

MARIA SALETE BESSA JORGE
ILSE MARIA TIGRE DE ARRUDA LEITÃO

ORGANIZADORAS

GESTÃO EM SAÚDE E SUA INTERLOCUÇÃO COM AS FERRAMENTAS DO MESTRADO PROFISSIONAL:

reflexões, tecnologias, métodos, construção e validação

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	Sílvia 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
ILSE MARIA TIGRE DE ARRUDA LEITÃO
ORGANIZADORAS

GESTÃO EM SAÚDE E SUA INTERLOCUÇÃO COM AS FERRAMENTAS DO MESTRADO PROFISSIONAL:

reflexões,tecnologias,métodos,construçãoevalidação

1ª Edição
Fortaleza - CE
2017



Gestão em saúde e sua interlocução com as ferramentas do mestrado profissional: reflexões, tecnologias, métodos, construção e validação

© 2017 *Copyright by* Maria Salete Bessa Jorge e Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

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: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br



Coordenação Editorial

Erasmu Ruiz

Diagramação e Capa

Narcélio Lopes

Revisão de Texto

Lorna Etiene Castelo Branco Reis

Ficha Catalográfica

Lúcia Oliveira – CRB: 3/304

G393 Gestão em saúde e sua interlocução com as ferramentas do mestrado profissional: reflexões, tecnológicas, métodos, construção e validação / Maria Salete Bessa Jorge, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão (Orgs.). - Fortaleza : EdUECE, 2017 454 p.
ISBN: 978-85-7826-583-0

1. Gestão em saúde. 2. Profissionais da saúde. 3. Serviços de saúde. 4. Tecnologias assistenciais. I. Jorge, Maria Salete Bessa. II. Leitão, Ilse Maria Tigre de Arruda. III. Título.

CDD: 610.7

PREFÁCIO

ADRIANA CATARINA DE SOUZA OLIVEIRA

MARIA JOSÉ LÓPEZ ARROYO

A gestão em Saúde é considerada um processo complexo, e para avançar rumo a excelência na perspectiva da qualidade, é fundamental a formação dos profissionais na aplicação das ferramentas metodológicas e/o tecnológicas úteis para a prática e realidade de cada entorno laboral. As exigências demandadas pelo desafio de melhorar a eficiência e efetividade da gestão sanitária associado ao grau de segurança do paciente como critério de qualidade, está convertendo as novas tecnologias em ponto estratégico para alcançar a excelência ou simplesmente dar respostas a suas competências.

As organizações devem aprender sobre as estratégias mais efetivas para o desenvolvimento e seguimento de uma gestão em saúde de qualidade e comprometida com um processo assistencial resolutivo e que atenda as expectativas e necessidades dos usuários. Os desafios para isso são de múltiplas dimensões, cujos determinantes e fatores devem ser analisados sob diferentes prismas e com lentes que possam visualizá-los não somente numa compreensão sanitária, como também social, educacional-cultural e econômica.

Como o mestrado profissional pode ser interlocutor de uma gestão em saúde resolutiva e que atenda as expectativas e necessidades dos usuários? Certamente, a resposta perpassa por uma análise mais além da definição em si mesma ou do processo saúde-doença. É uma abordagem das entrelinhas que se orienta ao desenvolvimento e fortalecimento da ciência aplicada à prática, ou seja, dos conhecimentos adquiridos na universidade como instituição que tem responsabilidade educativa e social, aplicados ao entorno profissional. Nesta perspectiva, observa-se uma interlocução quase “causa-efeito” da importância da formação acadêmica e científica do profissional que atua de forma direta na gestão em saúde nos seus diferentes níveis. Também é importante a interlocução temporal, onde atualmente, o setor sanitário está envolvido “na era tecnológica” sendo obrigado a adaptar-se ao avanço tecnológico. A prática tradicional, tanto na Atenção Primária como hospitalar, em todas as áreas (oncologia, saúde mental, doenças crônicas, assistência farmacêutica, geriatria, etc), se enfrenta a uma mudança que indica o uso da tecnologia como eixo da gestão em saúde de qualidade, muitas vezes de alta precisão e complexidade. Este fato, gera uma reorganização e reorientação dos gestores e profissionais envolvidos no processo de cuidar.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013), publicou um relatório titulado “*De la innovación a la aplicación de la Salud em la Región Europea*”, destacando as fortalezas e debilidades para a implementação da tecnologia sanitária em Europa. As Tecnologias da Informação e da Comunicação (TICs) já é uma necessidade real no setor sanitário como apoio a tomada de

decisão, analisando, modelando ou adaptando e otimizando os processos da gestão em saúde na busca de melhores resultados para a assistência sanitária. Aparecem no cenário, as plataformas de avaliação e controle dos resultados do processo assistencial, construção e validação de dispositivos digitais (protocolos, manuais, questionários em rede, etc), centros de simulação de processos técnicos e científicos, atenção virtual ao usuário e familiares, consultas online, demonstrado nas telemedicinas, telecuidados, teleassistência, entre outros. Uma contribuição para o autocuidado, paciente experto e proativo, envelhecimento ativo, além de ferramentas para avaliar a atenção prestada.

Assim, evidencia-se a interlocução do mestrado profissional e a gestão em saúde. Uma interlocução, inter-relação e/o interdependência entre eles, do pensamento a ação... da teoria à prática clínica... Do mestrado profissional a gestão em saúde... uma interlocução criando estratégias de integração para promover a melhoria da qualidade sanitária, fomentando a aprendizagem e inovação. Este livro, não é uma cartola de mágico porque a gestão sanitária é uma necessidade real, medível, criteriosa e avaliada, mas reúne aspectos e conhecimentos que contribuirá, sem dúvida, para a melhoria do processo assistencial sob uma perspectiva da gestão sócio sanitária.

“Aquele que tem o privilégio de saber, tem a obrigação de atuar”

(Albert Einstein)

INTRODUÇÃO

MARIA SALETE BESSA JORGE

ILSE MARIA TIGRE DE ARRUDA LEITÃO

ELISFÁBIO BRITO DUARTE

O Ceará se destaca na formação de profissionais de saúde de excelência e os avanços conquistados na organização dos serviços assistenciais levou a Universidade Estadual do Ceará a iniciar, em 2015, o Mestrado Profissional em Gestão em Saúde, Coletiva.

Este complexo processo de formação de gestores no Ceará traz consigo uma gama de responsabilidades na busca de consolidar e fortalecer a gestão do SUS dando subsídios e condições essenciais aos gestores municipais para o alcance da resolubilidade, qualidade e humanização das ações e serviços prestados à população, alvo final de todos os esforços na formação em curso.

A democratização das instituições públicas com a formação de cidadãos críticos e que participem politicamente desse processo é fundamental no âmbito das relações entre Estado e sociedade (FRANCO; HERNAEZ, 2013). Nesse contexto, o SUS traz modelos importantes para o desempenho das organizações que necessitam ser estudados e pesquisados. Para que no cenário do controle social, os conselhos de saúde assumam um lugar significativo, é necessário são necessários movimentos no sentido de produzir novos conteúdos e praticas nos serviços de saúde e também na formação em nível de *stricto sensu*.

Para esta construção do SUS faz-se necessário visualizar o trabalho como um espaço de construção de sujeitos e de subjetividades, um ambiente que tem pessoas, sujeitos, coletivos de sujeitos, que inventam mundos e se inventam e, sobretudo, produzem saberes e saúde (BRASIL, 2010).

Levando em consideração que o trabalho é a categoria fundamental que nos permite compreender os processos produtivos, o cuidado, a capacidade em produzir autonomia no usuário sobre os seus modos de andar a vida. E é pela sua atividade que os trabalhadores produzem as redes, trabalho mediado pelas tecnologias de cuidado e os agenciamentos que atravessam o próprio trabalhador, aquilo que ativa sua vontade em cuidar e o põe em movimento (FRANCO, 2015).

Nesse contexto, a formação em gestão para os profissionais constitui-se como uma estratégia relevante para o desenvolvimento de lideranças visando sanar necessidades de usuários dos serviços. No entanto, não bastam oferecer a formação para os profissionais, estes precisam ter espaço no serviço para propor mudanças, atitudes e valores, tendo-se assim a potencialização de sua formação e sua aplicabilidade (LEONE et al., 2014).

Experiências apontadas aqui nesta coletânea convergem com experiência apresentadas por pesquisadores brasileiros, os quais demonstram algumas fragilidades no que se refere à direcionalidade do processo de planejamento regional, onde se tem agendas ainda fragmentadas. Em contrapartida, essas experiências apresentam como ponto importante para o êxito a ampla participação dos gestores dentro da regionalização, onde

os mecanismos criados para comunicação entre eles podem ser potentes (BRETAS-JÚNIOR; SHIMIZU, 2015).

Reforma desses modelos tradicionais vem sendo apontadas como necessárias para a melhoria das relações de trabalho dos profissionais e da própria assistência aos usuários. O que se preconiza é melhorar a formação de gestores envolvendo conhecimentos para a implantação da gestão compartilhada, do trabalho em equipe, valorização de necessidades individuais tanto dos trabalhadores quanto dos usuários, humanização presente nas relações interpessoais, cuidado realizado de forma integral e multidisciplinar e a compreensão do recurso humano como ator importante dentro das ações em saúde (CARVALHO et al., 2013).

O desafio de equilibrar teoria e prática na gestão- *práxis* vencer reveste a formação de gestores na UECE de um caráter estratégico para a excelência da gestão nos municípios do Ceará. Esta integração teoria-prática deve acontecer no cotidiano e fazer parte das preocupações constantes dos gestores.

A coletânea apresenta o enfrentamento e o desafio para os gestores, aqui alunos do Mestrado, do desenvolvimento de seus estudos, de visão e os valores, dos seus limites e possibilidades de transformação do cotidiano da gestão em saúde. São capítulos que mostram o comprometimento, a vontade, a disposição, a preocupação e o trabalho junto com seus orientadores de consolidar os princípios e as práticas do Sistema Único de Saúde. Uma experiência coletiva desse grupo de gestores que busca aproximar o processo de formação e a reformulação e implementação de propostas inovadoras,

O gestor pode ter a sensibilidade de identificar fragilidades em processos de trabalho e de gestão e propor mudanças. No entanto, suas proposições precisam ser aprovadas e pactuadas formal ou informalmente pela cultura organizacional, que é estabelecida ao longo da história da instituição e por instancias maiores e superiores. À vista disso, faz-se necessária uma ligação direta e aberta dos gestores com os atores que estão na ponta dos serviços (GARCIA et al., 2015).

Nesta coletânea observa-se que os estudos apresentados buscam introduzir componentes, dispositivos e estratégias inovadoras na Gestão em Saúde focando a gestão do trabalho e das tecnologias assistenciais que merecem observação. Esta obra apresenta a produção da formação dos gestores no Ceará, mais precisamente do processo de incorporação de conhecimento, competências em Gestão em saúde, e proporciona ao leitor contatos com estudos os mais variados, que unem criatividade, inovação, reflexão teórica de práticas, produção de novas ferramentas, tecnologias, os quais em sua implementação determinarão a edificação do SUS.

Em relação a estudos voltados para avaliação em saúde observa-se a preocupação em apresentar alternativas e ferramentas metodológicas que se aproximem do cotidiano dos atores sustentando o desenvolvimento de práticas avaliativas que as tornem mais racionais e objetivas.

Fernandes; Ribeiro; Moreira (2011) revelam em seu estudo como a consolidação da avaliação no âmbito da gestão e da administração pública tem sido percebida como fenômeno vem crescendo no mundo há pelo menos cinco décadas. No Brasil,

essa consolidação inicia lentamente e começa a ter contornos mais nítidos, no sentido de ‘vir a ser’ uma prática institucional e institucionalizados, o que tem refletido na produção literária.

A reflexão aqui apresentada por alguns autores, em torno da política e da gestão em saúde conduz a todos os leitores, um debate oportuno de modo que subsidiem mudanças nas práticas dos trabalhadores de saúde, tornando-as mais reconstrutoras de cidadanias e alterando os dispositivos e estratégia que serão utilizados pelos novos gestores formados pelo Mestrado Profissional.

Os organizadores buscaram apresentar junto com os autores, o conhecimento e a prática adquirida no decorrer da formação de gestor, permitindo ao leitor a compreensão de objetos e ferramentas muitas vezes, complexos na gestão em saúde.

Congratulamo-nos com a Universidade Estadual do Ceará e, principalmente, com os que fazem o MEPGES, pelo produto aqui apresentado e por revelar o compromisso da responsabilidade social, por meio da divulgação dessa obra, editada pela EDUECE.

REFERÊNCIAS

BRETAS-JÚNIOR, N.; SHIMIZU, H.E. Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios. **Saúde Debate**, v. 39, n. 107, p. 962-971, out./dez. 2015.

FRANCO, Túlio Batista. Redes de cuidado: conexão e fluxos para o bom encontro com a saúde. In: ALMEIDA, Patty Fidelis; SANTOS, Adriano Maia; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim. **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. EDUFBA. Salvador. p.309, 2015.

FRANCO, S.C.; HERNAEZ, A.M. Capital social e qualidade da atenção à saúde: as experiências do Brasil e da Catalunha. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 1871-1880, 2013.

GARCIA, A.B.; MAZIERO, V.G.; ROCHA, F.L.R.; BERNARDES, A.; GABRIEL, C.S. Influência da cultura organizacional na gestão participativa em organizações de saúde. **J. Rer.: Fundam. Care. Online**, v. 7, n. 2, p. 2615-2627.

LEONE, C.; DUSSAULT, G.; LAPÃO, L.V. Reforma na atenção primária à saúde e implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 149-160, jan. 2014.

SUMÁRIO

PREFÁCIO 5

Adriana Catarina de Souza Oliveira e Maria José López Arroyo

INTRODUÇÃO 9

Maria Salete Bessa Jorge, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão e Elisfábio Brito Duarte

CAPÍTULO 1 21

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DE IDOSOS ACAMADOS

Ana Karine Castelo Branco de Paula Gomes e Adriano Rodrigues de Souza

CAPÍTULO 2 35

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA PARA CONTROLE DO *Aedes Aegypti* E PREVENÇÃO DE ARBOVIROSES BASEADO NA ABORDAGEM ECO-BIO-SOCIAL

Ianny de Assis Dantas e Andrea Caprara

CAPÍTULO 3 53

CONSTRUINDO MANUAL COM ORIENTAÇÃO EM GESTÃO DE CUSTOS, NA PERSPECTIVA DA EFICIÊNCIA NA GESTÃO HOSPITALAR

Cleivania Carvalho de Oliveira Alcântara e Maria Helena Lima Sousa

CAPÍTULO 4..... 67

CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: ELABORAÇÃO DE MAPA CONCEITUAL

Ana Nery de Castro Feitosa e Carlos Garcia Filho

CAPÍTULO 5..... 85

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO: UTILIZAÇÃO DE FERRAMENTAS AUXILIARES DO PLANEJAMENTO DO CUIDADO

Silvana Maria Nunes Rodrigues, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão e Luilma Albuquerque Gurgel

CAPÍTULO 6..... 103

GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE E PROCESSO DE TRABALHO: ELABORAÇÃO DE MAPA CONCEITUAL

Lana Carina Viana de Lavor e Carlos Garcia Filho

CAPÍTULO 7..... 119

INFORMAÇÃO EM SAÚDE NA ERA DIGITAL: CONSTRUÇÃO DE SITE PARA COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL

Rilma Marques Melo Nunes e Maria Salete Bessa Jorge

CAPÍTULO 8..... 137

SUBSÍDIOS PARA ELABORAÇÃO DE MANUAL DE MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE PRISIONAL NO CEARÁ

Cristiane Lima de Oliveira e Thereza Maria Magalhães Moreira

CAPÍTULO 9..... 151

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: A AÇÃO RACIONAL DE IMPLANTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO

Anne Rafaela Tavares de Moura, Marília Enézia Bezerra de Oliveira e Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

CAPÍTULO 10..... 175

DESAFIOS PARA UMA ALOCAÇÃO EFICIENTE DE RECURSOS FINANCEIROS ESTADUAIS PARA HOSPITAIS POLO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA NO ESTADO DO CEARÁ

Izabel Janaina Barbosa da Silva e Maria Helena Lima Sousa

CAPÍTULO 11..... 203

ACOLHIMENTO COM COMUNICAÇÃO / EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ESPERA HUMANIZADA: A EXPERIÊNCIA DA POLICLÍNICA REGIONAL DE QUIXADÁ-CE

Elisfabio Brito Duarte, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão e Lindecy Pereira de Araújo Duarte

CAPÍTULO 12..... 219

IMPLANTAÇÃO DE UM FLUXOGRAMA DE AGENDAMENTO CIRÚRGICO: UM DESAFIO INTERDISCIPLINAR EM BUSCA DE SEGURANÇA ASSISTENCIAL

Joseana Taumaturgo Magalhães Falcão e Adriano Rodrigues de Souza

CAPÍTULO 13..... 235

ELABORAÇÃO DE INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Micael Pereira Nobre e Marcelo Gurgel Carlos da Silva

CAPÍTULO 14..... 245

ARTES DIGITAIS: PRODUTO DAS CARACTERÍSTICAS DO ABSENTEÍSMO-DOENÇA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA

Diêgo Afonso Cardoso Macêdo de Sousa e Francisco José Maia Pinto

CAPÍTULO 15..... 259

OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE: MANUAL SOBRE SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE

Vanuza Cosme Rodrigues e Maria Helena Lima Sousa

CAPÍTULO 16..... 281

DESAFIOS E COMPROMISSOS DOS GESTORES SOBRE O CONHECIMENTO DAS FERRAMENTAS DE GESTÃO

Adriano de Moura Nascimento e Gláucia Posso Lima

CAPÍTULO 17..... 293

ASPECTOS NORMATIVOS DO SUS E A GESTÃO COLEGIADA DO SUS NO CEARÁ

Josete Malheiro Tavares e Carlos Garcia Filho

CAPÍTULO 18..... 305

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM HOSPITAL TERCIÁRIO: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM MAPEAMENTO DE INDICADORES DA FARMÁCIA SATÉLITE HOSPITALAR

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

CAPÍTULO 19..... 319

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA HOSPITALAR: CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA EM EAD

Rosemeire Souza Gomes, Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard e Maria Salete Bessa Jorge

CAPÍTULO 20..... 345

PLANEJAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: PROTOCOLO PARA GESTÃO DO PLANO ANUAL DAS AÇÕES

Sabrinna Araújo Coimbra, Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard e Maria Salete Bessa Jorge

CAPITULO 21 367

IMPORTÂNCIA DA ELABORAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA SOBRE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) PARA PROFESSORES

Polyana Amorim Cruz Nascimento e Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

CAPITULO 22..... 381

PLANO DE AÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES PARA A GESTÃO MUNICIPAL

Joice Silva de Almeida Sousa e Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

CAPITULO 23..... 399

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: REVISÃO DA LITERATURA

Paulo Romão Ribeiro da Silva e Mauro Serapioni

CAPITULO 24..... 411

APOIO MATRICIAL COMO PROCESSO DE CUIDAR EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Maria Evânia Sousa Furtado e Mauro Serapioni

CAPITULO 25..... 423

RED DE ATENCIÓN Y APOYO EN SALUD MENTAL: PRODUCCIÓN DEL CUIDADO E ITINERARIO TERAPÉUTICO

Agustín J. Simonelli-Muñoz e Juana I. Gallego-Gómez

POSEFÁCIO 439

AUTORES/COLABORADORES 441

CAPÍTULO 1

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DE IDOSOS ACAMADOS

ANA KARINE CASTELO BRANCO DE PAULA GOMES

ADRIANO RODRIGUES DE SOUZA

INTRODUÇÃO

O material educativo impresso tem sido utilizado para melhorar o conhecimento, a satisfação, a aderência ao tratamento e o autocuidado de pacientes. Recomenda-se o uso do material educativo escrito por profissionais de saúde como ferramenta de reforço das orientações verbalizadas. O material de ensino pode ter impacto positivo na educação de pacientes e ser capaz de ajudá-los a responder às perguntas que possam ocorrer quando esse não estiver interagindo com o profissional de saúde (OLIVEIRA; LOPES; FERNANDES, 2014).

Os profissionais de saúde, principalmente os que trabalham na atenção primária, podem atuar nas intervenções educativas, através de materiais que promovam conteúdos produzidos para educação em saúde (OLIVEIRA, LOPES e FERNANDES, 2014). O uso crescente de materiais educativos

impressos (MEI), facilita o processo de ensino-aprendizagem por meio de interações mediadas pelo locutor (profissional de saúde), paciente e família (leitor) e o material educativo escrito (objeto do discurso). Com isso, traz desafios e exige definições claras dos objetivos educacionais a serem atingidos pelo público-alvo (FREITAS, CABRAL, 2008).

Diante do exposto, a construção de uma cartilha para cuidadores de idosos acamados se faz relevante, pois tem como função capacitar e orientar o cuidador para que este realize o manejo correto com relação aos idosos acamados, proporcionando juntamente com a equipe de atenção domiciliar que presta atenção a esses pacientes, uma melhor qualidade de vida para ele.

Segundo Fonseca (2010), um dos grandes problemas no cuidado a estes pacientes está no responsável pelo cuidado em domicílio, ou seja, no cuidador, o qual não se encontra preparado para fazer corretamente as orientações de cuidado prestado pela equipe de saúde, na verdade não sabem nem quais são as suas atribuições como cuidador, portanto, se faz necessário promover uma melhor orientação a esses cuidadores para que eles possam atender às necessidades básicas dos idosos acamados, principalmente quando eles estão doentes e/ou fragilizados.

Essas orientações aos cuidadores têm o objetivo de realizar uma melhor assistência a este idoso, já que o cuidador é a pessoa que presta os cuidados diretamente ao idoso acamado, de maneira contínua e/ou regular, podendo, ou não, ser alguém da família (BRASIL, 2012).

Além da situação relatada tem a questão da escassez de materiais que falam sobre orientações aos cuidadores de idosos acamados. FERNANDES et. al (2013), fizeram uma pesquisa sobre os manuais para acamados e concluíram que os encontrados eram mais voltados para a prevenção de úlceras de pressão, higiene, alimentação entre outros temas relacionados à prática dos profissionais de enfermagem, evidenciando uma lacuna no que diz respeito às orientações relativas à prevenção de comprometimentos osteoarticulares e complicações respiratórias. Já Brites e Santana (2014), em uma revisão integrativa sobre manuais e guias práticos para cuidadores, encontraram apenas oito (8) manuais, o que nos mostra a falta de produção sobre o tema.

Uma abordagem participativa utilizada na construção do material educativo impresso permite identificar as necessidades dos cuidadores de idosos acamados, os quais indicam o conteúdo da cartilha, correspondendo às suas próprias demandas (REBERTE, HOKA e GOMES, 2012).

Portanto, o presente capítulo tem o objetivo de descrever o processo de construção e validação de uma cartilha para cuidadores de idosos acamados.

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA CARTILHA

O processo de construção e validação da cartilha será composto por cinco etapas, e será baseado em REBERTE, HOKA e GOMES (2012).

FASE 1 – SISTEMATIZAÇÃO DO CONTEÚDO

Será realizada em duas etapas:

Revisão integrativa - sobre manuais, cartilhas e guias práticos para cuidadores de idosos acamados, para garantir a fundamentação científica, imprescindível para garantir o processo de construção de um material educativo REBERTE, HOKA e GOMES (2012).

Coleta de dados - Será realizada em um município da região metropolitana do Ceará, primeiramente, será realizado um diagnóstico situacional, que consistirá em um levantamento prévio, através de uma entrevista semiestruturada com cuidadores de idosos acamados. A entrevista será gravada, com a referida permissão do cuidador e abordarão temáticas como: principais dificuldades que o cuidador tem no cuidado do idoso acamado, se ele sabe quais os cuidados que se deve prestar a este paciente, porque se deve mudar o paciente de decúbito, se é importante movimentar as articulações dos idosos, como ele faz para alimentá-lo, sinais e sintomas os quais se deve procurar uma unidade de saúde.

O quantitativo de entrevistados será definido pelo critério de saturação, no momento em que o acréscimo de informações e dados não alterar mais a compreensão do fenômeno estudado, será fechada a coleta e, assim, será estabelecido o tamanho final da amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes (FONTANELLA B.J.B.; RICAS J.; TURATO E.R., 2008; THIRY-CHERQUES H.R. 2009).

Ressalta-se que será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o que configurará a participação do sujeito no estudo.

FASE 2 – ESCOLHA DAS ILUSTRAÇÕES

Serão desenvolvidos desenhos pela autora juntamente com um *designer*, imagens didáticas também serão selecionadas e usadas como base para a elaboração das ilustrações por um profissional especializado.

Caso seja usada imagens de domínio público os créditos serão dados ao autor delas.

Optaremos por utilizar cores com sensibilidade e cautela para não supercolorir, pois, segundo Moreira; Nóbrega e Silva, (2003), dessa forma o material não fica visualmente poluído, como também a impressão preta sobre fundo claro facilita a leitura e a visualização.

FASE 3 – COMPOSIÇÃO DO CONTEÚDO

O conteúdo será desenvolvido com atenção dada à informação considerada essencial com facilidade de leitura e clareza do conteúdo. Será submetido ao trabalho de edição e diagramação. A versão inicial do guia será avaliada por peritos que aprovarão sua validação.

As informações contidas serão baseadas nos relatos dos cuidadores, como também nas lacunas observadas durante a revisão integrativa e nos assuntos que julgarmos pertinentes, mesmo existindo em outros materiais. Vamos procurar realizar uma integração entre imagem e conteúdo, porém iremos dar uma maior ênfase às imagens, já que a visualização torna mais fácil o entendimento por parte do cuidador.

FASE 4 – VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E APARÊNCIA POR JUÍZES

Após a confecção da cartilha, esta será submetida à validação de conteúdo e à aparência pelos juízes. A validação de conteúdo é a verificação da importância dos itens propostos pelo material em estudo e a sua representatividade em relação aos objetos propostos (POLIT & BECK, 2011).

A validação de aparência é a forma subjetiva que se tem para validar um instrumento quanto à compreensão e à clareza (LOMBIONDO-WOOD; HARBER, 2001; FEITOZA, 2015).

Para validação da cartilha será utilizado um questionário que permitirá que os especialistas façam observações quanto ao conteúdo e à aparência da cartilha. O questionário terá, também, um espaço reservado para o registro de recomendações adicionais.

O instrumento de avaliação dos juízes será dividido em duas partes. A primeira relacionada às características quanto aos dados de identificação, como: idade, sexo, ocupação atual, área de atuação, titulação e tempo de formação. Já a segunda parte contém as instruções de preenchimento do instrumento e os itens avaliativos da cartilha, distribuídos em dois aspectos avaliativos: conteúdo e aparência (linguagem, ilustrações e *layout*).

SELEÇÃO DE JUÍZES

A seleção de juízes será feita em dois grupos: 1) Juízes de validade técnica, formados por profissionais com experiência em materiais educativos; 2) Juízes de validade de conteúdo formados por profissionais que trabalham na referida área.

