem está marcado por divergências de valores, tomadas de decisões das quais dependem vidas e enfrentamentos nas relações interpessoais, tudo isso resulta em dilemas éticos e, mesmo reconhecendo a constância desses dilemas em sua prática, declaram-se inadequadamente treinados na questão (MONTENEGRO et al., 2016; LOSA; BECERRO, 2014).

Diversas estratégias de enfrentamento são utilizadas diante de tais dilemas, que podem resultar em situações positivas, se levarem ao diálogo e à reflexão, ou negativas se não o fizerem, mostrando a necessidade de educação ética e do desenvolvimento de pesquisas de gestão em saúde no tema para promover a competência ética nos trabalhadores (SCHAEFER; VIEIRA, 2015).

Ante o exposto, percebe-se o quanto um material com essas características e com este potencial de capilaridade pode contribuir para práticas e reflexões no exercício profissional da enfermagem, em todos os seus ambientes de atuação. Portanto, o objetivo dessa pesquisa é descrever a produção científica sobre ética na enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, que analisa documentos públicos de domínio científico, relacionando a contribuição de diferentes autores sobre determinada temática (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009; GIL, 2008; MARTINS; THEOPHILO, 2009; FERREIRA, 2002, p. 258; LAKATOS, 2005).

Para seleção dos artigos foram utilizadas as bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e a biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), combinando os descritores “Ética” e “enfermagem”, bem como seus correspondentes em inglês, separados pelo operador booleano *AND*. Utilizando-se da ferramenta de pesquisa avançada, selecionou-se como critério a opção que os descritores aparecessem no título e o período de tempo que interessava aos autores avaliar o estado da arte, que foi do ano 2014 a 2018.

Como critério de inclusão optou-se por artigos disponibilizados na íntegra de forma gratuita. Foram excluídos artigos com textos jornalísticos, relatos de experiência e editoriais. Foram encontrados 21 artigos, no entanto, quatro deles eram repetidos, três eram dissertações e um era tese, restando 13. Por conta dos critérios de exclusão, três artigos foram eliminados do estudo, sendo um

por ser texto jornalístico e dois por se tratarem de relatos de experiência. Dessa forma, foram selecionados dez artigos para compor essa pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dez artigos selecionados foram catalogados e analisados para posterior síntese. A amostra constou de dois artigos de 2018, três de 2017, dois de 2016, dois de 2015 e um de 2014. O quadro 1 traz a identificação dos títulos dos artigos, autores, em quais periódicos foram publicados e em qual ano.

Quadro 1 - Identificação dos artigos

Título	Autor	Periódico/ Ano
El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud.	Escobar-Castellanos; Cid-Henriquez	Acta Bioeth 2018
Deontological aspects of the nursing profession: understanding the code of ethics.	Silva <i>et al.</i>	Rev. Bras. Enferm. 2018
Ética e educação em enfermagem: uma revisão da literatura	Ranuzi; Almeida; Santos	Nursing 2017
Ethics in nursing education according to the graduating nursing la brazilian public institution	Ranuzi; Almeida; Contim	Mundo Saúde 2017
Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre o código de ética que rege a profissão.	Barbosa	Rev. Baiana Enferm. 2017
Elements and strategies for ethical decision-making in nursing	Nora <i>et al.</i>	Texto Contexto – Enferm. 2016

Práticas de cuidado de enfermagem na terapia intensiva: análise segundo a ética da responsabilidade.	Silva	Esc. Anna Nery 2016
La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera.	Garcia Moyano	Acta Bioeth 2015
Ethical competence as a coping resource for moral distress in nursing.	Schaefer	Texto Contexto – Enferm. 2015
Nurse attitudes in relation to health care ethics and legal regulations for nursing.	Losa Iglesias	Acta Bioeth 2014

Fonte: Elaborado pelos autores.

A revista *Acta Bioeth* apresentou três das publicações, a *Texto & contexto – Enfermagem* duas, as demais apenas uma publicação nos últimos cinco anos sobre o tema.

Os aspectos da ética enfocados nos artigos, permitiram seu agrupamento em três categorias: 1) Cuidados com Ética, na qual trabalhou-se os aspectos éticos envolvidos diretamente no cuidado da enfermagem; 2) Código de Ética, sendo que os artigos classificados nessa categoria estudaram o conhecimento dos profissionais de enfermagem quanto ao seu Código de Ética; e 3) Educação em Ética, na qual estão os artigos que estudaram a formação formal em ética para os profissionais de enfermagem. A categoria Cuidados com Ética foi, destacadamente, a que abarcou o maior número de artigos (seis). As Categorias Código de Ética e Educação em Ética ficaram igualmente com dois artigos cada.

O quadro 2 explicita o conteúdo dos artigos selecionados, categorizando-os por autor, ano de publicação, objetivo, método/abordagem e conclusões.

Quadro 2 - Conteúdo das pesquisas

Autor	Ano	Objetivo	Método/Abordagem	Conclusão
Escobar-Castellanos; Cid-Henriquez	2018	Analisar os aspectos éticos que influenciam o cuidado de enfermagem	Qualitativo	Fala-se de um sistema de saúde desumanizado, porque a tecnologia tornou-se essencial para resolver problemas de saúde e a vida das pessoas, substituindo o tratamento ou a comunicação humana, o que afeta o desenvolvimento e a evolução deles.
Silva et al.	2018	Verificar o entendimento de profissionais de enfermagem acerca do Código de Ética	Estudo exploratório, descritivo	Parte dos profissionais de enfermagem apreende, de forma coerente, seu significado; outros, apresentam compreensão fragilizada e permeada de jargões.
Ranuzi; Almeida; Santos	2017	Investigar a visão dos alunos iniciantes e concluintes do curso de graduação em enfermagem sobre a ética na formação do enfermeiro	Pesquisa descritiva	Enfatiza-se a necessidade da promoção de espaços/momentos para discussões e trocas de experiências
Ranuzi; Almeida; Contim	2017	Investigar a visão dos alunos iniciantes e concluintes do curso de graduação em enfermagem sobre a ética na formação do enfermeiro	Pesquisa Qualitativa	Para os graduandos de enfermagem (ingressantes e concluintes) a ética é importante no processo de formação, não se restringe ao processo técnico e científico
Barbosa	2017	Compreender o conhecimento de profissionais de enfermagem sobre o código de ética que rege a profissão	Estratégia qualitativa, do tipo exploratória descritiva	A compreensão dos profissionais esteve relacionada às experiências e aos aspectos pessoais, bem como à cultura vigente e também à legislações e aos códigos aprovados para a categoria profissional.

Autor	Ano	Objetivo	Método/ Abordagem	Conclusão
Nora <i>et al.</i>	2016	Identificar os elementos e as estratégias que facilitam a tomada de decisão ética dos enfermeiros frente aos problemas éticos	Revisão integrativa	Conclui-se que os enfermeiros precisam utilizar estratégias que desenvolvam a sensibilidade, habilidades e competência ética para, assim, tomar decisões éticas prudentes
Silva	2016	Identificar e analisar as práticas de cuidar da enfermagem que comprometam os valores ético-profissionais na terapia intensiva	Pesquisa qualitativa e descritiva	Concluiu-se que há por parte dos enfermeiros dificuldades em refletir e expressar os valores ético-profissionais em suas condutas, que foram mais fortemente captadas nas observações de campo por passarem os modos como cuidam na UTI, e as prioridades estabelecidas no seu fazer diário.
Garcia Moyano	2015	Analisar a utilidade da ética do cuidado na profissão de enfermagem	Método analítico-sintético	Sem dúvida, a enfermagem é uma profissão que tem uma carga ética importante. No entanto, no momento, está faltando uma bioética visão definida, o que ajudaria a completar a sua própria definição profissional e também servir como um profissional de ferramentas de decisão
Schaefer	2015	Buscar as melhores evidências disponíveis na literatura sobre a demanda ética vivenciada por enfermeiros nos serviços de saúde	Revisão integrativa da literatura	A demanda ética da prática e o consequente sofrimento moral são realidades muito presentes no trabalho de enfermeiros de diferentes serviços de saúde
Losa Iglesias	2014	Demonstrar o conhecimento, posicionamento e atitudes dos enfermeiros em relação às normas éticas e legais inerentes à prática de enfermagem	O estudo foi um estudo pré-teste / pós-teste utilizando uma estatística descritiva	Enfermeiros estão muito preocupados com as situações que geram conflitos éticos e legais, mas eles não se sentem suficientemente treinados para resolvê-los

Fonte: Elaborado pelos autores.

É compreensível que a categoria Cuidados com Ética seja numericamente destacada, pois se trata do objetivo finalístico das outras duas, Educação em Ética e Código de Ética. Essas três categorias trazem entre si uma sequência lógica, coexistente e cíclica.

É necessário educar em ética para compreensão e adequada adesão ao Código de Ética e só com ambas consegue-se prestar um cuidado ético ao paciente, não sendo esses passos necessariamente isolados, pois a educação em ética precisa articular os conflitos epistemológicos com a práxis, para levar o aluno/profissional à capacidade de refletir e julgar questões éticas (RANUZI; ALMEIDA; SANTOS, 2018).

Sobre a Educação em ética, tem-se que é na formação acadêmica do profissional de enfermagem que começa a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos teóricos, humanísticos e éticos, que lhe permitirão atuar com destreza e qualidade em todos os âmbitos de seus cuidados (ESCOBAR-CASTELLANOS; CID-HENRIQUEZ, 2018). A educação ética é uma construção, pois não é imposta por modelos externos, nem descoberta em valores internos, nem mesmo o desenvolvimento de capacidades morais previamente existentes. Mas é um “processo destinado a dar forma à própria identidade” (FINKLER; NEGREIROS, 2018).

Apesar da clara importância da educação em ética, várias pesquisas mostram que graduandos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, não só estagnam, como podem, conforme já mostrado neste texto, até regredir em sua competência moral durante sua graduação (LIND, 2000a; FEITOSA, et al. 2013; FREITAS, et al. 2006; OLIVEIRA, 2008). O que aqui é chamado de competência moral é a capacidade de resolver conflitos de valores, baseando-se em seus próprios princípios morais e é prerequisite à competência ética (LIND, 2000b; AROUCA, REGO, MACHADO, 2008).

A Educação em ética na graduação em Enfermagem tem se caracterizado por uma visão restritiva ou integradora. Na primeira, a visão está focada na deontologia, orientada prescritiva e normativamente, limitando-se a um conjunto de normas e códigos. Na segunda, foca-se na formação crítica e articulada com conhecimentos, pesquisa e conhecimentos (FERREIRA; RAMOS, 2006; ITO et al. 2006).

Os estudos apontam uma educação ética deficitária, limitada às orientações prescritivas e normativas, sendo necessário articular os conteúdos éticos e as práticas, formando profissionais críticos, reflexivos e com compromissos políticos, assim fornecendo ferramentas ao pleno exercício de suas atividades (RANUZI; ALMEIDA; SANTOS, 2018; RANUZI; ALMEIDA; CONTIM, 2017).

Sobre o Código de Ética, tem-se que, apesar da educação ética não poder se limitar às prescrições normativas, o perfeito entendimento dos ditames normativos da profissão é indissociável do exercício ético do cuidado. O estudo dos deveres profissionais e das regras de natureza ética de uma classe profissional é chamado de deontologia (DICCIONÁRIO DO AURÉLIO, 2018). Tratando do aspecto deontológico da enfermagem, Silva (2018) destaca que o conhecimento limitado dos profissionais sobre seu Código de Ética Profissional promoverá um distanciamento significativo entre as atividades realizadas e suas competências éticas. Isso destaca a necessidade de a educação ética abarcar as questões deontológicas da profissão.

O primeiro Código Deontológico da Enfermagem brasileiro foi criado segundo os padrões das demais profissões, mas destacando expressões como dedicação, discrição, lealdade e confiança, considerando serem características peculiares à enfermagem (BARBOSA, 2017). Já no atual Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), a Enfermagem é considerada ciência, arte e prática social indispensável à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde. Assim, na dicotomia entre ciência e arte na profissão, pode-se citar desde o caráter científico com pesquisas e evidências,

que baseiam a tomada de decisão do profissional e imprimem racionalidade à área, até o componente humanístico, implícito no termo arte do fazer cotidiano. Tais termos, inicialmente, parecem díspares, mas, na verdade, são complementares no exercício do labor da Enfermagem (BRASIL, 2017).

Nos artigos analisados destacam-se dois pontos: o primeiro é a defesa da necessidade de que os profissionais conheçam amplamente o CEPE, pois, por estarem diariamente sujeitos a ocorrências éticas e possíveis infrações, os profissionais precisam imbuir-se de conhecimentos dos preceitos deontológicos, sendo que ações educativas, em ética, podem prevenir as ocorrências de caráter antiético e evitar danos aos pacientes, bem como prejuízos à categoria, ao profissional e à instituição (SILVA, 2018). O segundo refere-se ao nível de conhecimento dos profissionais pertinentes ao CEPE, muitas vezes aquém do que se espera para o pleno exercício da profissão, chegando a confundir as normativas com as de outras legislações pertinentes à profissão (BARBOSA, 2017).

Em uma interseção entre os dois pontos, evidencia-se a importância da educação ética contemplar os ditames normativos deontológicos da Enfermagem desde a formação inicial do profissional, devendo permanecer em formação continua-

da e permanente durante toda sua carreira (BARBOSA, 2017; SILVA, 2018).

Acerca dos Cuidados com Ética, estes, objeto finalístico das anteriores, colocam na prática do profissional os conhecimentos construídos por elas. Desde o início da enfermagem como profissão formal, nos meados do século XIX, os princípios éticos no seu agir já estavam presentes, como a fidelidade ao paciente, onde incluía-se o segredo profissional e a veracidade do cumprimento de suas ações (ESCOBAR-CASTELLANOS; CID-HENRIQUEZ, 2018).

É dever do enfermeiro avaliar cuidadosamente se há riscos aos quais os usuários do serviço de saúde possam ser expostos, devendo informá-los com finalidade preventiva, por meio de ações educativas que envolvam as políticas das instituições de saúde e o compromisso de todos com as medidas de prevenção dessas infrações (FREITAS, 2010).

Constantemente confrontados com dilemas éticos, a enfermagem os enfrenta tomando decisões formuladas por sua bagagem de práticas e conhecimentos construídos, no entanto as situações que geram problemas éticos inquietam e perturbam a consciência dos enfermeiros, porque não há apenas uma solução para elas (NORA, 2016). Para solucionar suas demandas profissionais, o enfer-

meiro faz uso de sua competência plural, dentre elas a competência ética (MACEDO, 2017).

A competência envolve a técnica em si, cujos objetivos são bem delimitados e definidos pelas tarefas; o cuidado que dá sentido à profissão, bem como a plena satisfação do usuário, aspecto mais difícil de mensurar, mas não menos importante (MOYANO, 2015). A construção da competência se dá nesses três aspectos, e não só em sua formação na faculdade, mas também com atualizações periódicas e constantes durante sua carreira em deontologia profissional, bioética e legislação de enfermagem. Para fornecer as competências e ferramentas necessárias para ajudar os enfermeiros a gerir seus problemas éticos, a educação ética deve ser permanente (LOSA IGLESIAS; BECERRO DE BENGOA VALLEJO, 2014; NORA, 2016).

Nos artigos analisados há concordância entre os autores de que, para que o profissional forneça ao paciente cuidados com ética é necessária uma educação ética transversal e problematizadora, que proporcione reflexões sobre o agir ético na atuação (SILVA, 2016; SCHAEFER; VIEIRA, 2015). Destaca-se o papel da instituição em perceber quais são as questões que mais geram sofrimento moral entre seus trabalhadores e quais as intervenções que melhor se adequam à sua realidade

(SCHAEFER; VIEIRA, 2015). Assim, os gestores têm um papel fundamental em agir junto a cada uma das categorias da saúde e favorecer o agir ético com competência.

CONCLUSÃO

A produção científica analisada mostrou em suas três categorias (Educação em Ética; Código de Ética e Cuidados com Ética) sua interligação e necessidade em todo o decorrer da vida profissional, desde sua formação inicial. Foram descritas deficiências no ensino da ética e déficit de conhecimento do Código de Ética, ambos implicando em dificuldade para os enfermeiros enfrentarem dilemas éticos e outros desafios na prestação de um cuidado ético.

As instituições formadoras e as empregadoras devem prezar pelo ensino da ética em todas suas *nuances*, atrelando-a à prática profissional para tornar a construção da consciência ética robusta e condizente com a necessidade da prática profissional. Neste cenário, os gestores devem atuar favorecendo aos profissionais condições de formação e de agir ético com competência.