Em uma revisão integrativa realizada por Alexandre e Coluci (2013), foi observado controvérsias com relação ao número de juízes para realizar a validação de conteúdo, alguns autores recomendam um mínimo de cinco e um máximo de dez pessoas para participarem do processo, já outros sugerem de seis a vinte juízes, tendo a composição de, no mínimo, três profissionais de cada grupo (validade de conteúdo e validade técnica) selecionados para participar da avaliação, portanto, para esta decisão deve-se levar em conta alguns itens como as características do instrumento, formação, qualificação e disponibilidade dos profissionais necessários.

Portanto, optamos por uma amostra composta de 12 juízes, sendo 07 juízes da validade de conteúdo (Quadro IIA) e 05 juízes da validade técnica (Quadro IIB).

Para o levantamento dos juízes será utilizado a busca por conveniência dos currículos disponibilizados na Plataforma Lattes do portal CNPq. A pesquisa será iniciada por assunto (pacientes restritos ao leito, saúde coletiva, material educativo) na opção busca simples e serão utilizados os filtros para refinar os critérios. Outra forma de busca será a amostragem por bola de neve, sendo essa estratégia utilizada para localizar amostras difíceis ou impossíveis de serem encontradas de outras maneiras (LOMBIONDO-WOOD; HARBER, 2001).

A escolha dos juízes será de acordo com quadro a seguir, baseado em Joventino (2013), com algumas adaptações. Para os juízes de conteúdo será exigida uma pontuação mínima de cinco pontos e para os juízes técnicos pontuação mínima de três.

Quadro – Critérios de seleção para juízes da validade de conteúdo e técnica.

A. Critérios para juízes da validade de conteúdo.	B. Critérios para juízes da validade técnica	Pontuação
Ser doutor	Ser doutor	3p
Possuir tese na área de interesse*	Possuir tese na área de produção de material educativo	3p
Ser mestre	Ser mestre	2p
Possuir dissertação na área de interesse*	Possuir dissertação na área de produção de material educativo	2p
Possuir artigo publicado em periódico indexado sobre a área de interesse*	Possuir artigo publicado em periódico indexado sobre produção de material educativo	2p
Possuir prática profissional (clínica, ensino ou pesquisa) recente, de no mínimo três anos na área de interesse*	Possuir experiência na produção de material educativo de no mínimo, três anos	2p
Ser especialista na área de interesse*	Ser especialista na área de comunicação	1p

*Área de interesse: saúde da família/coletiva/pública; assistência domiciliar.

APRECIÇÃO DO MATERIAL PELOS JUÍZES

Após a aplicação dos critérios de escolha dos juízes, será realizado um convite via correio eletrônico ou pessoalmente, o qual trará os objetivos do estudo. Em seguida, os juízes que concordarem em participar do estudo receberam o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o instrumento de validação e a cartilha educativa.

O prazo de entrega para devolução do instrumento, pelos juízes, será de um mês.

ANÁLISE DOS DADOS

ANÁLISE DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E APARÊNCIA PELOS JUÍZES

Para validação de conteúdo e aparência será utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), método muito utilizado na área da saúde, que mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Este índice permite que cada item seja analisado de forma individual e, posteriormente, o instrumento como um todo. O método usa uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro. Para avaliar a relevância/representatividade, as respostas podem incluir: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo. O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos especialistas. Os que receberão pontuação “1” ou “2” devem ser revisados ou eliminados (ALEXANDRE E COLUCI, 2011).

A fórmula que será utilizada para avaliar cada item individualmente será:

$$\text{IVC} = \frac{\text{número total de resposta 3 ou 4}}{\text{número total de respostas}}$$

Para que a escala seja julgada como tendo validade de conteúdo excelente, deve atingir IVC entre os itens de 0,75 ou superior e média de IVC da escala de 0,90 ou superior (POLIT; Back, Owen, 2011).

FASE 5: VALIDAÇÃO SEMÂNTICA COM OS CUIDADORES

A validação semântica tem a função de verificar se todos os itens são compreensíveis, para os membros da população a que o instrumento se destina. É solicitado que o item seja reproduzido pelos membros do grupo. Se a reprodução não deixar nenhuma dúvida, o item é corretamente compreendido. Do contrário, havendo divergência na reprodução do item, os sujeitos sugerem como o item deveria ser formulado para expressar o que o pesquisador desejava expressar (PASQUALI, 2010).

Após a validação com os juízes os cuidadores que participaram da entrevista semiestruturada serão convidados a lerem a cartilha e analisá-la, os cuidadores que aceitarem irão receber o TCLE (APÊNCICE C), e analisarão a cartilha em termos de entendimento do vocabulário, bem como adequação das ilustrações. Também serão solicitados a indicar os termos estranhos ou difíceis, e a sugerir outros termos para substituição, que considerassem fáceis e compreensíveis REBERTE, HOKA e GOMES (2012).

RESUMO DAS ESTAPAS PARA CONSTRUÇÃO DA CARTILHA PARA CUIDADORES DE IDOSOS ACAMADOS

FASES	AÇÕES
FASE 1 – Sistematização do conteúdo.	Revisão integrativa
	Coleta de dados
FASE 2 – Escolha das ilustrações	Escolha ou desenhos das ilustrações que vão compor a cartilha
FASE 3 - Composição do conteúdo.	Levantamento empírico e científico dos principais conteúdos para cartilha
FASE 4 –. Validação de conteúdo e Aparência por Especialistas	Escolha dos juízes
	Apreciação da cartilha pelos juízes
	Análise dos dados
FASE 5 – Validação semântica com Os cuidadores	Escolha dos cuidadores
	Apreciação da cartilha pelos cuidadores

CONCLUSÃO

As ações sociais podem ser desenvolvidas em diversos contextos e, assim, colaborar com atores diversos. A elaboração de uma cartilha educativa, por exemplo, pode desenvolver uma ação incalculável de benefícios a diversos atores ao mesmo tempo.

A promoção de saúde pode vir através de informes, manuais e cartilhas, para isso é preciso a estruturação de materiais didáticos de fácil absorção. Portanto, a descrição e uma boa estruturação de uma metodologia, auxilia na construção e validação desses materiais, com informações adequadas, claras e concisas em relação ao tema abordado.

Acreditamos que a nossa experiência, enquanto fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ajudará no desenvolvimento dessa tecnologia, já que estamos em contato com os cuidadores através da atenção domiciliar, onde podemos observar as fragilidades e dificuldades na sua assistência aos idosos acamados. E que esta cartilha proporcionará uma melhor assistência aos idosos acamados, já que o uso desse material educativo contribuirá para uma melhor orientação e emponderamento de seus cuidadores, como também no fortalecimento dos vínculos, colaborando na melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE N.M.C.; COLUCI M.Z.O. **Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas.** Ciência e Saúde Coletiva, n. 16, v. 7, p. 3061-3068, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2 v.: il. ISBN 978- 85-334-1966-7. Brasília, 2012.

BRITES A.S.; SANTANA R.F. **Manuais e guias práticos para a formação de cuidadores de idosos**: implicações éticas e legais. Rev. Enf. Profissional jan/abr, 1(1):92-105, 2014.

CARVALHO MAP. **Construção compartilhada do conhecimento**: análise da produção de material educativo. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular em saúde. Brasília; 2007. p. 91-101.

FERNANDES F.; LEITE J.; NASCIMENTO B.; BACIUUK, E.P. Atuação fisioterapêutica em imobilismo no leito prolongado. **Revista Intellectus**, ISSN 1679-8902, 2013.

FONSECA H. L. A. **Caracterização dos principais problemas de saúde do idoso acamado e desafios para a equipe de saúde da família no acompanhamento destes**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

FONTANELLA B.J.B.; RICAS J.; TURATO E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan. 2008.

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 37a. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2003.

FREITAS A.A.S.; CABRAL IC. **O cuidado a pessoa traqueostomizada**: análise de um folheto educativo. Esc Anna Nery. 2008; 12(1):84-9.

JOVENTINO, E.S. **Elaboração e Validação de vídeo educativo para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 186f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

LOMBIONDO-WOOD,G ; HARBER, J. **Pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação crítica e utilização. 4 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2001.

MOREIRA,M.F.; NÓBREGA,M.M.L.; SILVA, M.I.T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev Bras Enferm.** Brasília (DF) 2003 mar/abr; 56(2):184-188.

OLIVEIRA, S.C.; LOPES, M.V.O. FERNANDES, A.F.C. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Artigo Original jul.-ago. 2014; 22(4):611-20 DOI: 10.1590/0104-1169.3313.2459 <www.eerp.usp.br/rlae>.

PASQUALI, L et al. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In PASQUALI L. et al. **Instrumentação psicológica:** fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 165-198.

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.

REBERTE, L.M.; HOGA, L.; GOMES, A. *Process of construction of an educational booklet for health promotion of pregnant women.* **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2012; 20(1):101-8.

THIRY-CHERQUES, H.R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Af- Revista PMKT 03.** Completa 4 cores: Layout 1/ 10/9/09.

CAPÍTULO 2

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA PARA CONTROLE DO *Aedes* *Aegypti* E PREVENÇÃO DE ARBOVIROSES BASEADO NA ABORDAGEM ECO-BIO-SOCIAL

IANNY DE ASSIS DANTAS

ANDREA CAPRARA

INTRODUÇÃO

As ações do controle do *Aedes aegypti* têm se caracterizado como um importante desafio, em países em desenvolvimento. Aproximadamente, cerca de 2,5 bilhões de pessoas vivem em países endêmicos acometidos pelo vetor, chegando a 50 milhões de infecções anualmente, o que constitui um sério problema de saúde pública de âmbito mundial (CAPRARA et al, 2015).

O Brasil vive o enfrentamento de uma tríplice infecção viral pelas doenças Zika (ZIKV), Dengue (DENV) e Chikungunya (CHIKV) transmitidas por um mesmo vetor, o *Aedes aegypti*. A entrada do CHIKV em 2014 e da ZIKV em 2015, até então inexistentes no Brasil, estão desafiando as autoridades sanitárias (GONÇALVES et al., 2015; LUZ, SANTOS;

VIEIRA, 2015). A proliferação das doenças ZIKV, DENV e CHIKV está intimamente relacionada com determinantes de ordem social, socioambientais e ecológicas, uma vez que os três vírus são transmitidos pelo mesmo mosquito (BRASIL, 2009).

As epidemias causadas pelo *Aedes aegypti* no Brasil são identificadas desde o século XIX, em 1986 a doença reemergiu no Estado do Rio de Janeiro levando a epidemias, nesse estado e em algumas capitais da região Nordeste, onde mais de 1 milhão de pessoas foram acometidas por infecções (MACIEL et al., 2008).

Ao estudarem os sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil, consideram que o controle da DENV é um fracasso na Saúde Pública brasileira devido ao seu insucesso (BARRETO et al., 2011).

Até o momento não há vacina segura disponível. As ações de saúde pública estão voltadas para aumento da conscientização da população sobre os sinais e sintomas da doença para facilitar a chegada precoce aos serviços de saúde para permitir diagnóstico e tratamento de início rápido das formas severas. O controle e a transmissão dos vírus transmitidos pelo *Aedes aegypti* requer esforço de toda a comunidade além da intersetorialidade de órgãos públicos (BARRETO et al, 2011; BRASIL, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que o ano de 2015 foi caracterizado por grandes surtos de DENV em todo o mundo. O Brasil relatou mais de 1,5 milhão de casos em 2015, cerca de três vezes mais do que em 2014 (OMS, 2016). Os casos da doença em 2016 foram, respectivamente, 1.500.535 no Brasil. Na região Nordeste 324.815. No Ceará foram 50.454 (BRASIL, 2015).

A emergência da febre Chikungunya (CHIKV) (NUNES et al., 2015), rapidamente se tornou uma epidemia de efeitos também devastadores, dado seu quadro sintomático crônico com registro de óbitos entre as pessoas acometidas. Dados do Ministério da Saúde registram que os casos prováveis de CHIKV no ano de 2015 no Brasil somaram 17.971 e, em 2016, 271.824 até a Semana Epidemiológica 52 dos quais 29.837 são no Ceará (BRASIL, 2016).

A experiência já existente contra a DENV foi quem permeou a preparação do serviço público brasileiro para a entrada no país do CHIKV. O Brasil redobrou os esforços de vigilância epidemiológica e chegou a capacitar médicos para o reconhecimento dos sinais e sintomas da infecção (VALLE; PIMENTA; AGUIAR, 2016).

Após a identificação da epidemia de CHIKV, em algumas cidades do Nordeste brasileiro mais precisamente em maio de 2015, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) emitiu um comunicado a respeito de transmissão de um novo vírus, o Zika, provavelmente trazido ao Brasil por turistas durante a Copa do Mundo de Futebol de 2014 (LUZ, SANTOS; VIEIRA, 2015).

Os casos de infecção pelo ZIKV no Brasil chamaram a atenção das autoridades de saúde e dos cientistas em âmbito mundial, pois foi associada à microcefalia nos filhos de mães acometidas durante a gravidez, tornando-se uma ameaça ao grupo materno infantil, porém em outros públicos levou ao desenvolvimento de sequelas neurológicas conhecida como a síndrome de Guillain-Barré em parte das pessoas que adoeceram (FRANÇA et al., 2016; VALLE; PIMENTA; AGUIAR, 2016).

Em 2016, até a SE 52, foram registrados 215.319 casos prováveis de febre pelo vírus Zika no país. Em relação às gestantes, foram registrados 17.000 casos prováveis, sendo 11.052 confirmados por critério clínico-epidemiológico ou laboratorial. Até 31 de dezembro de 2016 10.867 casos foram notificados relacionados à microcefalia, desses, 3.183 casos permanecem em investigação e 7.684 casos foram investigados e classificados, sendo 2.366 confirmados, 49 prováveis e 5.269 descartados (BRASIL, 2016). No Ceará, a ocorrência do agravo em seu grupo infantil com distribuição dos casos de microcefalia e alterações SNC sugestivos de infecção congênita, segundo classificação final no ano de 2016 foram notificados 413 casos, sendo 103 confirmados, 209 descartados, 1 inconclusivo, 2 foram casos prováveis 98 permanecem em investigação (CEARÁ, 2016).

Este quadro de tríplice infecção transmitida pelo *Aedes aegypti*, que se favorece de múltiplas condições para sua disseminação e, por conseguinte, para o estabelecimento de epidemias, demanda revisar os esforços implementados para o controle do mosquito como a necessidade de instituir práticas efetivas de controle.

Onde houver infestação pelo *Aedes aegypti* e pessoas susceptíveis deve considerar a existência da situação ideal para a ocorrência de epidemias, tendo em vista que a população estará exposta a ser acometida pelas três arboviroses. É crucial atuar de forma efetiva para a redução de proliferação do vetor, evitando adoecimento e complicações para a comunidade em geral.

A luta pelo combate ao mosquito depende de um conjunto de fatores voltados para as condições ecológicas e socioam-

bientais que facilitam a dispersão do vetor. O controle da transmissão dos vírus requer o esforço conjunto de toda a sociedade. Ainda é preciso que se determinem, através de conhecimentos específicos e tecnológicos disponíveis, ações de controle passíveis de serem alcançadas sem causar danos (ZARA, 2016).

Em 2002, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) com o objetivo de reduzir a infestação pelo *Aedes aegypti*. Nesse Programa, há muitos exemplos de atividades em estudos científicos relacionadas ao combate do vetor que são vistas, dentre elas, as mais bem-sucedidas que é possível notar são: a existência de um trabalho conjunto entre diversos setores da sociedade e o poder público (SANTOS et al., 2014).

Dentre as diversas abordagens de combate e controle do *Aedes aegypti*, destacamos três: o controle biológico, o uso de larvicidas biológicos e a abordagem eco-bio-social (EBS). Esta última, que tem como principal elemento o “homem”, se caracteriza por apresentar maior ênfase na vigilância dos fatores ambientais, de forma a priorizar o ambiente, e onde todos os seres vivos devem viver em completa integração (WHEIS, 2013).

O surgimento do enfoque ecossistêmico como uma perspectiva inovadora nasceu em 1978, e teve como objetivo criar novos paradigmas para a saúde dos ecossistemas, baseados no reconhecimento das complexidades que afetam a sustentabilidade ambiental (KAY et al, 1999).

O conceito da abordagem, hoje, é caracterizado por seis grandes princípios: pensamento sistêmico: que ocorre através de uma abordagem ou contemplação de um problema de saúde

de como resultado da integração de dimensões socioculturais, ecológicas, econômicas e políticas; transdisciplinaridade: resulta da participação ativa dos investigadores e dos membros da comunidade na produção do conhecimento e na procura de alternativas, enquanto agentes da mudança (GÓMEZ, MINAYO, 2006); equidade social e de gênero: em que considera as diferenças econômicas, de idade, de sexo entre membros da comunidade e reconhece que homens e mulheres de diferentes grupos sociais apresentam responsabilidades diferentes na abordagem; participação social: engajamento de diferentes membros das diversas sociedades civis, com o fim de atingir metas para a realidade estudada; sustentabilidade: social e ecológica na preservação do ecossistema, considerando requisito para a saúde humana; e por último, contará com o princípio do conhecimento para ação: planeamento e execução da proposta, a participação de tomadores de decisões capazes de transformar os resultados da pesquisa em ações políticas (CHARRON, 2012).

A abordagem EBS surgiu para responder a uma lacuna na atualidade, frente às incertezas apresentadas no processo dinâmico de interação entre os seres vivos e o ambiente (LEBEL, 2005). Ao longo das últimas três décadas, as abordagens ecossistêmicas em saúde têm se desenvolvido progressivamente e se firmado na comunidade acadêmico-científica como um enfoque pertinente para trazer questões vinculadas a diversas dinâmicas sociais, econômicas, políticas, culturais e de gênero (WEBB et al., 2010).

A Vigilância Epidemiológica (VIGEP) é responsável por ações de controle e combate a vetores, tendo sua finalidade definida pela Lei nº 8.080/90: proporcionar o conhecimento,

detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde, seja individual ou coletiva (BRASIL, 1990).

É importante ressaltar que a VIGEP deve estar composta por uma equipe multiprofissional ativa que possua medidas preventivas precoces, organizativas e de capacitação, a fim de possibilitar possíveis epidemias através de diversas ações, como: clínicas, laboratoriais e ambientais (BRASIL, 2010).

O referido estudo teve com objetivo desenvolver um protocolo para controle do *Aedes aegypti* e prevenção das arboviroses por meio da abordagem eco-bio-social.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Trata-se de um Estudo metodológico com uso da pesquisa participante, esse método se insere em uma estratégia de ação definida que envolve seus beneficiários na produção de conhecimentos; compartilhando experiências e substituindo eixos antigos como: pesquisador/pesquisado, conhecedor/conhecido, cientista/cientificado através da criação de teias formadas por diferentes saberes. Busca a transformação social como totalidade e supõe ser necessária a articulação da pesquisa, educação e ação. Deve ser compreendida como um repertório múltiplo e diferenciado de experiências de criação coletiva de conhecimentos (BRANDÃO; STRECK, 2006).

Estudos qualitativos, com a temática dengue, vêm sendo empreendidos no campo da saúde coletiva por diversos autores como Sales (2008), Caprara et al. (2009), Caprara et al. (2015),

Pessoa et al. (2016), evidenciando a adequação da abordagem metodológica ao objeto desta pesquisa.

LOCAL DO ESTUDO

Com 11.102 habitantes, Jaguaribara (CE) tem sua rede de serviços de saúde organizada a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), contando com 04 equipes saúde da família, 01 equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Na atenção secundária, tem o Hospital Santa Rosa de Lima como ponto de atenção estruturado com clínica médica, cirúrgica e obstétrica. Na rede de referências em nível secundário os munícipes são encaminhados para Limoeiro do Norte e no nível terciário são atendidos em Fortaleza (JAGUARIBARA, 2014).

No que tange aos serviços de saúde, Jaguaribara está adscrita a 10ª Coordenadoria Região de Saúde de Limoeiro do Norte – CRES. Tem seu serviço de saúde organizado a partir da Atenção Primária à Saúde, contando com 04 equipes saúde da família, 01 equipe do NASF. Na atenção secundária, tem o Hospital Santa Rosa de Lima como ponto de atenção, além de ter Clínica Médica, Cirúrgica e Obstétrica sendo referenciado para o município de Limoeiro do Norte. Já as referências terciárias são atendidas em Fortaleza (JAGUARIBARA, 2014).

A cidade enfrentou, nos anos 2014 e 2015, aumento no número de casos de dengue, o que fez com que a gestão reforçasse as ações voltadas ao controle e redução dos riscos em saúde por meio das Equipes de Atenção Básica. Os serviços de saúde estão organizados a partir da Atenção Primária à Saúde, contando com 100% de cobertura de Estratégia de Saúde

da Família (ESF), contando com 26 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e 05 Agentes de Combate às Endemias (ACE) (JAGUARIBARA, 2014).

QUADRO 1 – Distribuição dos casos de dengue no município de Jaguaribara-CE de 2008 a 2017.

ANO	NOTIFICADOS	CONFIRMADOS
2009	SEM REGISTRO	SEM REGISTRO
2010	01	01
2011	65	27
2012	46	10
2013	19	02
2014	396	251
2015	460	320
2016	167	63
2017	161	04

Fonte: SINAN base municipal em 28/04/2017.

Ao analisar os dados do SINAN no município de Jaguaribara, esses cederam espaço à preocupação com a possibilidade de introdução das infecções emergentes ZIKV e CHIKV no município, além da manutenção da ocorrência simultânea de casos de DENV.

PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo serão profissionais e trabalhadores de saúde como definidos por Teixeira (2013), coordenações municipais do setor saúde, lideranças locais, comunidade e mobilizadores sociais. A amostra do estudo será intencional, com o processo de amostragem definido por saturação teórica na perspectiva de Fontanella et al. (2011).

O município conta no campo da ESF com 04 enfermeiros, 04 médicos, 04 técnicos de enfermagem, 03 odontólogos, 03 técnicos de higiene bucal, 26 ACS, 04 ACE e 01 técnico da supervisão. A equipe do NASF conta com 05 profissionais: fisioterapeuta, educador físico, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo. No âmbito da gestão de saúde há o secretário municipal de saúde, a coordenação da Atenção Básica e da vigilância à saúde.

Pretende-se incluir pessoas em exercício dos cargos de coordenação e supervisão das ações da Atenção Básica, epidemiologia e endemias, bem como profissionais e trabalhadores de saúde em atuação na zona urbana, escolha que se pauta pela relação das arboviroses com os processos de urbanização (EVANGELISTA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2012; BARBOSA et al., 2012). Considera-se ainda que a concentração de casos nas epidemias vivenciadas no local do estudo foram predominantemente urbanas.

As lideranças locais, comunidade, mobilizadores sociais e demais partes interessadas serão identificados nos territórios urbanos da ESF com auxílio de informantes-chave no campo de coleta de informações como utilizado por Renosto e Trindade (2007) e Bisol (2012).

CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO

O protocolo será construído através de etapas, sendo a primeira o mapeamento das ações da atenção básica, epidemiologia e endemias, e a integração dessas para o controle vetorial com base nas diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012) nas diretrizes nacionais da vigilância

à saúde (BRASIL, 2010) e no Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue (BRASIL, 2015).

Constituindo a segunda etapa, temos a identificação das ações que são implementadas no município e como estão organizados os fluxos de interação e comunicação.

A terceira etapa será o levantamento dos potenciais criadouros do *Aedes aegypti* no qual será feito a partir do registro dos levantamentos de índice de infestação realizados pelos ACEs. Esse levantamento irá subsidiar o controle vetorial, contendo ações com ênfase na sustentabilidade ambiental como o controle mecânico em recipientes produtivos (caixas d'água, tambores, tanques, etc), por meio do uso de telas sem inseticidas. Após o levantamento, será realizado uma capacitação do Agente Comunitário de Saúde e do Agente de Controle de Endemias, para instrumentalizar a comunidade na eliminação de criadouros, gestão dos resíduos sólidos, ações de educação em saúde por meio da mobilização social, e participação comunitária e social em ações eco-bio-social.

Na quarta etapa, deverá ser realizada a percepção dos participantes sobre o controle vetorial do *Aedes aegypti* e das doenças por ele causadas, através de grupos focais onde estes se caracterizam como uma técnica de investigação da metodologia qualitativa exploratória em que proporciona ao pesquisador reunir, em um mesmo local e durante certo período de tempo, um determinado quantitativo de pessoas que fazem parte do público-alvo de sua pesquisa, com o objetivo de coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre os participantes, informações acerca de um determinado tema (SILVA, FERNANDES, et al., 2013).

Os grupos focais serão formados com 08 a 10 indivíduos por grupo. Pretende-se formar os grupos: i) com gestores e profissionais de saúde; ii) trabalhadores da saúde ACS e ACE; iii) lideranças locais, comunidade, mobilizadores sociais e demais partes interessadas. Cada grupo focal terá duração média de 1h30min. Serão realizados 03 grupos focais para cada território urbano da ESF, totalizando em 06. Os arranjos e o número de grupos focais foram definidos com base no estudo de Onocko-Campo et al. (2012).

Na quinta etapa será realizada a revisão integrativa que irá subsidiar o processo de construção do protocolo e será embasada em estudos realizados no campo da saúde. Em seguida, ocorrerá a validação de conteúdo que visa avaliar a construção teórica do instrumento, sendo também fundamental no processo de desenvolvimento e adaptação dele. As etapas na validação de conteúdo são: o desenvolvimento do instrumento, que abrange as fases de identificação do fenômeno estudado, a produção dos itens do instrumento e a sua construção; e o julgamento do instrumento realizado por juízes qualificados (TIBÚRCIO, et al., 2014).

Para a seleção de juízes existem critérios, a literatura destaca: ter experiência na área; publicar e pesquisar sobre o tema; ser perito na estrutura conceitual envolvida e ter conhecimento metodológico sobre a construção de instrumentos (ALEXANDRE et al., 2009). Os juízes devem ser peritos na área do construto, pois sua tarefa consiste em ajuizar se os itens estão se referindo ou não ao traço em questão (PASQUALI, 1996).

Etapas para processo de construção do protocolo:

FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4	FASE 5
-Mapeamento das Ações	-Organização do Fluxograma	-Levantamento dos Potencias Criadouros	- Percepção dos Participantes por grupos focais	- Revisão Integrativa e validação

CONCLUSÃO

A construção do protocolo para controle do *Aedes aegypti* e prevenção de arboviroses baseado na abordagem eco-bio-social no município de Jaguaribara pode ser designado como um grande desafio para todos que habitam no município de Jaguaribara, uma vez que conter um mosquito não é uma tarefa simples, deve ter o envolvimento de toda a sociedade, seja com grandes ou pequenos atos. Diante de toda problemática, acreditamos que com a efetivação do protocolo, o município em questão não venha a sofrer com epidemias futuras por arboviroses. É importante colocar que a intenção das ações tenha continuidade durante todo o ano e, assim, exista proteção contra o mosquito o ano inteiro.