REFERÊNCIAS

AROUCA, R.; REGO, S.; MACHADO, M.H. O papel da escola na educação moral de estudantes de Odontologia. **Rev Bras Odontol**, v. 65, n. 2, p. 211-15, 2008.

BARBOSA, M.L. et al. Conhecimento de Profissionais de Enfermagem Sobre o Código de Ética Que Rege a Profissão. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 1-10, 20 dez. 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21978>. Acesso em: 16 fev. 2019.

BITTAR, E.C.B. **Curso de ética jurídica: ética geral e profissional**. São Paulo: Saraiva, p. 580, 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564, de 6 de dezembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 233, p. 157, 6 dez. 2017. Seção 1, pt. 1.

COMISIÓN PERMANENTE DE ENFERMERÍA. **Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México**. Secretaría de Salud de México; 2001. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/> Acesso em: 16 fev. 2019.

DICIONÁRIO DO AURÉLIO. Dicionário Do Aurélio Online. [S.l.], 2018. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/deontologia>>. Acesso em: 12 set. 2017.

ESCOBAR-CASTELLANOS, B.; CID-HENRIQUEZ, P. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. **Acta bioethica**, v. 24, n. 1, p. 39-46,

jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2018000100039&lng=en&nrm=iso&tlng=en> Acesso em: 16 fev. 2019.

FEITOSA, H.N.; REGO, S.; BATAGLIA, P.; REGO, G.; NUNES, R. Competência de juízo moral dos estudantes de Medicina. **Rev Bras Educ Med**, v. 37, n. 1, p. 5-14, 2013.

FERREIRA, H.M.; RAMOS, L.H. Directrices curriculares para la enseñanza de la ética en la graduación en enfermería. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 3, p. 328-31, 2006.

FERREIRA, N.S. de A. **As pesquisas denominadas “Estado da Arte”**. Educação e Sociedade, Campinas, v. 23, n. 79, p. 257-272, ago. 2002.

FINKLER, M.; NEGREIROS D.P. de Formação x educação, Deontologia x ética: repensando conceitos, reposicionando docentes. **Rev da ABENO**. [Internet]. 2018 Apr 27;18(2):37–44. Available from: <<https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/561>> Acesso em: 16 fev. 2019.

FREITAS, S.F.T.; KOWALESKI, D.F.; BOING, A.F.; OLIVEIRA, W.F. Stages of moral development among Brazilian dental students. **J Dent Educ.**, v. 70, n. 3, p. 296-306, 2006.

FREITAS, G.F.; OGUISSO, T.; FERNANDES, M.F.P. Fundamentos éticos e morais na prática de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 3, p. 104-108, 2010.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ITO, E.E.; PERES, A.M.; TAKAHASHI, R.T.; LEITE, M.M.J. La enseñanza de enfermería y las directrices curriculares

nacionales: utopía x realidad. **Rev Esc Enferm. USP**, v. 40, n. 4, p. 570-75, 2006.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas; 2005.

LEAL, D.F.; RAUBER, J.J. A concepção de ética dos profissionais da enfermagem. **Rev Min Enferm.** [Internet]. 2012 [cited 2015 Jul 20];16(4):554-63. Available from: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/56> Acesso em: 16 fev. 2019.

LEITE, F.T. **Cidadania, ética e estado**: premissa cristã: a ética profissional na advocacia. Fortaleza: Universidade de Fortaleza. 2002.

LIND, G. Moral regression in medical students and their learning environment. **Rev Bras Educ Med.** 2000a; 24(3):24-33.

_____. O significado e medida da competência moral revisitada: um modelo do duplo aspecto da competência moral. **Psicol Reflex Crít.**, v. 13, n. 3, p. 399-416, 2000b.

LOSA IGLESIAS, M.E.; BECERRO DE BENGUA VALLEJO, R. Nurse attitudes in relation to health care ethics and legal regulations for nursing. **Acta Bioeth.** [Internet], v. 20, n. 2, p. 255-64, 30 nov., 2014. Available from: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2014000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=en Acesso em: 16 fev. 2019.

MACEDO, S.M.F.; CAETANO, A.P.V. A Ética como Competência Profissional na Formação: o pedagogo em foco. **Educação & Realidade**, v. 42, n. 2,

p. 627–648, 23 fev. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-62362017000200627&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 16 fev. 2019.

MARTINS, G. A.; THEOPHILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MONTENEGRO, L. C. et al. Problemas éticos na prática de profissionais de saúde em um hospital escola. **Avances en Enfermería**, v. 34, n. 3, p. 226–235, 1 set. 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/45590>> Acesso em: 16 fev. 2019.

MOYANO, L. G. La Ética Del Cuidado Y Su Aplicación En La Profesión Enfermera. **Acta Bioethica**, v. 21, n. 2, p. 311–317, 2015.

NORA, C. R. D. et al. Elements and strategies for ethical decision-making in nursing. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 1–9, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200503&lng=en&tlng=en> Acesso em: 16 fev. 2019.

OLIVEIRA, M. S. **Desenvolvimento da competência de juízo moral e ambiente de ensino-aprendizagem: uma investigação com estudantes de graduação em enfermagem** [Dissertação Mestrado em Enfermagem]. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 146, 2008.

RANUZI, C.; ALMEIDA, D. V. de; SANTOS, Á.D.S. Ética e educação em enfermagem: uma revisão da literatura. **Nursing**, v. 21, n. 236, p. 2032–2036, 2018.

RANUZI, C.; VIEIRA DE ALMEIDA, D.; CONTIM, D. La ética en la formación del enfermero, según graduandos de enfermería de una institución pública brasileña. **O Mundo da Saúde**, v. 41, n. 1, p. 116–121, 30 mar. 2017.

RIBEIRO, H.; DOS SANTOS, M. Direcionamento Para a Conduta Ética: Estudo de Caso em uma Instituição de Ensino Superior. **Revista Metropolitana de Sustentabilidade**, v. 6, n. 2, p. 57–75, 2016.

SÁ, A. L. de. Ética profissional. São Paulo: Atlas. 1998.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev. Bras. de História & Ciências Sociais**. Santa Vitória do Palmar, v. 1, n. 1, p. 1-15, jul. 2009.

SCHAEFER, R.; VIEIRA, M. Ethical competence as a coping resource for moral distress in nursing. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 563–573, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200563-&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 16 fev. 2019.

SILVA, T.N. da et al. Deontological aspects of the nursing profession: understanding the code of ethics. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 3-10, fev. 2018. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100003-&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2019. <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0565>>. Acesso em: 16 fev. 2019.

SILVA, R.C. da et al. Nursing care practices in intensive care: An analysis according to ethics of responsibility. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 1-8, 2016.

TAILLE, Y. de; L., SOUZA, L.S. de; VIZIOLI, L. Ética e educação: uma revisão da literatura educacional de 1990 a 2003. **Educação e Pesquisa**, v. 30, n. 1, p. 91-108, 2004.

**PARTE V - DIVERSIDADES:
PROPOSIÇÕES**

CAPÍTULO 12

UTILIZAÇÃO DO CHÁ DA FOLHA DA GRAVIOLA (*ANONNA MURICATA*) POR PACIENTES EM TRATAMENTO DE CÂNCER DE PRÓSTATA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Francisca Vilma de Oliveira
Helena Alves de Carvalho Sampaio
Valter Cordeiro Barbosa Filho

INTRODUÇÃO

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) já são os principais responsáveis pelo adoecimento e óbito da população no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Entre esses agravos a incidência de câncer vem crescendo de forma avassaladora. As transições demográficas e epidemiológicas globais sinalizam um impacto cada vez maior da carga de câncer nas próximas décadas (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA, 2018).

Diante da grande incidência de câncer existe a busca de novos métodos e de novas substâncias que auxiliem no seu tratamento, trazendo a cura ou alívio dos sintomas causados por ele.

Vale comentar que nessa doença os pacientes e familiares ficam muito fragilizados, buscando qualquer promessa de cura, ainda mais com o conceito de 'natural' à frente.

Segundo o INCA (2018), estima-se, para o Brasil, no biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excepcionalmente o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer. Os cânceres de próstata (68 mil) em homens e mama (60 mil) em mulheres serão os mais frequentes. À exceção do câncer de pele não melanoma, os tipos de câncer mais incidentes em homens serão próstata (31,7%), pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e cavidade oral (5,2%). Portanto, o câncer de próstata estará em grande evidência.

Dentre as terapêuticas buscadas pela população, com ou sem respaldo da equipe de saúde, podem ser citados os chás de diferentes plantas.

O "Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira" da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2011) define planta medicinal como a espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos e de acordo com a RDC 26/2014 chá medicinal é uma droga vegetal com fins medicinais a ser preparada por meio

de infusão, decocção ou maceração em água pelo consumidor.

O perfil do paciente com câncer de próstata requer tecnologias que contemplem o principal grupo acometido, que são os idosos, onde se encontram grande número de analfabetos, acrescentando-se a estes as suas limitações características da senescência própria da idade e o baixo letramento em saúde (OLIVEIRA, 2018).

Há poucos estudos avaliando a utilização de plantas medicinais por portadores desta afecção. Oliveira (2018) realizou pesquisa investigando uso de chás com proposta medicinal por 100 pacientes em tratamento de câncer de próstata. O chá da folha da graviola foi um dos mais utilizados, concomitante ao tratamento convencional. Outros chás também foram citados, tais como: chá de capim santo, erva cidreira, casca de laranja e folha de jatobá. Dentre as cinco plantas mais citadas, a única mais explorada na literatura quanto a efeitos anticâncer é a folha de graviola, embora haja apoio na literatura para a utilização das demais para controle dos sintomas acarretados pelo câncer e/ou por seu tratamento.

Face à constatação do estudo supracitado, buscou-se conhecer um pouco mais sobre o uso da folha de graviola. Para tanto, realizou-se uma revi-

são integrativa sobre a utilização do chá da folha da graviola (*Annona muricata*) por pacientes portadores de câncer de próstata. Neste capítulo são apresentados os achados referentes a esta revisão.

MÉTODO

A revisão integrativa foi utilizada como recurso metodológico, levando-se em consideração artigos publicados sobre a utilização terapêutica do chá da folha da graviola por pacientes em tratamento de câncer de próstata. Estabeleceu-se a seguinte pergunta problema: Dentre as plantas medicinais, o chá da folha da graviola (*Annona muricata*) está sendo consumido pelos pacientes em tratamento de câncer de próstata como prática complementar ao tratamento convencional?

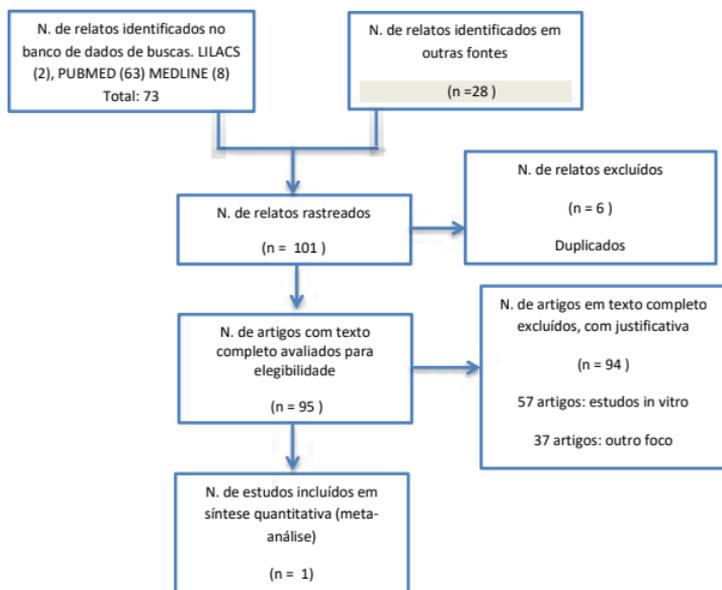
Assim, considerou-se a população como homens com câncer de próstata e a intervenção (exposição) a folha da graviola (*Annona muricata*). A busca foi efetuada no Portal Periódicos CAPES. A busca nas bases de dados ocorreu em janeiro de 2019, sendo incluídos estudos que apresentassem utilização da graviola (*Annona muricata*) por pacientes portadores de câncer de próstata, publicados no período de 2013 a 2018. Para tanto,

utilizou-se os descritores extraídos do DECS (Descritores em Ciências da Saúde) e MESH (Medical Subject Headings) em português, espanhol e inglês: câncer de próstata (*prostate cancer*), e graviola (*Annona muricata*). Os descritores foram mediados pelo operador booleano “AND”, visando abranger estudos que contemplassem esta associação. Foram incluídas publicações em português, inglês e espanhol e que estivessem disponíveis na íntegra no Portal.

Foram encontradas 101 publicações disponíveis nas bases de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), LILACS (Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde), PUBMED/MEDLINE (National Library of Medicine).

Inicialmente, foram extraídos das bases de dados selecionadas os artigos de interesse através da leitura de seus títulos e resumo. Caso a adequação à proposta não estivesse clara, eram lidas a introdução e a conclusão. A Figura 1 exibe informações sobre o processo de busca e seleção.

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos estudos



Fonte: Adaptado de Moher, 2009.

O artigo extraído para análise foi organizado em planilha Excel, contendo as seguintes informações: autores, data, periódico de publicação, objetivo da pesquisa, tipo de estudo, aspectos metodológicos, principais resultados. O Quadro 2 mostra a síntese descritiva do estudo selecionado.

Quadro 2 – Síntese descritiva do estudo selecionado

Autores	Período de publicação	Descrição dos estudos	Ano	País onde foi realizado o estudo	Fitoterápicos utilizados	Pacientes	Resultados avaliados
CLEMENT, Y.N., MAHASE, V., JAGROOP, A., KISSOON, K., MAHARAJ, A., MATHURA, P., QUAN, C.M., RAMADHIN, D., MOHAMMED, C.	PUBMED MED-LINE	Estudo observacional (descritivo e transversal) sobre o uso de ervas medicinais por pacientes oncológicos	2016	Trinidad	<i>Annona muricata</i>	150 pacientes oncológicos (incluindo 36 de câncer de próstata)	<i>Annona muricata</i> L. foi o fitoterápico mais utilizado por todos os pacientes (80,7%) e 80,6% especificamente de câncer de próstata.

Fonte: Adaptado de Clement *et al.* (2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A revisão integrativa realizada permitiu constatar que os estudos com seres humanos enfocando o uso de folha de graviola são escassos e, quando se adiciona o câncer de próstata na busca, apenas um artigo surgiu. Tal fato aponta para a necessidade de mais estudos envolvendo esta planta. Infelizmente, muitos dados interessantes levantados pelos autores não foram estratificados segundo o sítio anatômico do câncer, inviabilizando analisar apenas os portadores de câncer de próstata.

O estudo avaliou 149 pacientes com câncer, sendo 88 (58,67%) com câncer de mama, 36 (24%) com câncer de próstata e 25 (16,67%) com câncer colorretal.

O estudo encontrou a *Annona muricata* sendo utilizada por pacientes em tratamento de câncer,

para compensar os efeitos colaterais do tratamento convencional ou até para curar o câncer na percepção deles. Os autores objetivaram, ainda, avaliar a eficácia percebida pelos pacientes (CLEMENT et al., 2016). Dentre os avaliados, 66,7% acreditava que os produtos de plantas ou funcionais utilizados são igualmente ou mais eficazes do que os tratamentos convencionais.

Neste estudo aqui avaliado, foi referido o uso de 2,7 ervas medicinais/alimentos funcionais por paciente. Os produtos foram consumidos ao menos uma vez por dia pela maioria dos pacientes (68,7%).

A graviola (*Annona muricata* L.) se destacou como a planta mais comum entre os pacientes pesquisados, onde 80,9% deles referiram seu consumo. Quanto aos pacientes com câncer de próstata, especificamente, foi relatado consumo por 80,6% deles. Todas as partes da planta foram utilizadas para fazer infusões e decocções: folhas, casca e sementes, enquanto a fruta madura foi consumida *in natura*, espremida ou amassada.

Um percentual de 87,4% dos pacientes pesquisados acreditava que as plantas medicinais destruiriam as células cancerígenas, com menos efeitos colaterais do que a terapia convencional.

Do total de pacientes, 82% relataram presença de efeitos colaterais associados ao tratamento convencional, apontando como sintomas mais co-

muns náuseas e vômitos (42%), dor (23,3%), queda de cabelo (22,7%), pele e alterações nas unhas (18%) e fadiga (9,3%).