A introdução de novas abordagens integradas voltadas para o controle do *Aedes aegypti*, irá trazer grandes benefícios no âmbito do SUS, como: a redução da morbimortalidade por causas infecciosas, devido à sobrecarga gerada nos serviços assistenciais de saúde e, também, pelas sequelas produzidas por essas doenças, podendo ser temporárias e permanentes, a exemplos da ZIKV e CHIKV.

A abordagem EBS se adequa ao porte tecnológico e financeiro do município, possibilitando se integrar com as demais tecnologias em uso local, de modo que favoreça a participação

social e possibilite maximizar os níveis de saúde pelo menor adoecimento e uso de métodos sustentáveis que assegurem viver em um ambiente saudável. Os recursos assistenciais e os serviços de saúde não terão que ser extrapolados por essas doenças e a comunidade terá contribuído para isso, e se beneficiado por uma menor exposição ao *Aedes aegypti*, trazendo qualidade de vida a esta comunidade.

Vale salientar que necessitamos da colaboração da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, bem como do Ministério da Saúde para contemplar ações que podem fugir da governabilidade municipal.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, p.3061-3068, 29 nov. 2009.

BARRETO, M. L. et al. *Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs*. **The Lancet**. v. 377, n. 9780, p. 1877–1889, maio 2011

BRANDÃO, C.R.; STRECK, D.R. Pesquisa participante: o saber da partilha. São Paulo: **Ideias e letras**, 2006.

BRASIL. Lei 8080 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. 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 da União, Brasília, 1990 Seção 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais Para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 48, 2015. Boletim Epidemiológico.** Brasília. Volume 46 N° 44 –ISSN 2358-9450. 2015.

_____. **Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 27, 2016. Boletim Epidemiológico.** Brasília. Volume 47 N° 31 - ISSN 2358-9450 2016.

BRASIL. Nota técnica n.º 03/2010 GT-SINAN/CIEVS/DEVEP/SVS/MS, CGPNCD/DEVEP/SVS/MS, CDESS/CGAM/DATASUS/MS E DEVEP/SVS/. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica, Brasília, 2010.

CAPRARA, A. et al. Entomological impact and social participation in dengue control: a cluster randomized trial in Fortaleza, Brazil. **Trans R Soc Trop Med Hyg**, v.109, n. p. 99 –105, 2015.

CEARÁ, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Boletim Epidemiológico:** microcefalia e alterações no Sistema Nervoso Central (SNC). 24 de fevereiro de 2017. Fortaleza, 2017.

FRANÇA, G.V.A. et al. *Congenital Zika virus syndrome in Brazil: a case series of the first 1501 livebirths with complete investigation.* **The Lancet.** 2016.

GÓMEZ, C.M.; MINAYO, M, C. S. Enfoque ecossistêmico de saúde: uma estratégia transdisciplinar. **Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente**, v.1, n.1, ago. 2006.

GONÇALVES, R.P. et al. Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue. **Saúde soc.** v. 24, n. 2, p:578-593, 2015.

JAGUARIBARA. Plano Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Jaguaribara – CEARÁ, 2014.

LUZ, K.G.; SANTOS, G.I.V. dos; VIEIRA, R. de M. Febre pelo vírus Zika. *Epidemiol. Serv. Saúde [online]*. 2015, v. 24, n. 4, pp. 785-788. ISSN 1679-4974.

MACIEL, I.J.; SIQUEIRA JÚNIOR, J.B.; MARTELLI, C.M.T. Epidemiologia e desafios no controle do dengue. *Revista de Patologia Tropical / Journal of Tropical Pathology*, [S.l.], v. 37, n. 2, p. 111-130, out. 2008.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NUNES, M.R.T. et al. *Emergence and potential for spread of Chikungunya virus in Brazil*. *BMC Med*. v.13, n.102, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Dengue and severe dengue**. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/> Acesso em: 02. Set. 2016. 2016.

SANTOS, K.C.; SIQUEIRA JÚNIOR, J.B.; ZARA, A.; BARBOSA, J.R.; OLIVEIRA, E.S.F. Avaliação dos atributos de aceitabilidade e esbabilidade do sistema de vigilância da dengue no estado de Goiás, 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014.

SILVA, M.G.; FERNANDES, J.D., et al. Publicações que utilizaram o grupo focal como técnica de pesquisa: o que elas nos ensinam?. *Ciência Cuidado Saúde*, Bahia, 2013.

TEIXEIRA, M. da G., et al . Avaliação de impacto de ações de combate ao *Aedes aegypti* na cidade de Salvador, Bahia. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo , v. 5, n. 1, p. 108-115, Apr. 2002.

VALLE, D.; PIMENTA, D.N.; AGUIAR, R. Zika, dengue e chikungunya: desafios e questões. *Epidemiol. Serv. Saúde [online]*. 2016, v. 25, n. 2, p. 419-422.

WEBB, J.C. et al. *Tools for Thoughtful Action: The Role of Ecosystem Approaches to Health in Enhancing Public Health*. **Can J Public Health**. v. 101, n. 6, p. 439. 2010.

WEIHS, M.; FRÉDÉRIC, M. Os desafios da geração do conhecimento em saúde ambiental: uma perspectiva ecossistêmica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(5):1501-1510, 2013.

ZARA, Ana Laura de Sene Amâncio; SANTOS, Sandra Maria dos. Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, p. 391-404, jun. 2016.

CAPÍTULO 3

CONSTRUINDO MANUAL COM ORIENTAÇÃO EM GESTÃO DE CUSTOS, NA PERSPECTIVA DA EFICIÊNCIA NA GESTÃO HOSPITALAR

CLEIVANIA CARVALHO DE OLIVEIRA ALCÂNTARA

MARIA HELENA LIMA SOUSA

INTRODUÇÃO

Desde sua criação, através da Constituição Federal de 1988, o grande desafio para a implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) é a garantia do seu financiamento, universalidade e integralidade das ações e serviços de saúde, diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras. Além disso, alocar recursos de forma equânime em um país com severas desigualdades sociais e regionais constitui-se um grande desafio para os gestores.

As instituições hospitalares inseridas nesse contexto caracterizam-se por possuir altos custos operacionais e limitação orçamentária, havendo ainda necessidade de oferta de serviços de qualidade nessas instituições.

O conhecimento sobre os custos envolvidos na gestão hospitalar, em tempo real, é essencial para o planejamento, para o controle e para a tomada de decisões entre gestores. Diante desse panorama tão desafiador, destaca-se o papel dos gestores na eficiência da gestão dos custos hospitalares, entendendo-se que os gestores devem apoderar-se de ferramentas de gestão que possibilitem ajudá-los na tomada de decisão quanto à alocação de recursos de maneira eficiente. Uma ferramenta importante nesse panorama é a implantação de centros de custos. Diante desse contexto, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SES-CE), por meio do Núcleo de Economia da Saúde (NU-CONS) e do Núcleo de Informática (NUINF), desenvolveram um Sistema de Custos chamado SICS, que foi implantado, inicialmente, em 2002 em unidades gerenciadas pela SESA. Essa iniciativa foi parte integrante do projeto Economia da Saúde, fruto da cooperação técnica entre o Brasil (Ministério da Saúde) e o Reino Unido (*Department for International Development - DFID*) (DUARTE, 2011).

O projeto piloto, que corresponde à fase de implantação e avaliação do alcance do sistema de custos em diferentes tipos de serviços de saúde, se deu entre 2002 e 2005, no qual foram escolhidas algumas unidades com melhor nível de organização, sendo contemplados: dois hospitais terciários, duas unidades ambulatoriais gerenciados pela SES-CE e dois hospitais polo regionais (DUARTE, 2011). Segundo informações do NU-CONS, até 2016, o sistema de custos já havia sido implantado em 45 (quarenta e cinco) unidades ambulatoriais e hospitalares do SUS, incluindo 15 (quinze) hospitais polo regionais.

Hospitais polo são definidos pela Resolução nº 3.1/2001 do Conselho Estadual de Saúde (CESAU), como Hospital Geral de apoio secundário (hospital de referência do município polo). Estão localizados em municípios com insuficiência de recursos federais e com capacidade reduzida de captação de recursos, tanto de ordem tributária, quanto de viabilidade para contratação de financiamentos. Por último, buscam ainda contribuir para a redução da fragmentação dos recursos ofertados.

Segundo o NUCONS, dada a importância desses hospitais no contexto das políticas que contemplam as redes de saúde do Estado, deu-se a inclusão desses hospitais no planejamento na Coordenação de Políticas e Atenção à Saúde (COPOS) e do NUCONS, dentro do Projeto Swap II, financiado pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) para implantação do SICS/WEB a partir de 2011, tendo em vista que esses hospitais recebiam recursos estaduais para funcionarem como referência para os municípios da região de saúde ao qual pertenciam. Foi necessário o desenvolvimento do sistema de custos em versão WEB pelo setor de informática da SES-CE, para viabilizar o projeto.

A implantação do SICS/Web aconteceu de forma gradual em três etapas: a primeira deu-se por meio de um diagnóstico da organização dos hospitais; a segunda corresponde à sensibilização dos gestores, na qual foi apresentada a metodologia e a importância do sistema de custos para a eficiência da gestão e para a tomada de decisão; e a terceira foi a implantação em si, na qual profissionais das unidades de saúde selecionadas foram treinados para alimentar o sistema e utilizá-lo adequadamente para as funções que foram criados (DUARTE, 2011).

Algumas dificuldades foram capturadas por Duarte et al. (2011), quando da implantação desse sistema de custos nesses hospitais. (1) a primeira delas diz respeito à estrutura organizacional dessas unidades hospitalares, que não contemplam um setor de custos como espaço de responsabilidade para o desenvolvimento do trabalho. Isso dificulta o desenvolvimento de uma cultura voltada para a eficiência na gestão. (2) em segundo lugar, os autores identificaram a necessidade de formação em gestão de custos, bem como de atualização permanente junto aos diversos níveis de gestão do hospital, ou seja, de utilizar o sistema de custos de forma efetiva e que contribua com a gestão do hospital. (3) outro ponto apontado foi a deficiência de profissionais qualificados em gestão hospitalar para assumir integralmente os custos das unidades, havendo necessidade de criação de oferta de vagas em quase todas as unidades da rede. (4) por último, apontou a necessidade de reavaliação das necessidades de equipamentos de informática em setores chaves que alimentam o sistema de custos, como setores de pessoal, almoxarifado, farmácia etc.

Dados todos esses aspectos, entende-se que a expansão do projeto de implantação do sistema de custos nos hospitais polo regionais é de grande relevância para o fortalecimento do SUS, considerando: (1) a importância desses hospitais no fortalecimento do processo de regionalização dos serviços de saúde; (2) a aproximação do serviço aos usuários do sistema público de saúde; e, (3) sua contribuição para a organização dos serviços e otimização dos recursos.

Portanto, considera-se de extrema relevância avaliar o alcance dessa ferramenta como instrumento de gestão. Acredita-

se ainda que, no processo de avaliação dessa política, possam sensibilizar gestores para a importância de sua utilização como ferramenta de gestão.

De acordo com a importância deste estudo, estabeleceram-se como questões norteadoras:

Qual o perfil profissiográfico dos gestores dos Hospitais polo do Estado do Ceará?

Qual a concepção dos gestores sobre a gestão de custos?

Quais os problemas enfrentados e suas possíveis soluções para a alimentação do sistema de custos?

Qual o percentual de hospitais que utiliza os resultados do sistema de custos na tomada de decisões quanto à alocação dos recursos?

Quais as mudanças administrativas ocorridas nos hospitais estudados após a implantação do sistema de custos?

Por isso, o objetivo geral do estudo cujo manual é o instrumento a ser aplicado na avaliação é avaliar o impacto da implantação do sistema de custos em Hospitais polo de atenção secundária no Estado do Ceará. Como objetivos específicos têm-se: (1) descrever a caracterização profissiográfica dos gestores nos hospitais polo selecionados, (2) averiguar a concepção do gestor acerca do sistema de custos, (3) identificar se os gestores envolvidos utilizam os resultados como ferramenta de gestão, (4) enumerar fragilidades, potencialidades e desafios dos gestores para a análise e manutenção do sistema de custos nos hospitais envolvidos e (5) desenvolver um manual que oriente os gestores a utilizar mais efetivamente os resultados de sua gestão, considerando os resultados da pesquisa.

METODOLOGIAS DE GESTÃO DE CUSTOS UTILIZADOS NOS HOSPITAIS POLO REGIONAIS

A metodologia adotada pela SES-CE nos hospitais da rede própria, hospitais polo regionais e instituições regidas por Consórcio Público (Centros Especializados em Odontologia [CEO'S] e Policlínicas) é o custeio por absorção, desenvolvido por meio de uma matriz de Insumo-Produto de Leontief e adaptada ao ambiente hospitalar pelo prof. Duarte da UFC. A metodologia calcula os custos unitários direto, indireto, final e o Resultado Final dos serviços produzidos pelo hospital (DUARTE et al., 2011).

Para a implantação de um sistema de custos, seja qual for a metodologia escolhida, é necessária a criação e classificação dos centros de custos. E essa classificação deve se adequar ao processo de trabalho definido no hospital ou serviço de saúde em questão (MÉDICI & MARQUES, 1996).

O Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em seu tópico Metodologias para apuração de custos, apresenta a necessidade de se levar em conta o organograma da instituição, bem como a classificação dos serviços mais importantes, sendo considerado para essa classificação o conhecimento de seus custos, seja pela relevância de despesas efetuadas e/ou pela produção e importância na estrutura da instituição (BRASIL, 2006).

Médici & Marques (1996) classificam os sistemas de custos em saúde em três grupos principais: (1) sistema de custeio por absorção; (2) sistema de custeio por procedimentos, e (3) sistema de custeio por atividade.

Não existe consenso na literatura sobre qual metodologia é mais apropriada para o setor saúde, entretanto a mais utilizada é o custeio por absorção, sendo possível também o uso mútuo das metodologias (a depender dos objetivos que o gestor quer alcançar).

Para Pereira et al. (2012), dependendo da escolha do método de custeio é que será definido quais os custos que devem fazer parte do custeio dos produtos e de que forma esses custos serão apropriados, sendo que cada método poderá produzir uma informação. É importante a escolha do método de acordo com o objetivo que se quer alcançar e também se deve considerar a estrutura organizacional da empresa.

Um dos objetivos da gestão de um hospital ou serviço de saúde é oferecer um serviço que atenda não só quantitativamente às necessidades da população, mas também qualitativamente. E o grande desafio é manter o equilíbrio entre as receitas e os gastos. Na busca para atingir esse objetivo, os gestores de saúde devem apoderar-se de ferramentas de gestão que possibilitem ajudar na tomada de decisão e na alocação de recursos de forma mais eficiente.

Para Zardo & Hekis (2013), o sistema de gestão de custos agregado ao plano de contas direciona esse objetivo, auxiliando na sua conservação. Dessa forma, é possível se executar ações aptas para calcular os custos das receitas; proporcionar ferramentas para análise dos estoques de materiais e medicamentos; indicar a eficiência dos equipamentos; auxiliar na eliminação de desperdícios a fim de minimizar os custos; auxiliar no estabelecimento de preços.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo avaliativo com concepção formativa e abordagem metodológica para a elaboração do manual.

O estudo terá como foco o desenvolvimento de manual cujo propósito é orientar gestores a utilizar, de maneira mais efetiva, as informações provenientes dos relatórios gerenciais do sistema de custos, quais sejam, dos custos unitários direto, indireto e finais, bem como dos de resultado final. Isso pode ser obtido por meio da análise periódica mensal dos centros de custos.

A população, alvo deste estudo, é constituída por gestores e responsáveis pelos centros de custos dos 15 (quinze) hospitais públicos chamados polo de atenção secundária (Quadro 1), localizados em 14 (quatorze) regiões de saúde do Estado do Ceará, com o “Sistema Integrado de Custos em Saúde” (SICS/Web) implantado.

Serão entrevistados: diretor-geral, diretor administrativo-financeiro e responsável pelo centro de custos, totalizando, assim, 30 (trinta) gestores e 15 (quinze) responsáveis por centro de custos.

Os dados serão coletados utilizando-se como instrumento um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas, dividido em três partes: parte 1 (identificação da unidade); parte 2 (caracterização profissiográfica dos gestores) e parte 3 (avaliação da implantação).

Para sua aplicação do questionário, serão realizados 3 (três) procedimentos: (1) contato por telefone com o público-alvo a ser entrevistado acerca dos objetivos da pesquisa, (2) encaminhamento de carta-convite contendo esclarecimento sobre

o estudo e questionário a ser aplicado e (3) encaminhamento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser assinado e devolvido aos responsáveis pela pesquisa.

Os questionários serão aplicados aos diretores-gerais, diretor administrativo-financeiro e responsáveis pelos centros de custos.

A aplicação destes será realizada por meio do envio via *e-mail* individual, usando o Google docs, solicitando a devolução no prazo máximo de 10 dias corridos.

Inicialmente, será realizado um teste piloto em 5% do número total da amostra, com o objetivo de validar o instrumento de coleta de dados.

Os dados quantitativos serão organizados e trabalhados usando o aplicativo estatístico SPSS, versão 25, e será realizada estatística descritiva simples, utilizando as medidas de tendência central, como média e mediana.

As informações qualitativas serão incorporadas aos dados quantitativos na perspectiva de esclarecer a concepção dos gestores acerca da implantação da gestão de custos nesses hospitais. Os resultados serão utilizados como subsídios para a construção do manual de orientação.

O estudo cumprirá todos os princípios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (MS), que normatiza os aspectos éticos no que diz respeito à pesquisa envolvendo seres humanos. Essa Resolução incorpora na visão dos indivíduos e coletividades os quatro referenciais básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do Estado (BRASIL, 2012).

O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), respeitando a Resolução supracitada. Todos os participantes da pesquisa assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DO MANUAL DE ORIENTAÇÃO

Segundo Pacheco (2015), um manual é um conjunto de normas, procedimentos, funções, atividades, instruções e orientações substanciais ou essenciais, possibilitando definir e orientar as atividades a serem desenvolvidas, reproduzindo, difundindo e sedimentando o conhecimento e a experiência. A elaboração de um manual deverá seguir uma metodologia com definição das premissas, definição do modelo, escolha dos processos, normas e condutas como também sua aplicabilidade e validação. Também devem ser observados alguns requisitos básicos como: (1) redação simples, (2) utilizar as normas institucionais vigentes, (3) ser flexíveis e (4) ter um processo contínuo de revisão e atualização (PACHECO, 2015).

Baseado na concepção de Pasquali (2004), a elaboração do manual de orientação para gestores será realizada em três etapas: (1) a primeira consiste na sistematização do conteúdo, baseada nas informações obtidas durante o estudo avaliativo e utilizando o levantamento bibliográfico selecionado para esse, além de fazer o uso de estudos de validação de conteúdo encontrados nas bases de dados citadas anteriormente; (2) a segunda, se caracteriza pela construção do manual de orientação e (3) a terceira etapa será a validação de conteúdo feita por 5

(cinco) especialistas. Esses serão selecionados como juízes, com base nos seguintes critérios: ter no mínimo mestrado; possuir dissertação ou tese na área de economia da saúde e/ou possuir artigo publicado na área da economia da saúde e expressar interesse em colaborar com o estudo.

Lynn (1986) apud Alexandre & Coluci (2009) sugerem de 5 (cinco) a 10 (dez) juízes para se envolver no processo de validação de conteúdo. Outros autores recomendam um mínimo de 6 (seis) e um máximo de 10 (dez) pessoas, ficando claras as controvérsias apresentadas na literatura. Em relação a essa seleção, deve-se considerar, além das características do instrumento: a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais necessários.

Seguindo recomendações de Grant & Davis (1997), inicialmente deverá ser feito um convite aos membros do comitê de juízes, no qual esses deverão receber posteriormente uma carta explicativa e um questionário elaborado especificamente para essa avaliação, a fim de dar seguimento ao processo em questão.

A carta deverá conter informações relevantes, tais como: o motivo pela escolha do juiz, a importância dos conceitos envolvidos e do instrumento de forma geral. É necessário incluir o objetivo do estudo, e fornecer as bases conceituais e teóricas do instrumento, podendo acrescentar as características da população envolvida (ALEXANDRE & COLUCI, 2009).

Será utilizado o IVC (Índice de Validade de Conteúdo), método muito utilizado na área da saúde, para mensurar a proporção de juízes que estão em concordância sobre determinados

aspectos do instrumento, bem como de seus itens (ALEXANDRE & COLUCI, 2009).

A fórmula para avaliar cada item individualmente fica representada da seguinte forma:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de respostas "3" ou "4"}}{\text{Número total de resposta}}$$

Para que um instrumento ser considerado como tendo validade de conteúdo excelente, seu IVC deve atingir média de 0,90 ou mais (POLIT & BACK, 2011).

O uso de manuais está, geralmente, destinado a leigos no assunto. No entanto, nesse caso específico, entendemos que trata-se de uma ferramenta importante que pode contribuir para consolidar o uso dos dados de centros de custos em hospitais polos por gestores, melhorando a prática da gestão e facilitando o processo de análise dos custos.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. **Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida.** Campinas, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação econômica em saúde: **desafios para gestão no Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento.** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 104 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1443-3.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos: **Manual Técnico de Custos – conceitos e metodologia / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos**, Departamento de Economia da Saúde.– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 76 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 466/2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Série Cadernos Técnicos. Brasília, 2012.

DUARTE, R. R. S.; SILVA, M. F.; SOUSA, M. H. L. Sistema de custos como instrumento de eficiência nas unidades assistenciais de saúde do Ceará (Brasil) Relato de experiência. In: Marcelo Gurgel Carlos da Silva; Maria Helena Lima Sousa. (Org.). **Temas de economia da saúde III: contribuições para a gestão do SUS**. Fortaleza-CE: Editora da UECE, 2011, v. 1, p. 43-63.

GRANT, J. S.; DAVIS, L.L. **Selection and use of content experts for instrument development**. *Res Nurs Health*. 20(3):269-274, 1997.

MEDICI, A. C; MARQUES, R. M. **Sistema de custos como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde**. *Cad. FUN-DAP*; (19): 47-59, jan.1996. tab.

NICKEL, D. A.; CALVO, A. M. M.; FREITAS, S. F. T.; HARTZ, Z. M. A. Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 30(4): 839-850, abr, 2014.

PACHECO JÚNIOR, A. M.; MENDES, C. J. L. Qualis de Produção Técnica: desenvolvimento de métricas para manuais. **Revista Col. Cir**. 2015:42 (suplemento 1) 87-98.

PASQUALI, L. **Psicometria**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

PEREIRA, A. C; NUNES, A. S. F.O processo decisório subsidiado por informações de custos. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: 2011;35(3): 258-269.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ZARDO, M.; HEKIS, H. R. Estudo para Implementação de um Sistema de Apuração de Custos no Centro de Pesquisas Oncológicas - CEPON. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde.** (2013), 19-37.

CAPÍTULO 4

CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: ELABORAÇÃO DE MAPA CONCEITUAL

ANA NERY DE CASTRO FEITOSA
CARLOS GARCIA FILHO

INTRODUÇÃO

A atenção voltada às pessoas com transtorno mental vem sofrendo modificações ao longo dos anos. Concernente as mudanças de paradigmas do cuidado, esta atenção volta-se mais para o sujeito, do que para a doença. Amarante diz que “a ciência tornou o doente um objeto de estudo, da mesma forma que a instituição tornou-o objeto da estrutura manicomial” (AMARANTE, 1996, p. 76). Portanto, não basta apenas olhar para o sujeito, mas considerá-lo em sua singularidade.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Humaniza-SUS) deu ênfase ao cuidado humanizado na saúde como um todo. Segundo o Ministério da Saúde, Humaniza-SUS opera com o princípio da transversalidade, lançando mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores

da saúde e gestores. O direcionamento de estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos pode efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

O processo de trabalho em saúde envolve aspectos relacionados a práticas de cuidado, a interação entre sujeitos com suas singularidades e peculiaridades dos diversos serviços nas mais variadas áreas de atenção.

Este capítulo tem como objetivo elaborar mapas conceituais referentes ao cuidado em saúde mental e processos de trabalho em saúde, buscando correlacionar os conceitos pertinentes a essas temáticas. Mapa conceitual, para Souza e Boruchovitch (2010), é uma forma de estruturação que tem por alicerce a aprendizagem significativa, consistindo na integração de novos conceitos à estrutura cognitiva do aprendiz, com o propósito de estabelecer aprendizagens inter-relacionadas.

Foi realizada uma revisão de literatura para a obtenção de informações relevantes aos temas em estudo, primando pelo aprimoramento do conhecimento e conseqüente efetivação de uma melhoria das práticas de cuidado.

CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Mediante a revisão de literatura, foram encontrados alguns conceitos que se relacionam com o cuidado em saúde mental, cujo mapa conceitual está representado na figura 1. Inicialmente apresenta-se o próprio conceito de saúde, que sofre evolução ao longo dos anos. Anteriormente, era visto como au-

sência de doença, focado apenas nas afecções corpóreas. “O que interessa aos olhos da medicina é a doença, que resulta tanto mais identificável e compreensível quanto mais estiver separada e isolada do sujeito que a manifesta” (BASAGLIA, 2008, p. 18). Scliar (2007) apresenta uma evolução histórica, afirmando que “o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural”, podendo não representar a mesma coisa para todas as pessoas (SCLIAR, 2007, p. 30).

Atualmente, o conceito de saúde adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é o “completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (ARAÚJO; BRITO; NOVAES, 2008, p. 118). Apesar de apresentar lacunas em determinados aspectos, o conceito da OMS representou um grande avanço ao constatar que não basta não estar doente, o indivíduo tem que se sentir bem física, mental e socialmente para se considerar com saúde. Insere-se, neste conceito, o âmbito da saúde mental. Sampaio, Guimarães e Sampaio (2013) reforçam esse pensamento, afirmando que “saúde e doença mental são conceitos que emergem da noção de bem-estar coletivo” (SAMPAIO; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2013, p. 427).

O conceito de saúde mental perpassa também por uma evolução que é decorrente de modificações sofridas na própria concepção do saber médico, com mudanças ideológicas que transformaram o olhar da psiquiatria, em que seu objeto de interesse deixa de ser a doença e passa a ser o doente, ou seja, o indivíduo com sua subjetividade. Amarante (2007) revela a complexidade que há por trás do termo “saúde mental”, apontando que “poucos campos de conhecimento e atuação na

saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes” (AMARANTE, 2007, p. 15). Afirma ainda que “saúde mental não é apenas psicopatologia, semiologia,... Ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais” (AMARANTE, 2007, p. 16). O autor conclui que “saúde mental é um campo bastante polisêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas” (AMARANTE, 2007, p. 19).