Mesmo com os relatos supracitados, a pesquisa dos autores revelou que somente 26% dos pacientes utilizaram fitoterápicos para combater tais efeitos colaterais.

Houve 77 (51,3%) pacientes que referiram não informar seu médico sobre o uso das plantas e alimentos funcionais.

A grande maioria dos sintomas descritos no estudo de Clement et al. (2016), também foi citada em um outro estudo, de Bussman et al. (2018), que avaliaram 38 fornecedores de plantas medicinais em 24 mercados de Bogotá (vinte e seis dos participantes eram mulheres e 12 homens, com idades variando de 25 a 70 anos) com o objetivo de elucidar mais detalhes sobre uso e proveniência das plantas. Esses autores encontraram o uso de *Annona muricata*, contra indigestão, vômitos e outros problemas de estômago, além de cuidados com a pele e tecido subcutâneo (contusões), mesmo não associando este uso aos sintomas decorrentes do tratamento de câncer.

Na revisão de Wahab et al. (2018), que investigaram extensivamente as folhas da graviola nos seus diversos aspectos farmacológicos, a mesma

foi apontada como detentora de propriedade anti-inflamatória, anticancerígena e com efeitos imunes. Contudo, os autores sinalizaram para a necessidade de um caminho longo a ser trilhado no sentido de expandir as pesquisas e identificar mecanismos de ação dos componentes bioativos responsáveis por efeitos observados.

Até o momento não se dispõe de evidências de ensaios clínicos controlados por placebo para apoiar o uso da graviola (*Annona muricata* L.) no tratamento de qualquer tipo de câncer (CLEMENT et al., 2016). Como visto na busca de publicações nesta revisão, a concentração maior de produção científica está em estudos experimentais, *in vitro* ou com animais. Ainda segundo Clement et al. (2016), a maioria das evidências científicas da atividade antineoplásica dessas plantas e alimentos funcionais provém de estudos *in vitro* e *ex vivo*.

Para Bussman et al. (2018) a *Annona muricata* L., por ser uma planta muito utilizada com fins medicinais por pacientes acometidos por câncer, merece um destaque especial em novas pesquisas farmacológicas, especialmente em relação à eficácia e à interação com a quimioterapia tradicional, dessa forma, contribuindo para que a tradição popular ancorada no conhecimento científico contribua para uma utilização racional de plantas medicinais,

assim como para despertar a conscientização para a importância de manter o cultivo preservado.

Mas cautela é necessária sob dois aspectos: os pacientes necessitam ser informados sobre riscos e benefícios, bem como quanto às concentrações desejáveis. Deve ser enfatizada a importância de discutir a utilização de ervas com a equipe responsável pelo atendimento.

A revisão sistemática de Gavamukulya, Wamunyokoli e El-Shemy (2017) e duas outras revisões, de Coria-Téllez et al. (2018) e de Rady et al. (2018) destacam o valor da *Annona muricata*. Referem à existência de mais de 200 compostos químicos identificados e isolados, a maioria sendo alcaloides, fenóis e acetogeninas. Gavamukulya, Wamunyokoli e El-Shemy (2017) indicam que estudos *in vitro* mostraram efeitos antioxidante, antimicrobiano, anti-inflamatório, inseticida, larvicida e citotóxico a células cancerosas; os *in vivo* mostraram ação ansiolítica, antiestresse, anti-inflamatória, antimalária, imunomoduladora, antidepressiva, gastro e hepato protetora, cicatrizante, hipoglicêmica e anticâncer; ensaios clínicos mostram efeito hipoglicemiante e anticâncer. Por outro lado, há o alerta de que, ao se trabalhar com os compostos isolados, e não com a planta, surgem efeitos neurotóxicos. Nas três revisões destaca-se a necessidade de mais estudos sobre o tema.

Ressaltamos, como limitação encontrada nesta revisão, a dificuldade de encontrar estudos sobre a questão que demonstre evidências científicas em humanos. Por se tratar de um assunto que vem despertando muito interesse, destacamos a possibilidade de ser encontrada em outros periódicos/bases de dados ou até em dados não publicados (teses/dissertações).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi destacar a prática do consumo de chás medicinais, especificamente da graviola (*Annona muricata*) de forma complementar ao tratamento convencional de pacientes em tratamento do câncer de próstata. Constatou-se que diferentes partes da *Annona muricata* são utilizadas com proposta terapêutica, mas foi surpreendente o fato de encontrar apenas uma publicação específica da temática pesquisada.

Os profissionais de saúde devem considerar o consumo de diversos tipos de chás, especificamente o chá da folha da graviola por pacientes oncológicos visto que esta prática nem sempre é relatada pelos pacientes durante o atendimento. As três revisões aqui citadas sobre propriedades identifi-

cadras na graviola, a partir de seus componentes, mostram que, no futuro, ela poderá ser indicada como coadjuvante do tratamento convencional do câncer. Os profissionais de saúde devem acompanhar esses avanços.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2019.

_____. INCA, Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2018**. Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/introducao.asp>>. Acesso: 03 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde. Brasília, 2015a.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Consolidado de Normas da Coordenação de Medicamentos Fitoterápicos e Dinamizados (Versão V)** / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2015. 737p.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 26**. 13 de maio de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares, plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 31).

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira** / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, p. 126, 2011.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Informe técnico nº 45**. 28 de dezembro de 2010. Brasília, 2010. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3474733/mod_resource/content/1/Informe%20T%C3%A9cnico%20n%C2%BA%2045%2C%20de%2028%20de%20dezembro%20de%202010%20%281%29.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2019.

BUSSMANN, R.W.; PANIAGUA Z.N.Y.; ROMERO, C.; HART, R.E. Astonishing diversity—the medicinal plant markets of Bogotá, Colombia. **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine**. V. 14, 2018.

CLEMENT, Y.N.; MAHASE, V.; JAGROOP, A.; KISSOON, K., MAHARAJ, A., MATHURA, P., QUAN, C.M., RAMADHIN, D., MOHAMMED, C. Herbal remedies and functional foods used by cancer patients attending specialty oncology cli-

tics in Trinidad. **BCM Complement Altern Med.**, v. 16, n. 1, p. 399, out 21, 2016. doi: 10.1186/s12906-016-1380-x.

CORIA-TÉLLEZ, A. V. et al. *Annona muricata*: a comprehensive review on its traditional medicinal uses, phytochemicals, pharmacological activities, mechanisms of action and toxicity. **Arabian Journal of Chemistry**. Riad, v. 11, n. 5, p. 662-691, set. 2018.

EQUATOR/PRISMA site: <<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>>. Acesso: 23 de dez. 2018.

FERLAY, J. et al. **GLOBOCAN 2012 v1.0, cancer incidence and mortality worldwide**. Lyon, France: IARC, 2013. (IARC CancerBase, 11). Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr>>. Acesso em: 14 set. 2013.

FOSTER, K.; YOUNGER, N.; AIKEN, W. et al. Reliance on medicinal plant therapy among cancer patients in Jamaica. **Cancer Causes Control**. (2017) 28: 1349. <<https://doi.org/10.1007/s10552-017-0924-9>>. Acesso em: 4 out. 2015.

GAVAMUKULYA, Y.; WAMUNYOKOLI, F.; EL-SHEMY, H.A. *Annona muricata*: Is the natural therapy to most disease conditions including cancer growing in our backyard? a systematic review of its research history and future prospects. **Asian Pac. J. Trop. Med., Haikou**, v. 10, n. 9, p. 835-848, set. 2017.

MOLIN, G.T.D.; CAVINATTO, A.W.; COLE, C.F. Utilização de plantas medicinais e fitoterápicos por pacientes submetidos à quimioterapia de um centro de oncologia de Ijuí/

RS. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 39, n. 3, p. 287-298, jun. 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/Utilizacao_plantas_medicinais_fitoterapicos.pdf. Acesso em 20 jan. 2019.

OLIVEIRA, F.V. **Aplicação dos pressupostos do letramento em saúde na construção de uma cartilha sobre chás medicinais para pacientes com câncer de próstata**. 2018. 111f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2018.

RADY, I. et al. Anticancer properties of graviola (*annona muricata*): a comprehensive mechanistic review. **Oxidative Medicine and Cellular Longevity**. Austin, v. 1, n. 1, p. 1-39, jan. 2018.

WAHAB, S.M.A. et al. Exploring the leaves of *annona muricata* L. as a source of potential anti-inflammatory and anticancer agents. **Front Pharmacol**. Lausanne, v. 20, n. 9, p. 661-676, jun 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva, 2013. Disponível em: www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/. Acesso em: 03 fev. 2019.

CAPÍTULO 13

SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: A (DES)ARTICULAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE SUPLEMENTAR, NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Naara Regia Pinheiro Cavalcante
Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão
Maria Salete Bessa Jorge

A conformação do Sistema de Saúde Brasileiro a partir da Constituição Federal de 1988 é marco importante por legalizar os setores público e privado, instituindo suas relações e compromissos.

Ao colocar que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, a Constituição (BRASIL, 1988) permitiu que além da atuação de entidades privadas de forma complementar no Sistema Único de Saúde (SUS), pudesse haver a atuação da iniciativa privada fora do SUS, na forma de setor suplementar, permissão descrita nos artigos 20 a 23 da lei 8.080/90.

Para os serviços privados com atuação por iniciativa própria, a Lei supracitada em seu Art. 20, coloca:

Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde” e ressalta no art. 22 que na prestação desses serviços “serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento (BRASIL, 1990).

Diante dessa conformação, o Sistema de Saúde Brasileiro conta com um Sistema Único de Saúde de caráter universal, complementado pela iniciativa privada, e um setor privado suplementar atuando paralelamente. Algumas características dos subsistemas citados estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 – Características do sistema de saúde brasileiro

SUBSISTEMA PÚBLICO	SUBSISTEMA PRIVADO
<ul style="list-style-type: none"> › Financiamento: público, com a participação das esferas da federação. › Gestão: pública, única, com integração e articulação entre as diferentes esferas. › Prestadores de Assistência: serviços da rede própria de Municípios, Estados e União; serviços públicos de outras áreas de governo; serviços privados contratados ou conveniados. 	<ul style="list-style-type: none"> › Financiamento: privado, com subsídios do setor público. › Gestão: privada, em processos de regulamentação pela ANS. › Prestadores de Assistência: privados credenciados pelos planos e seguros de saúde ou pelas cooperativas médicas; serviços próprios dos planos e seguros de saúde, etc.; serviços privados conveniados ou contratados pelo subsistema público que são contratados por empresas de planos de saúde, passando a fazer parte da rede credenciada dos mesmos.

Fonte: BRASIL (2011, p. 56).

Embora existam correntes do pensamento Sanitário Brasileiro que entendem o SUS como o próprio Sistema de Saúde, e não como parte des-

te, coexistindo a outras formas de financiamento à saúde (WERNECK, 2010), o fato é que o setor suplementar é integrante legal desse Sistema, constituindo parte significativa do setor privado na saúde no Brasil, passando a ser regulado pela Lei 9.656/98, sob a supervisão e controle da Agência Nacional de Saúde (ANS), criada pela Lei 9.961/00.

A coexistência do público e do privado traz em si arranjos, no cenário brasileiro, que segregam os cidadãos e os serviços, promovem comparações de diversas ordens que potencializam desigualdades e que prejudicam a possibilidade de uma articulação entre as redes de assistência.

Sobre a segregação relacionada aos tipos de serviços oferecidos no SUS e no Setor Suplementar, é colocado:

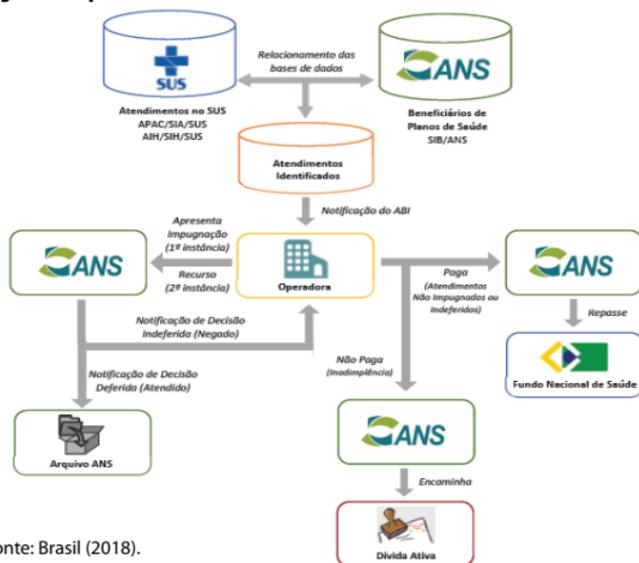
Convivem de forma contraditória a abundância e a escassez de alguns serviços e de tecnologias tanto no SUS como no segmento suplementar, ainda que de natureza e em graus diferentes. No primeiro, nota-se o aparecimento e o recurso a tecnologias leves enquanto no segundo predominam as tecnologias duras. Esse cenário aponta para a complexidade do processo regulatório de forma que o interesse público possa prevalecer na garantia dos princípios constitutivos do sistema de saúde e de seu resultado final (CORDEIRO et al., p. 131, 2011).

Na perspectiva de um Sistema duplicado, no qual não se observa uma articulação efetiva, as relações público-privadas no contexto da Saúde Brasileira possuem “conexões”, que perpassam da assistência à saúde propriamente dita até o quesito financiamento, representado pelo ressarcimento ao SUS.

Estabelecido pelo Artigo 32 da Lei 9.656/1998, o ressarcimento ao SUS, devido em razão dos atendimentos realizados na rede pública de saúde pelos beneficiários das operadoras, nas situações em que os serviços estejam também previstos nos contratos, é um importante instrumento regulatório, à medida que compreende atividades de controle do mercado setorial e de proteção dos consumidores de planos de saúde, além de impedir a prática de condutas abusivas das operadoras ao zelar pelo fiel cumprimento dos seus contratos. (BRASIL, 2017)

Para melhor entendimento, a Figura 1 traz o processo de ressarcimento ao SUS, a partir da utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde.

Figura 1 - O processo de ressarcimento ao SUS



Fonte: Brasil (2018).

Embora tenha sua importância reconhecida, o ressarcimento ao SUS não deve se constituir como eixo primordial para articulação do Setor Público e Suplementar, no Sistema de Saúde Brasileiro. As articulações devem transpor as ações regulatórias e possibilitar mecanismos para a prestação de uma assistência que promova uma integralidade do cuidado, e que garantam a saúde como Direito dos cidadãos.

Nessa perspectiva, a integralidade da assistência, por sua relevância, pode ser inserida como prioridade para uma atuação conjunta dos serviços públicos e suplementares.

O atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, está previsto no texto da Constituição Federal de 1988, artigo 198 II, como também no artigo 7º da Lei 8.080/90, no qual a integralidade de assistência é “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. (BRASIL, 1990)

No âmbito da Saúde Suplementar e com o propósito de alcançar a integralidade da assistência e do cuidado, a ANS tem estabelecido políticas setoriais em consonância com o SUS, com as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), estimulando o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e da prevenção de doenças no setor e a adesão dos beneficiários a eles. A ação tem provocado vários avanços como o crescimento das ações de saúde em diversas operadoras.

A ANS tem buscado estimular as operadoras de planos de saúde a repensarem a organização do sistema de saúde com vistas a contribuir para mudanças que possibilitem sair do modelo hegemonicamente centrado na doença, em procedimentos e baseado na demanda espontânea, para um Modelo de Atenção Integral à Saúde,

no qual haja incorporação progressiva de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (BRASIL, p. 16, 2011).

Estando a Saúde Suplementar e o SUS intimamente imbricados, é necessário que as regulações sociais (assistencial, consumerista e da qualidade) sejam planejadas e viabilizadas de forma conjunta, em uma lógica de política de saúde homogênea para o Estado brasileiro, não devendo haver dicotomia entre as ações (ANS, 2009).

Nesse contexto, para um maior desempenho do SUS e do segmento suplementar para a garantia da integralidade do cuidado, faz-se necessário que esses setores se articulem para uma agenda integrada e coesa, como partes integrantes de um mesmo sistema.

A realidade atual tem apontado para uma (des)articulação da assistência que repercute na fragmentação do cuidado, condição observada como muita nitidez nas situações em que cidadãos com planos de saúde, em internação no SUS, não são visíveis para a Saúde Suplementar durante seus atendimentos na Rede Pública e, por consequência, o segmento privado não consegue intervir conjuntamente com a rede pública em prol de uma assistência compartilhada, conjunta e integral, responsabilizando-se pelo seu beneficiário.