Sampaio, Guimarães e Sampaio (2013) também demonstram esta complexidade que envolve a saúde mental, apresentando três dimensões nas quais ela se expressa: a) Uma dimensão envolvendo os diversos saberes e profissões atuantes, como Psiquiatria, Psicologia, Psicanálise, Medicina Social, Neurologia, Enfermagem, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Arteterapia, Pedagogia etc; b) A dimensão das políticas, planejamentos, gestões e intervenções, redes, sistemas e serviços, nos mais variados níveis e modelos de atenção; e c) Outra dimensão relacionada a aspectos subjetivos dos seres humanos, incluindo sofrimento, satisfação, prazer, paixão, felicidade, código moral, temporalidade e fluxo da consciência (SAMPAIO; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2013, p. 423).

Outro conceito relacionado ao tema é a Reforma Psiquiátrica (RP). Esta é compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. Esse movimento surgiu na Itália, com destaque para a experiência de Franco Basaglia, que iniciou um projeto de desconstrução de saberes e de instituições psiquiátricas (AMARANTE, 1996). Instalou-se, assim, a Reforma Psiquiátrica na Itália que, em pouco tempo,

eclodiu no mundo inteiro. Para Basaglia (2008), o movimento não foi, apenas, uma simples mudança de teoria, substituível por nova ideologia de recâmbio e sim, a demolição prática de uma cultura, sendo possível somente mediante a construção concomitante de outro apoio, outro suporte, outros conceitos de saúde e de doença, de normalidade e de loucura (BASAGLIA, 2008).

Esta autora conta que “um primeiro elemento característico da peculiaridade do movimento que, na Itália, colocou em crise as raízes materiais e teóricas da instituição manicomial, creio que seja o primado da prática” (BASAGLIA, 2008, p. 27). Sobre esse termo, a autora afirma ser “compreendida não como mero fazer, mas como produtora de outra realidade e de outra cultura, isto é, quando se age simultaneamente sobre a estrutura material da instituição, sobre o preconceito social para com o doente mental, sobre o preconceito científico para com a doença” (BASAGLIA, 2008, p. 27-28).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica teve início no fim dos anos 1970, a partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que passou a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência das instituições psiquiátricas, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. Oliveira, Martinhago e Moraes (2009) reforçam que “a Reforma Psiquiátrica brasileira se inscreve num contexto internacional de luta contra a violência praticada nos manicômios e organiza-se com base nos pressupostos da Reforma Sanitária e da Psiquiatria Democráti-

ca Italiana, embora tenha uma história própria...” (OLIVEIRA; MATINHAGO; MORAES, 2009, p. 08).

A partir dos anos 1980 surgem várias iniciativas que consolidam a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Devera e Costa-Rosa (2007) afirmam que, nesse período, eclode “um conjunto de ações mais efetivas já realizadas sob a égide dos movimentos autodenominados Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica”, destacando as “Conferências Nacionais de Saúde Mental, vários Encontros e Congressos de Trabalhadores de Saúde Mental, as Portarias Ministeriais e a Lei 10.216/2001” (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 68). Esses autores apresentam os marcos históricos da Reforma Psiquiátrica no Brasil apontando, como um deles, a criação do primeiro CAPS em 1987, em São Paulo – CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, que inspirou a criação deste serviço em muitos outros estados do Brasil.

A Lei Federal 10.216, aprovada em 2001 – reformulação do Projeto de Lei de Paulo Delgado, de 1989 – redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios – prevista no Projeto de Lei original (OLIVEIRA; MATINHAGO; MORAES, 2009). Ainda assim, esta lei impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A política de saúde mental do Governo Federal, alinhada com as diretrizes dessa reforma, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços

abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. Em 2002, é aprovada a portaria 336 que regulamenta o funcionamento dos CAPS (BRASIL, 2002). A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão com a criação de novos serviços e ampliação da cobertura dos já existentes.

Com o surgimento destes novos dispositivos, criou-se a necessidade de organização dos fluxos entre os serviços disponíveis, para que se pudesse potencializar a efetividade do cuidado ao usuário que procura um destes serviços de saúde. Foi, então, que se instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde (MS). De acordo com essa portaria, a finalidade da RAPS “é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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)” (BRASIL, 2011).

A RAPS é formada por 7 componentes, cada um com pontos de atenção específicos:

1. atenção básica em saúde: Unidade Básica de Saúde, Equipe de atenção básica para populações específicas e Centros de Convivência;
2. atenção psicossocial especializada: Centros de atenção psicossocial (CAPS);
3. atenção de urgência e emergência: Unidades de atenção em urgência e emergência no município (SAMU, UPA, Hospitais etc.);

4. atenção residencial de caráter transitório: Unidades de Acolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial (Comunidades Terapêuticas);
5. atenção hospitalar: Enfermaria especializada em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência;
6. estratégias de desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos e Programa de Volta pra casa;
7. reabilitação psicossocial: Iniciativas de geração de trabalho e renda.

A implantação da RAPS foi de extrema importância para a consolidação das políticas de saúde mental, sendo fundamentada nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Figura 1: Mapa conceitual do cuidado em saúde mental.



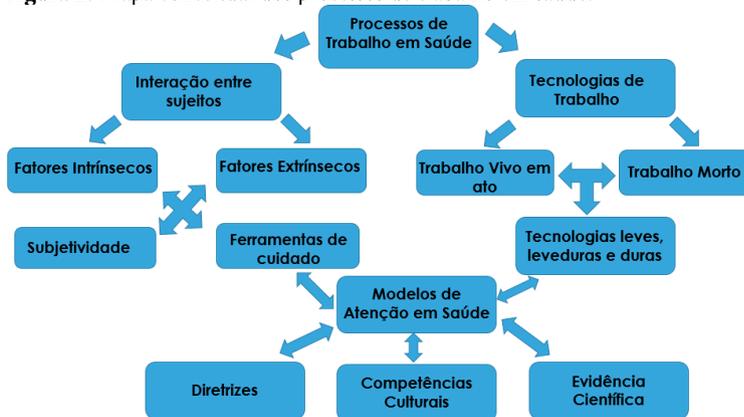
Fonte: Elaborado pelos autores.

PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE

A atenção em saúde se dá por meio da interação entre sujeitos: aquele que cuida e aquele que é cuidado. Os processos de trabalho expressam a forma como esse cuidado se efetiva. O mapa conceitual exposto na figura 2 apresenta os principais conceitos encontrados a partir da atual revisão de literatura.

Nas relações estabelecidas nos processos de trabalho em saúde, todos os sujeitos estão implicados, cada um com suas responsabilidades, com suas singularidades, necessidades e expectativas. No âmbito da saúde mental, a interação entre os sujeitos tem um significado ainda maior. Amarante (2007) afirma que “na saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam [...] com sujeitos que vivenciam as problemáticas [...]” (AMARANTE, 2007, p. 84).

Figura 2: Mapa conceitual dos processos de trabalho em saúde.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Estes ditos sujeitos estão susceptíveis a influências de fatores intrínsecos e extrínsecos, como suas histórias de vida, o meio em que vivem, traços de personalidade, entre outros. Por suposto, trata-se de uma relação de grande complexidade, que se estrutura à medida em que se constrói no fazer, no ato em si. Merhy (1999) enfatiza que há um processo de relações, isto é, “um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções” (MERHY, 1999, p. 307) Para este autor, o jogo produção, consumo e necessidades tem uma dinâmica muito peculiar no processo de trabalho em saúde, que faz com que ele esteja sempre em estruturação, dentro de um quadro permanentemente incerto sobre o que é o padrão do seu produto final realizado, e o modo de satisfação que o ele gera (MERHY, 1997).

Merhy (2002) apresenta dois tipos de trabalho: o trabalho vivo e o morto. Para ele, o trabalho vivo é realizado no momento da intervenção, chamado de trabalho vivo em ato; e trabalho morto são todos os produtos-meios que estão envolvidos no processo, como ferramentas, insumos e que são resultado de trabalho humano anterior (MERHY, 2002). Sobre o conceito de tecnologia, Mendes-Gonçalves refere ser o “significante dos nexos (...) estabelecidos entre os elementos (o objeto de trabalho, os instrumentos de trabalho, a atividade do trabalho) de uma certa prática (...), no seu nível interno, e ao mesmo tempo em função das articulações sociais que a determinam” (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 85).

Merhy (2002) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como: leve – tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão

como uma forma de governar processos de trabalho; levedura – saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo; e dura – equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais, entre outros (MERHY, 2002, p. 49).

O encontro entre sujeitos perpassa por todas essas ferramentas que são necessárias para a efetivação do cuidado em saúde. Não obstante, as tecnologias leves são essenciais no cuidado em saúde e imprescindíveis no campo da saúde mental, onde tenta-se romper com paradigmas históricos de segregação, de anulação de direitos, de preconceitos e de afastamento social da pessoa em sofrimento psíquico. Merhy enfatiza que no encontro do trabalho vivo em ato com o usuário há a expressão de alguns componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde: as tecnologias articuladas à produção dos processos de intercessão, as das relações que se configuram, por exemplo, por meio das práticas de acolhimento, vínculo, autonomização, entre outras (MERHY, 2002, p. 51).

Jorge et al. (2011) afirmam que, “ao potencializar a relação entre sujeitos, a ênfase no processo relacional incorpora estratégias de aproximação e efetivação de uma prática resolutiva e voltada para o modo de vida de cada usuário” (JORGE et al., 2011, p. 3055). Esta autora apresenta as ferramentas utilizadas nas relações de cuidado apontadas por Merhy – acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia – enfatizando que a saúde mental utiliza-as, visando um cuidado integral ao sujeito e que “representam possibilidades de se construir uma nova

prática em saúde” (JORGE et al., 2011, p. 3053). Jorge et al. (2011) afirma, também, que “acolhimento e vínculo são decisivos na relação de cuidado entre o trabalhador de saúde mental e o usuário” e “facilitam a construção da autonomia mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica” (JORGE et al., 2011, p. 3053).

Essas ferramentas apresentadas são de extrema importância no processo de trabalho, particularmente, em saúde mental. O acolhimento, a escuta, o olhar atencioso para aquele que procura atendimento, entre outras posturas acolhedoras, potencializam a formação do vínculo, que é essencial para o fortalecimento da produção do cuidado.

Nesse contexto, o distanciamento entre o cuidador e aquele que é cuidado perdeu o sentido. Ambos são sujeitos protagonistas de uma mesma relação que necessita ser fortalecida, baseada na confiança, na empatia, na responsabilização mútua e na afetividade. Nesta relação, segundo Merhy (1999), há momentos de possíveis cumplicidades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 1999, p. 308).

Fundamentado na fenomenologia hermenêutica de Ricoeur, Jervolino (2011) salienta que “é a afetividade o verdadeiro terreno da realização existencial deste ser paradoxal e conflituoso que é o homem” (JERVOLINO, 2011, p. 36). Em todas as relações ela é necessária, inclusive – e essencialmente – na relação terapêutica.

Franco e Merhy (2007) relatam que a produção do cuidado opera por fluxos de intensidade, mediados pelas tecnologias de trabalho e que produz e é produzido por dois grandes vetores de construção da realidade: a produção de subjetividades e os afetos entre os sujeitos, que produzem a si mesmos e se afetam mutuamente (FRANCO; MERHY, 2007).

Os processos de trabalho em saúde são estruturados, também, de acordo com os modelos de atenção à saúde. Segundo Mendes, estes modelos são “sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias” (MENDES, 2010, p. 2302). Tais modelos são definidos em função da visão prevacente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde de determinada população (MENDES, 2010). Os modelos de atenção à saúde devem responder efetivamente às necessidades da população, adequando-se às condições determinantes dos processos de saúde e doença que lhes são predominantes.

O Ministério da Saúde propôs diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando que o modelo de atenção à saúde vigente não tem dado conta dos desafios sanitários atuais e é insustentável para os enfrentamentos futuros. Tal modelo é fundamentado em ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b).

Um conceito que está ligado ao modelo de atenção em saúde é o de competência cultural, que se relaciona com o fato do profissional atentar para o meio em que o paciente vive, seus hábitos, os costumes da região, além da linguagem coloquial do lugar. “Os prestadores de serviços de saúde devem responder efetivamente às diversidades culturais das pessoas usuárias” (MENDES, 2011, p. 223). Uma consulta com um profissional que não tenha conhecimento da linguagem de determinada região, por exemplo, pode prejudicar sobremaneira o processo de trabalho, comprometendo a eficácia do tratamento.

Outro conceito relacionado ao modelo de atenção à saúde é a evidência científica, que deve ser o embasamento para a fundamentação da prática clínica. Mendes (2011) salienta que “as decisões clínicas devem ser tomadas com base em diretrizes clínicas construídas a partir de evidências científicas” e “necessitam de ser discutidas com as pessoas usuárias de forma que possam compreender melhor a atenção à saúde prestada” (MENDES, 2011, p. 223).

Dentro deste contexto, os processos de trabalho em saúde estruturam-se a partir dos modelos de atenção em saúde, baseados em diretrizes estabelecidas previamente, de acordo com as necessidades de saúde de determinada população.

CONCLUSÃO

A consolidação do cuidado humanizado em saúde mental depende, acima de tudo, da mudança do olhar sobre o sujeito em sofrimento psíquico. Práticas de saúde mental voltadas para a valorização dos sujeitos devem ser estimuladas em todos os serviços.

Não basta fechar hospitais psiquiátricos, transferir leitos ou criar novos equipamentos e leis que os regulamentem. A mudança deve ser intrínseca ao sujeito que opera a saúde mental, devendo ser extensiva a todos os indivíduos. Práticas abusivas, com violação de direitos e posturas preconceituosas não devem ser mais toleradas, sobretudo dentro dos serviços de saúde mental. A sociedade como um todo deve estar atenta e sensível, para que sejam consolidadas as mudanças necessárias para a efetivação do cuidado em saúde mental.

Os componentes da Rede de Atenção Psicossocial devem atuar em conjunto, numa mesma perspectiva de cuidado, alinhados com as políticas públicas de saúde mental potencializando, assim, a efetivação do cuidado integral à saúde.

Os processos de trabalho possuem vários aspectos demonstrados no mapa conceitual, como a interação entre os sujeitos, com suas subjetividades (fatores intrínsecos), as ferramentas de cuidado, as tecnologias e os modelos de atenção (fatores extrínsecos) que se propõe à efetividade e eficácia do cuidado em saúde. Não obstante, é necessária a adequação dos modelos e, conseqüentemente, dos processos de trabalho em saúde às especificidades de cada região, respeitando-se a diversidade cultural presente em nosso país.

É no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o cuidado em saúde mental se fortalece. Perpassa pelas ferramentas e tecnologias dos processos de trabalho, favorecendo o protagonismo dos sujeitos envolvidos numa relação que deve ser pautada, sobretudo, por princípios éticos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.D.C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, A. A.; BRITO, A. M.; NOVAES, M. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? **Revista Bioética**, 2008 16 (1): 117 – 124. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/60/63. Acesso em: 23 de jan 2017.

BASÁGLIA, F.O. Saúde/doença. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L.B. (Orgs.) **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: LAPS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bibliofarma.com/portaria-gmms-no-336-de-19-de-fevereiro-de-2002>. Acesso em: 23 jan 2017.

_____. **Portaria n.º 3088 de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 02 maio 2016

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, 6(1), 60-79, 2007.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf. Acesso em: 23 jan 2017

JERVOLINO, D. **Introdução a Ricoeur**. Tradução de José Bortolini. São Paulo: Paulus, 2011.

JORGE, M.S.B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3051-3060, 2011.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2297-2305, 2010.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2):305-314, 1999.

_____. **Saúde**: Cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2010.

_____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

OLIVEIRA, W.F.; MARTINHAGO, F.; MORAES, R.S.A. M. **Entendendo a Reforma Psiquiátrica**: a construção da rede de atenção à saúde mental. Florianópolis: ABRASME/UFSC, 2009.

SAMPAIO, J.J. C.; GUIMARÃES, J.M.X; SAMPAIO, A.M. Saúde mental. In: ROUQUAYROL, Z.; GURGEL, M. (ORGS). **Epidemiologia e saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SOUZA, N.A.; BORUCHOVITCH, E. Mapas Conceituais: Estratégia de Ensino/aprendizagem e Ferramenta Avaliativa. **Educação em Revista.** Belo Horizonte. v. 26, n. 03, p. 195-218, dez. 2010.

CAPÍTULO 5

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO: UTILIZAÇÃO DE FERRAMENTAS AUXILIARES DO PLANEJAMENTO DO CUIDADO

SILVANA MARIA NUNES RODRIGUES
ILSE MARIA TIGRE DE ARRUDA LEITÃO
LUILMA ALBUQUERQUE GURGEL

INTRODUÇÃO

O câncer é considerado uma doença crônico-degenerativa que compromete significativamente a vida dos indivíduos nas dimensões biológica, social e afetiva, exigindo assistência especializada de diferentes profissionais e uma dinâmica de serviços que acompanhem o desenvolvimento de novas tecnologias para o cuidar.

No Brasil, as estimativas para o ano de 2016 apontam a ocorrência de aproximadamente 596 mil novos casos de câncer, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma, o que reforça a magnitude do problema do câncer no País. Entre os homens, são esperados 295.200 novos casos, e entre as mulheres, 300.800 (INCA, 2016).

Dentre os diversos tipos de câncer, encontramos os cânceres hematológicos, tendo como os de maior destaque as leucemias, os linfomas e os mielomas. A leucemia é uma proliferação neoplásica de leucócitos na medula óssea, geralmente de origem desconhecida. Já os linfomas são neoplasmas do tecido linfoide, geralmente derivados dos linfócitos B. Começam nos linfonodos, mas podem envolver tecido linfoide no baço, no trato gastrointestinal, no fígado ou medula óssea. E o mieloma múltiplo é uma malignidade da forma mais madura do linfócito B, o plasmócito (SMELTZER; BARE, 2015).

Nos últimos anos, houve grandes avanços no tratamento dessas doenças. Atualmente, a quimioterapia antineoplásica é, entre as modalidades de tratamento, a que possui maior incidência de cura em diversos tumores, e a que mais aumenta a sobrevida do portador de câncer. Consiste na utilização de substâncias químicas isoladas, ou em combinação, que interferem no processo de crescimento e de divisão celular, destruindo as células tumorais e, também, agredindo as células normais que possuem características semelhantes. Pode-se classificá-la em quimioterapia neo-adjuvante, quando administrada antes de um procedimento cirúrgico, com os objetivos de avaliar a resposta antineoplásica e de reduzir o tumor, e em quimioterapia adjuvante, administrada após o tratamento cirúrgico, com a finalidade de erradicar possíveis micrometástases (BONASSA; GATO, 2012).

A assistência de enfermagem oncológica teve seu reconhecimento advindo do entendimento da magnitude do câncer e seu impacto na morbidade e mortalidade populacional, em que

as ações de enfermagem tornaram-se cada vez mais ampliadas no cuidado integral desse paciente em todas as fases do tratamento (SILVA et al., 2011).

A atuação do enfermeiro oncológico vai além da ação terapêutica propriamente dita, ou seja, administrar medicações citostáticas. É incumbência deste profissional, implementar medidas de suporte para auxiliar os pacientes no enfrentamento da doença e do processo de tratamento com quimioterapia anti-neoplásica, uma vez que o câncer exige tratamento prolongado e está sujeito a efeitos colaterais, e muitas vezes cirurgias mutiladoras (SILVA et al., 2011).

A enfermagem assume um papel de fundamental relevância no acompanhamento e na minimização das diversas toxicidades ocasionadas pela quimioterapia e que acometem órgãos e sistemas do paciente. Essas toxicidades necessitam ser controladas, através de intervenções de enfermagem precisas e eficazes e, também, pelos cuidados tomados pelos próprios pacientes em tratamento quimioterápico.

Portanto, a assistência de enfermagem prestada ao paciente onco-hematológico é especializada e complexa, e requer do enfermeiro habilidade técnica, conhecimento científico e capacidade de atender às necessidades do paciente mediante práticas especializadas, assim como, pelo provimento de orientações necessárias e importantes, a fim de contribuir para melhores resultados do modelo terapêutico aplicado.

Para isso, o enfermeiro pode lançar mão de ferramentas auxiliares no desenvolvimento de suas atividades gerenciais e assistenciais. E, dentre as ferramentas, podemos destacar a Sis-

tematização da Assistência de Enfermagem (SAE), instrumento essencial para o planejamento da assistência prestada ao paciente onco-hematológico.

Nesse sentido, a SAE, através do processo de enfermagem, constitui-se um importante instrumento de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, tanto para o paciente quanto para o profissional, uma vez que visa organizar a assistência de enfermagem tornando-a sistemática e individualizada.

Para Dias et al. (2011), a SAE é indicada como uma ferramenta relevante para a melhoria do desempenho institucional, até mesmo necessária à efetivação dos princípios e valores que norteiam a atual política de saúde, intervindo de maneira eficiente e competente sobre o complexo sistema que configura os serviços de saúde.

A fim de sistematizar a assistência de Enfermagem, os profissionais precisam utilizar em suas práticas diárias, um método científico, o Processo de Enfermagem (PE) que pode ser entendido como um instrumento metodológico, utilizado para favorecer e organizar o cuidado de Enfermagem; ademais promove o desenvolvimento de papéis específicos da Enfermagem, demonstrando a complexidade do cuidado (NÓBREGA; SILVA, 2009).

Deve ser utilizado para direcionar a equipe de Enfermagem, auxiliando o enfermeiro na tomada de decisão, contribuindo para promoção do cuidado sistemático, humanizado e eficiente (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Diferentes autores apresentam diversas etapas do PE, no entanto, as comuns entre eles são: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Essas etapas interligam-se de forma cíclica e contínua, necessitando de raciocínio crítico e conhecimento por parte do enfermeiro que o executa. Além disso, os conceitos empregados na dinâmica do cuidado variam de acordo com o modelo teórico adotado por cada um dos autores para o desenvolvimento da prática de enfermagem.

O Processo de Enfermagem deve ocorrer de modo deliberado e sistemático, baseado em um suporte teórico que oriente a coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento das ações, intervenções de enfermagem, e avaliação dos resultados alcançados. Cada etapa do processo proporciona ao enfermeiro uma visão do indivíduo em sua integralidade, para que assim possa analisá-lo adequadamente de forma a proporcionar cuidados condizentes com suas necessidades (BRASIL, 2009).

Reforçando a importância e necessidade do planejamento de enfermagem na assistência, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução nº 358/2009, determina que a Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma incumbência privativa do enfermeiro e ressalta a importância e a obrigatoriedade da implementação do Processo de Enfermagem, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem (BRASIL, 2009).

Diante da importância e necessidade dessa prática para os pacientes onco-hematológicos e segundo as exigências da SAE

pelo COFEN, torna-se essencial a implantação desta nos diversos serviços de saúde.

Objetivou-se apresentar uma reflexão teórico-metodológica com base na literatura, do conhecimento produzido sobre a SAE através do PE em pacientes oncológicos. Buscou-se nos estudos respostas aos seguintes questionamentos: Que tipos de estudos/delineamentos metodológicos estão sendo realizados sobre a SAE com pacientes oncológicos?

Este estudo torna-se relevante na medida em que possa auxiliar reflexões sobre a implementação da SAE através do PE em pacientes oncológicos nas unidades ambulatoriais e seus familiares, como maneira de melhorar a qualidade dos cuidados.

METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo que buscou sustentação na literatura nacional. Foram consultados teses, artigos, livros, documentos oficiais. A busca foi desenvolvida a partir de consultas às bases: SciELO, DEDALUS, USP. Para a busca foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Sistematização da assistência da enfermagem; Oncologia; Serviço ambulatorial.

Conforme Meneghetti (2011), o ensaio é um meio de análise e elucubrações em relação ao objeto, independentemente de sua natureza ou característica. A forma ensaística é a forma como são incubados novos conhecimentos, até mesmo científicos ou pré-científicos. Não é instrumento da identidade entre sujeito e objeto, mas é meio para apreender a realidade, por renúncia ao princípio da identidade.

RESULTADOS

Uma forma prática e eficiente de tornar tal método de trabalho possível é por meio da criação de instrumentos para sistematizar o cuidado, elaborados com base nos princípios estabelecidos pelo processo de enfermagem. O desenvolvimento de tais instrumentos, além de direcionar a coleta, diagnóstico, intervenção e a avaliação dos dados obtidos, proporciona uma significativa melhora da qualidade do cuidado e direciona toda a equipe de enfermagem na condução de uma assistência fundamentada cientificamente.

Ao reconhecer a relevância da SAE e a execução do PE em todas as suas etapas para alcançar o cuidado de enfermagem com qualidade e efetividade, estudos são realizados acerca desta temática, em especial com o objetivo de construir e/ou validar instrumentos para sistematizar o cuidado a serem aplicados a diversos tipos de clientela.

A validação de instrumentos, como tema de pesquisas, aumenta a cada dia, visto que se verificou que a existência de instrumentos validados sistematiza e direciona o cuidado, facilitando e auxiliando na tomada de decisão, na medida em que permitem, de forma sistemática, coletar dados que reconhecem as necessidades de saúde da população, e contribuem para o enfrentamento destas, na prática da equipe de saúde (HINO et al., 2009).

Existem estudos que se dedicam a desenvolver instrumentos de SAE no formato de *software* no sentido de desenvolver tecnologias que utilizem a informática e sistemas de informação para melhor desenvolvimento do cuidado de enfermagem. Para

que as tecnologias sejam melhor utilizadas, faz-se necessário que se possua uma linguagem padronizada que permita a organização dos dados. O PE, com uma terminologia padronizada, permite inserir esses dados em um registro eletrônico de enfermagem de modo a reutilizá-los para inúmeras possibilidades, dentre elas a pesquisa (HAYREINEN; LAMMINTAKANEN; SARANTO, 2010).

Nos Estados Unidos, com a colaboração de cientistas, clínicos e *experts*, surge o sistema *Hands-on Automated Nursing Data System* (HANDS), que integra a taxonomia de diagnósticos NANDA, de resultados NOC e de intervenções NIC, ou seja, a ligação NNN (WESTRA et al., 2008).

No Canadá, a Canadian Nurses Association em parceria com o Ministério da Saúde do país, desenvolveu o projeto *Canadian Health Outcomes for Better Information and Care* (C-HOBIC), considerado o primeiro passo para a padronização das ações de enfermagem, auxiliado pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) no desenvolvimento de um catálogo e inserção desses nos registros eletrônicos (HANNAH; BALL; EDWARDS, 2009).

Em Portugal, foi elaborado um Programa de Informatização dos Cuidados de Enfermagem (PRINCE), para o atendimento a idosos em um Centro Dia, o qual engloba módulos de consulta de enfermagem, terapêutica, plano de cuidado, dentre outros (PINTO, 2011).

No Brasil, também tem sido desenvolvido estudos para construção e/ou validação de sistemas informatizados para a melhor aplicação do processo de enfermagem. Pode-se citar

como exemplo o Sistema de documentação eletrônica do PE da Universidade de São Paulo (PROCEmf-USP), que se baseou nos domínios e classes da NANDA, NIC e NOC (NNN) para pacientes de unidade clínica e cirúrgica (PERES et al., 2010).