Ao ter atendimento hospitalar prestado no SUS, o cidadão com Plano de Saúde só é identificado formalmente na saúde Suplementar por ocasião da sinalização da ANS para as providências relacionadas ao ressarcimento ao SUS, em momento não coincidente ao atendimento prestado.

Para uma maior compreensão da atual “(Des) articulação” no Setor Público e Suplementar da Saúde, este estudo buscou descrever os fluxos, estratégias e/ou processos existentes na saúde pública e na saúde suplementar, que identificam e sinalizam os cidadãos com planos de saúde, em internação no SUS, para a Saúde Suplementar; e com intuito de contribuir para uma articulação público/privada no Sistema de Saúde Brasileiro, buscou também relacionar propostas para identificação e sinalização dos cidadãos com planos de saúde, em internação no SUS, para continuidade da integralidade do cuidado no setor suplementar.

MÉTODO

Para atender aos referidos objetivos foi realizado um estudo de natureza metodológica com utilização de informações qualitativas, no período de setembro a outubro/2018, no Município de Fortaleza (CEARÁ/ Brasil), junto à **Coordenadoria de Regu-**

lação, Controle, Avaliação e Auditoria do Estado do Ceará (CORAC) e o Núcleo da ANS Fortaleza/CE.

Segundo Polit e Beck (2011), estudo metodológico é aquele que investiga, organiza e analisa dados para construir, validar e avaliar instrumentos e técnicas de pesquisa, centrada no desenvolvimento de ferramentas específicas de coleta de dados com o objetivo de melhorar a confiabilidade e validade desses instrumentos.

Técnicos da CORAC (dois participantes) e da ANS (três participantes) selecionados conforme os seguintes critérios de inclusão: assumir a função de Gestor, Assessor, Gerente, Supervisor, Coordenador ou outros cargos ligados à chefia, constituíram a população do estudo e responderam, individualmente, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, a uma entrevista semiestruturada para a obtenção de informações referentes aos fluxos, estratégias e/ou processos existentes, assim como as propostas dos mesmos para identificação e sinalização dos cidadãos com planos de saúde em internação no SUS, para continuidade da integralidade do cuidado no setor suplementar.

Sobre entrevistas semiestruturadas, Polit e Beck (2011) explicam que também são denominadas como focadas, e que são utilizadas quando os pesquisadores possuem tópicos ou questões

amplas a serem abordadas durante a entrevista. Nesses casos, os entrevistadores usam um guia de entrevista ou de tópicos, de modo a garantir que todas as áreas serão contempladas.

Após o consentimento dos participantes do estudo, as entrevistas foram gravadas em equipamento de áudio, sendo uma delas realizada por meio da ferramenta SKYPE for Business.

O Skype é uma ferramenta de conferência, seja por vídeo, áudio ou apenas texto; ela serve para se comunicar com pessoas que estão distantes e que não conseguem se reunir no mesmo local. Skype for Business (atualização do Microsoft Lync). Utilizado por grandes empresas, a usabilidade dele fornece vários benefícios para empresa, promovendo e maximizando o compartilhamento e colaboração entre toda a equipe. O Skype for Business fornece segurança, *compliance* e gerenciamento de TI em níveis empresariais. O usuário pode se conectar a qualquer usuário na rede Skype, dentro ou fora da organização (BRATECH, 2017).

Na etapa seguinte as gravações foram transcritas na íntegra pela pesquisadora e dispostas para uma análise de conteúdo categorial.

Para Bardin (2011), a análise de conteúdo categorial temática possui campo de aplicação vasto, considerando que tudo que é comunicação parece

suscetível à análise, e que sua descrição analítica funciona segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Bardin (2011) designa como Análise de Conteúdo:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadoras (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (p. 48).

A partir da percepção dos profissionais entrevistados quanto ao contexto estudado, foi possível extrair dados importantes acerca da existência de fluxos, estratégias e/ou processos atuais para identificação e sinalização de cidadãos com planos de saúde em internação do SUS, para continuidade da integralidade do cuidado na Saúde Suplementar, e possibilitou conhecer propostas nesse sentido.

RESULTADOS

As informações obtidas a partir dos dois questionamentos norteadores das entrevistas aponta-

ram para uma inexistência de fluxos, estratégias e/ou processos atuais para identificação e sinalização de cidadãos com planos de saúde em internação do SUS para continuidade da integralidade do cuidado na Saúde Suplementar, como pode ser observado nos trechos das entrevistas a seguir:

[...] desconheço a existência de algo já implantado como você colocou, traçando fluxos, estratégias ou processos. Do meu conhecimento tem o ressarcimento ao SUS [...] (Participante 1).

[...] atualmente, eu não tenho nenhum conhecimento de haver esse fluxograma nessa intenção de um aviso prévio, no momento em que um beneficiário de plano de saúde está recebendo os cuidados pelo Sistema Único de Saúde, o que eu conheço, dentro da ANS, é a questão do ressarcimento ao SUS [...] (Participante 2).

[...] ainda não tem um fluxo de identificação *"in time"*, que a gente fala, ao mesmo tempo que você é internado eu já consegui identificar, isso não acontece[...] (Entrevistado 3).

[...] Não, aqui [...] não[...] (Participante 4).

[...] não existe não, nada que identifique no momento da regulação a existência de plano de saúde[...] (Participante 5).

Observou-se que há um reconhecimento da importância da articulação da Saúde Pública e Saúde Suplementar para a integralidade do cuidado, contudo, as entrevistas revelaram que os Sistemas, atualmente, trabalham na perspectiva do “ressarcimento ao SUS” e, nesse sentido, diante da inexistência de processos comparativos e atuais, as propostas para a mudança desse cenário apontaram para uma alteração nos processos no que diz respeito ao fluxo vigente.

Os participantes, embora não tenham apresentado propostas de processos detalhados, contribuíram com sugestões de etapas sucintas para a alteração do atual fluxo, como pode ser verificado nos trechos abaixo:

[...] uma pessoa internada num hospital do SUS e aí a partir do registro feito pelo hospital e através de um *link* com a ANS, identificando que essa pessoa é beneficiário de plano de saúde e, dessa forma, também já se identifica qual é a operadora de plano de saúde que essa pessoa é vinculada, já se poderia startar uma notificação para a operadora para que ela tomasse conhecimento e aí ela faz dessa informação o que ela melhor entender, eu acho que é uma ferramenta bem interessante[...] seria um ganho para o Sistema Nacional de Saúde[...] (Participante 01).

[...] seria de grande importância esse trabalho prévio por parte das operadoras em conjunto com o agente regulador, porque seria uma forma realmente de primeiro sinalizar que um beneficiário de plano de saúde está se utilizando do Sistema Único [...]. (Participante 02).

[...] a gente consegue saber essas informações preliminares que é o nome da mãe, seu nome completo, data de nascimento, cartão nacional de saúde [...], com isso, se a gente já tiver isso, a gente já consegue dizer que você foi atendido no SUS, Dizendo que você foi atendido no SUS, dizer se você é beneficiário será a parte mais fácil [...]. (Participante 03).

[...] permitir um acesso ao cadastro ou a gente poder encaminhar o nome dessas pessoas à medida que fossem internando [...]. (Participante 04).

[...] através da Regulação, acho que teria uma agilização maior na identificação desse paciente, no momento em que você tivesse a relação de todos pacientes que foram regulados para internação e houvesse, cruzasse com o banco de dados dos pacientes que tem plano de saúde, acho que seria uma forma de ágil do plano ter conhecimento da existência do seu segurado que está internado no SUS [...] (Participante 05).

Cada entrevista realizada apontou etapas importantes a serem incorporadas ao processo atual,

tais como: a geração de relatórios do Sistema de Regulação (SISREG) para a ANS, o aviso de beneficiários internados no SUS para conhecimento das operadoras e a qualificação da operadora mediante as ações de integralidade desenvolvidas.

Tais etapas, se inseridas em sequência lógica no escopo atual, poderão resultar na construção de uma ferramenta articuladora na forma de um Fluxograma Descritor, instrumento que segundo Franco (2003) consiste em uma representação gráfica do processo de trabalho, que permite um olhar agudo sobre os fluxos existentes na produção da assistência, detecta problemas, revela como os processos de trabalho são produzidos, contribuindo para o planejamento e a reorganização deles.

CONCLUSÃO

A (des)articulação verificada entre os setores público e suplementar do Sistema de Saúde Brasileiro é promotora da fragmentação da assistência e, conseqüentemente, da integralidade do cuidado.

Ampliar discussões que coloquem a necessidade de uma articulação promotora de ações que beneficiem os cidadãos e todo o Sistema de Saúde, é primordial para que se cumpram as garantias estabelecidas na Constituição Federal Brasileira.

Entendendo que o público não irá prescindir do privado, faz-se necessário desenvolver mecanismos de controle das atividades que imponham rumos, diretrizes, metas e princípios públicos, e com a participação de uma sociedade consciente de seus direitos e do pertencimento aos serviços públicos, controlá-los (SANTOS; AMARANTE, 2010).

A coexistência do SUS e da Saúde Suplementar, suas características, relações e interfaces com a integralidade do cuidado, apontam para uma necessária articulação público-privada, cuja construção deve ser alicerçada pelo saber e participação coletiva.

As contribuições recebidas por meio dos participantes deste estudo, permitiram uma aproximação com a temática e com a realidade vigente, além de se constituir em importante momento propositivo. Um Fluxograma Descritor que articule o público e o privado, a ser produzido a partir das propostas lançadas por técnicos da esfera Pública e Suplementar se constitui em instrumento inovador para o Sistema de Saúde, vez que além de aproximar os setores, poderá sistematizar uma rotina de articulação deles, em uma perspectiva de responsabilidade na assistência integral aos indivíduos e melhoria gradativa de seus desempenhos assistenciais.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório.** Rio de Janeiro: ANS, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Boletim informativo:** utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS. Rio de Janeiro: ANS, 2017.

_____. **Boletim informativo:** utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS. Rio de Janeiro: ANS, 2018.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 30 nov. 2017.

_____. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 jun. 1998. Seção 1, p. 49. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 01 dez. 2017.

_____. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Seção 1, p. 97. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm>. Acesso em: 02 dez. 2017.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar**. Brasília: CONASS, 2011. 148 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 12).

BRATECH. **Diferenças entre Skype e Skype for Business**. [S.I.]: 2015. Disponível em: <<http://bratech.com.br/diferencas-entre-skype-e-skype-for-business/>>. Acesso em: 31 out. 2018.

CORDEIRO, H.A. et al. Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Org.). **Gestão pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 129-151, 2011.

FRANCO, T.B.O. Uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz – MG. In: MERHY, E. E. et al. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, cap. 10, p. 166-168, 2003.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 669.

SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

WERNECK, H.F. **Os Seguros privados de saúde no Brasil**: uma análise taxonômica a partir da OCDE. 2010. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Textos_para_discussao_02.pdf>. Acesso em 22 nov. 2017.

CAPÍTULO 14

A UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER (SISCAN) COMO FERRAMENTA DE MONITORAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NA REGIÃO DE SAÚDE DE RUSSAS

Ivonete Pereira Cavalcante Vieira
Carlos Garcia Filho

INTRODUÇÃO

A informação é o elemento principal de um Sistema de Informação (SI). Os processos de uma organização se apoiam em diversos sistemas gerenciais que têm como objetivos: armazenar, tratar e fornecer informações.

Todo SI é composto por subsistemas: social e automatizado. O primeiro inclui as pessoas, processos, informações e documentos. O segundo consiste dos meios automatizados (máquinas, computadores, redes de comunicação) que interligam os elementos do subsistema social. As pessoas, juntamente com os processos que executam e com

as informações e documentos que manipulam, também fazem parte do SI. Este muito maior que um *software*, pois além de incluir o *hardware* e o *software*, também inclui os processos e seus agentes que são executados fora das máquinas. Isso implica em que pessoas que não usam computadores também façam parte do sistema e necessitem ser observadas e guiadas pelos processos de planejamento e análise de sistemas (REISSWITZ, 2019).

Quando não se dá a devida atenção ao aspecto social, os sistemas automatizados podem se tornar ineficazes ou subutilizados, mesmo que estejam funcionando adequadamente. Na realidade, os aspectos sociais interferem no funcionamento do SI. Os processos podem ser modificados, mediante ausência de controle dos aspectos sociais. Esse fato resulta em muitos sistemas que, após implantados, acabam não sendo utilizados ou até mesmo trazendo prejuízos ou dificultando o trabalho nas organizações (REISSWITZ, 2019).

O estudo dos sistemas de informação surgiu como uma subdisciplina das ciências da computação, com o objetivo de racionalizar a administração da tecnologia no seio das organizações. O campo de estudo foi se desenvolvendo até vir mesmo a fazer parte dos estudos superiores dentro da administração (BRASIL, 2006).

Devido à gama de informações produzidas nos municípios e estados, o Ministério da Saúde, através do seu portal, conceituou que os sistemas de informação são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados que têm o objetivo de fornecer informações para que gestores e equipe técnica possam identificar, analisar e compreender importantes problemas de saúde da população, subsidiando a tomada de decisão nos níveis hierárquicos: municipal, estadual e federal (BRASIL, 2006).

Segundo Marin (2010), os sistemas de informação em saúde (SIS) congregam um conjunto de informações e conhecimentos utilizados para sustentar o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos múltiplos profissionais da área da saúde envolvidos na assistência do sistema de saúde.

Este trabalho tem como objetivo descrever o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e ressaltar sua operacionalização como ferramenta gerencial no monitoramento do câncer de mama na Região de Saúde de Russas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, bibliográfico, onde se faz um panorama dos principais SI

desenvolvidos pelo Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunização (SI-PNI), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com ênfase no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A evolução do SI deve ser rápida para acompanhar as necessidades dos diferentes públicos que se utilizam do armazenamento, tratamento e disseminação da informação.

O Ministério da Saúde disponibiliza diversos sistemas gratuitos para municípios e estados alimentar as informações, gerando relatórios consolidados.

Cada SI tem sua importância e utilização, a saber:

- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): visa reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território na-

cional. Sua implantação ocorreu de forma lenta e gradual em todas as Unidades da Federação (BRASIL, 2019);

- Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi criado pelo DATASUS para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país. A partir da criação do SIM foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área (BRASIL, 2019);
- Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), implantado na década de noventa, transforma os registros dos atendimentos realizados, através do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) em informações relevantes para subsidiar a tomada de decisão em saúde (BRASIL, 2019);
- Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS) é responsável por informações para a gestão dos serviços de saúde e para os profissionais conhecerem as doenças que levam a população às internações hospitalares (BRASIL, 2019);

- Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) possibilita controle de estoque das vacinas e soros e uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, agregados por faixa etária, em determinado local e período de tempo (BRASIL, 2019);
- Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registra casos suspeitos e confirmados de doenças e agravos contidos na lista nacional de doenças de notificação compulsória, conforme Portaria Consolidada nº 4, de 28 de setembro de 2017, anexo V – Capítulo I. Sua utilização descentralizada contribui para a democratização da informação, permitindo acesso à informação pelos profissionais e população. Permite, ainda, avaliar o impacto das intervenções na saúde (BRASIL, 2006);
- Sistema de Informação do Câncer (SIS-CAN) é uma versão *on-line* que integra os dois sistemas de informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (SISMAMA). Está integrado com o Ca-

castro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e com o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde (CADSUSWEB). Em 2013, através da Portaria GM/MS Nº 3394, de 30 de dezembro, o Ministério da Saúde instituiu o SISCAN no âmbito do SUS com a finalidade de permitir o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, confirmação diagnóstica e início do tratamento oportuno do câncer (BRASIL, 2013).

Tem como objetivos: I. Integrar os sistemas de informação do câncer do colo do útero e do câncer de mama; II. Identificar o usuário com o Sistema de Cadastramento dos Usuários do SUS (CADSUS WEB); III. Validar as informações dos estabelecimentos de saúde e de seus respectivos profissionais pelo Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); IV. Permitir o gerenciamento das ações de detecção precoce, quais sejam rastreamento e diagnóstico precoce, do câncer; V. Padronizar os formulários para solicitações de exames de mamografia, citopatológico do colo do útero e de mama e histopatológico do colo do útero e de mama; VI. Padronizar e aprimorar a qualidade dos laudos, tornando obrigatório o uso para resultados padronizados pelo Ministério

da Saúde dos exames de mamografia, de citopatológico do colo do útero e de mama e histopatológico do colo do útero e de mama; VII. Permitir a análise da distribuição dos resultados dos exames conforme indicação dos procedimentos de rastreamento, diagnóstico inicial e confirmação diagnóstica, possibilitando-se o seguimento das mulheres com exames alterados e gestão de casos positivos; VIII. Contribuir para o planejamento da oferta de serviços e para avaliação da necessidade de capacitações locais e auditorias; IX. Permitir o Monitoramento Externo da Qualidade (MEQ) e construção de indicadores para o Monitoramento Interno da Qualidade (MIQ) dos exames citopatológicos do colo do útero; X. Possibilitar a construção dos indicadores de qualidade do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM); XI. Disponibilizar relatórios gerenciais e gerar relatórios padronizados; e XII. Permitir o monitoramento dos tempos entre o diagnóstico de neoplasia maligna, do registro do resultado do exame no prontuário do paciente e o início do primeiro tratamento do paciente (INCA, 2013).

Os perfis operacionais que compõem o SIS-CAN são: a) Coordenação; b) Unidade de Saúde; c) Unidade de Saúde Especializada; d) Prestador de Serviço; e) Prestador de Serviço Terceiro; f) Prestador de Serviço exclusivamente privado.

O SISCAN, por ser on-line, disponibiliza informações atualizadas, desde o momento em que a unidade de saúde insere a solicitação do exame, ficando visível para o prestador realizar a mamografia e inserir o respectivo resultado. Após a liberação do resultado, os profissionais da unidade básica de saúde terão acesso aos laudos de todas as mulheres que realizaram o exame de mamografia. Esse recurso agiliza a rotina do processo de trabalho, mas como não tem assinatura digital, não substitui o laudo impresso e assinado. Ao final de cada mês, as informações epidemiológicas serão enviadas para a base federal (INCA, 2013).

Através dele, pode-se relacionar as mulheres que fizeram exame e seus respectivos resultados, identificando as prioridades, conforme a gravidade registrada nos laudos.

Tabela 1 - Solicitação, liberação e seguimento de exames mamográficos em mulheres, Região de Saúde de Russas, 2018

Município	2018		
	Requisitado sem exame	Liberado	Alterados
Jaguaretama	39	425	03
Jaguaruana	160	712	02
Morada Nova	615	1.271	04
Palhano	34	232	00
Russas	667	1.981	14
RS/Russas	1.515	4.621	23

Fonte: SISCAN – 2018.

Na tabela 1, visualiza-se exemplos de informações colhidas no SISCAN, disponíveis por municípios, prestadores e até por unidades básicas de saúde. Os laudos podem ser pesquisados por BIRADS e impressos para anexar ao prontuário. Apesar da maioria das unidades básicas não terem implantado o prontuário eletrônico, muitos formulários contidos nesses sistemas funcionam como tal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica foi incorporado pelo SUS e define, na Lei nº 8080/90, a Vigilância Epidemiológica como:

um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 2019).

Apesar da baixa cobertura de Internet nas unidades de saúde, da má qualidade do registro de informações, preenchimento de múltiplos formulários, desinteresse em manipular os SIS, falta de capacitação de vários profissionais de saúde, su-

perposição de informações nos diversos sistemas existentes e resistência de alguns profissionais ao uso de computadores, os avanços foram bem marcantes, tais como: capacitação técnica e gerencial dos recursos humanos (RH) envolvidos no processo de descentralização; apropriação imediata do quantitativo de mulheres com alterações (BIRADS 0, 4, 5 e 6); identificação e agilização na marcação/execução de procedimentos subsequentes; conhecimento da magnitude da doença na população feminina por município de residência; conhecimento da magnitude da doença na população feminina por área de abrangência das equipes saúde da família; subsidiar a estruturação de serviços com oferta de procedimentos complementares (biópsia, punção aspirativa por agulha fina – PAAF e agulha grossa – PAAG, extirpação, USG mamária) na RS de Russas; cumprimento de metas pactuadas; detecção de profissionais (médicos e enfermeiros) que não fazem o Exame Clínico das Mamas - ECM; identificação das fragilidades referentes aos serviços de Biópsia e Punção Aspirativa (agulha grossa e fina); identificação da carência de mastologistas; redução das requisições de mamografia com preenchimento incompleto; redução do tempo de entrega dos resultados pela prestadora que era de 45 (quarenta e cinco) dias para 15 (quinze) dias; redução de pacientes com duplos registros.

REFERÊNCIAS

BLOGSPOT. **SI-estratégicos**. Disponível em: <<http://si-estrategicos.blogspot.com/2010/05>>. Acesso em: 18 fev. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Contagem da população 2015**. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Russas. Pessoas residentes. Contagem da população 2015. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/contagem/panorama>. Acesso em: 16 fev. 2019.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014**.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html>. Acesso em: 16 fev. 2019.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria 3394, de 30 de dezembro de 2013**.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2013/prt3394_30_12_2013.html>. Acesso em: 16 fev. 2019.

_____, Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>>. Acesso em: 29 jan. 2019.

_____, Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>>. Acesso em: 29 jan. 2019.

_____, Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/ambulatoriais/sia>>. Acesso em: 29 jan. 2019.

_____, Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <<http://pni.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 29 jan. 2019.

_____, Presidência da República. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 28 fev. 2019.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Sistemas de informação da atenção à saúde: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS/Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília, 2015**.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso**. 8. ed., Brasília, 2010.

_____, Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**/Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, v.2, 2009.

_____, Presidência Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação–SINAN: normas e rotinas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 80, 2006.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CEARÁ, Secretaria Estadual de Saúde -; SAÚDE, Coordenadoria de Promoção à. **Caderno de informação em saúde 2016**. Disponível em: <www.saude.ce.gov.br/index.php/cadernos-de-saude>. Acesso em: 16 fev. 2019.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Sistema de informação do câncer**: manual preliminar para apoio à implantação / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2013.

MARIN, H.F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **J. Health Inform.**, v. 2, n. 1, p. 20-4, jan/mar 2010.

REISSWITZ, F. **Análise de sistemas**. vol. 1. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=6MVxDwAA-QBAJ>>. Acesso em: 29 jan. 2019.

CAPÍTULO 15

EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA: UMA ALTERNATIVA PARA FORMAÇÃO PERMANENTE DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

Ricardo Hélio Chaves Maia
Adriano Rodrigues de Souza

INTRODUÇÃO

A atenção básica vem se consolidando como um “conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde [...]” (BRASIL, 2017, p. 2).

O esforço de revitalizar a atenção básica e torná-la porta de entrada do cidadão ao sistema de saúde, tendo na Unidade Básica de Saúde (UBS), a referência ideal para os indivíduos receberem um acesso à rede integrada de saúde (COSTA e RAMIRES, 2014). Para isso ocorrer, o Ministério de Saúde (MS), em seu documento oficial, agregou atores po-

líticos em diversos municípios, estados e na federação; membros da academia, profissionais da saúde, trabalhadores do SUS, usuários e entidades representativas do sistema de saúde (BRASIL, 2007).

A regulamentação da atenção básica só foi possível devido à experiência construída em diferentes níveis de gestão e a definição de diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a política nacional de atenção básica (PNAB) sugeriu a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2007, p. 7).

Vimos que nos processos de reestruturação, fortalecimento e racionalização dos sistemas públicos de saúde, reservou-se um papel de protagonismo essencial à atenção básica, entretanto mesmo após alguns anos existem desafios que ainda merecem ser refletidos.

A atenção básica, como já mencionado, tornou-se a principal porta de entrada do sistema de saúde e tem como fundamentos:

- I- possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos [...];
- II- efetivar a integralidade em

seus vários aspectos [...]; III- desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e VI - estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2007, p. 13).

Com a imensa expansão das Equipes de Saúde da Família (ESF), necessita-se de programas e conteúdos que possibilitem desempenhar suas atribuições, cada vez mais próximos das necessidades de saúde da população. Fato que considera a qualificação constante dos profissionais das equipes como essencial na maior qualidade da atenção oferecida à população, possibilitando-lhe melhores condições de saúde e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida.

Vemos que concomitante ao fortalecimento da atenção básica existe a preocupação com a educação permanente de seus profissionais. “A educação permanente desempenha sua função, quando está envolvida numa prática de transformação, que traduz uma teoria dialética do conhe-

cimento, como um processo de criação e recriação, desenvolvendo a reflexão crítica sobre sua prática/trabalho” (COSTA NETO, 2000, p. 11). Desse modo, as necessidades de aprendizagem das equipes que integram a atenção básica deverão coincidir com suas necessidades, habilidades, atitudes e valores e considerar seus conhecimentos prévios. Esses elementos são essenciais para a resolução dos problemas identificados nas áreas de abrangência.

Um dos desafios dessa formação num modelo descentralizado e regionalizado é alcançar todos os profissionais, ou seja, agregá-los em um mesmo lugar, ao mesmo tempo em uma atividade não obrigatória e cuja ausência não implica em ônus material. Lembramos que é comum os profissionais da saúde trabalharem em turnos diversos e possuírem mais de uma vinculação. Com base nessas percepções, questionamos: como realizar uma qualificação profissional eficiente e diferenciada para profissionais da atenção básica?

Assim, o objetivo é refletir sobre as possibilidades da educação na modalidade à distância, como estratégia para formação de profissionais da atenção básica.

A tese defendida neste ensaio teórico é a de que a educação à distância pode ser uma alternativa de resolução para o desafio da participação dos

profissionais da saúde nos projetos de educação permanente.

O estudo reveste-se de relevância, uma vez que tem potencial de desencadear diversos impactos. O primeiro impacto é na melhoria da qualificação dos profissionais da atenção básica em temáticas, que embora estejam presentes em sua prática cotidiana não integraram sua formação inicial; o impacto tecnológico, pois ao utilizarmos um ambiente virtual de aprendizagem possibilitamos o diálogo entre profissionais de diferentes regiões, a partilha de experiências e a familiaridade com essa modalidade de ensino mediada pela tecnologia; o impacto social, uma vez que profissionais mais bem qualificados podem ofertar serviços de saúde mais assertivos e eficientes à população e, finalmente, ao impacto econômico, haja vista que uma das vantagens da educação na modalidade a distância é o fato dos custos de sua oferta serem mais reduzidos.

METODOLOGIA

Para este capítulo optamos pela realização de um ensaio teórico, relacionado à escrita da dissertação de mestrado cujo título foi Construção de

um curso de emergências médicas na modalidade à distância para profissionais da atenção básica. Esse curso foi ofertado na modalidade a distância por intermédio de um *site* que criamos para esta finalidade. Essa experiência foi que nos instrumentalizou para escrita do presente ensaio.

Conforme Bense “o ensaio é a forma da categoria crítica de nosso espírito, pois quem critica precisa necessariamente experimentar, precisa criar condições sob as quais um objeto se torne visível de novo e diversamente do que num autor” (1947 apud MENEGHETTI, 2011, p. 322).

No texto, apresentamos a tese de que a educação a distância pode ser uma alternativa de resolução para o desafio da participação dos profissionais da saúde nos projetos de educação permanente. Para sustentá-la discutimos em que consiste a proposta de educação permanente em saúde e tecemos considerações acerca de sua importância e das dificuldades de operacionalizá-la. Diante das dificuldades explicitadas evidenciamos de que modo e por quais razões a EaD pode ser vista como uma alternativa resolutiva.

Enquanto ensaio teórico existem aqui ponderações e afirmações que derivam das leituras realizadas na literatura especializada e na experiência da construção de um *site* para oferta de cursos de

emergências médicas para profissionais da atenção básica, pois segundo Meneghetti (2011, p. 323) “O ensaio é um meio de análise e elucubrações em relação ao objeto, independentemente de sua natureza ou característica”.

OS DESAFIOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Nosso primeiro desafio foi compreender o que significa essa proposta de educação permanente em saúde, que de modo genérico pode se referir à educação em serviço, ou seja, a possibilidade de se qualificar, de modo paralelo, à atuação profissional. Nessa contextura a consolidação desse tipo de proposta representa uma mudança da orientação política, que implica na definição dos conteúdos, instrumentos e recursos para formação. De acordo com Ceccim (2005, p. 162) essa educação pode corresponder ainda à educação continuada, “quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos”.

Um dos motivos para proposição de uma educação permanente é a rapidez com que os conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam na área da saúde. Entretanto, esse processo de

descentralização da saúde, cuja consequência foi a distribuição de profissionais e de serviços segundo o princípio da acessibilidade, para que a população tivesse atendimento próximo à sua residência, tornou muito difícil a atualização permanente dos trabalhadores. O já citado movimento de descentralização teve como consequência, por exemplo, a migração de profissionais da saúde para outras cidades, mas não sua completa fixação. Significa que muitos já se dividem entre mais de uma cidade, o que sugere movimento de pendularidade, ou seja, idas e vindas entre a cidade em que reside e a cidade em que atua profissionalmente, que muitas vezes não coincide. Assim, essa demanda por maior qualificação embora necessária, da forma como é proposta nem sempre se mostra viável.

Não há saída, como não há romantismo nisso. Problemas como a baixa disponibilidade de profissionais, a distribuição irregular com grande concentração em centros urbanos e regiões mais desenvolvidas, a crescente especialização e suas consequências sobre os custos econômicos e dependência de tecnologias mais sofisticadas, o predomínio da formação hospitalar e centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência demandam ambiciosas iniciativas de transformação da formação de trabalhadores (CECCIM, 2005, p. 163).

Desse modo, as reformas setoriais em saúde têm-se deparado com a necessidade de organizar ofertas políticas específicas aos seus profissionais e a introdução da educação permanente em saúde tornou-se uma estratégia fundamental para a re-composição das práticas de formação, que podem ajudar na definição de ações intersetoriais oficiais.

Para viabilizar esse processo em 2006 o Ministério da Saúde divulgou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, uma vez que, o artigo 200, da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, já atribuía ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde (BRASIL, 1988).

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2006) essa educação permanente significa aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. A educação permanente nessa política se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. É feita levando em consideração os problemas enfrentados pelos profissionais e suas experiências. No modelo proposto, os processos de educação dos trabalhadores da saúde devem acontecer a partir da problematização do processo de trabalho, e considerar que as necessidades de formação e de desenvolvimento

dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e das populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Araújo et al. (2017, p. 1) explicita que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, foi criada objetivando a formação e o desenvolvimento profissional dos trabalhadores, entendida também como uma proposta de ação. Desse modo, esperava-se colaborar “diretamente na transfiguração dos processos e práticas educativas e de saúde, englobando também a sistematização dos serviços”. Assim, parece-nos interessante iniciar esse tópico questionando em que contexto a proposta de educação permanente em saúde é sugerida? Esse debate está presente há muitas décadas. Gigante e Campos (2016, p. 747) “discutem as inter-relações dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde com as propostas apresentadas em documentos oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS) referentes à formação e ao desenvolvimento de recursos humanos”.

Os autores retrocitados evidenciam que nas cinco primeiras conferências, o tema foi abordado segundo “considerações gerais relativas à formação superior, principalmente de médicos e preparação de pessoal de nível técnico, com treinamen-

to em serviço” (GIGANTE E CAMPOS, 2016, p. 749). Vale ressaltar, por uma questão de demarcação temporal, que a I Conferência ocorreu em 1941. Na VI Conferência Nacional de Saúde, em 1977, é utilizada pela primeira vez a expressão ‘educação continuada’ como forma de continuidade dos estudos de sanitaristas. Já a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 foi reconhecida como um marco na reformulação da Política Nacional de Saúde brasileira, incorporando princípios do SUS.

É válido destacar que na área da Saúde temos a maior política brasileira de inclusão social, o Sistema Único de Saúde (SUS), proposto em 1988 pela Constituição Federal com o objetivo de combater a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, tornando obrigatório o atendimento público. Foi considerada uma das mais importantes reformas de Estado do país nos últimos anos.

Desde sua criação, o SUS já provocou profundas alterações nas práticas de saúde, todavia muitas medidas ainda precisam ser implementadas. Um aspecto percebido foi a necessidade de profundas alterações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área. Isso induziu reflexões sobre a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos brasileiros, esse debate resultou na constatação da necessidade de repensar os modos de ensinar e aprender.

Muitos programas foram criados com o objetivo de melhorar a formação em saúde e, dessa forma, consolidar o SUS. Dentre esses programas, podemos citar o de Capacitação e Formação em Saúde da Família, o de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), o de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (Gerus), o de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits) e o de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (Promed). Também foram criados programas de mestrado profissional e promovidos cursos de formação de conselheiros de saúde e de membros do Ministério Público para fortalecer o controle social no SUS (BRASIL, 2005, p. 7).