Observa-se que a existência de instrumentos validados facilita e auxilia na tomada de decisão, na medida em que permitem, de forma sistemática, coletar dados que reconhecem as necessidades de saúde da população, e contribuem para o enfrentamento destas, na prática da equipe de saúde.

Estudo desenvolvido em uma tese de doutorado construiu e avaliou a aplicabilidade de um *software* com o PE em uma UTI adulto de um Hospital de Belo Horizonte, baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) (TANNURE, 2012). Outro estudo de tese de doutorado, realizado em um hospital escola de João Pessoa, desenvolveu um *software* para apoio à tomada de decisão na seleção de diagnósticos e intervenções de enfermagem (SILVA, 2014).

Percebeu-se que os estudos que utilizaram a informatização para a SAE ou aplicabilidade do PE, foram derivados da adaptação de instrumentos de SAE impressos que já eram utilizados na prática clínica da enfermagem, e que suscitou a necessidade de avançar nessa aplicação e desenvolvimento do cuidado sistematizado.

Pesquisa metodológica que construiu e validou um instrumento de coleta de dados para a SAE em recém-nascidos internados em UTI neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley na Paraíba, foi desenvolvida em 4 fases: identificação dos indicadores empíricos em neonatos segundo Wanda

Horta; verificação dos indicadores empíricos pelos enfermeiros assistenciais da UTI neonatal e estruturação da 1ª versão do instrumento de coleta de dados (ICD); validação do conteúdo pelos enfermeiros e elaboração da 2ª versão; operacionalização do instrumento com aplicação em neonatos, validação da aparência pelos enfermeiros e elaboração da versão final. O instrumento foi constantemente avaliado pelos enfermeiros assistenciais, os quais consideraram o instrumento válido, viável, e com uma visão ampliada das NHB (GOUVEA, 2007).

Já estudo metodológico que construiu e validou instrumento de coleta de dados para pacientes de uma Unidade de Internação Coronariana, fez a validação com 5 enfermeiros do serviço por meio de um Grupo Focal desenvolvido em 4 reuniões. Posteriormente, o instrumento foi testado com 5 pacientes hospitalizados e, por fim, foi construído um guia de orientação do uso e preenchimento dele. Os autores concluíram que a aplicação do ICD promoveu a SAE e a melhoria da assistência ao paciente coronariano (CORRÊA et al., 2008).

Pesquisa que também objetivou construir e validar ICD para a SAE de clientes de uma UTI adulto de um hospital universitário de João Pessoa, foi desenvolvida em três etapas: identificação dos indicadores empíricos por meio de revisão bibliográfica, e embasamento na teoria das NHB e agrupadas de acordo com as necessidades de Benedet e Bub; validação dos indicadores por 10 enfermeiros da UTI ou docentes; validação aparente e de conteúdo do instrumento pelos enfermeiros e/ou docentes e elaboração da versão final. Os autores concluíram que os objetivos propostos no estudo foram alcançados e que o instrumento

elaborado permitirá uma relação interpessoal mais efetiva entre enfermeiros, clientes e familiares; divulgará a imperatividade da SAE para a qualidade do cuidado e suscitará a necessidade de mais estudos e desenvolvimento de outras etapas da sistematização (RAMALHO NETO; FONTES; NÓBREGA, 2013).

Outra pesquisa metodológica validou um instrumento da SAE elaborado a partir de estudo realizado na clínica cirúrgica do Hospital Geral de Vitória da Conquista. A validação conceitual foi realizada por cinco juízes que analisaram se os itens que compunham o instrumento eram adequados para os pacientes da clínica cirúrgica. Os autores concluíram que a experiência de elaborar e validar um instrumento possibilitou entender melhor a importância do processo de sistematização da coleta de dados e que é necessário que os profissionais de saúde continuem a busca do aprimoramento contínuo de sua prática, contribuindo para a construção de ações embasadas em princípios científicos, o que refletirá na melhor qualidade de cuidado oferecido (VIANA; PIRES, 2014).

Estudo metodológico que construiu e validou um instrumento para consulta de enfermagem aos usuários diabéticos atendidos no Programa Saúde da Família, no município de João Pessoa na Paraíba, foi desenvolvido em três etapas: identificação dos indicadores empíricos dos requisitos de autocuidado, validação dos indicadores pelas enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família e validação de forma e conteúdo pelas enfermeiras. Foram identificados 227 indicadores empíricos. Segundo a apreciação dos enfermeiros, o instrumento demonstrou validade de forma e de conteúdo (BEZERRA, 2013).

Pesquisa desenvolvida com o objetivo de elaborar um instrumento de coleta de dados para pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial baseado na teoria de Dorothea Orem, avaliar o conteúdo do instrumento e avaliar a confiabilidade do instrumento. Os dados foram coletados no ambulatório de quimioterapia do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Após a avaliação por juízes peritos, foi concluído que o instrumento elaborado é eficaz e pode servir como guia na coleta de dados de pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial e auxiliar na Sistematização da Assistência de Enfermagem desses pacientes (SALVADORI, 2007).

ALCÂNTARA (2009), buscou construir e validar um instrumento de SAE com as etapas de levantamento de dados, diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem a ser aplicado no cuidado às crianças com hidrocefalia. Inicialmente, o instrumento foi construído por meio de levantamento bibliográfico e a validação foi feita por meio da Técnica Delphi, buscando o consenso com 10 enfermeiros e uma concordância de, no mínimo, 70% dos enfermeiros. Os enfermeiros concordaram que o instrumento era válido, simples, aplicável, e holístico; e trazia como benefícios uma linguagem padronizada para a enfermagem, além da incorporação do PE como rotina nas instituições de saúde.

Pesquisa que buscou a construção de um instrumento de SAE a ser aplicado em um centro obstétrico de um hospital público estadual de Recife, aplicou um instrumento de coleta de dados em 40 parturientes, levantou os diagnósticos de enfermagem pautado na CIPE versão 1.0, e com base na literatura traçou as intervenções de enfermagem mais pertinentes. Os

autores concluíram que a visão holística do enfermeiro obstetra associada ao PE, favorece uma assistência individualizada às parturientes e fundamentada no conhecimento científico (SANTOS; RAMOS, 2012).

Nesses estudos, é notória a relevância das pesquisas envolvendo o desenvolvimento de tecnologias de enfermagem com embasamento no Processo de Enfermagem como metodologia de trabalho do enfermeiro a qual pode permitir a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Percebe-se, também, a necessidade de se ampliar o desenvolvimento de estudos em outras áreas de atuação do enfermeiro, como a Enfermagem Oncológica, em especial ao paciente onco-hematológico em tratamento quimioterápico ambulatorial, visto que esta clientela requer um cuidado muito mais específico, individualizado e que seja voltado para as suas reais necessidades. Espera-se que estes estudos primem pelo rigor metodológico, e que busquem não só a construção de tecnologias de trabalho, mas também a validação destas tecnologias, de modo que se tenha um instrumento de cuidado de enfermagem validado e confiável, e que corrobore com a melhoria da prática de enfermagem e promoção da saúde do paciente onco-hematológico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, observa-se a necessidade de valorizar a sistematização das ações e o registro em prol da gestão de segurança, uma vez que, embora as pessoas possuam níveis diferenciados de experiência, cada uma tem um jeito, mas o básico tem que ser feito igual.

Várias ações foram destacadas pelos enfermeiros ao gerenciar o cuidado de enfermagem, utilizando ferramentas facilitadoras do plano terapêutico e visando à redução do risco de danos ao paciente atendido. É importante abordar a necessidade de treinamento e de educação permanente, ao encontro dos resultados para novas discussões de evidências científicas relacionadas à assistência de enfermagem ao paciente onco-hematológico.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, M.C.M. **Cuidado clínico à criança com hidrocefalia:** construção e validação de instrumento para a sistematização da assistência de enfermagem. 2009. 121f. Dissertação (mestrado)- Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

ALFARO-LEVEFRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem:** uma ferramenta para o pensamento crítico. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BEZERRA, E.P. **Construção e validação de um instrumento para a consulta de enfermagem aos usuários diabéticos no programa saúde da família.** 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

BONASSA, E.M.A.; GATO, M.I.R. **Terapêutica oncológica para Enfermeiros e Farmacêuticos.** 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2012.

BRASIL. **Resolução COFEN** nº 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília (DF), 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolu-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 30 out. 2016.

CORRÊA, L.C.L. et al. Coleta de dados de enfermagem em unidade coronária: validação de instrumento. **Arquivo Ciência e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 65-69, abr-jun. 2008.

DIAS, I.M.A.V. et al. Sistematização da assistência de enfermagem no gerenciamento da qualidade em saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 161-172, maio/ago. 2011. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5001>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

GOUVEA, J. A. **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para recém nascidos internados na unidade de terapia intensiva neonatal do hospital Lauro Wanderley**. Dissertação (mestrado). 2007. 157f. – Programa de pós-graduação em enfermagem. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

HANNAH, K.J.; BALL, M. J.; EDWARDS, M. J. A. Aspectos de enfermagem nos sistemas de informação em saúde. In: HANNAH, K. J. BALL, M. J. EDWARDS, M. J. A. **Introdução à informática em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, p.101-109.

HAYREINEN, K; LAMMINTAKANEN, J.; SARANTO, K. Evaluation of electronic nursing documentation –nursing process model and standardized terminologies as Keys to visible and transparente nursing. **International Journal of Medical informatics**, Philadelphia, v. 79, n. 8, p. 554-564, 2010.

HINO, P. et al. Necessidades em saúde e atenção básica: Validação de Instrumentos de Captação. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1156-1167, dez. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600003>. Acesso em: 17 mar. 2017.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa/2016: Incidência de câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 26 mar. 2016.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.CP.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** 2008;17(4):758-64.

MENEGHETTI F. K. **O que é um Ensaio-Teórico?** Curitiba: RAC. v. 15, n. 2, p. 320-332, mar./abr. 2011

NETO, J.M.R.; FONTES, W.D.; NÓBREGA, MaM.L. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em unidade de terapia intensiva geral. **Revista brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 4, p. 535-542, jul-ago. 2013.

NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, K.L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem.** 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2009.

PERES, H.H. et al. Conceptualization of an electronic system for documentation of nursing diagnoses, outcomes, and intervention. **Studies in health technology and informatics**, Amsterdã, v. 160, pt, 1, p. 279-283, 2010.

PINTO, N. Concepção, desenvolvimento e aplicação do sistema de registros clínicos de enfermagem “PRINCE”. **Journal Helth informatics.** São Paulo, v. 6, n. 4, p. 146-152, out-dez, 2011.

SALVADORI, A.M. **Desenvolvimento de instrumento de coleta de dados para pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial.** 76 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

SANTOS, R. B.; RAMOS, K. S. Sistematização da assistência de enfermagem em centro obstétrico. **Revista Brasileira de enfermagem**, v. 65, n. 1, p. 13-18, jan.-fev. 2012.

SILVA, A.R. et al. Manual prático para consulta de enfermagem em quimioterapia antineoplásica. In: OLIVEIRA, S.M.B.; LEÃO, S.S. **Princípios da enfermagem oncológica.** Maceió: EDUFAL, 2011. p. 23.

SMELTZER; S.C; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

TANNURE, M. C. **Construção e avaliação da aplicabilidade de um software com o Processo de Enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de adultos**. 2012. 324f. Tese (Doutorado)-Departamento de enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

VIANA, V.O.; PIRES, P.S. Validação de instrumento de sistematização da assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 3, n. 2, p. 64-75, jul.-dez. 2014. Disponível em: < <http://seer.ufm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1021>. Acesso em: 17 mar. 2017.

WESTRA, B. L. et al. Nursing standards to support the electronic health record. **Nursing outlook**, St Louis, v. 56, n. 5, p. 258-266, 2008.

CAPÍTULO 6

GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE E PROCESSO DE TRABALHO: ELABORAÇÃO DE MAPA CONCEITUAL

LANA CARINA VIANA DE LAVOR
CARLOS GARCIA FILHO

No âmbito das políticas educacionais tradicionais, a educação na saúde tem enfatizado a abordagem das doenças, nesse cenário o conjunto de profissões da saúde aprende, trabalha e constrói no cotidiano saberes e práticas restritas e fragmentadas em seus próprios conceitos de saúde, realçando a dimensão individual, associada à doença, à recuperação dos padrões de normalidade da ciência e à compensação de estados fisiológicos. Conjuntura preocupante devido à característica não casual, e por assim resultar em aceitação e reprodução de um processo desconexo nas elaborações de saúde (CARVALHO; CECCIM, 2012).

Com base na necessidade de reestruturação da formação tradicional dos profissionais de saúde, caracterizada pela desarticulação entre núcleos temáticos e o repasse de conteúdos pela pedagogia de transmissão, o Ministério da Saúde - MS lança a Política de Educação Permanente em Saúde - PNEPS para

o Sistema Único de Saúde - SUS, que objetiva trabalhar os profissionais de saúde através da ponderação das necessidades de saúde da população e reflexão das vivências do ambiente de trabalho no processo de formação, portanto favorecendo a qualificação das práticas dos profissionais de saúde, a promoção e prevenção de agravos no SUS, assistência integral e autonomia aos trabalhadores de saúde para eficácia da prática educativa (BRASIL, 2004).

Ceccim e Feuerwerker (2004) definem que a lógica de implantação e desenvolvimento da educação permanente em saúde deve ser embasada na articulação entre ensino, gestão, atenção e controle social de modo descentralizado, multiprofissional e ascendente, contudo, em muitos casos, a gestão do SUS é caracterizada pelo autoritarismo, imprevisto, centralização e controle social pouco efetivo. A realização de uma pesquisa-ação sobre um caso concreto, pode fornecer subsídios para revelar as contradições entre a norma e o real.

Este capítulo tem como objetivo elaborar mapas conceituais que explorem as relações entre educação permanente em saúde e melhoria do processo de trabalho. Segundo Novak (2005), os mapas conceituais são representações gráficas de relações entre conceitos realizadas por meio de uma estrutura hierárquica de proposições. Esses diagramas são fundamentados nos princípios teóricos da aprendizagem significativa e buscam organizar e comunicar conhecimentos de modo sintético, podendo funcionar como indutores de novas ideias ou como possibilidades de avaliação de conhecimentos prévios.

Uma revisão crítica da literatura foi realizada para identificar as principais contribuições teóricas sobre os temas e os marcos normativos no contexto do SUS, posteriormente foram elaborados dois mapas conceituais para sintetizar o material revisado.

A GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE SOB A PERSPECTIVA DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Nas práticas sanitárias brasileiras, o modelo de educação em saúde passou do tradicional, existente na década de 1970, baseado nas orientações centradas na exposição do educador e na imposição de padrões a serem seguidos, para um modelo pós-reforma sanitária, ao qual foram incorporadas a educação popular e os princípios da pedagogia freireana, portanto, da emancipação do ser humano e da historicidade do sujeito (BOGUS, 2007).

Mudanças na abordagem do processo saúde-doença em direção à integralidade, à humanização e à qualidade são fundamentais para a consolidação do SUS. Para atingir esses objetivos é imperativa a transformação do processo de ensino-aprendizagem nas profissões da saúde, tradicionalmente, voltadas para prática centrada no hospital e aprendizagem centrada em técnicas. O desafio consiste em incorporar ao ensino na saúde a vivência em diferentes cenários de produção da saúde e o reconhecimento das potencialidades das diversas realidades dos serviços e dos usuários, por meio de uma construção efetiva do processo de formação.

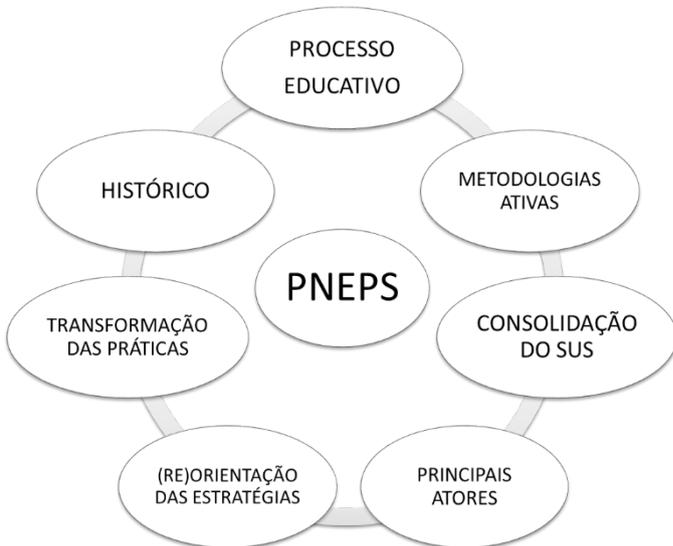
A educação permanente conduz o processo para análise de prioridades da saúde, das ações institucionais praticadas, das técnicas organizacionais e dos instrumentos utilizados, sobretudo, para tornar as decisões mais próximas das necessidades e refazer de modo responsável, participativo e dinâmico a formação e atuação profissional nos serviços de saúde. O estudo dessas questões permite a assimilação dos princípios e diretrizes do SUS, para integralidade da atenção e para o trabalho em equipe, no intuito de desenvolver novas percepções e intervenções sobre a saúde (CARVALHO; CECCIM, 2012).

Como crítica à formação biologicista e flexneriana dos profissionais de saúde, o MS publicou em 2004 e revisou em 2007 a PNEPS, que objetiva inovar na formação dos profissionais de saúde, inserindo o cotidiano do trabalho no processo de formação e levando-os à problematização e à reflexão. Seus resultados esperados são a efetivação de mudanças em parceria com a comunidade, a transformação de práticas profissionais e a reorganização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das populações. Essa política considera que as mudanças no processo de educar em saúde só poderiam ocorrer com a mudança da visão dos profissionais que executam as atividades de educação em saúde (BRASIL, 2004; 2007).

A PNEPS já percorreu um largo caminho e detém um lugar central na qualificação dos trabalhadores do setor saúde. Esta política para formação de recursos humanos foi implementada com a intenção de viabilizar um projeto de educação em serviço, na perspectiva da consolidação e qualificação do SUS, apontando para efetivação de seus princípios e diretrizes (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e dos processos de trabalho, exigindo de seus atores – trabalhadores, gestores e usuários – maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2006). A figura 1 apresenta um resumo dos pressupostos da PNEPS e busca representar uma possibilidade para sua articulação.

Figura 1: Mapa conceitual da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.



Fonte: Elaborado a partir de Brasil (2004)

A figura 1 demonstra que PNEPS além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada, também, como uma importante estratégia de gestão, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários. A aproximação da PNEPS com as metodologias pedagógicas ativas, embora não expressa de modo explícito em seus marcos normativos, torna-se essencial para efetivação. Em síntese, a lógica da educação permanente em saúde é descentralizada, ascendente, multiprofissional e transdisciplinar uma vez que a condução da PNEPS é compartilhada e considera o que Ceccim e Feuerwerker (2004) designaram como quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.

Para Carvalho e Ceccim (2012) a Saúde Coletiva deve propiciar uma instância pedagógica para formação e educação dos profissionais, de modo que se ative a capacidade criativa, autoanálise, autogestão e transformação das intervenções cotidianas em atividades democráticas e libertadoras, mediante a “alteridade” com os usuários dos serviços de saúde e controle social. Os autores ressaltam que:

A construção de estratégias contemporâneas deve decorrer do aprendizado com a história dos movimentos de mudança: necessidade de instituir relações orgânicas entre as instituições de ensino (por meio de práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação acadêmica), as estruturas de gestão da saúde (mediante acesso

à informação de gestão setorial, junto aos cenários gerenciais e mediante colaboração técnica e financeira), os órgãos de representação popular (movimentos sociais e de educação popular em saúde) e os serviços de atenção (profissionais e suas práticas, prestação de tutoria e apoio) (CARVALHO; CECCIM, 2012, p. 155)

Tal afirmação descreve as etapas do quadrilátero da formação para área da saúde, que deve, portanto, embasar-se em um processo pedagógico que contemple uma proposta de aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores como conhecimentos, habilidades, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho. Busca-se, portanto, uma perspectiva orientada para a produção de sentido para os atores envolvidos.

A portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, atualiza a PNEPS, reafirmando seus princípios norteadores para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde e das ações educativas na saúde. Apontando que as demandas para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS não devem ser definidas apenas a partir de necessidades individuais de atualização e da capacidade de oferta e *expertise* de uma instituição de ensino, mas dos problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho. E, reafirmando a compreensão e tratamento da gestão da educação na saúde como de natureza tecnopolítica, uma vez que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde, nas

organizações e nas pessoas. Portanto, implicando na necessidade de articulação intra e interinstitucional para efetivação de compromissos entre as diferentes redes de gestão, de serviços de saúde e educação e do controle social, possibilitando o enfrentamento criativo dos problemas e uma maior efetividade das ações de saúde e educação (BRASIL, 2007).

Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

A vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional pode potencializar o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano. Nessa mesma linha, é importante diversificar esse repertório de ações incorporando dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras (BRASIL, 2006).

Carvalho e Ceccim (2012) enfatizam que o processo de aprendizagem no cotidiano dos serviços e da gestão do cuidado ocorre de maneira dinâmica e imprevisível, levando o profissio-

nal de saúde a atuar como protagonista do processo, possibilitando o conhecimento científico, tecnológico e humanístico. A harmonia desse processo permite qualificação aos trabalhadores para desenvolver projetos terapêuticos, formular e avaliar políticas, coordenar e conduzir sistemas e serviços de saúde, destacando a importância da atuação permanente em equipes multiprofissionais e interdisciplinares, na perspectiva de análise crítica à medicalização e à mercantilização da saúde.

Ainda segundo Carvalho e Ceccim (2012), persistem lacunas relevantes no atual modelo de formação para saúde. Diferentes olhares sobre o SUS mostram as inadequações das atuais práticas educativas, são eles: 1- na percepção dos gestores, a formação acadêmica desponta de modo inapropriado para atuação no SUS, devido ao deficiente comprometimento das universidades com o sistema; 2- para os docentes, a dificuldade encontra-se nas unidades de saúde, pois apresentam desarticulação nos processos gerenciais, padecem com a escassez de insumos e oferecem atuação dissociada das equipes multiprofissionais; e 3- na visão dos estudantes, existe tentativa das universidades para praticarem a integralidade, porém não avançam devido às limitações para instituir mudanças na organização dos serviços, como também para agregar os trabalhadores. Nessa conjuntura, o desafio é fomentar práticas educativas que contemplem os significados, sentimentos, valores e necessidades dos atores envolvidos, conduzindo construções democráticas e efetivas, capazes de produzir ações e serviços para a saúde.

Na dimensão do planejamento e gestão em saúde, é essencial reconhecer o caráter ascendente da educação permanente e

a centralidade dos municípios, que devem demandar, propor e desenvolver ações de educação permanente, combinando necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todos os serviços de saúde. É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas com o momento e o contexto dos serviços, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.

De modo análogo, é importante a articulação e apoio dos governos estadual e federal aos municípios, buscando responder às suas necessidades e fortalecer suas iniciativas. A referência é mais de apoio, cooperação, qualificação e oferta de diversas iniciativas para diferentes contextos do que a tentativa de regular, formatar e simplificar a diversidade de iniciativas.

A educação permanente em saúde permite a transformação de instituições em que os processos de trabalho, gestão e ensino e aprendizagem são fragmentados em instituições em que todos os atores estão permanentemente aprendendo, pensando, criticando e inovando seu trabalho. Desse modo, consolidando a política de educação permanente e avançando na superação das dificuldades enfrentadas pelo SUS para seu funcionamento efetivo.

PROCESSO DE TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

Friedman e Naville (1973) apontam que o trabalho humano apresenta três características: 1- a produção de utilidade; 2- a produção de valor; e 3- transformação da natureza. A última não é percebida no cotidiano da atividade e a primeira tem

sido supervalorizada, pois o trabalhador raramente é motivado por tendências próprias na busca de realização subjetiva. O trabalho poucas vezes é ação, sendo, geralmente, coação. A coação está presente em outras organizações, como família e religião, mas, no trabalho, é acompanhada pela cooptação, por meio de remuneração. As condições econômicas adversas são um fator determinante para o trabalhador engajar-se em ocupações que não se encaixam nos seus interesses pessoais. Se mal escolhido e inadaptado, vendido ou alugado, com produtos cada vez menos tangíveis, o trabalho é percebido como algo estranho ao sujeito, a quem não é permitida a manifestação das aptidões e capacidades que constituem seu potencial humano. Quanto menor a remuneração para convencer o trabalhador de que está sendo bem retribuído por seu trabalho, mais intensamente será percebida a exploração.

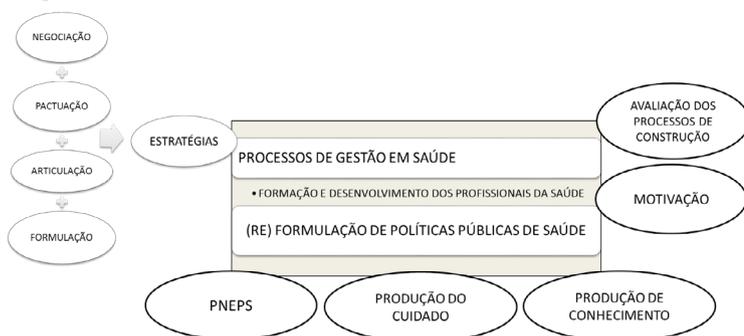
O trabalho em saúde apresenta características específicas, desdobrando-se em práticas de produção do cuidado. Prática pode ser definida de acordo com Kemmis (2013) e Kemmis, McTaggart e Nixon (2014) como uma atividade humana cooperativa e socialmente estabelecida de acordo com um padrão de organização e de direcionamento. Em uma prática, observa-se um conjunto de ações, de ideias expressas em discursos e de relações entre pessoas e objetos direcionados para a execução de uma atividade habitual. Pode-se estabelecer uma distinção entre a atividade habitual ou rotineira – prática – e a atividade esclarecida e comprometida – *práxis*.

É possível, portanto, fazer uma aproximação entre a prática e a *práxis* em saúde e a educação permanente sob pers-

pectiva participativa e problematizadora, pois esta constitui-se como um dispositivo de reflexão e ação sobre o trabalho e a vida, nesse sentido torna-se potente para transformar a prática cotidiana em *práxis* emancipatória. Destaca-se que o processo de trabalho em saúde envolve além de um saber específico um conjunto de técnicas e ferramentas particulares. Mendes-Gonçalves (1994) enfatiza que os profissionais de saúde operam não apenas com saberes intelectuais ou especulativos, mas que existem aspectos materiais e não materiais das técnicas, portanto a materialização do processo de trabalho deve ser compreendida em seu contexto.

A figura 2 apresenta uma síntese sobre as relações entre processo de gestão do trabalho em saúde, educação permanente e transformação dos processos de produção do cuidado e do conhecimento.

Figura 2: Mapa conceitual sobre as Relações entre processo de trabalho e educação permanente.



Fonte: Elaborado a partir de Mendes-Gonçalves (1994), Ceccim e Feuerwerker (2004) e Brasil (2004).