Esses programas provocaram algumas mudanças na formação e cuidado em saúde, mas eram ações desarticulados, sem um viés pedagógico claro, sua maior contribuição foi reforçar a percepção acerca da necessidade de mudar as práticas educativas e fortalecê-las. O Ministério da Saúde (2005) alertou para que essa política de formação levasse em conta os princípios que orientaram a criação do SUS, a saber: construção descentralizada do sistema, universalidade, integralidade e participação popular. Gigante e Campos (2016) completam “o Sistema Único de Saúde (SUS) depende também da formação de profissionais com uma perspectiva

humanista e, como tal, integradora das dimensões pessoal, social e profissional, com competências ética, política e técnica, capacidade crítica e sensibilidade [...]”.

Celedônio et al. (2012) deram uma importante contribuição com a catalogação e síntese de documentos que versam sobre a política nacional de educação permanente: I e II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde em 1986 e 1993; Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde (2004); SUS Brasil: cadernos de textos (2004); Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde e polos de educação permanente em saúde; Portaria nº 198 GM / MS em 2004 (Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde); 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2006) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2007).

Gigante e Campos (2016) completam a lista sistematizada por Celedônio et al. (2012) ao destacarem também a Constituição Federal (BRASIL, 1988), e a lei nº 8.080 (BRASIL, 1990). No que se refere à Constituição Federal de 1988, chamam atenção para o que propõe o artigo 200, nos incisos III e V: “Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da Lei: III - ordenar

a formação de Recursos Humanos na área da saúde; [...] V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 1988, p. 143)”. Já sobre a lei nº 8.080, os autores enfatizam cinco artigos que abordam a ação educacional como atribuição dos órgãos de gestão do SUS, são eles: 6º, 14º, 15º, 27º e 30º e englobam diversas ações:

- formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, incluindo formulação e execução de programas que envolvam tanto a certificação/habilitação profissional quanto a educação continuada;
- realização de pesquisas e de estudos na área da saúde, com produção de conhecimentos científico e tecnológico, informações e atualização técnico-profissional;
- disponibilização dos serviços de saúde como campos para o ensino e a pesquisa – portanto, locais de ensino-aprendizagem que expressem a indissociabilidade dos papéis de gestão e formação no âmbito direto do SUS e
- constituição de comissões permanentes com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias tanto para a formação e educação continuada como para a pesquisa.

Os diversos documentos e leis citados culminaram na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída em 2004, por intermédio da Portaria nº 198/GM e a Portaria nº

1.996 de 2007 dispôs sobre as diretrizes para implementação da política.

Cardoso et al. (2017) evidenciam que a condução e a indução da PNEPS, com subsídio da Portaria 198/2004, foi concebida para ser implementada de forma locorregional por meio dos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), que teriam como função: I) identificar as necessidades de formação; II) mobilizar a formação de gestores, ações e serviços para a integração da rede de atenção; III) propor políticas e estabelecer relações interinstitucionais; IV) articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino; V) formular políticas de formação e formadores; VI) estabelecer a pactuação e a negociação entre gestão, controle social, formadores, estudantes e serviços, além de VII) estabelecer as relações de cooperação às outras articulações locorregionais nos estados e no País (BRASIL, 2004).

No que se refere à composição do PEPS segundo a Portaria 198/2004 seriam: gestores, estudantes, atores do controle social, trabalhadores da saúde, associações e demais representantes do serviço e instituições de ensino e de saúde. “A implementação do número de polos em cada estado da União obedeceu a um critério próprio, sendo

pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com posterior aprovação no Conselho Estadual de Saúde (CES)” (CARDOSO, et al. 2017, p. 1496).

As instituições educacionais de cada estado encaminhavam seus projetos desenvolvidos nos Polos Regionais ao Ministério da Saúde, que avaliava e se aprovados eram novamente submetidos ao Polo Estadual para posterior aprovação pela CIB e CES. Se aprovado, o projeto era encaminhado ao Ministério da Saúde, que descentralizava o recurso diretamente para a instituição. Embora o organograma pareça eficaz, esse primeiro momento de implementação da política sofreu vários revezes, como já referido: ações desarticuladas, diretrizes em desacordo com as necessidades locais, redução do financiamento em função de outras prioridades.

Ceccim (2005) chama atenção para a Educação Permanente em Saúde ter *status* de política pública. Para o pesquisador, este estatuto se deveu:

[...] à difusão, pela Organização Pan-Americana da Saúde, da proposta de Educação Permanente do Pessoal de Saúde para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região com reconhecimento de que os serviços de saúde são organizações complexas em que somente a aprendizagem significativa será capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano (p. 161).

Esse *status* foi importante para consolidar a importância da Educação Permanente em Saúde e definir diretrizes nacionais, todavia nos últimos anos percebeu-se a dificuldade das ações interseoriais, nesse modelo de serviços descentralizados. O que induziu pesquisas e debates, que permitissem as experimentações de ações e programas mais eficazes.

A definição das problemáticas de pesquisa e das categorias de análise não foi fortuita neste estudo, coincide com a produção acadêmica dos últimos anos. Figueiredo et al. (2017) analisaram a produção do conhecimento sobre educação permanente em saúde a partir de um levantamento de teses e dissertações brasileiras produzidas desde a publicação da primeira portaria relativa à Política Nacional de Educação Permanente, em 2004 até 2013. Os resultados indicaram três principais agentes de publicações: Ministério da Saúde, referências de autores diversos e referências relacionadas ao método. A pesquisa revelou, ainda, a concentração de estudos no campo das políticas de saúde, atenção básica e ensino (grifo nosso). Isso nos permite refletir sobre os principais desafios da política e explicitar as alternativas resolutivas.

PONDERAÇÕES

Fica evidenciado que a EPS tem como finalidade incorporar aos serviços de saúde pública uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho, para que essa área se torne um espaço de atuação de profissionais críticos/as, reflexivos/as de sua prática, comprometidos/as com o trabalho e competentes.

Isso é fundamental porque a formação inicial, ou seja, o tempo dedicado à graduação não oportuniza uma educação suficientemente abrangente para preparar o futuro profissional para todas as *nuances* da atenção básica.

As ciências biológicas também mudam muito e exigem contínuas atualizações, para todas as profissões da área da saúde, uma vez já inserido no mercado de trabalho é difícil arranjar tempo para participar sistematicamente de cursos e congressos.

Destacamos, também, o fato de os programas governamentais voltados para atenção básica mudarem frequentemente, o Brasil adota políticas de gestão e não projetos de estado, por essa razão toda vez que muda a gestão mudam também as portarias; no caso do estudo em tela, as portarias emitidas pelo Ministério da Saúde.

Outro aspecto do contexto de trabalho contemporâneo é o multiemprego, que representa

a tendência de ter diversos trabalhos ao mesmo tempo e muitas vezes em espaços/municípios distintos. Um processo que chamamos neste ensaio de pendularidade do trabalho e que pode ser determinado por necessidades financeiras, oportunidades de trabalho e a descentralização dos serviços de saúde. Esse aspecto é importante porque dificulta centralizar as pessoas em um mesmo espaço para o processo de educação permanente.

Destarte, questionamos: como realizar uma qualificação profissional eficiente e diferenciada para profissionais da atenção básica?

A tese defendida neste ensaio teórico e já evidenciada é a de que a educação à distância pode ser uma alternativa de resolução para o desafio da participação dos profissionais da saúde nos projetos de educação permanente. É essa ideia que nos propomos a defender doravante.

A EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA E SUAS POSSIBILIDADES

A formulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como demonstrado, está alicerçada em documentos, portarias e leis e apresenta uma concepção pedagógica alinhada às novas teorias educacionais. Isso derivou em pro-

jetos por todo país, existe, contudo, desafios relacionados à sua operacionalização, dentre esses desafios destacamos a descentralização dos serviços e equipes de saúde, o que torna problemática uma formação centralizada.

A descentralização não foi um ideal apenas dos movimentos democratizantes, mas também fez parte das recomendações dos organismos internacionais, como forma de melhorar a alocação de recursos e a criação de sistemas de prestação de contas (OLIVEIRA, 2007). Assim, a descentralização passou a ser percebida como o alicerce necessário para superar a fragmentação social e territorial, especialmente em um contexto de defesa de um Sistema Único de Saúde (SUS).

Para assegurar a prevenção de doenças e a promoção da saúde é importantíssimo o conhecimento sobre os contextos nos quais se deseja intervir, uma das dificuldades é que, às vezes, a equipe que integra a proposta de EPS está muito distante dos profissionais que irão formar, seja numa perspectiva espacial ou relacional. Assim, é importante o levantamento e partilha de informações. Na sociedade contemporânea para traçar políticas é imperativo conhecer as condições locais, “suas potencialidades e carências, capitalizar as características positivas de cada território, convertê-las em valorização econômica e promover

padrões de desenvolvimento mais sustentáveis em termos sociais, políticos e ambientais” (PEREIRA e SILVA, 2010, p. 171).

Para Farias et al. (2017) o uso de recursos tecnológicos proporciona autonomia e responsabilidade pela aquisição do próprio conhecimento, o que nos possibilita afirmar que as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) permitem acesso e compartilhamento de diversas informações. Além de auxiliar no levantamento de informações, as TICs podem ser utilizadas como mediadoras da EPS, uma vez que integram a rotina dos indivíduos, seja nas atividades pessoais, nas profissionais e até mesmo nas de lazer. “Assim, tanto no campo da saúde como em outras áreas, as TICs só têm a contribuir e transformar de maneira positiva os processos de trabalho no SUS, visto que já são apontadas como facilitadoras de aprendizagem e multiplicadoras do ensino” (IDEM).

Na formação em saúde, as Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) e a modalidade da Educação a Distância (EAD) possibilitam a utilização de ferramentas pedagógicas capazes de democratizar e expandir as oportunidades educacionais, propiciando uma educação aberta e permanente em saúde, como se observa em diferentes programas e ações governamentais, como: Programa Teles-

saúde Brasil Redes (Telessaúde), Rede Universitária de Telemedicina (Rede RUTE), e Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SU) (CARVALHO e STRUCHINER, 2017, p. 992).

Então, além das TICs temos a Educação a Distância (EaD), essa modalidade tem a vantagem de poder ser complementar ou substitutiva da educação presencial, a depender de como é planejada pode favorecer a participação e a produção coletiva do conhecimento por intermédio de suas diversas ferramentas. Embora alunos e mediadores estejam distantes, a comunicação pode ser viabilizada pela comunicação assíncrona, ademais permite acesso à educação de onde estiver, sem necessidade de deslocamentos o que torna seu custo bem menor. “A EaD, na medida em que funciona na lógica da facilitação e mediação, se ajusta à proposta da EPS, por requerer o protagonismo do aluno, deslocando o foco do professor, que passa de detentor do conhecimento a mediador da aprendizagem” (CAMPOS e SANTOS, 2016, p. 612).

Cezar, Costa e Magalhães (2017, p. 113) também reconhecem vantagens na utilização da EaD como ferramenta para a EPS. Os autores destacam o desenvolvimento de uma postura crítica, com autoavaliação e autogestão, ou seja, o aluno desenvolve autonomia. Todas essas posturas são

consideradas fundamentais para a realização das mudanças necessárias nos processos de trabalho, oferecendo aos profissionais de saúde a possibilidade de se trabalhar conceitos importantes para a prática laboral em saúde. “Quanto a isso, as evidências levantadas até então dão sustentação para a viabilidade e validade do uso da EaD como ferramenta potencializadora da EPS”.

A EaD é uma modalidade de educação, sendo total ou parcialmente a distância, utiliza de meios tecnológicos para a conexão do professor e aluno. O processo de ensino-aprendizagem ocorre na interatividade dos participantes com um ambiente de comunicação (Internet, rádio, TV, telefone, correios etc.) (SILVA et al. 2018, p. 2).

A explicitação de que a EaD utiliza meios tecnológicos para conectar professor-aluno, aluno-material e aluno-aluno merece destaque. Hoje, as pessoas não saem de casa sem seus *smartphones* ou sem seus *notebooks*, essa mudança no comportamento é essencial para nossa tese, pois se eu posso oportunizar educação permanente em um ambiente virtual de aprendizagem acessível via celular ou computador, equipamentos que as pessoas levam diariamente consigo e acessam com enorme frequência a probabilidade de alcance dessa formação torna-se potencialmente maior.

Assim, na mesma proporção que tem aumentado a busca por educação, tem proliferado os cursos em EaD, pois a necessidade de se conectar e estar sempre *on-line*, assim como a possibilidade da flexibilidade de estudo e horários, são pontos fundamentais no fomento dessa modalidade.

Existem diversos recursos que podem ser utilizados para atender às necessidades de pessoas que optam pela EaD, temos ferramentas síncronas, ou seja, ferramentas que exigem que as pessoas estejam conectadas ao mesmo tempo, podemos citar como exemplos: videoconferência, audioconferência, webconferência, *chats*, aplicativos como Whatsapp. Um outro tipo são as ferramentas assíncronas, nas quais não é necessário que os alunos e professores estejam conectados ao mesmo tempo para que as tarefas sejam concluídas e o aprendizado seja adequado, citamos aqui: *e-mail*, fórum ou lista de discussão, *wiki*, dentre outros. Existem, hoje, diversas plataformas, inclusive livres que podem ser utilizadas para oferta de EaD, com a vantagem de ser bastante fáceis e intuitivas e possuírem inúmeros recursos, como as ferramentas já listadas.

Enfatizo de forma veemente que essa utilização deve ficar restrita a formações complementares, jamais a formação inicial, que deve sempre ser realizada na modalidade presencial. A defesa é

destinada à educação permanente, como forma de superar as dificuldades anunciadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os serviços de saúde possuem uma proposta de educação permanente, que pode ser ofertada aos seus diversos profissionais. Um dos desafios dessa formação num modelo descentralizado e regionalizado é alcançar todos os profissionais, ou seja, agregá-los em um mesmo lugar, ao mesmo tempo em uma atividade não obrigatória e cuja ausência não implica em ônus materiais.

Nesse ensaio teórico apresentamos a tese de que a educação à distância pode ser uma alternativa de resolução para o desafio da participação dos profissionais da saúde nos projetos de educação permanente. Muitos problemas têm sido superados por intermédio da Educação a Distância, sua oferta tem permitido a flexibilidade da presença física, reorganização de espaços e tempos de aprendizagem, aprendizado de novas mídias e novas linguagens. Moran (2012) afirma que um país do tamanho do Brasil só conseguirá superar sua defasagem educacional por meio do uso intensivo de tecnologias em rede.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J.C. et al. **A educação permanente como estratégia no processo de trabalho do enfermeiro: uma revisão integrativa.** International Nursing Congress, May 9-12, 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Portaria Nº 198/GM.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Ministério da Saúde, 2006.

_____. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2017.

CARDOSO, M.L. de M. et.al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017.

CARVALHO, R.A. de; STRUCHINER, M. Conhecimentos e expertises de universidades tradicionais para o desen-

volvimento de cursos a distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 21, n. 63, p. 991-1003, 2017.

CAMPOS, K.A.; SANTOS, F.M. dos. A educação a distância no âmbito da educação permanente em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista do Servidor Público**. Brasília, v. 67, n. 4, p. 603-626, out/dez, 2016.

CELEDÔNIO, R.M. et al. Políticas de educação permanente e formação em saúde: uma análise documental. **Rev Rene**, v. 13, n. 5, p. 1100-10, 2012.

CECILIO, L.C. de O.; REIS, A.A.C. dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde, **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. 01-14, 2018.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>>. Acesso em: 02 de out. 2017.

CEZAR, D.M.; COSTA, M.R.; MAGALHÃES, C.R. Educação a distância como estratégia para a educação permanente em saúde? **Em rede: Revista de Educação a Distância**. v.4, n.1, 2017.

COSTA, V.A.; RAMIRES, J.C. de L. A importância das redes de saúde para o desenvolvimento da Atenção Primária em Pirapora, **Hygeia**, v.10, n. 18, p. 234 - 249, jun., 2014.

COSTA NETO, M.M. da (org.). **Educação Permanente**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

FARIAS, Q.L.T. et al. Implicações das tecnologias de informação e comunicação no processo de educação permanente em saúde. **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. v. 11, n. 4, out-dez., 2017.

FIGUEIREDO, E.B.L. de et al. Dez anos da educação permanente como política de formação em saúde no Brasil: um estudo das teses e dissertações. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 147-162, jan./abr. 2017.

GIGANTE, R.L.; CAMPOS, G.W. de S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.14 n.3, p.747-763, set./dez., 2016.

MENEGHETTI, F.K. O que é um Ensaio-Teórico? **RAC**. Curitiba, v. 15, n. 2, p. 320-332, mar./abr. 2011.

OLIVEIRA, V.E. **O municipalismo brasileiro e a provisão local de políticas sociais**: o caso dos serviços de saúde nos municípios paulistas. 2007. Tese de Doutorado em Ciência Política, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

PAIM, J.S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012.

PEREIRA, D.M.; SILVA, G.S. As Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) como aliadas para o desenvolvimento. **Cadernos de Ciências Sociais Aplicadas**. Vitória da Conquista, n. 10, p. 51-174, 2010.

SILVA, J.G.P. et al. Avaliação das ferramentas de desenvolvimento da presencialidade virtual, aprendizagem autônoma e colaborativa presentes no AVA Moodle. **Revista Educacional Interdisciplinar**, v. 7, n. 1, p. 01-09, 2018.

VIEGAS, A.P.B.; CARMO, R.F.; LUZ, Z.M.P. da. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 24, n.1, p. 100-112, 2015.

PROPOSTA DE ALOCAÇÃO EFICIENTE DE RECURSOS ESTADUAIS PARA HOSPITAIS POLO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA NO ESTADO DO CEARÁ: ELABORADO UM ÍNDICE, DENOMINADO IDR – HPAS

Izabel Janaina Barbosa da Silva
Maria Helena Lima Sousa

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde depara-se com situações favoráveis e desfavoráveis à sua execução. Algumas estão relacionadas às diferenças socioeconômicas existentes entre as regiões ou entre os municípios, outras são pertinentes ao universo do sistema de saúde; como a lógica da gestão e o critério de financiamento. A superação das primeiras depende de mudanças estruturais no campo da macroeconomia. Mudanças na engenharia de gestão e nos critérios para alocação de recursos podem promover melhoras na oferta e na qualidade dos serviços de saúde.

A ampliação da estratégia saúde da família vem promovendo um aumento da cobertura da atenção primária em saúde nos últimos anos. Esse fato gera uma demanda por procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, em particular, nas áreas distantes dos grandes centros urbanos.

Uma das alternativas para absorver essa demanda tem sido a estratégia de regionalização da oferta dos serviços de saúde de média e alta complexidade. A política de regionalização dos serviços de saúde no Estado do Ceará se deu por meio da estruturação de Hospitais Polo de Atenção Secundária, cuja missão é assegurar a população residente nas diversas regionais de saúde, o acesso oportuno aos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica compatível a procedimentos de média complexidade (CEARÁ, 2012).

A qualidade da resposta esperada desses estabelecimentos está diretamente associada a duas questões básicas: as estratégias de gestão e as restrições orçamentárias. As estratégias de gestão sinalizam para a necessidade dos gestores da saúde incorporarem em suas práticas conceitos como equidade, eficiência; e adotarem os indicadores, em particular, indicadores hospitalares, como norteadores do planejamento de suas atividades. Ape-

sar do esforço político e técnico em desenvolver ferramentas de planejamento e avaliação que promovam resultados mensuráveis para sociedade, ainda não se conseguiu um nível de sintonia entre indicadores de gestão e qualidade que sirvam de subsídio para elaboração dos orçamentos de forma a obter efetividade na gestão (SOUSA, 2013).

As restrições orçamentárias podem ser enfrentadas com melhores processos de gestão. A maneira de alocar o orçamento para alcançar a equidade, a eficiência e a qualidade, depende de conhecimento de métodos e técnicas que, por vezes, não são de domínio de quem operacionaliza a elaboração da distribuição dos recursos e/ou não tem decisão política de como alocar (SOUSA, 2013).

O critério adotado pela Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Ceará para reajustar os valores destinados ao cofinanciamento de custeio dos Hospitais Polo de Atenção Secundária com recursos do Tesouro do Estado, segue as Resoluções do Conselho Estadual da Saúde, que define os reajustes dos valores mensais por clínica em função da abrangência de atuação dos hospitais (CESAU, 2013).

A regra é condicionar o repasse de valor de cofinanciamento do custeio reajustado para os Hospitais Polo pelo Tesouro do Estado ao atendimento de prerequisites como: Dispor de Alvará Sanitário,

Capacidade de Oferta para o SUS de no mínimo de 50 leitos, Dispor de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutico (Laboratório, Raio X, Ultrassom ECG e Agência Transfusional) e Dispor de Gerador quando no Perfil Assistencial constar as Clínicas Cirurgia e GinecoObstetrícia. Os Hospitais que não atendem aos prerequisites previstos nas resoluções, permanecem com os valores por clínica sem alteração (CESAU, 2013; CEARÁ, 2015).

Tendo em vista que o critério utilizado pela Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Ceará para alocação de recursos destinados aos Hospitais Polos de Atenção Secundária é discutível quanto à capacidade de promover eficiência técnica e alocativa; o presente estudo teve como objetivo elaborar uma proposta de distribuição de recursos adicionais do erário estadual direcionada ao custeio de Hospitais Polo de Atenção Secundária. Foi desenvolvido um índice composto que possa sinalizar para uma alocação de recursos com base na eficiência dos hospitais polo de Atenção Secundária no Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo fundamentado por uma pesquisa exploratória e aplicada. A unidade de análise foram os Hospitais Polo de Atenção Se-

cundária no Estado do Ceará, contemplados com a implantação do sistema de custos por meio do Projeto Swap II, financiado pelo Banco Mundial, totalizando 15 estabelecimentos de saúde. O processo de Implantação do Sistema de Custos nos Hospitais Polo de Atenção Secundária do Estado do Ceará teve início em março de 2010 e prosseguiu até maio de 2011.

Para a composição do índice de alocação de recursos com eficiência para os hospitais polo foram coletados, na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, os seguintes dados: Custo Unitário Final dos serviços prestados pelos hospitais polos e Taxa de permanência dia, Taxa de mortalidade hospitalar e Taxa de reinternação.

A regularidade na alimentação do sistema de custos foi utilizada como critério de inclusão dos hospitais polos no estudo. De acordo com esse critério foram selecionados 12 hospitais polos que no período 2011-2015 alimentaram sem interrupção o Sistema de Custos disponibilizado pela Secretaria Estadual de Saúde e 03 descartados. Para efeito de análise, o nome de cada hospital foi substituído por uma letra alfabética maiúscula, variando do A ao M.

Para evitar viés na análise dos dados dos centros de custos dos hospitais adotou-se como

procedimento: a) exclusão dos centros de custos com informação apenas de um período, b) retirada daqueles existentes apenas em um hospital e que não foi possível ser incorporado a outro centro equivalente, c) exclusão dos centros que durante 01 ano faltava informação de pelo menos 06 meses, d) adequação dos centros de custos de cada hospital para os seguintes serviços: ambulatório, centro cirúrgico, emergência, exame, imagem, internação, laboratório e centro obstétrico, e) no cálculo da média aritmética dos custos agregados de cada hospital, anos de 2011 a 2015, quando um ano não existia dentro do intervalo, tirou-se a média dos anos correspondentes, e f) exclusão dos centros de custos que no tratamento dos dados obtiveram médias incompletas de 2011 a 2012 e 2013 a 2015 e Índices de relação maiores ou iguais a 03. Como resultado obteve-se 97 variáveis para análise. O número de variáveis por hospital está associado à quantidade de centros de custos de cada hospital, após a adequação mais as taxas hospitalares.

Definidas as variáveis executou-se os cálculos das variações das médias por meio do aplicativo estatístico Stata® 13. A metodologia aplicada foi a mesma desenvolvida por Sousa para os hospitais públicos terciários (SOUSA, 2013).

Os dados foram recebidos em formato XLS do Microsoft Excel® e submetidos a três etapas de sistematização de análise. A primeira etapa foi a criação de uma planilha consolidada a partir dos dados originais de cada hospital fornecido pela SESA. A nomenclatura dos centros de custos não possuía padronização, então buscou-se ajustá-los, chegando a um total de 113 diferentes centros de custos e taxas. Para efeito deste estudo optou-se por agregar centros de custos por grupos maiores, resultando em 08 grupos (*centro custo ajustado*). A nova planilha derivada dos dados originais passou a conter somente o nome do hospital, descrição do centro de custo, ano de competência, valores de custo unitário final e taxas hospitalares. A segunda etapa foi a obtenção das médias de cada centro de custo e taxas em dois períodos; 2011 a 2012 (*media_2011_2012*) e 2013 a 2015 (*media_2013_2015*). Foram excluídos centros de custos de hospitais que não obtiveram médias em um dos períodos. A terceira etapa consistiu na construção de variáveis intermediárias que entraram na composição do índice final, sendo: razão entre as médias de todos os custos dos dois períodos por hospital (*r_per2_pr2*); média de cada centro de custo de todos os hospitais (*r_per2_pr1_mean_mean*); razão entre as médias de todos os custos dos dois períodos por hospital e média de cada centro de custo de todos os hospitais (*r_proc_total*).

Para o índice final foi criada uma nova planilha com variáveis agregadas por hospital, sendo: total de centro de custos e taxas por hospital; média da variável *rl_proc_total* por hospital (*media_rl_proc_total*); variável oriunda da subtração da variável *média_rl_proc_total* pela variável erro padrão (*indice*); valor inverso da variável índice (*inverso_indice*); variável composta pelo somatório da variável *inverso_indice* (*denominador_de_distribicao*) e o percentual de distribuição final de cada hospital a partir da proporção da variável (*inverso_indice*) em relação ao denominador de distribuição.

O método tem como premissa que os hospitais que alcançarem índice menor “1” sinalizam para experiências positivas de eficiência técnica e alocativa por parte do gestor.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O comportamento das médias dos custos unitários finais nos 12 hospitais polos no período 2011-2015 mostra que 46 centros de custo tiveram aumento variando de 1,3% a 193,6% e 15 registraram redução que variou de -3,8% para - 81% (Tabela 01).

Os hospitais polos que registraram aumento superior a 50% na média dos custos unitários foram:

Hospital A aumento de 64,3% no Centro Internação, Hospital B 96% no Centro Exame, Hospital C 156% no Centro Imagem, Hospital D 76,5% no custo da Emergência, Hospital E aumento de 66% e 104% nos Centros Ambulatório e Laboratório, respectivamente, Hospital F 58,7% no Centro Emergência, Hospital G 126,3% no Centro Internação. O Hospital H registrou aumento 56,2% no Centro Cirúrgico e 99,5% na Emergência. No Hospital J os aumentos foram de 135,4% no Centro Internação, 96,7% no Ambulatório e 193,6% no Centro Exame. O Hospital L registrou aumento de 85,4% no Centro Cirúrgico e 117% no Laboratório. O Hospital I foi o único hospital polo com aumento inferior a 50% (Tabela 01).

A redução na média dos custos unitários finais foi observada no Hospital A, redução de 12,4% no Centro Obstétrico e 55,8% no Ambulatório, Hospital B 55,8% na Emergência, Hospital F 18,7% na Internação e 70% no Centro Exame. O Hospital H reduziu 9,3% no Centro Laboratório. O Hospital I apresentou redução de 4% na Internação, 23,7% no Ambulatório, 4,4% no Centro Laboratório e 64% no Exame. O Hospital J reduziu 81% no Centro Cirúrgico e 4,8% no Obstétrico. O Hospital L registrou redução de 3,8% na Emergência e 7,3% no Centro Exame. Por fim, o Hospital M reduziu 6,9% no Centro Imagem (Tabela 01).

Tabela 01 – Comportamento das médias (aumento/diminuição - %) dos custos unitários finais entre Hospitais Polo de Atenção Secundária, período 2011-2015

Hospital	Média dos Custos Unitários Finais - Aumento/ Diminuição % 2011_2015							
	Centro Cirúrgico	Centro Obstétrico	Imagem	Internação	Ambulatório	Emergência	Laboratório	Exame
A	6,1	-12,4	49,9	64,3	-55,8	87,8	-	-
B	33,7	-	-	42,9	-	36,9	-	96,0
C	21,6	19,4	156,0	31,5	-	-	-	-
D	36,6	37,4	-	7,4	-	76,5	1,3	-
E	-	-	-	-	66,0	-52,0	104,0	-
F	21,6	10,5	25,1	-18,7	-	58,7	-	-70,0
G	45,0	70,4	-	126,3	-	-	-	-
H	56,2	35,2	-	39,7	42,1	99,5	-9,3	-
I	33,9	-	-	-4,0	-23,7	-	-4,4	-64,0
J	-81,0	-4,8	-	135,4	96,7	-	84,9	193,6
L	-	27,0	-	73,4	13,3	-3,8	10,5	-7,3
M	85,4	-	-6,9	33,1	9,3	12,2	117,0	22,7

Fonte: SICS/Web da Secretaria de Saúde do estado do Ceará, por meio do Núcleo de Economia da Saúde (NUCONS).

O comportamento das médias das taxas hospitalares está registrado na Tabela 02. Observa-se que 25 taxas registraram aumento em suas médias e 11 sofreram redução. Os hospitais B, E, G, I e L registraram aumento em todas as médias das taxas hospitalares. Os hospitais C, D e F reduziram a média da taxa de reinternação e aumentaram as

médias das taxas de mortalidade e de permanência/dia. Os hospitais A, H, J e M diminuíram as médias das taxas de mortalidade e de reinternação e aumentaram a média da taxa de permanência/dia. Chama atenção o fato da média da taxa de permanência/dia ter aumentado em todos os Hospitais Polo de Atenção Secundária.

Tabela 02 - Comportamento das médias (aumento/diminuição) das taxas Hospitalares entre Hospitais Polo de Atenção Secundária, período 2011-2015

Hospital	Média das Taxas Hospitalares - Aumento/ Diminuição % 2011_2015		
	Taxa de Mortalidade	Taxa de Permanência/dia	Taxa de Reinternação
A	-0,03	0,3	-0,1
B	0,3	0,4	0,2
C	0,05	0,06	-0,7
D	0,2	0,5	-0,5
E	1,7	0,7	1,3
F	3,7	0,5	-0,4
G	0,02	0,5	0,1
H	-0,03	0,5	-0,5
I	0,1	0,6	0,4
J	-0,6	0,5	-0,2
L	0,3	0,6	1,0
M	-0,1	0,5	-0,4

Fonte: Sistema TabWin/DataSUS, fornecido pela Coordenadoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria (CORAC) da SESA.

A Tabela 03 registra o Índice de Distribuição de Recursos dos Hospitais Polo de Atenção Secundária e a % de Distribuição para o cálculo do valor correspondente aos recursos adicionais que deveriam ser repassados para os 12 Hospitais Polo de Atenção Secundária. Os Hospitais I, A, D, M, C e H obtiveram índice menor que “1” e a % de Distribuição variando de 18,5% a 15,6% respectivamente. Os Hospitais Polo L, F, J, B, G, e E alcançaram índice maior que “1” e a % de Distribuição correspondente a 0.

Tabela 03 – Índice de Distribuição de Recursos para os Hospitais Polo de Atenção Secundária da Rede SESA

Hospital Polo	Gestão	Índice	Distribuição %
I	Filantropico	0,81	18,5
A	Filantropico	0,86	17,4
D	Filantropico	0,91	16,5
M	Filantropico	0,93	16,0
C	Filantropico	0,93	16,0
H	Filantropico	0,96	15,6
L	Filantropico	1,02	0,0
F	Filantropico	1,04	0,0
J	Filantropico	1,08	0,0
B	Filantropico	1,08	0,0
G	Filantropico	1,14	0,0
E	Público Municipal	1,40	0,0

Fonte: Elaborada pelos autores.

O Índice de Distribuição de Recursos para os Hospitais Polo de Atenção Secundária classificou os hospitais envolvidos no estudo em dois grupos distintos: hospitais com índice menor de “1” e hospitais com índice maior que “1”. Os primeiros sinalizariam para experiências positivas de eficiência. Sobre esse aspecto, alguns autores afirmam que um hospital eficiente é aquele capaz de obter o máximo de resultados consumindo o mínimo possível de recursos. Dessa forma, a eficiência é a busca pela maximização de resultados com os mesmos recursos ou a redução do consumo de recursos mantendo-se os resultados (SOUZA, 2013).

Alguns aspectos, tais como controle e eficiência na gestão, sistemas de informações, acompanhamento e avaliação do desempenho, entre outros, que compreendem a gestão contábil financeira, não são observados pelas organizações hospitalares brasileiras de forma geral. Especificamente sobre o controle da gestão, há evidências de que essas organizações necessitam de ferramentas que disponibilizem, no mínimo, sistemas e modelos de monitoramento de indicadores e de avaliação dos resultados, informações sobre o custeamento e a precificação dos serviços prestados, e informações gerenciais que subsidiem o processo de tomada de decisão (SOUZA, 2009).