A figura 2 apresenta uma possibilidade de articulação entre processo de gestão em saúde e reformulação de políticas de saúde, disparados pela PNEPS, em uma relação entre produção do cuidado e do conhecimento de modo dialético. O cuidado em saúde não ocorre de modo espontâneo, mas depende de uma intencionalidade, que é análoga à intencionalidade da produção do conhecimento. Ambas compartilham uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, buscando complementação, mas também disputa.

As estratégias podem ser definidas como caminhos para se atingir os objetivos, constituindo-se, no caso da produção do cuidado, como o somatório de decisões quanto ao uso de tecnologias, de articulação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, que tenta ser o mais adequado possível às necessidades de singulares dos usuários e dos serviços (MERHY, 2002). A abertura dos profissionais para trabalhar em equipe, identificando e combinando recursos estruturais, técnicos, científicos, políticos e relacionais, de forma planejada e pactuada depende não apenas de disponibilidade de insumos ou de equipamentos, mas também de uma cultura organizacional que seja capaz de motivar o profissional a assumir protagonismo na produção do conhecimento e do cuidado.

Nesse processo, ocorre a aquisição de novos saberes e modos de agir em saúde, tendo em vista a adequação dos trabalhadores às necessidades dos usuários, dos serviços e de sua articulação em rede. Essa mudança de perspectiva é fortalecida a partir da implantação de dispositivos da educação permanente, cuja condução deve ser realizada por meio de estratégias

que envolvam a negociação e a avaliação não apenas dos atores envolvidos, mas de todo o processo de produção do cuidado e do conhecimento, tendo em vista a necessidade de emitir julgamentos sobre a capacidade das estratégias adotadas para atingir os objetivos definidos pelos atores de modo participativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecendo a relevância da gestão da educação permanente para contribuir com o crescimento humano e profissional, com a melhoria na execução e na qualidade do serviço e com as ações de saúde para a população. Os mapas conceituais buscam subsidiar as relações entre educação permanente e melhoria dos processos de trabalho pautando-se na adequabilidade das necessidades de formação e desenvolvimento dos profissionais, as exigências do trabalho e expectativas de servidores e clientes.

O processo de educação permanente proporciona grandes ganhos e avanços para os trabalhadores de saúde em todas as categorias, cabe à gestão empenhar-se na disponibilização de atividades que atendam às necessidades da rede de saúde, ocorram de maneira articulada em consonância quadrilátera, obtendo qualidade e bons resultados na assistência prestada à população.

Os mapas conceituais demonstram a disposição dos componentes que permitem ganho para os profissionais, planejamento viável, ordenado e inclusivo, potencializando a humanização da assistência e consolidação das mudanças nos processos de trabalho através da interação de múltiplos fatores como conhecimentos, habilidades, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho.

REFERÊNCIAS

BÓGUS, C.M. A educação popular em saúde como possibilidade para o incremento do controle social no setor saúde. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, 2007.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Portaria nº 198/GM/MS em 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**, 2006.

CARVALHO, Y.M. de; CECCIM, R.B. (Org.). Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W. de S. et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. Cap. 5. p. 137-170.

CECCIM R.B.; FEUERWERKER L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 41- 65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

FRIEDMANN, G.; NAVILLE, P. **Tratado de Sociologia do Trabalho** - vol. 1. Trad. Octávio Mendes Cajado. 1. ed. São Paulo: Cultrix, Ed. da Universidade de São Paulo, 1973.

KEMMIS, S.; MCTAGGART, R.; NIXON, R. **The action research planner: doing critical participatory action research**. Singapura: Springer, 2014. 200 p.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L.C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 605-10, set/out. 2004.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994 278 p.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 189.

NOVAK, J.D. **The theory underlying concept maps and how to construct them**. [on line].Disponível em:<<http://cmap.ihmc.us/docs/theory-of-concept-maps>>. Acesso em: 23 jan. 2017

CAPÍTULO 7

INFORMAÇÃO EM SAÚDE NA ERA DIGITAL: CONSTRUÇÃO DE SITE PARA COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL

RILLMA MARQUES MELO NUNES

MARIA SALETE BESSA JORGE

INTRODUÇÃO

Com os avanços dos recursos da *Word Wide Web*, foram obtidos benefícios incontestáveis também na área da saúde. A Internet, no entanto, não é apenas um novo meio, como foram o rádio e a TV, cada um acrescentando um canal sensorial à comunicação existente: o sentido da audição, no caso do rádio, e o da visão, no da TV. A web representa uma mudança de paradigma comunicacional muito mais ampla que a adição de um sentido.

A Internet oferece um alcance global, rompendo barreiras de tempo e espaço como não tínhamos visto antes. A indexação do meio digital permite a acumulação de conteúdo, rompendo os paradigmas organizacionais que o jornalismo tinha criado.

Além disso, a web oferece um grau de interatividade que também nos era desconhecido. Trata-se de um meio ativo, que

requer constante interação com seus usuários, contrastando com a relativa passividade que marca a relação do telespectador, ouvinte ou leitor com os meios tradicionais.

Tem sido crescente o interesse da sociedade em buscar novos meios de comunicação e conhecimento, através da Internet. A proposta para a construção desse site deu-se a partir da necessidade de construir um espaço ampliado de comunicação e de informação para os profissionais do serviço móvel de urgência do Estado do Ceará, possibilitando uma comunicação mais ágil e direta, via online.

A comunicação é algo inerente à natureza do ser humano. Torquato (1991) relata que a comunicação exerce poder, influência, gera atitudes, pode despertar interesse ou induzir o comportamento, pois é por meio dela que os superiores determinam os objetivos organizacionais de modo que todos executem as tarefas auxiliando a organização a atingir os seus resultados. É essa uma das razões pelas quais a comunicação tem grande importância, pois o processo de comunicação não pode ser visto simplesmente como um meio de divulgar informações, e sim, por meio dele, provocar reações e atitudes dos colaboradores em relação à empresa.

Em seguida, temos a informação com uma ferramenta poderosa que trabalha com o novo, a notícia e que se tornou uma necessidade crescente para qualquer ser humano. Existem informações que necessitam de uma divulgação que não pode esperar a reunião semanal, mensal, nem a divulgação de publicações com periodicidade como jornais, boletins ou revistas. Um outro fator agregador para a construção do site foi a neces-

sidade de transformar os documentos físicos em meio digital, facilitando a publicação e a divulgação.

ERA DIGITAL

A passagem de uma era importante para outra não acontece do dia para a noite. A transição se dá a partir da sucessão de uma série de fatos que vão modificando a sociedade.

Na primeira década do século XXI, o número de pessoas em todo mundo com acesso à Internet aumentou de 350 milhões para mais de dois mil milhões. Durante o mesmo período, o número de assinantes de telemóveis subiu de 750 milhões para bem mais de cinco mil milhões (ultrapassando hoje os seis mil milhões).

A Internet é, possivelmente, o mais importante meio de comunicação desde a invenção do telefone e já faz parte da rotina da maioria dos indivíduos há alguns anos. Até 2003, cerca de mais de 700 milhões de pessoas estavam conectadas à rede e, em 2007, este número ultrapassava 1,3 milhão de usuários.

Segundo Reedy e Schullo (2007), essa tendência se deve à capacidade interativa característica da Internet, a qual permite a seus usuários maior acessibilidade, conveniência, precisão e velocidade na busca e no envio de informações.

Para Drucker (1999), essa atual revolução da informação é a quarta na história da humanidade. A primeira foi a invenção da escrita, a segunda a invenção do livro, a terceira a invenção da impressora e, por fim a quarta, que é a era tecnológica na qual estamos vivendo e, também, em impacto da informação sobre a estrutura produtiva daquela época, situação completamente diversa da nossa realidade atual.

E, embora esta revolução tecnológica não possa ser considerada a primeira da História, ela é a primeira que permitirá a quase todos possuir, desenvolver e disseminar conteúdos em tempo real sem ter que recorrer a intermediários.

A era digital alterou radicalmente os paradigmas da comunicação, os padrões da publicidade, do marketing e os hábitos do comércio.

A cada minuto, centenas de milhões de pessoas criam e consomem uma quantidade incalculável de conteúdo digital num mundo online que não conhece, verdadeiramente, os limites das leis humanas. Nunca antes na História tantas pessoas em tantos lugares dispuseram de tanto poder nos dedos.

Obviamente, não há dúvidas de que a tecnologia está presente nos quatro cantos da terra cruzando fronteiras entre ricos e pobres, idosos, jovens e crianças. Como tudo na vida, há vantagens e desvantagens e na era da informação não seria diferente.

Observe algumas Vantagens:

COMUNICAÇÃO

O alvo principal da Internet sempre foi a comunicação, o que tornou tudo muito mais próximo e acessível. Agora, podemos nos comunicar em uma fração de segundos, com pessoas que estejam em qualquer parte do mundo, estabelecer relações sociais de amizade virtual, compartilhar os nossos pensamentos, explorar outras culturas, e muito mais.

INFORMAÇÃO

A informação é, provavelmente, a maior vantagem que a Internet oferece, pois qualquer tipo de informação sobre qualquer assunto está disponível na Internet. Existem ainda auxiliares de procura, os motores de busca que nos fornecem um grande conteúdo de sites, relacionadas com a palavra-chave que pretendemos buscar. Além disso, destacamos a informação sistematizada e ofertada por meio dos cursos a distância, sejam eles de graduação, pós-graduação, palestras, treinamentos, videoconferências e tantas outras formas de acessar a informação e adquirir ou aprimorar conhecimento.

CONVENIÊNCIA

É rápido, fácil e está ali a poucos cliques. Posso em poucos minutos, de qualquer lugar, em qualquer horário, fazer diversas coisas que, antes da Internet, demandariam muito tempo e esforço, como por exemplo: ir ao banco, comprar algo, pagar uma conta, emitir um documento, conversar, pesquisar receitas, filmes, livros etc.

INCLUSÃO

Acesso ao conhecimento, conveniência na obtenção de serviços, pesquisas, entre outras, não importando a cor da pele, a raça, o gênero, a idade, a profissão, a religião, a cultura, o lado político. Pela natureza gratuita e universal da maioria dos conteúdos, a Internet proporciona uma inclusão social e digital sem precedentes. Esta inclusão também coloca pessoas diferentes em con-

tato com outras e, de uma forma muito intuitiva, todos acabam ganhando com isso, pois aprendem coisas novas o tempo todo.

APROXIMAÇÃO

Podemos navegar livremente e escolher ir do Grand Canyon a Torre Eiffel, dar uma passadinha no Coliseu, conhecer Dubai, antes de visitar Tóquio. Pesquisar uma informação na Agência de Inteligência Americana, dar uma olhadinha nas ruas de Nova Iorque e São Paulo, ver os vídeos produzidos na Antártica, entre outros. Nunca tivemos esta liberdade e facilidade de locomoção pelo globo, embora virtual.

OPORTUNIDADES

Antigamente, as grandes corporações, governos e os sistemas controlavam (totalmente) a comunicação, os negócios e boa parte da cultura de um país. A Internet facilita a criação e a disponibilização de conteúdos, deu voz e vez às pessoas que com uma conta em uma (ou várias) rede(s) social(is), um blog ou um canal de vídeos, muitas pessoas, (antes) desconhecidas, estão fazendo valer suas ideias, realizando negócios, promovendo eventos, cultura, encontros, conhecimento e gerando renda.

ENTRETENIMENTO

Entretenimento é outra razão muito popular pela qual muitas pessoas navegam na Internet. Você pode fazer *download* de jogos, músicas, filmes, vídeos, livros, *chats* ou simplesmente navegar, pois quando as pessoas navegam, existem inú-

meras coisas que podem ser encontradas, como por exemplo: passatempos, curiosidades, notícias, entre tantas outras que podem ser compartilhadas.

SERVIÇOS

Muitos serviços importantes são prestados na Internet como: serviços bancários online, oferta e procura de emprego, compra de ingressos para os seus filmes, shows e esportes favoritos, vendas de cursos, reservas de hotel e passagens rodoviárias e aéreas, compras de varejo em geral, entre muitos outros. Muitas vezes, estes serviços não estão disponíveis offline ou ficam mais caros se não forem comprados online.

NOTÍCIAS

A Internet rompeu com as fronteiras do mundo jornalístico de forma surpreendente. Quem imaginaria, há 30 anos, assistir, em tempo real, algo como o ocorrido em 11 de setembro nas Torres Gêmeas nos EUA? Ou ainda, os atentados terroristas em tantas partes do mundo e a catástrofe de Mariana/MG? Nunca foi tão fácil e rápido acessar notícias de todo mundo e saber de tudo que acontece, no momento em que acontece. Nunca tivemos esta liberdade e facilidade de locomoção pelo globo, embora virtual.

E-COMMERCE

Comércio eletrônico ou E-commerce, ou ainda comércio virtual, é um tipo de transação comercial feita especialmente através de um equipamento eletrônico, como, por exemplo, um

computador ou smartphone, por intermédio de meios de pagamento online. No início, a comercialização online era e ainda é, realizada com produtos como CDs, livros e demais produtos palpáveis e de características tangíveis. Contudo, com o avanço da tecnologia, surge uma nova tendência como a venda de serviços pela web, como é o caso dos cursos de graduação, pós-graduação, palestras, *coachs*, por exemplo.

Vejamos agora algumas desvantagens da era digital:

PRIVACIDADE

Mas, nem tudo é vantagem na Internet. Há um lado ruim que também precisa ser considerado. A privacidade é um deles. Na Internet, muitas pessoas ficam expostas e com isto acabam sendo vítimas de golpes, roubos entre outros crimes. Muitos reclamam de falta de privacidade nas redes sociais, entre outros. São novos tempos e novas posturas precisam ser tomadas.

Cuidado ao expor na Internet: fotos, vídeos e informações pessoais, como endereços, números de telefones, entre outros. Isso inclui as redes sociais.

ANONIMATO E A ILEGALIDADE

Muitos se escondem atrás de um suposto anonimato para cometer crimes e fraudes dos mais diversos tipos. Há muita ilegalidade, pequenas fraudes são cometidas a todo momento e ações como essas mostram um lado ruim da Internet. Já vimos casos em que grandes *sites* foram alvos da justiça e até um

bloqueio do serviço de mensagens Whatsapp em 2016. Tudo isso mostra que pessoas usam a Internet para praticar crimes, proferir ofensas e outras atividades ilegais, usando a ideia do anonimato.

ABORDAGEM SUPERFICIAL

Outra desvantagem da Internet é a abordagem muitas vezes superficiais dos assuntos apresentados. Isso não chega a ser um problema tão sério como os mostrados anteriormente, mas sempre deixa um buraco. É diferente a abordagem encontrada na web com a abordagem de um livro por exemplo. Este último tem começo, meio e fim. Na Internet, às vezes, as coisas ficam no ar.

PERDA DO FOCO

Outro aspecto que precisa ser considerado é que a Internet é, também, uma forma de entretenimento ao mesmo tempo em que ela é uma ferramenta de trabalho ou de estudos, por exemplo. Desse modo, é muito fácil perder o foco do trabalho ou dos estudos com as inúmeras atrações que estão a um clique de distância. Manter o foco, enquanto se usa a Internet, tem sido um grande desafio para muitas pessoas e, infelizmente, muitos não conseguem se concentrar naquilo que deveria.

CUSTOS E DIFICULDADES DE ACESSO

Para finalizar, a maior desvantagem da Internet pode ser mesmo a dificuldade que muitos têm para conseguir acessá-la. Ainda é muito caro e a qualidade deixa muito a desejar. Em

algumas regiões, é difícil conseguir conexão de banda larga e quando conseguem são caras e às vezes ruim.

Conclui-se que as vantagens da Internet superam as suas desvantagens. Um fator negativo muito questionado é o distanciamento pessoal, tornando as pessoas mais distantes e introspectivas. A área mais afetada tem sido o diálogo familiar. Aten-temos para que o abraço, o beijo, o aperto de mão, não seja substituído pela tecnologia.

INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Informação enquanto conceito carrega uma diversidade de significados, do uso quotidiano ao técnico. Genericamente, o conceito de informação está intimamente ligado às noções de restrição, comunicação, controle, dados, forma, instrução, conhecimento, significado, estímulo, padrão, percepção e representação de conhecimento.

De acordo com o Dicionário Caldas Aulete, informação vem do latim *informatio onis*, (“delinear, conceber ideia”), ou seja, dar forma ou moldar na mente, como em educação, instrução ou treinamento.

Ao longo da história, a forma de armazenamento e o acesso à informação foi variando. Na Idade Média, o principal patrimônio encontrava-se nas bibliotecas dos mosteiros. A partir da Idade Moderna, graças ao nascimento da imprensa, os livros começaram a ser fabricados em série e surgiram os jornais. Já no século XX, apareceram os meios de comunicação de massa (televisão, rádio), bem como as ferramentas digitais resultantes do desenvolvimento da Internet.

A partir do século XIX, período que marca o recrudescimento dos estudos em epidemiologia, que a necessidade de comunicar questões relacionadas à saúde das populações se torna a grande alavanca para a disseminação das informações em Saúde. Quase que concomitantemente, a estatística do final do século XIX e início do século XX, inspiradores de estudiosos como Benthan, Price, Laplace, Galton (Rosen, 1994) pode ser vista, também, como um ponto de partida importante para a geração de informação em saúde de forma agregada e preditiva.

Le Coadic, pesquisador da área da Ciência da Informação, destaca que o valor da informação varia conforme o indivíduo, as necessidades e o contexto em que é produzida e compartilhada. Uma informação pode ser altamente relevante para um indivíduo e a mesma informação pode não ter significado nenhum para outro indivíduo.

E, no correr da história, numerosos desdobramentos para a expressão Informação em Saúde, transformaram-se, praticamente, em subáreas distintas e dirigidas, principalmente, a subsidiar, não apenas a população em geral, mas também gestores da área saúde:

- a. sobre: perfil da população (de que adoece e morre, dados demográficos e socioeconômicos); serviços prestados; materiais e medicamentos consumidos; força de trabalho envolvida;
- b. para conhecer: necessidades da população atendida; uso potencial e real da rede instalada; investimentos necessários;
- c. a fim de planejar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde (EPSJV, 2005).

O artigo 5º, inciso XIV da CRFB/88 assegura a todos o direito de acesso à informação, resguardando o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional. Ao mencionar o acesso de todos à informação como um direito individual, ressalta-se o direito fundamental à informação em saúde, ou seja, o direito que o usuário de um serviço público de saúde tem de ser informado sobre todos os aspectos que envolvam a sua saúde, e os serviços asseguram o acesso à informação por direito.

Entretanto, somente se pode chamar de “informação” algo que se compreende, isto é, se existe, por parte do sujeito cognoscente, consenso em relação ao seu significado. Caso contrário, não é informação. Outro aspecto que merece destaque refere-se às qualidades, relevância e propósito inerentes ao termo “informação”, já que o sujeito cognoscente busca a informação com determinado objetivo, seja conscientemente ou inconscientemente, necessitando, porém, de mediação humana, pois, o que é informação para um pode não ser para outro.

Sendo assim, a informação, quando mediada pelo profissional de saúde, necessita da adequação à pessoa, uma vez que a informação transmitida a um indivíduo pode não ser entendida por outro da mesma maneira. Assim, o usuário ou sujeito cognoscente ressignifica a informação, sintetizando-a e contextualizando-a em sua vivência.

Os usuários devem ser, portanto, considerados únicos, não padronizáveis, e o consentimento com a adequada informação deve basear-se não só na escolha de uma melhor alternativa científica, mas na melhor alternativa para aquela pessoa.

SITE COMO FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL

Em 06 de agosto de 1991, após a publicação de Tim Berners-Lee, sobre suas ideias e projetos para a Internet, o serviço de Internet WEB estreou. A utilização da Internet por meio de *navegadores* chegou aos lares dos usuários e houve um enorme crescimento da rede e, conseqüentemente, uma extraordinária quantidade de informações passaram a ser divulgadas e transmitidas por meio dela.

Existe uma infinidade de informações sendo acrescentadas, transmitidas, retransmitidas e guardadas a cada segundo na Internet por meio, primeiramente dos *websites* e, posteriormente, pelos aplicativos de dispositivos móveis. Apesar da grandiosa expansão dos aplicativos de comunicação, a exemplo do WhatsApp®, o meio mais básico e extenso de comunicação continua sendo os *websites*, a exemplo do Facebook®, Instagram®, Twitter® etc.

Estes, que em especial são sites que construíram redes sociais, ligando pessoas de qualquer lugar do mundo onde se tenha acesso à Internet, mas que justamente devido ao alcance quase ilimitado às pessoas dos mais diversos lugares do mundo, também representam um enorme veículo de comunicação. Outros exemplos, porém, tem como objetivo primário a distribuição de informação e notícias, a exemplo dos *websites* de grandes jornais e televisão.

Atualmente, a rede é um espaço democrático e de fácil e barato acesso. A construção de *websites* já não é mais tão complexa como era nos primeiros momentos após o surgimento da rede. Pode-se encontrar facilmente na Internet sites que ofe-

recem serviços de construção de *sites* a baixo custo ou mesmo sem custo. Pode-se encontrar, ainda, os que disponibilizam os *templates*, que são moldes de *sites* já prontos para o usuário inserir somente as informações que desejar. Da mesma forma, a publicação, hospedagem e o domínio podem, também, ser comprados por preços baixos ou até mesmo sem custo.

No geral, para se ter um *site* de forma gratuita o usuário deverá ceder todo o conteúdo do seu *site* para quem o estiver hospedando, tendo também o seu endereço vinculado ao *site* hospedeiro, ou seja, em troca da hospedagem e do domínio gratuito o *site* tem, por contrato digital, direito a se utilizar, divulgar, apropriar-se e/ou vender as informações contidas no *site* hospedado. Esse tipo de estratégia acaba por não ser conveniente nem interessante de ser utilizada para fins institucionais, pois representaria exposição desnecessária de informações internas da instituição, além de informações a respeito dos colaboradores e gestores que podem, por ventura, também estar disponíveis.

Com o surgimento dos *buscadores* (*sites* de pesquisa) como o Google[®], Yahoo[®] e outros, a informação desejada passou a ser ainda mais facilmente encontrada e repassada. Acrescenta-se a isso as funções básicas de busca dos próprios navegadores, onde o usuário pode procurar por palavras-chave dentro da página da *web* e, desse modo, ter acesso às informações específicas desejadas sem se dar ao trabalho de ler todo o texto, que pode ser de qualquer tamanho. Ou seja, divulgar e/ou encontrar informações por meio dos *websites* é muito fácil e rápido, daí a consequente utilização destes meios como ferramenta de comunicação institucional.

Considerando a necessidade de sigilo quanto a informações institucionais, a escolha da estratégia utilizada para a construção, hospedagem e divulgação de um site deve levar em consideração os processos de segurança quanto às informações contidas e a forma de acesso a elas.

Quanto à construção do *website*, é importante que se tenha em mente os princípios básicos da comunicação institucional, de forma que o foco e o objetivo principal da ferramenta não se percam, ou seja, é de extrema importância que a formatação e a concatenação de cada página favoreça o acesso às informações de forma clara, objetiva e simples, além de ser possível que as informações sejam guardadas para releitura e que as novas informações sejam facilmente inseridas sem atrasos ou falhas.

A grande sacada dos *websites*, que foi justamente o que revolucionou o comportamento e a utilização da rede mundial de Internet, são os *hipertextos*. Os hipertextos representam uma forma narrativa não linear no qual as informações são interligadas de forma a que o rumo da leitura fica a cargo do leitor.

A grande ou talvez excessiva carga de informações e a urgência de se poder selecionar a informação desejada traria ao usuário uma indiscutível dificuldade de fazer isso de forma rápida e fácil. A solução está nos hipertextos. Eles permitem que o leitor tenha um melhor desempenho na seleção das informações.

O termo denomina uma forma de escrita e leitura não linear, ou seja, sem que siga uma hierarquia ou sequência cronológica de forma a transformar a experiência do usuário, substituindo a interação pela interatividade, o que quer dizer que o leitor deixa de ser um mero apreciador e passa a ser um interventor.

Essa formatação textual, basicamente possível através dos links, possibilita a aquisição de novos conteúdos a cada clique e auxilia na assimilação do conhecimento, devido à capilaridade dessa trama de informação. Facilmente percebe-se uma semelhança com o funcionamento do cérebro. Ora, este também não segue uma estrutura hierárquica nem linear. O extraordinário funcionamento está diretamente ligado à interligação entre as informações guardadas e os receptores que captam novas informações, tais como olhos e ouvidos e, ainda, entre as entidades que constroem novas informações, como a criatividade e a inteligência.

Tudo isso mostra que a utilização de *websites* como ferramenta para comunicação institucional é uma estratégia atual, válida e perfeitamente aplicável, sem dizer que quando a fonte da informação é formalmente alimentada por pessoa legalmente responsável dentro da instituição, representa um avanço quanto ao alcance, velocidade e confiabilidade das informações repassadas.

REFERÊNCIAS

- ALENTIM M. L. P. (Organizador). **Gestão da informação e do conhecimento no âmbito da ciência da informação**. São Paulo: Polis; 2008.
- BARBOSA FILHO, A.; CASTRO, C.; TOME, T. (Orgs.). **Mídias digitais: convergência tecnológica e inclusão social**. São Paulo: Paulinas, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

COELHO, L.C.D.; RODRIGUES, R.A.P.; MARCON, S.S.; LUNARDI, V.L. Conflitos éticos na revelação de informações – parte II. **Ciênc Cuid Saúde**. 2008.

MELO, J. O lado bom e ruim da web. Disponível em: <<http://www.luis.blog.br/vantagens-e-desvantagens-da-internet-o-lado-bom-e-ruim-da-web.aspx>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

REGIANNI, E. Vantagens e desvantagens da internet. Disponível em:<<https://enfaseeducacional.com.br/blog/10-vantagens-e-desvantagens-da-internet>> Acesso em: 11 fev. 2017.

MERCADO, L. P. L. O que é world, wide web. Disponível em: <http://www.brapci.ufpr.br/brapci/v/a/4582> Acesso em: 07 mar. 2017.

DRUCKER, P. **Sociedade pós-capitalista**. Trad. N. Montingelli. São Paulo: Pioneira e Publifolha, 1999.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Projeto Político Pedagógico**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2005.

FERREIRA, A.B.H. **O dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

IBOPE/NET RATINGS. Internet release September 2007. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/256705>. Acesso em: 08 mar. 2017.

LE COADIC, Y-F. **A ciência da informação**. 2. ed. Brasília: Briquet de Lemos, 2004. P. 124.

_____. **A ciência da informação**. Brasília: Briquet de Lemos 1996.

LÉVY, PIERRE As tecnologias da inteligência. **O futuro do pensamento na era da informática**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993.

SILVA, Marco. **Sala de aula interativa**. Rio de Janeiro: Quartet, 2002.

PAVAN, C. et al. Connotea: site para a comunicação científica e compartilhamento de informações na internet. **Revista Digital de Biblioteconomia & Ciência da Informação**. v. 5, n. 1, p. 77-94, 2007.

REEDY, J.; SCHULLO, S. **Marketing eletrônico**: integrando recursos eletrônicos ao processo de marketing. Tradução Vértice Translate, revisão técnica José Mauro da Costa Hernandez. 2. ed. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo : Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

SERRA, J. PAULO (2007). **Manual de Teoria da Comunicação**. Covi-
lhã: Livros Labcom. p. 93-101. 203 páginas.

TORQUATO, G. **Tratado de Comunicação Organizacional e Política**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2004.

CAPÍTULO 8

SUBSÍDIOS PARA ELABORAÇÃO DE MANUAL DE MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE PRISIONAL NO CEARÁ

CRISTIANE LIMA DE OLIVEIRA
THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA

INTRODUÇÃO

Os serviços de atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade (PPL) no sistema penitenciário brasileiro, assim como os de educação, assistência psicossocial, entre outros, têm caráter reducionista, ignorando um mandado constitucional de que “saúde é um direito de todos e dever do Estado”, além de ignorar tratados e acordos internacionais, dos quais o Brasil é signatário, voltados à garantia de direitos nesses espaços institucionais.

A Declaração dos Direitos Humanos buscou assegurar como direitos básicos dos cidadãos, a saúde, a segurança pessoal, a presunção da inocência e o direito de justiça, dentre outros, além de rejeitar práticas de tortura ou castigo (ONU, 1948). Outra normativa internacional trata das Regras Mínimas para Tratamento do Preso, também das Organizações das Nações Unidas (ONU).

Segundo esta última normativa, a função da prisão é proteger a sociedade do crime, cabendo ao sistema prisional assegurar que quando egressa do Sistema essa pessoa seja capaz de respeitar a lei e tornar-se produtiva para a sociedade. Para tanto, é preciso reduzir as diferenças entre a vida intramuros e extramuros, no sentido de garantir-lhe o acesso aos direitos civis que lhe cabem, bem como o exercício de sua cidadania.

No Brasil, além da Constituição Federal de 1988, tem-se como instrumentos legais o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), criado em 2003 e em 2014, tem-se a Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (BRASIL, 2003; BRASIL, 2014).

Criado com o propósito de contribuir para a redução e controle dos agravos mais frequentes à saúde, bem como prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, psiquiátricas, o PNSSP respaldou-se em princípios básicos que assegurem a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde, quais sejam: ética, justiça, cidadania, direitos humanos, participação, equidade, qualidade e transparência (BRASIL, 2003).

Após dez anos, destaca-se o avanço com a criação da PNAISP, cujo objetivo é garantir o acesso efetivo e sistemático da população que se encontra sob custódia do Estado às ações e aos serviços de Saúde, com a mobilização de recursos financeiros mais significativos, tal qual a alocação de estratégias de gestão e fortalecimento de capacidades locais.

Com essa política, toda unidade prisional habilitada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) passará a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, ofertando ações de atenção básica para toda população privada de liberdade em todo o itinerário carcerário, que vai desde presos provisórios em delegacias de polícia e centros de detenção provisória até presos condenados em penitenciárias estaduais e federais.

O Brasil conta com 18 estados qualificados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, onde são desenvolvidas ações de saúde nas unidades prisionais, conforme diretrizes do SUS e regulamentação da Portaria Interministerial nº 1777/2003, a saber: Acre, Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia, São Paulo e Tocantins (BRASIL M.S., 2016).

A proposta de produto e/ou intervenção metodológica se dá a partir de duas importantes razões que devem pautar a atenção à saúde dentro do sistema prisional. A primeira é que a saúde das pessoas privadas de liberdade tem grande impacto na saúde pública, porque algumas doenças e agravos são mais prevalentes nessa população em comparação com a população geral, e refletirão na comunidade se não forem tratadas. A segunda razão se refere à possibilidade de reduzir as iniquidades em saúde, considerando que as pessoas privadas de liberdade, geralmente, tiveram menos condições socioeconômicas.

No âmbito da saúde pública, as unidades prisionais são compreendidas como lugares de grande desafio sanitário, mas

ainda não são visualizadas por grande parte dos gestores de saúde, como espaços de intervenção, mesmo após a publicação das normas de saúde prisional datadas de 2003 e de 2014, que instituem a relação estreita do SUS com o sistema prisional.

Segundo a pesquisa intitulada “Análise epidemiológica da situação de saúde na população privada de liberdade no Brasil: dados de bases de informação”, realizada pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), financiada pelo Ministério da Saúde, a ordem de casos notificados em unidades prisionais segundo agravo e ano de notificação no Brasil, entre 2007 e 2014, apontam em primeiro lugar a tuberculose, seguida da dengue, HIV/ Aids, hepatites virais, sífilis adquirida, atendimento antirrábico humano, hanseníase, síndrome do corrimento uretral masculino, doença de chagas aguda, violências, leptospirose, entre outras.

Nos últimos anos, houve um significativo crescimento da população privada de liberdade no sistema prisional. De acordo com o Ministério da Justiça (2016), no Brasil, em 15 anos, esse aumento foi de 119% entre presos condenados e provisórios, perfazendo um total de 607 mil pessoas privadas de liberdade no sistema prisional. No período de 2000 a 2014, o aumento da população feminina brasileira privada de liberdade passou de 5.601 para 37.380 mulheres, ampliando 567%, enquanto a média de crescimento masculino, no mesmo período, foi de 220,20%.

No Ceará, dados disponibilizados pela Secretaria da Justiça e Cidadania do Estado do Ceará (SEJUS) informam que, atualmente, existem 24.032 pessoas privadas de liberdade. Desse total, 22.807 são homens e 1.175 são mulheres.

Considerando que o encarceramento de mulheres e homens é um fenômeno crescente na sociedade contemporânea e reflete as mudanças que ocorreram em seu modo de vida nesse contexto histórico, buscaremos discutir as relações que se estabelecem, dentro desses espaços institucionais, no que tange à sua saúde e investigar como o Estado vem utilizando as políticas públicas de saúde para enfrentar um problema que ultrapassa os muros das prisões e atinge familiares e a sociedade como um todo.

O déficit de vagas no sistema penitenciário brasileiro é um impedimento para que tais políticas sejam efetivadas, pois muitas pessoas privadas de liberdade se encontram em celas de delegacia sem qualquer atenção garantida a elas nos documentos nacionais e internacionais, criados para sua proteção e promoção da dignidade humana.

As condições de confinamento em que se encontram as pessoas privadas de liberdade são determinantes para o bem-estar físico e psíquico. Quando recolhidas aos estabelecimentos prisionais, elas trazem problemas de saúde, vícios, tal como transtornos mentais, que são gradualmente agravados pela precariedade das condições de estadia, alimentação e saúde nas unidades prisionais.

O processo enfrentado por essas pessoas, quando chegam escoltadas e algemadas às unidades de saúde e hospitais da rede de saúde, muitas vezes reforçam os estigmas sociais sobre a pessoa privada de liberdade, que não raro, desiste do atendimento para não ter de se submeter a essas situações.

Faz-se necessário reforçar a premissa de que as pessoas privadas de liberdade, qualquer que seja a natureza de seu delito,

mantêm todos os seus direitos fundamentais, principalmente no que se refere à saúde e à educação, pois elas estão apenas privadas de liberdade e não dos demais direitos humanos inerentes à sua cidadania.

O estudo tem, por objetivo, analisar a implementação da política de saúde prisional destinada a pessoas que cumprem pena de prisão no município da região metropolitana de Fortaleza-Ceará, com ênfase no monitoramento das ações. Apresenta, ainda, como objetivos específicos: Produzir um diagnóstico situacional das condições de saúde da população privada de liberdade da região metropolitana de Fortaleza-Ceará; Identificar as principais dificuldades para operacionalização das ações de saúde prisional; Propor um instrumento de monitoramento da implementação das Ações da Política de Saúde Prisional no Ceará.

O interesse em abordar o tema encontra-se vinculado às experiências de trabalho como assistente social junto a SEJUS-CE, atuando no âmbito da gestão dos serviços de saúde prisional, assim como da execução da Assistência Social prevista na Lei de Execução Penal (LEP), que se traduz nas dificuldades de viabilização do acesso à saúde que não marcam apenas as rotinas prisionais. São enfrentadas, também, pelas pessoas privadas de liberdade quando estas se dirigem aos locais de atendimento fora das prisões.

Os estudos tornam claro que a saúde das PPLs é uma problemática latente e um campo aberto e amplo a ser explorado. Trata-se de uma questão de saúde pública, na qual a própria condição de confinamento dos internos representa uma oportu-

tunidade para implementação de medidas preventivas e ações educativas específicas para esse segmento da população que, em geral, tem menos acesso aos serviços de atenção à saúde.

Assim, delineou-se o seguinte questionamento: Qual a efetividade da política de saúde destinada às pessoas privadas de liberdade no sistema penitenciário no Estado do Ceará? Responder a essa pergunta contribuirá para melhoria na operacionalização do direito à saúde das pessoas privadas de liberdade no Ceará.

OS MÉTODOS NA CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIAS DE GESTÃO DA SAÚDE PRISIONAL

Para o alcance dos objetivos propostos, o delineamento da pesquisa se dará a partir do estudo com abordagem de métodos mistos, utilizando o conceito do autor Creswell (2007), que define um projeto de métodos mistos é útil para aprender o melhor das técnicas quantitativas e qualitativas. Nesta pesquisa, o investigador primeiro faz explorações gerais para descobrir que variáveis estudar e então estuda aquelas variáveis com uma amostragem maior de pessoas.

De acordo com Creswell (2007), a técnica de métodos mistos é aquela que envolve coleta e análise das duas formas de dados em um único estudo. Essa técnica teve origem em 1959, quando Campbell e Fiske usaram métodos múltiplos para estudar a validade das características psicológicas. Logo após, surgiram outros métodos mistos e técnicas associadas a métodos de campo, com observações e entrevistas (dados qualitativos), foram combinadas com estudos tradicionais (dados quantitativo).

A técnica de métodos mistos, portanto, é aquela em que o pesquisador tende a basear as alegações de conhecimento em elementos pragmáticos. Essa técnica emprega estratégias de investigação que envolvem coleta de dados simultânea ou sequencial para melhor entender os problemas da pesquisa. A coleta de dados também envolve a obtenção, tanto de informações numéricas como de informações de texto, de forma que o banco de dados final represente tanto informações quantitativas como qualitativas.

O estudo será desenvolvido através das seguintes fases: 1) Será feito o estudo quantitativo, o qual será analisado o banco de dados do SISPEN (Sistema de Informações Penitenciárias) a partir das variáveis dados de saúde estatísticos; 2) No estudo qualitativo, será utilizado o Grupo Focal com todos os profissionais de nível superior e gestores das unidades prisionais, tal como supervisor e equipe do Núcleo de Saúde, em estudo tomando como amostra os profissionais que trabalham no módulo de saúde das respectivas unidades; 3) Nesta fase, será proposto um instrumento (*checklist*) de monitoramento da implementação das ações de saúde prisional no Ceará. A construção do *checklist* será baseada no que está preconizado na PNAISP e na Portaria nº 482/2014, assim como através da contribuição dos profissionais de saúde prisional e gestores, objetivando melhorar o acompanhamento dos indicadores de saúde.

A pesquisa será realizada nas unidades prisionais localizadas no município de Itaitinga-Ce, onde se concentra o maior número de unidades, que tenham módulo de saúde instalado e em funcionamento, bem como equipe de saúde cadastrada no CNES.

Portanto, as unidades escolhidas para a realização da pesquisa são destinadas à custódia de presos provisórios, estando localizadas no município de Itaitinga-CE, totalizando quatro unidades, cada uma com quatro equipes de saúde prisional composta por: médico, enfermeiro, dentista, psicólogo e assistente social, totalizando 20 profissionais e 08 gestores, sendo 02 de cada unidade (Diretor e Diretor Adjunto), também o Supervisor e a equipe do Núcleo de Saúde (NUSAU).

A Equipe que iremos tratar no nosso objeto de estudo consiste na do tipo II (EABp-II), com algumas adaptações, em virtude do quadro reduzido de profissionais devido à falta de investimentos e poucos recursos no financiamento das ações destinadas à contratação de recursos humanos.

Considerando a unidade prisional ser o espaço por excelência para operacionalização das ações da Política de Saúde, pelas equipes de saúde prisional, bem como as dificuldades inerentes à execução, surgiu a necessidade de analisar as ações da política e propor tecnologia de gestão que possa contribuir para efetivação, pois é preciso prevenir os agravos e, particularmente, reconhecer que, quando doentes, os reclusos têm direito de ser tratados sem qualquer discriminação. É fundamental que a Política de Saúde para a população carcerária saia do papel e se torne um instrumento de transformação.

Iremos nos deter na Fase III da pesquisa, pois se trata do objetivo/produto da dissertação a qual se pretende elaborar um checklist, como instrumento para subsidiar o manual de monitoramento das ações de saúde que possa contribuir para

melhoria da operacionalização da Política de Saúde Prisional conforme previsto na legislação.

O roteiro da checagem seguirá as diretrizes para o plano de ação para a política de saúde prisional dentre os quais podemos destacar: Utilização dos Sistemas de Informações em Saúde; Definição de padrões mínimos de qualidade, eficácia e efetividade do Plano de Ação com ênfase no Planejamento e Gestão; Orçamento e Finanças; Ambiência e Infraestrutura e Gestão do Trabalho.

A elaboração do checklist também terá como base o e-SUS AB, pois juntamente com o grupo condutor constitui ferramentas de produção de dados e qualificação dos indicadores em saúde.

A Portaria GM/MS nº 482, de 1º de abril de 2014, nos arts. 8º e 9º, dispõe sobre o monitoramento e a avaliação dos serviços e das ações de saúde ofertadas pelas equipes de saúde prisional. O monitoramento e a avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, dos serviços, das equipes e das ações em saúde prisional são realizados por meio do cadastro dos profissionais e das equipes no CNES, assim como pela alimentação do e-SUS AB.

De acordo com Nota Técnica e-SUS AB Prisional de 13 de novembro de 2015, elaborada pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, que esclarece a obrigatoriedade da alimentação do Sistema em Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) pelas Equipes de Atenção Básica Prisional (EABp), para fins de monitoramento e avaliação dos serviços e das ações de saúde ofertadas às pessoas privadas de liberdade no sistema prisional.

A partir desta norma, ficam estabelecidos critérios condicionantes para o repasse de recursos em cumprimento do que dispõe a Portaria 482, de 1º de abril de 2014, que suspenderá os repasses de recursos nas seguintes situações: I - Ausência por um período superior a 90 (noventa) dias consecutivos de qualquer um dos profissionais que compõem a equipe; II – Descumprimento da carga horária mínima prevista e; III – Ausência de alimentação de dados no sistema de informação definidos pelo Ministério da Saúde por 90 (noventa) dias consecutivos.

De acordo com Pinochet (2011), os sistemas de informação estão sendo mais amplamente usados no apoio à saúde da população e nas atividades de saúde pública relacionados à prevenção e promoção de saúde, controle de doenças, vigilância e monitoramento.

Na realidade atual, a informação abarca uma série de aspectos considerados imprescindíveis ao processo de gestão e sua importância está fundamentada nos seguintes aspectos: é a base da competição; é considerada um dos principais recursos; é a base do processo de tomada de decisões; a essência do controle e a base do conhecimento.

Para fins de esclarecimento, a estratégia e-SUS AB é composta pelo SISAB e por dois *softwares* de captação e dados: Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e Coleta e Dados Simplificada (CDS); Nesse sentido, os *softwares* e-SUS AB passam a ser ferramentas de coleta de informações sobre a população assistida e sobre a produção realizada por todas as Equipes de Atenção Básica, incluindo as Equipes de Atenção Básica Prisional.

Além da disponibilidade desses sistemas, a política prevê, em seu delineamento, a constituição de um grupo condutor formado pelas secretarias de saúde, secretaria de justiça ou congênere, pela Administração Prisional ou congênere e pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) do respectivo estado, ao qual compete, também, a gestão dos processos de implementação, monitoramento e avaliação da política nos estados e municípios.

Apesar de estar preconizado na legislação específica, pesquisas apontam a escassez de instrumentos de gestão de monitoramento das ações da política de saúde prisional, motivo do objeto de estudo a ser explorado e elaborado que irá servir de subsídio para a gestão de saúde prisional no Ceará e por conseguinte no Brasil.

Observa-se que os instrumentos de gestão existentes, estão desatualizados e que o Estado do Ceará ainda não possui formalmente o Grupo Condutor Estadual preconizado pela PNAISP, fundamental para a implementação das ações da referida política.

A partir da criação do Grupo Condutor Estadual, será organizado a gestão em saúde prisional no Ceará com base nas normativas legais e a implantação do monitoramento das ações realizadas pela Equipe cadastradas nos Sistemas Informatizados, possibilitando, dessa forma, uma atuação planejada e eficaz da gestão dos serviços de saúde prisional no Estado do Ceará, também poderá abrir caminhos para elaboração de outros instrumentos de gestão e apoio institucional de municípios na execução das ações básicas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal, 1999.

_____. Lei Nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm> Acesso em 12 jan. 2017.

_____. Lei Nº 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm> Acesso em 12 jan. 2017.

_____. Lei Nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Brasília: DF. 1984. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7210.htm> Acesso em: 12 jan. 2017

_____. Ministério da Justiça (MJ). Relatório de Inspeções do CNPCP. [Online]. 2014. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/relatorios-de-inspecao-1/relatorios-de-inspecao-2014-1>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

_____. Portaria Interministerial nº 2.035/2001.

_____. Ministério da Justiça. **Estatísticas do Departamento Penitenciário Nacional** – DEPEN.

_____. Ministério da Justiça. **Reorganização e reformulação do sistema prisional feminino**: relatório final. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde (MS). **As Redes de Atenção à Saúde**. [Online]. Brasília, 2010. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php>. Acesso em: 29 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário** – Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf> acesso em 23 mai. 2012.

_____. Portaria Interministerial Nº 1, de 02 de janeiro de 2014, Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas

de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). PNAISP.

_____. Portaria Nº 482, de 1º de Abril de 2014, Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ELIAS, N.; SCOTSON L.J. **Os estabelecidos e os outsiders:** sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade, tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

GOLDEMBERG, M. **A arte de pesquisar:** como fazer pesquisa qualitativa em Ciências sociais. 6 ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

HARTZ, Z.M. de A.; CONTADRIPOULLOS, A-P. Extraído de: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>> **Cad. Saúde Pública.** v. 20, supl. 2, Rio de Janeiro, 2004.

MIRANDA, A.E.B. **Análise epidemiológica da situação da saúde na população privada de liberdade no Brasil:** dados de bases de informação. Vitória: Editora da UFES; 2015.

POPE, C. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

SILVA, S.F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde:** desafios da regionalização no SUS. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

CAPÍTULO 9

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: A AÇÃO RACIONAL DE IMPLANTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO

ANNE RAFAELA TAVARES DE MOURA
MARÍLIA ENÉZIA BEZERRA DE OLIVEIRA
ILSE MARIA TIGRE DE ARRUDA LEITÃO

INTRODUÇÃO

As organizações de saúde têm passado por rápidas e profundas transformações, com vistas ao atendimento das demandas de uma clientela cada vez mais exigente. Assim, na busca pelo reconhecimento social por meio de práticas com elevado padrão de qualidade e segurança, os gestores vêm empregando nos serviços de saúde, principalmente nos hospitais, iniciativas voltadas para um maior incremento no nível de qualidade, buscando garantir uma integração harmoniosa das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e científica.

De acordo com a Portaria nº 1970/2001, regulamentadora do Programa Brasileiro de Acreditação, o processo de acreditação tem por base um método de consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares.

A Organização Mundial da Saúde - OMS (2010) considera a qualidade um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, mínimo de riscos ao paciente/cliente, além de alto grau de satisfação por parte dos usuários, considerando-se essencialmente os valores sociais existentes.

De acordo com Machado (2014), a qualidade nos sistemas de saúde implica responder, de maneira adequada, as expectativas das pessoas. Significa oferecer serviços eficazes, respeitando a integridade e a dignidade dos indivíduos, sua autonomia e a confidencialidade das informações. As definições acerca do conceito de qualidade são muitas, entretanto, no setor saúde, dizem respeito à consolidação de um elevado padrão de assistência.

Nesse sentido, diante da complexa definição de qualidade nos serviços de saúde, surge um novo conceito: Acreditação Hospitalar. Na perspectiva de alcançar os mais elevados padrões assistenciais, são adotadas iniciativas que culminam em novas exigências, tais como competências profissionais, mudanças comportamentais, mobilização gerencial, inovações estruturais e tecnológicas, além da melhoria permanente e contínua do atendimento.

Segundo a Organização Nacional de Acreditação - ONA (2010), a Acreditação é um método para avaliar a qualidade da assistência médico-hospitalar, conforme padrões preestabelecidos em todos os setores, inclusive os terceirizados, em uma organização hospitalar. O programa de Acreditação hospitalar contempla níveis de complexidade crescentes, com exigências

específicas, que causam efeitos diferentes no ambiente organizacional, sendo o Nível 1 (Acreditado) com foco na segurança, o Nível 2 (Acreditado Pleno) visa aos processos e o Nível 3 (Acreditado com Excelência) foca nos resultados.

Viana (2011) complementa que, a Acreditação hospitalar configura-se como uma metodologia desenvolvida para apreciar a qualidade da assistência oferecida em todos os serviços de um hospital. Tem como base a avaliação de padrões de referência desejáveis, constituídos por peritos da área e previamente divulgados, e nos indicadores ou instrumentos que o avaliador emprega para constatar os padrões que estão sendo analisados.

A ONA certifica os estabelecimentos de saúde através de visitas em que participam no mínimo 3 a 5 avaliadores, geralmente 1 médico, 1 enfermeiro, 1 administrador, do qual um deles é o auditor líder, podem participar ainda 2 especialistas de área. Nessas visitas, todos os setores do hospital são vistos com foco na estrutura, processos e resultados. Ao final da visita, a instituição que estiver em conformidade com os padrões estabelecidos, pode receber a certificação de acreditado – nível 1, acreditado pleno – nível 2 ou acreditado com excelência – nível 3, de acordo com o atendimento às práticas de excelência de qualidade estabelecidas no Manual Brasileiro de Acreditação (RIBEIRO, 2013).

O programa de Acreditação deve ser entendido em duas dimensões. A primeira, como processo educacional, que leva as instituições de saúde e, principalmente os profissionais, a adquirirem a cultura da melhoria contínua para a implementação da gestão da qualidade, e a segunda dimensão como um processo

de avaliação e certificação da qualidade dos serviços, analisando e atestando o grau de desempenho alcançado pela instituição de acordo com padrões predefinidos (MANZO, 2009).

Ressalta-se um estudo de Fortes (2011), que é necessário enxergar a Acreditação na sua forma de operacionalização sem se deixar levar apenas pela sua ideologia, evitando realidades distintas em o que está prescrito no manual e o que verdadeiramente está sendo executado pelos profissionais que estão direta ou indiretamente ligados ao cuidado do paciente.

A Acreditação hospitalar torna-se relevante por implementar e garantir a qualidade nos serviços de saúde, contribuindo para que ocorra uma progressiva mudança de hábitos, facilitando estímulos internos e externos, de maneira a provocar um movimento dentro dos serviços de saúde, através de seu corpo profissional, que permita o estabelecimento de melhoria de metas com mobilização constante, para garantir a melhoria contínua no ambiente de trabalho e na atenção prestada.

Tendo em vista o exposto, o interesse pelo tema em questão decorreu da vivência das pesquisadoras como Enfermeiras do referido hospital, onde houve, então, a participação delas, desde a etapa inicial do planejamento das atividades, bem como na implementação, na avaliação de ações por meio de indicadores de qualidade e no acompanhamento de ciclo de melhorias, nas auditorias internas e nas auditorias externas, com a posterior aquisição do certificado de Acreditado com Excelência.

De acordo com Kern e Lima, (2011), a Acreditação de organizações de saúde apresenta-se como uma forma de melhorar a gestão de serviços, e não somente como uma mera certifica-

ção, devido ao impacto na gestão da qualidade assistencial, tendo em vista que, ao atender os padrões da qualidade, estimula a consolidação e a construção de gerenciamento e garantia da qualidade.

Durante esse período foi observado que alguns profissionais de saúde inseridos no processo apresentavam ideias divergentes ou desconheciam os reais objetivos que envolviam o processo de Acreditação. Ou seja, alguns profissionais não compreendiam quais as contribuições que processo de Acreditação traz para a rotina de trabalho da assistência.

Poucas são as referências a respeito dos impactos positivos para assistência após a certificação, havendo uma lacuna científica entre o processo de Acreditação e a aplicação no dia a dia de trabalho pelos profissionais. Apesar de se conhecer a importância do sistema de avaliação da qualidade da assistência, assim como a importância dos profissionais de saúde na manutenção desse processo, não se sabe quais as percepções dos colaboradores sobre as contribuições da Acreditação para melhoria do processo de trabalho após a sua implantação como meio de excelência na prestação de serviços, sendo este o foco do presente estudo.

Espera-se, contudo, que este estudo possa contribuir para que os profissionais reflitam sobre a necessidade de mudanças de hábitos e dos conceitos embutidos no processo de Acreditação hospitalar para que seja assim garantido o alcance da excelência na prestação de cuidados e a garantia da qualidade dos serviços, com o intuito de interiorizar uma nova cultura organizacional que, quando positiva, pode funcionar como barreira aos problemas de segurança.

Nesse contexto, o referido capítulo tem por objetivo trazer a temática Acreditação hospitalar em um ensaio teórico na perspectiva dos princípios propostos por Deming na ação racional de implantação da Organização Nacional de Acreditação.

MÉTODO

Este estudo caracteriza-se como um ensaio teórico, o qual se iniciou mediante um estudo exploratório do tema a ser abordado, com a finalidade de delimitar uma linha mais precisa de reflexão, já que as áreas das ciências administrativas aplicadas à ciências da saúde costumam ser amplas e inter-relacionadas.

Pesquisa de caráter bibliográfico ou, revisão de literatura “é um tipo de trabalho monográfico, cujo propósito é [...] aumentar o conhecimento do pesquisador sobre o tema [...] e verificar o estágio teórico em que o assunto se encontra no momento atual [...] levantar suas novas abordagens, visões, aplicações, atualizações” (MICHEL, 2009, p. 41).

Tendo definido o campo de estudo e delimitado o tema a ser abordado, o uso de ferramentas para a manutenção de programas de Acreditação hospitalar, foi realizado o levantamento e a revisão bibliográfica a fim de identificar as contribuições de literatura de conteúdos científicos pertinentes com o nosso objetivo.

Com base na contextualização introdutória, procedeu-se à reflexão crítica dos conceitos e dos fenômenos constatados pela pesquisa, revisitando os temas abordados trazendo-os para uma interpretação do contexto atual da Acreditação hospitalar brasileira, do uso de ferramentas e/ou estratégias para sua manutenção em estabelecimentos já acreditados.

Por tratar-se de uma abordagem de cunho qualitativo, encerra-se este ensaio com as considerações finais, particulares da interpretação das pesquisadoras, uma vez que, “na pesquisa qualitativa, o pesquisador participa, compreende e interpreta” (MICHEL, 2009, p. 37).