Fazendo uma conexão desses aspectos levantados pelos autores acima citados com as planilhas contendo registros de custos dos centros de custos dos hospitais do estudo, observa-se certa fragilidade em termos de ausência de informações, rigor na qualidade dos dados e regularidade na alimentação no sistema de custos. Nota-se, no estudo, que a partir de 2014 começou a ocorrer descontinuidade na alimentação dos dados em alguns HPAS.

Em relação aos centros de custos dos HPAS selecionados para estudo, foi evidenciado um aumento na média do custo unitários finais dos serviços de 46 centros, variando de 1,3% a 193,6%, no período estudado. Os centros de custos de exames, imagem, internação, laboratório, emergência e ambulatório se destacaram com um maior aumento no período de 2011 - 2012 para 2013 - 2015. Por outro lado, 15 centros registraram uma diminuição nos custos, que variou de -3,8% para -81%.

O estudo mostrou também que entre os dez serviços de custos mais caros destacam-se aqueles com percentuais de aumento das suas médias, variando de 103,7% a 193,6%, sendo: Exame e Internação (Hospital J), Imagem (Hospital C), Internação (Hospital G), Laboratório (Hospitais M e E). Esse resultado pode sinalizar uma fragilidade no processo de trabalho voltado para apuração e controle dos custos dos serviços prestados pelos centros destacados.

No tocante, o comportamento das médias das taxas hospitalares dos HPAS entre 2011 - 2012 e 2013 - 2015 foi registrado o aumento em 25 médias das taxas hospitalares, com uma variação na média de 1,8% a 365,4%, tendo uma maior frequência o indicador taxa de permanência hospitalar/dia. Por sua vez, 11 médias das taxas hospitalares sofreram uma redução no mesmo período, variando de -3% para -68,1%, tendo uma maior frequência à taxa de reinternação, seguida da taxa de mortalidade.

De acordo com o IDR – HPAS é desejável atingir valores mais baixos de taxas de mortalidade hospitalar. Contudo, altas taxas de mortalidade institucional não refletem necessariamente problemas na qualidade da assistência hospitalar prestada ao paciente, tendo em vista que diferenças entre instituições em grande parte podem ser atribuíveis ao conjunto de serviços disponibilizados e aos distintos perfis de complexidade clínica dos pacientes admitidos. Diferenças nas taxas de mortalidade hospitalar podem ser decorrentes, também, de distorções nos registros e tratamentos dos dados nos hospitais (JUNIOR, 2004; NORONHA et al, 2013).

Merece destaque a dificuldade encontrada para coleta dos dados necessários para elaboração da taxa de reinternação dos HPAS envolvidos no estudo, já que para sua construção foi necessário o

desenvolvimento de um programa, em virtude de não existir um sistema que pudesse cruzar todas as variáveis que compõem o indicador.

Colaborando com as dificuldades encontradas para elaboração da taxa de reinternação, os autores Schout & Novaes afirmam que não é por acaso que a implantação de sistemas de informação nos hospitais, na maioria dos casos, se inicia pelas áreas administrativas para, a partir daí, se disseminar para as áreas clínicas e de apoio. No entanto, não se reconhece, em geral, que o modo de implantação dos sistemas irá condicionar as definições utilizadas como base dos programas dos sistemas informatizados e, a partir daí, influenciar as formas de entrada e consolidação dos dados de produção dos hospitais, não permitindo que as especificidades das perspectivas clínicas, epidemiológicas e de gestão sejam adequadamente reconhecidas e contempladas (SCHOUT, 2007).

No estudo realizado foi observado que dos 12(doze) hospitais selecionados no estudo apenas 6(seis) seriam beneficiados com o recurso adicional, quais sejam: os Hospitais I, A, D, M, C, e H; que obtiveram o IDR - HPAS abaixo de "1", caracterizando eficiência hospitalar. Enquanto que os hospitais L, F, J, B, G, e E, por apresentarem uma taxa de crescimento maior que "1", significa desempenho hospitalar ineficiente.

Cabe ressaltar que os hospitais caracterizados eficientes mantiveram uma regularidade satisfatória na alimentação dos seus dados no Sistema de Custos desde sua implantação até 2016, período final do estudo.

Sobre esse aspecto, os autores Souza e Scatena afirmam que um hospital eficiente é aquele que é capaz de obter o máximo de resultados, consumindo o mínimo possível de recursos. Desse modo, a eficiência é a busca pela maximização de resultados com os mesmos recursos ou a redução do consumo de recursos mantendo-se os resultados (SOUZA, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Índice de Distribuição de Recursos sinaliza ser possível alocar recursos adicionais do tesouro estadual para os Hospitais Polo de Atenção Secundária com base na eficiência técnica e alocativa de cada estabelecimento. A aplicação do índice permitiu classificar os hospitais polos em dois grupos: hospitais com desempenho eficiente para efeito de recebimento de recursos adicionais e hospitais com desempenho não satisfatório. Os primeiros alcançaram índice menor que “1” e o segundo grupo índice acima de “1”.

REFERÊNCIAS

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Plano Estadual Saúde 2012 a 2015**. 2012;l:1–153.

_____. **Distribuição de Recursos do Tesouro do Estados aos Municípios para Ações e Serviços de Públicos de Saúde**. Secr Estadual da Saúde. 2015.

CESAU. **RESOLUÇÃO No 56/2013** – CESAU. Fortaleza/CE: SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ - SESA; 2013. p. 3.

JUNIOR, A.E. **Uso de Indicadores de Saúde na Gestão de Hospitais Públicos da Região Metropolitana de São Paulo**. São Paulo, 2004.

NORONHA, J.C. de.; TRAVASSOS C.; CAMPOS, M.R.; MARTINS, M.; MAIA P; PANEZZUTI, R. Avaliação da relação entre volume de procedimentos e a qualidade do cuidado: o caso de cirurgia coronariana no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1781-9, 2003.

SCHOUT D.; NOVAES, H.M.D. Do **registro** ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciencia & Saúde Coletiva**,v. 12, n. 4, p. 935-44, 2007.

SOUSA, M.H.L. Tese de Doutorado. **Propôs Alocação Recur para Hosp Terciários Gerenciados pelo Estado do Ceará**, Baseada em Eficiência e Resultado. 2013; l:1–254

SOUZA, P.C. de; SCATENA, J.H.G. Avaliação da qualidade da assistência hospitalar do mix público-privado do sistema único de saúde no estado de Mato grosso: um estu-

do multicaso. **RAS**, v. 15, n. 59, p. 79-88, 2013.

SOUZA, A.A. de; GUERRA, M.; LARA, C.O.; GOMIDE, P.L.R.; PEREIRA, C.M.; FREITAS, D.A. Controle de gestão em organizações hospitalares. **Revista de Gestão da USP**, v. 16, n. 3, p. 15-29, 2009.

POSFÁCIO

Em um contexto social e político que favorece a desarticulação entre a produção científica; as políticas e as práticas em saúde, discutir metodologias inovadoras que busquem responder a essa lacuna, torna-se essencial. Assim, a presente obra foi realizada contemplando metodologias que visam, justamente, fomentar um diálogo entre a produção científica e as práticas em saúde, contemplando temas como a tomada de decisões em saúde com base em evidências científicas.

Discute-se, então, que as decisões em gestão da saúde carecem de novas ferramentas em gestão. Nesse sentido, as questões organizacionais ganham destaque nas investigações, uma vez que podem contribuir consideravelmente para a qualidade das organizações em saúde e, conseqüentemente, para um aumento da qualidade de vida da população que utiliza os serviços públicos de saúde. Ademais, prezar pela qualidade das organizações também irá refletir em questões relacionadas ao financiamento e à economia em saúde.

Nesse cenário, a avaliação em saúde também busca uma articulação maior entre teoria e prática,

haja vista que os resultados desse tipo de pesquisa devem impulsionar as mudanças necessárias para um melhor funcionamento de serviços, políticas, gestão e práticas em saúde. A avaliação em saúde representa uma estratégia para melhorar a eficiência do sistema de saúde, fornece assim, subsídios para as tomadas de decisões, e quando realizada de forma participativa, pode ser considerada um recurso de democratização da saúde.

Contudo, a construção de tecnologias em saúde também é uma importante ferramenta que viabiliza uma maior relação entre saberes e práticas, pois toda construção de tecnologia além de ser construída com base em um conhecimento profundo do contexto em estudo, busca responder, de forma mais rápida, o problema cujas indagações deram origem às investigações em saúde.

As discussões sobre as questões organizacionais são contempladas, mas sem perder de vista um sujeito integrado e histórico, portanto os capítulos buscam contribuir para uma gestão focada na integralidade do cuidado, buscando, assim, um modo de organizar as práticas focadas no sujeito usuário do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante do exposto, a principal contribuição do programa de Pós-Graduação do Mestrado de Gestão em Saúde é ofertar produções que busquem

efetivamente responder às questões que ocorrem na prática dos serviços que envolvem questões políticas e organizacionais, promovendo mudanças em curto prazo e que contemplem um sujeito integrado.

Milena Lima de Paula

ORGANIZADORA

MARIA SALETE BESSA JORGE

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Pós - Doc em Saúde Coletiva pela Unicamp. Atualmente, é professora titular da Universidade Estadual do Ceará, pesquisadora bolsista produtividade CNPq 1B. Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UECE. Coordenadora do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde - MEPGES/UECE.

AUTORES/AS

ADRIANO RODRIGUES DE SOUZA

Enfermeiro, graduado pela Universidade Estadual do Vale do Acaraú - UVA. Doutor em Saúde Coletiva, pela Associação Ampla: UECE- UFC-UNIFOR. Professor Adjunto da Universidade de Fortaleza. Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, no Estado do Ceará. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

ANA CAROLINA BARJUD MARQUES MÁXIMO

Farmacêutica. Mestra em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

ANA MARIA FONTENELLE CATRIB

Possui pós-doutorado em Medicina Comunitária pela Universidade do Porto-UP (2018) e pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP(2010), doutorado em Educação pela Universidade Federal da Bahia-UFBA (2002), mestrado em Educação pela Universidade Federal do Ceará-UFC (1997), especialização em Administração Universitária pela Universidade Estadual do Ceará-UECE (1993), especialização em Metodologia do Ensino Superior pela Universidade Estadual do Ceará-UECE (1989) e graduação em Pedagogia pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR (1978). Atual-

mente é avaliadora para supervisão do MEC, avaliadora institucional e de curso de graduação do INEP-MEC, líder de grupo de pesquisa no CNPq, revisora de periódicos nacionais e internacionais indexados e Bolsista PQ do CNPq. Na Universidade de Fortaleza é professora titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e coordenadora do Observatório de Avaliação.

ANDREA CAPRARA

Médico, graduado pela Universidade de Modena - Itália. Doutor em Antropologia, pela Universidade de Montreal, no Canadá. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) e do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

CAMILA AUGUSTA DE OLIVEIRA SÁ

Terapeuta ocupacional. Mestra em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

CARLOS GARCIA FILHO

Médico pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Integrante do Grupo de Pesquisa: Vida e Trabalho. Atua como Médico Sanitarista no Município de Iguatu - CE e como Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

CLARICE MARIA ARAÚJO CHAGAS VERGARA

Nutricionista graduada pela Universidade Estadual do Ceará - UECE (2004), Pós-doutorado em Saúde Coletiva - UECE (2015), Doutorado em Biotecnologia - RENORBIO (2013), Mestrado em Tecnologia de Alimentos - UFC (2007). Professora Adjunta e Coordenadora do Curso de Nutrição da Universidade Estadual do Ceará. Professora Colaboradora do Mestrado Acadêmico em Nutrição e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Professora dos Cursos de Especialização em Gestão da Qualidade em Serviços de Alimentação e Vigilância Sanitária de Alimentos da UECE.

CYBELLE FAÇANHA BARRETO MEDEIROS LINARD

Farmacêutica pela Universidade Federal do Ceará, UFC. Mestrado em fisiologia pela Universidade Estadual do Ceará, UECE. Doutora em ciências farmacêuticas pela Universidade Federal de Pernambuco, UFPE.

DIEGO DE OLIVEIRA PEREIRA DUARTE

Enfermeiro. Mestre em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

DIEGO MAURICIO PORTELA DUTRA

Enfermeiro. Mestre em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

FRANCISCA VILMA DE OLIVEIRA

Nutricionista. Mestra em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

HELENA ALVES DE CARVALHO SAMPAIO

Possui graduação em Nutrição pela Universidade de São Paulo (1976), mestrado em Educação pela Universidade Federal do Ceará (1987) e doutorado em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (1996). É professora emérita da Universidade Estadual do Ceará (UECE), lecionando nesta desde 1980 e é membro do corpo docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) da UECE. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

ILSE MARIA TIGRE DE ARRUDA LEITÃO

Enfermeira, graduada pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutora em Saúde Coletiva, pela Universidade Estadual do Ceará - UECE em Associação Ampla: UECE-UFC-UNIFOR. Membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq e do Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Gestão, processos de trabalho e segurança em Saúde, na linha de pesquisa: Gestão do capital humano, segurança do paciente e economia da saúde, do Curso de Graduação em Enfermagem - UECE.

IVONETE PEREIRA CAVALCANTE VIEIRA

Enfermeira. Mestra em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

IZABEL JANAINA BARBOSA DA SILVA

Fisioterapeuta e Gestora em Serviços de Saúde. Mestre em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

JOICE SILVA DE ALMEIDA SOUSA

Assistente Social. Mestre em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

JOSETE MALHEIRO TAVARES

Cirurgião dentista. Mestre em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

LAYZA CASTELO BRANCO MENDES

Psicóloga. Coordenadora do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Estadual do Ceará.

LUANA KELLY OLIVEIRA SOUZA MENDONÇA

Psicóloga. Mestre em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

LUDIMILA ARRUDA FROTA ROCHA

Enfermeira. Mestre em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

LUILMA ALBUQUERQUE GURGEL

Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza (1995), mestrado em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (2000) e doutorado em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (2005).

Atualmente é professora adjunto referência da Universidade Estadual do Ceará, vinculada ao Curso de Licenciatura em Educação Física.

MARDÊNIA GOMES FERREIRA VASCONCELOS

Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla: UECE-UFC-UNIFOR. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual do Ceará. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará -MEPGES/UECE.

MARIA HELENA LIMA SOUSA

Economista, especialista em Economia da Saúde e Farmacoeconomia, doutora em Saúde Coletiva, ex-Coordenadora do Núcleo de Economia da SESA, ex-Vice-Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde, docente do Curso de Mestrado Profissional de Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará. MEPGES - UECE.

MARIA SALETE BESSA JORGE

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Pós - Doc em Saúde Coletiva pela Unicamp. Atualmente, é professora titular da Universidade Estadual do Ceará, pesquisadora bolsista produtividade CNPq 1B. Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UECE. Coordenadora do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde - MEPGES/UECE.

MILENA LIMA DE PAULA

Pós-doutoranda em saúde coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará, especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Faculdade Christus (2012), graduada em psicologia pela Universidade de Fortaleza (2007), membro do grupo de pesquisa em saúde mental, família, práticas em Saúde mental e enfermagem; (GRUPSFE) desde 2011.

NAARA REGIA PINHEIRO CAVALCANTE

Enfermeira. Mestra em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

PABLO STEFAN PIRES DA SILVA

Farmacêutico. Mestre em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

RAYLA MARIA PONTES GUIMARÃES COSTA

Enfermeira. Mestra em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

RICARDO HÉLIO CHAVES MAIA

Médico. Mestre em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

SUZETTE DE OLIVEIRA SIQUEIRA TELLES ALVES

Psicóloga. Mestra em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA

Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Advogada pela Faculdade Estácio de Sá - FIC. Pós - Doutora em Saúde Pública, pela Universidade de São Paulo - USP. Mestre e Doutora em Enfermagem, pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Docente da Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) da UECE. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde - MEPGES/UECE. Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem - GRUPECCE-CNPq.

VALTER CORDEIRO BARBOSA FILHO

Cursou Licenciatura em Educação Física na Universidade Federal do Ceará (UFC). Concluiu o Mestrado em Educação Física na Universidade Federal do Paraná (UFPR) como membro do Centro de Pesquisa em Exercício e Esporte (CEPEE). Concluiu o Doutorado em Educação Física na Universidade Federal de Santa Catarina, na linha de pesquisa de Atividade Física e Saúde, onde permanece como pesquisador colaborador do Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde (NuPAF/UFSC). Atualmente, é professor efetivo do Instituto Federal do Ceará, professor colaborador do NUPAF/UFSC e professor permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual do Ceará (PPSAC/UECE).