RESULTADOS

Para iniciarmos nossas reflexões sobre as inquietações que nos levaram a esse ensaio, torna-se necessário a definição de termos que vêm sendo utilizados neste processo, por isso é importante esse conhecimento. O primeiro deles, Certificação é um processo pelo qual uma agência governamental ou uma associação profissional reconhece oficialmente uma entidade ou indivíduo como tendo encontrado certas qualificações predeterminadas (CLARK, 1998).

O segundo, a Acreditação que é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais; voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Os padrões podem ser mínimos (definem o piso ou a base) ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação. Qualidade é o grau no qual os serviços prestados ao paciente aumentam a probabilidade de resultados favoráveis que, em consequência, reduzem os desfavoráveis dado o presente estado da arte (AMH, 1992).

Cabe mencionar as três dimensões propostas por Donabedian que devem ser avaliadas na qualificação do serviço de saúde, tendo dividido a avaliação da qualidade de cuidados em avaliação da estrutura, na qual os cuidados são prestados, pro-

cesso e resultados. Tais dimensões constituem nos dias de hoje o paradigma dominante da avaliação da qualidade dos cuidados de saúde.

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ANTECEDENTES HISTÓRICOS

O desenvolvimento do processo de avaliação no mundo inicia-se em meados do século XVIII-XVII a.C., com o Código de Hamurabi, no qual se identifica alguma noção de responsabilidade médica e qualidade em saúde, assinalada pela abordagem da má qualidade. No século IV a.C., Hipócrates cria seu juramento e o conceito de *primum non nocere* (primeiro não lesar), fundamentais até os dias atuais (LABBADIA et al., 2004; QUINTO NETO; GASTAL, 2004).

Florence Nightingale, durante a Guerra da Crimeia em 1855, desenvolveu métodos de coletas de dados, de registros e arquivamentos, além de medidas higiênicas relacionadas a todo o processo de atenção aos feridos na guerra, o que se revela como os primeiros modelos direcionados à gestão da qualidade da assistência. A consequência de seu sistema foi a melhoria da qualidade do atendimento prestado, obtendo, inclusive, diminuição da mortalidade de seus enfermos (VIANA, 2011).

A análise da literatura sobre a avaliação de serviços de saúde demonstra que sempre existiram mecanismos de avaliação da qualidade da prática médica e dos serviços de saúde, caracterizados pela formação tanto da opinião pública quanto dos conselhos corporativos. Assim, pode-se afirmar que os mecanismos são tão antigos quanto esses serviços.

Após a Segunda Guerra Mundial, a necessidade de melhorar a aplicação de recursos pelo Estado motivou o surgimento do conceito de avaliação de programas públicos, com o desenvolvimento de vários métodos que analisassem as vantagens e custos desses programas (UCHIMURA e BOSI, 2002).

Para definir avaliação, FIGUEIRÓ et al. (2010) utilizam-se de um amplo conceito expresso por Champagne et al. em que:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, considerando os diferentes atores envolvidos que possam ter julgamentos diferentes, de modo a revelar a posição sobre a intervenção e construir (individualmente ou coletivamente) um julgamento que possa se traduzir em ações (FIGUEIRÓ et al., 2010).

De acordo com Santos et al. (1990), talvez a primeira sistematização contemporânea de um mecanismo de avaliação do ensino – e, por consequência, da prática médica – tenha sido o conhecido relatório Flexner, publicado em 1910, sob o patrocínio da Fundação Carnegie. Neste relatório, Flexner atenta para a necessidade de controle do exercício profissional, ao avaliar a educação médica e denunciar, de maneira muito enfática, as precárias condições da prática profissional.

Na trilha aberta pelo relatório Flexner e respondendo, fundamentalmente, às mesmas determinações, surge outro trabalho clássico sobre avaliação dos serviços de saúde. Trata-se do trabalho de Codman “A Study in Hospital Efficiency: the first five years”. Publicado em 1916, este trabalho apresenta proposta de metodologia de avaliação rotineira do estado de saúde dos pacientes, para estabelecer os resultados finais das intervenções médicas intra-hospitalares. Relatava, caso a caso, a que se poderia atribuir o sucesso ou o insucesso do tratamento, qual momento em que se poderia ter uma avaliação definitiva do caso e, por fim, o que poderia ocorrer até mesmo um ano depois de terem sido realizadas as intervenções. Sob a influência do trabalho de Codman, o Colégio Americano de Cirurgias - CAC assumiu a responsabilidade pela avaliação da qualidade das práticas cirúrgicas e dos hospitais. Realizou, então, um famoso estudo, no qual registra que, entre os aproximadamente 800 hospitais examinados com mais de 100 leitos, menos de 135 tinham algum grau razoável de qualidade.

Vale ressaltar que os cinco padrões mínimos eram essenciais para a assistência hospitalar, sendo que três relacionavam-se à organização do corpo médico, um preconizava o adequado preenchimento do prontuário e o outro se referia à existência de recursos diagnósticos e terapêuticos necessários ao tratamento do paciente. Esses padrões referiam-se exclusivamente às condições necessárias para atividades médicas, não considerando a necessidade de dimensionar outros profissionais de saúde para o atendimento (MANZO, 2009).

Padrões mínimos a serem cumpridos pelos hospitais eram eles:

- Que os médicos e cirurgiões com a prerrogativa de atuar em hospitais fossem organizados em grupos definidos ou *staffs*. A organização desses grupos não deveria ter relação com o fato de o hospital ser aberto ou fechado e não deveria afetar os vários tipos de grupos organizados de *staffs* existentes. A palavra *STAFF* é definida como um grupo de médicos que exerce suas práticas dentro do hospital, incluindo todos os grupos de *staffs* regulares, visitantes ou associados;
- Que a admissão como *staff* fosse restrita aos médicos e cirurgiões que fossem graduados em medicina com licença adequada e legal à atuação em suas respectivas províncias e/ou estados; competentes em suas respectivas categorias; e valorosos em caráter e ética profissional sendo a prática da divisão da cobrança de taxas proibida;
- Que o corpo clínico iniciasse suas atividades e adotasse regras, regulações e políticas aprovadas pelo conselho diretor do hospital que orientassem o trabalho profissional e que definissem especificamente que: as reuniões de *staffs* acontecessem pelo menos uma vez por mês (em hospitais maiores, os departamentos devem se reunir separadamente); que a experiência dos *staffs* fosse analisada e revista regularmente nos vários departamentos que compunham o hospital como, por exemplo, o de clínica médica, o de cirurgia e os demais departamentos existentes, com base nos prontuários dos pacientes, pagantes ou não;

- Que os registros fossem feitos para todos os pacientes de forma precisa e detalhada e que estivessem disponíveis para todo o hospital – considerando-se que um registro clínico completo é aquele que inclui dados de identificação, as queixas, a história pessoal e familiar, a história da doença atual, o exame físico, os exames complementares – como consultas, raio X, exames laboratoriais, entre outros; o diagnóstico ou a sua hipótese; o tipo de tratamento; os resultados patológicos; a evolução clínica; condição na alta; o seguimento; e, em caso de óbito, os resultados da autópsia;
- Que as facilidades diagnósticas e terapêuticas estivessem disponíveis para o estudo, diagnóstico e tratamento dos pacientes sob supervisão competente e incluíssem ao menos um laboratório clínico com serviços de análises químicas, bacteriologia, sorologia e patologia; e departamento de raio X com serviço de radiografia e fluoroscopia.

O CAC desenvolveu, em 1949, o Manual de Padronização, apresentando-se com maior nível de exigências, contendo 118 páginas, mas, nesse período, o Colégio Americano de Cirurgias passou a ter dificuldade em mantê-lo. Em parte, devido à elevação dos custos, à sofisticação crescente da assistência médica, ao aumento do número de instituições, à complexidade e à grande procura de especialidades não cirúrgicas após a 2ª Guerra Mundial. A partir daí, o CAC iniciou parcerias com Colégio Americano de Clínicos, com a Associação Médica

Americana e Canadense e esse grupo passou a compor a Joint Commission on Accreditation of Hospitals, organização que, em 1952, ficou oficialmente responsável pela Acreditação. O trinômio “avaliação, educação e consultoria” passou a ser enfatizado (MANZO, 2009).

Com a expansão das atividades da Acreditação, em 1987, o nome da organização mudou de Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) para Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) (SCHIESARI, 1999). No mesmo ano, a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) direcionou sua atuação com ênfase na assistência clínica por meio de monitoramento de indicadores de desempenho, ao desempenho institucional e, finalmente, assumiu o papel de educação com monitoramento, vistos na atividade de consultoria e na publicação de uma série de documentos como normas, padrões e recomendações. Em 1994, foi publicado o (Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals) e, posteriormente, o ramo internacional de JCAHO desenvolveu padrões internacionais para o crescimento da atuação fora dos EUA.

Em 1995, 42 estados americanos aceitavam o certificado de Acreditação da JCAHO para isenção de seus próprios processos de regulação. Na mesma época, aproximadamente 7 mil hospitais, 77% , tinham esse certificado de Acreditação. A JCAHO era a empresa dominante nesse âmbito, mas o aumento de suas atividades relacionado ao fato de que ela não era a única a oferecer a Acreditação faziam com que ela se movesse conforme qualquer grande empresa, buscando sempre o seu reposicio-

namento. Por isso, essa instituição segue pelos anos 1980 e 1990 aprimorando-se e estreitando seus laços com as diversas esferas de governo em seu país (RIBEIRO, 2013).

No Canadá, o processo de implantação de medidas que garantissem a qualidade da assistência prestada aconteceu de forma semelhante aos EUA, em 1983 o Ministério da Saúde determinou que todos os Hospitais deveriam contar com programas destinados à garantia da qualidade, tornando o processo de voluntariedade questionável (ADAMI, D'INNOCENZO, 2006).

Na Europa, o processo iniciou na década 70, culminando na década de 80 com a necessidade de implantação de diferenciais de mercado com vista à dianteira na competitividade.

Em 1989, é criada a Fundação Avedis Donabedian para a melhoria da atenção à saúde, em Barcelona na Espanha, instituição referência para Acreditação. O processo de Acreditação na Espanha, conhecido como ENAC – Entidad Nacional de Acreditación se assemelha em diversos aspectos ao Sistema Brasileiro de Acreditação (MANZO, 2009).

Na América Latina, o movimento foi iniciado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e pela Federação Latino-Americana de Hospitais, em 1989, que propuseram um modelo de Acreditação passível de adoção devido à sua flexibilidade, no qual os padrões a serem seguidos foram apresentados ao Brasil em forma de manual, em 1990 (ALASTICO, TOLEDO, 2013).

ACREDITAÇÃO: TRAJETÓRIA MUNDIAL

O processo de Acreditação teve seus primeiros passos iniciados nos Estados Unidos e deles resultaram, primeiramente as Acreditações canadense e australiana, com as mesmas características embrionárias. Ou seja, o primeiro passo da Acreditação, em âmbito internacional, foi em direção aos países de língua inglesa.

Ellie Scrivens, uma das principais analistas da Acreditação no mundo, também reforçou essa observação e analisou a Acreditação sob a ótica de um grupo formado pelos países anglofônicos, pois considerou que esses sistemas, que se desenvolveram a partir da Acreditação americana, mantiveram algumas de suas características, acompanharam o seu desenvolvimento e cooperaram com a disseminação da metodologia no mundo (SCRIVENS, 1995).

No Reino Unido, a Acreditação desenvolveu-se posteriormente e de forma distinta, uma vez que não se configurou um sistema único de Acreditação. Ainda assim, entende que a região pertence ao bloco anglofônico, pois, além do idioma, compartilhou das características da metodologia americana.

O Canadá foi o primeiro país anglofônico a interagir com os EUA, onde participou do movimento incipiente dos EUA em prol do desenvolvimento dos campos da educação e da saúde, quando a qualidade de ambos foi questionada, no início dos anos 1900. O Canadá participou tanto da pesquisa que se concluiu com o Relatório Flexner quanto da primeira avaliação dos hospitais através do PPH.

A experiência com padrões nos EUA evoluiu, institucionalizou-se e transformou-se na metodologia da Acreditação na década de 1950, com a criação da JCAHO, da qual o Canadá, também, participou com a Associação Médica Canadense. O país foi o segundo a aderir à Acreditação.

Em 1953, o Canadá criou o seu próprio programa de Acreditação, com o estabelecimento do The Canadian Council on Hospital Accreditation - CCHA. O intuito foi o de adotar um programa que “fosse mais particularmente a verdadeira abordagem quebequiana” (Segouin, 1998, p. 65), refletindo as necessidades do recém-estabelecido sistema de saúde nacional. Em 1988, o CCHA passou a ser conhecido como Canadian Council on Health Facilities Accreditation - CCHFA.

Na França, o processo de incorporação da Acreditação no sistema de saúde esteve associado diretamente à qualidade. A metodologia foi estabelecida em lei e tornou-se obrigatória aos diferentes serviços de saúde. O processo constituiu-se pautado em uma adaptação da metodologia compatível com a cultura institucional, articulado à gradativa melhoria da qualidade (FORTES, 2013).

A Acreditação, como ferramenta regulatória do Estado, também se apresentou em países como o Líbano. Nesse caso, o processo foi desenvolvido e implementado por meio de uma ação do Ministério da Saúde com assistência de consultores holandeses.

ACREDITAÇÃO: REALIDADE BRASILEIRA

Os modelos de Acreditação surgiram no Brasil efetivamente em meados dos anos 90, com o incentivo da Organização Panamericana de Saúde - OPA, como uma forma de estabelecer parâmetros bem definidos para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, alinhados ao contexto nacional.

Com diversas discussões sobre a qualidade nos serviços de saúde, em 1991 foi criado o Controle de Qualidade Hospitalar - CQH, patrocinado pela Associação Paulista de Medicina - APM e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP. Com a proposta de apoiar a OPA, para implantar, no Brasil, um programa nacional de Acreditação hospitalar, tendo como objetivo principal realizar avaliação do atendimento prestado com qualidade de maneira responsável isenta e transparente, possibilitando a adoção de um novo modelo de serviço que conduza a maior eficácia e eficiência.

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Qualidade para promover a cultura da qualidade e estimular os hospitais a buscarem padrões de excelência. As entidades acreditadoras são responsáveis pela realização da Acreditação nos hospitais (LUONGO, 2011).

Em 1994, diversas Instituições ligadas à Saúde no país propuseram o Programa de Avaliação e Certificação da Qualidade em Serviços de Saúde (PACQS), com o objetivo de implantar uma política de avaliação e certificação de qualidade em estabelecimentos de saúde. Em 1995, cria-se instrumentos de avaliação em diversos Estados (ONA, 2010).

O Ministério da Saúde apresenta um Projeto com definições e metas para implantação de um processo de certificação de hospitais, o qual seria um piloto para a inserção da Acreditação Hospitalar.

Para tanto, foi formado um Grupo Executivo encarregado de implantar um Programa Brasileiro de Acreditação. Nesse período, desenvolve-se a primeira versão de um instrumento de avaliação para Acreditação, a partir do Manual da OPAS e de propostas dos Estados participantes, dentro de uma realidade brasileira (VIANA, 2011).

O autor complementa que o instrumento foi testado em 17 instituições hospitalares brasileiras por profissionais de saúde que trabalhavam com Acreditação – CQH, Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde (IAHCS), Instituto Paranaense de Acreditação em serviços de Saúde (IPASS). Após ser examinado, consolidado as críticas e realizado as devidas adequações, cria-se a primeira versão do “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar” em junho de 1998.

Em virtude do intenso processo de aprimoramento da Acreditação em nível Nacional, o ano de 1997 ficou conhecido como “O ano da Saúde no Brasil”, através do incentivo à Acreditação e pela consolidação do Consórcio Brasileiro de Acreditação (ONA, 2010).

O Programa Brasileiro de Acreditação propriamente dito foi oficialmente lançado no mês de novembro de 1998, desse modo o instrumento nacional desenvolvido na iniciativa conduzida por Humberto de Moraes Novaes. Em agosto de 1999, a

Organização Nacional de Acreditação (ONA), órgão credenciador das instituições acreditadoras, foi constituída juridicamente e seu superintendente indicado pelo conselho.

A ONA é responsável pelo estabelecimento de padrões e pelo monitoramento do processo de Acreditação realizado pelas instituições acreditadoras. Em 2000, essas instituições passaram a ser credenciadas pela ONA, podendo atuar em âmbito nacional. (QUINTO NETO E GASTAL (1997), e QUINTO NETO (2000)).

Assim, observa-se que o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) deve ser coordenado por uma organização de direito privado, responsável também pelo desenvolvimento, aplicação e acompanhamento de normas para o processo de Acreditação. Em Agosto de 1999 é, então, constituída a Organização Nacional de Acreditação - ONA, iniciando-se a implantação de normas técnicas e credenciamento de instituições acreditadoras, o Código de Ética, a qualificação e a capacitação de avaliadores.

Diferentemente do modelo norte-americano (JCAHO), que se baseia em um trinômio – avaliação, educação e consultoria – o modelo brasileiro (ONA) se baseia em um binômio – educação e avaliação.

ACREDITAÇÃO: PANORAMA CEARENSE

No Estado do Ceará, 12 instituições receberam certificações de qualidade entre Acreditado e Acreditado como Excelência, o que demonstra que o Estado do Ceará vem buscando iniciativas voltadas para a melhoria dos serviços de saúde e a garantia de uma assistência com qualidade e segurança.

No final do ano de 2016, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), através de uma das instituições acreditadoras credenciadas, Instituto Qualisa de Gestão (IQG), consolida seu objetivo de promoção de um processo constante de avaliação e aprimoramento nos serviços de saúde e, dessa forma, melhora a qualidade da assistência no País, ao entregar ao Hospital Regional do Cariri (HRC) o título de Acreditado com Excelência - Nível III.

Em 2014, o HRC, iniciou o processo de avaliação externa, em que a Organização Nacional de Acreditação (ONA), através do Instituto Qualisa de Gestão (IQG), conferiu a certificação de Acreditado Pleno - Nível 2. Com isso, o HRC deu início à sua trajetória de pioneirismo, pois tornou-se o primeiro hospital público do interior do estado com emergência e mais de 200 leitos, das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do País a ser Acreditado Pleno.

Dois anos depois, no processo de recertificação, o IQG evidenciou o amadurecimento do trabalho realizado por toda a equipe de gestão, colaboradores, além de prestadores de serviços e fornecedores, e desta vez o HRC foi certificado “Acreditado com Excelência - Nível 3”, tornando-se o primeiro Hospital Público do Ceará a ser acreditado com excelência, ser o 2º Hospital Público do Nordeste e o 13º Hospital Público do Brasil.

Vale ressaltar, que o HRC foi concebido com a intenção de ser referência em serviços de excelência para a população da macrorregião do Cariri. Suas instalações foram projetadas de maneira a proporcionar aos pacientes atendimentos conforme padrões de qualidade preestabelecidos, disponibilizando para a

população serviços de alta tecnologia e uma maior segurança na prestação de cuidados aos pacientes.

A MANUTENÇÃO DA CERTIFICAÇÃO

O sucesso de uma certificação hospitalar, está fundamentalmente relacionada à sua capacidade de dar continuidade aos processos implantados de melhores práticas na gestão do cuidado e na gestão administrativa. E, para que ocorra a tão esperada adesão aos protocolos propostos, faz-se necessário o envolvimento de todos os profissionais.

O alto grau de adesão das instituições de saúde ao sistema de Acreditação no mundo, segundo Scrivens (1995), explica-se ao impacto desse programa “na automotivação” dos profissionais. Ao se inserirem no programa, tornam-se flexíveis e permeáveis as mudanças, na perspectiva em oferecer cuidados de qualidade.

Casimiro (2005) afirma que o processo de Acreditação não se propõe apenas, a padronizar processos e resultados, mas também para coordenar diferentes profissionais numa estrutura, como uma organização de saúde, a fim de melhorar a assistência às pessoas cuidadas.

No período de validade do Certificado, a Organização Acreditada estará subordinada a dois mecanismos de controle para a verificação de manutenção do desempenho obtido no processo de avaliação: a avaliação anual simplificada de manutenção de Acreditação e a detecção de eventos-sentinela.

Evento-sentinela é qualquer evento imprevisto que pode resultar em dano para os clientes externos e internos da organi-

zação, como elevação incidental da taxa de mortalidade, taxa de infecção hospitalar elevada, suicídio de paciente em local onde recebe assistência 24 horas, troca de bebê após o nascimento, entre outros (ANTUNES, RIBEIRO, 2005).

Wardhani et al. (2009) recomendam como estratégias para um Sistema de Gestão de Qualidade bem-sucedido: iniciar a implantação de ações de Gestão da Qualidade em alguns departamentos para, a seguir, disseminá-las a todos. Isso reduz riscos e tornam possíveis melhorias internas em curto prazo, gerando maior aceitação por parte dos outros departamentos do hospital e iniciar a implantação das ações no hospital como um todo. Tal estratégia é iniciada pela conscientização e pela preparação da estrutura hospitalar para a Gestão da Qualidade.

Manzo (2011) destaca que a participação e vinculação subjetiva e efetiva dos profissionais no processo de acreditação é essencial para que seus objetivos não sejam deturpados para a mera obtenção do título sem que a mudança real aconteça e seus benefícios possam ser sentidos tanto pelos pacientes, que se entregam aos cuidados, como aos profissionais que operacionalizam todas as mudanças propostas pelo processo.

Outro aspecto desafiador, diz respeito ao envolvimento de toda a equipe assistencial no processo, pois a falta de engajamento gera desmotivação e sobrecarga das atividades exercidas pelos outros profissionais, deixando o trabalho em equipe e o planejamento da assistência fragmentado (MANZO, 2009).

Para isso, o envolvimento dos profissionais, a gestão democrática, a capacitação, o preparo para o trabalho em equipe, devem ser estimulados em todas as unidades que buscam a gestão da qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A responsabilidade dos hospitais acreditados deve ir além da preocupação em manter a certificação. Eles podem adquirir maior visibilidade no mercado através do gerenciamento de seus serviços e de se tornar referencial para outras organizações de saúde que almejam a segurança, a qualidade, a eficiência, a eficácia e a ética, pilares do processo de Acreditação

Contudo, a qualidade não deve ser entendida como uma meta e, sim, como um processo de crescimento e melhoria, enquanto a Acreditação seria, portanto, um sinalizador do reconhecimento social de que a instituição melhora continuamente a qualidade de seus serviços.

Nesse cenário desafiador, a gestão de qualidade vem ganhando espaço nas unidades de saúde, especialmente porque a avaliação é um processo voluntário, mas que ao atingir os níveis propostos, confere à organização amplitude de visão para a busca contínua de boas práticas em saúde e excelência na gestão.

REFERÊNCIAS

CLARK, G.B. Laboratory regulation, certification and accreditation. In: Snyder, J.R.; Wilkinson, D. S. **Management in laboratory medicine**. 3. Ed. Philadelphia, Lippincot, 1988. P. 369-93.

JCAHO-Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, AMH: *accreditation manual for hospitals*. Oakbrook Terrace, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1992.

ANTUNES, F. L.; RIBEIRO, J. D. **Acreditação Hospitalar**: um Estudo de Caso. *Produção Online*, v. 5, n. 1, p. 1-27, 2005.

LA FORGIA, G.M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil**: em busca da excelência. São Paulo: Editora Singular, 2009. p. 496.

CASIMIRO, C.F. **A mudança organizacional de saúde**: em estudo da preparação para Acreditação. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005. <http://www.bdt.d.uerj.br/tde_arquivos/44/TDE-2011-11_03T1556171945>. Acesso em: 21 Abr. 2017.

MANZO, B.F. **O Processo de Acreditação Hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-7RJFFK>>. Acesso em: 8 jan. 2017.

MANZO, B.F.; RIBEIRO, H.C.T.C.; BRITO, M.J.M; ALVES, S. M. As percepções dos profissionais de saúde sobre o processo de Acreditação Hospitalar. **Rev Enferm UERJ**. 2011;19(4):571-6. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a11.pdf>. Acesso em: 18 de nov. de 2016.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA. Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde. 6. ed. Brasília: ONA, 2010.p. 203.

PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 1024-1031, dez. 2010. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400024>>.

SCRIVENS, E. **Report**: Recet developments in accreditation. International journal for quality in healthcare, 7 (4), p. 427-433, 1995.

VIANA, M.F. **Processo de Acreditação**: uma análise de organizações hospitalares. Dissertação (Mestrado em administração e Economia), Universidade Federal de Lavras, 2011.

CAPÍTULO 10

DESAFIOS PARA UMA ALOCAÇÃO EFICIENTE DE RECURSOS FINANCEIROS ESTADUAIS PARA HOSPITAIS POLO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA NO ESTADO DO CEARÁ

IZABEL JANAINA BARBOSA DA SILVA
MARIA HELENA LIMA SOUSA

INTRODUÇÃO

O SUS depara-se com situações favoráveis e desfavoráveis à sua execução. Algumas delas estão relacionadas às diferenças socioeconômicas existentes entre as regiões ou entre os municípios; outras são pertinentes ao universo do sistema de saúde como, por exemplo, a lógica da gestão ou 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.

Mudanças no contexto social, econômico, financeiro e cultural na população vêm promovendo um aumento da cobertura da atenção primária em saúde nos últimos anos. Esse fato

gera uma demanda por procedimentos terapêuticos e exames, exigindo a ampliação da oferta de serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, em particular, nas áreas distantes dos grandes centros urbanos.

Para enfrentar essa demanda, os gestores vêm adotando medidas voltadas para a regionalização da oferta das ações e serviços de saúde de média e alta complexidade. No cenário atual da saúde observamos a necessidade de um melhor entendimento e aplicabilidade por parte dos gestores a respeito dos conceitos como equidade, eficiência, indicadores, entre outros, que possam ajudá-los em um mapeamento de necessidades de forma equânime da população, com o objetivo de proporcionar serviços eficientes e que supram a demanda reprimida existente. A necessidade de um melhor controle e monitoramento de ações e serviços envolvidos na complexidade da execução das atividades pertencentes à saúde quer seja ela no âmbito primário, secundário, terciário e/ou quaternário é de crucial importância para que o gestor possa desenvolver ações de alocação de recursos forma eficiente e equânime.

A existência de restrições orçamentárias para saúde, nos faz pensar na necessidade de termos em nossos cargos de gestão profissionais capacitados e técnicos no que compete à identificação de Diagnóstico Situacional do ambiente interno e externo a ser gerido, elaboração e execução de ações e atividades eficientes que possam minimizar as não conformidades existentes no dia a dia, completo senso do que seja controlar e monitorar ações e resultados e, acima de tudo, uma *expertise* em avaliação capaz de identificar processos que precisam ou não serem implemen-

tados para que possamos realmente alocar nossos recursos de forma eficiente.

CONTEXTO DO ESTUDO

Diante do exposto, escolhemos para estudo os Hospitais Polo de Atenção Secundária (HPAS), no Estado do Ceará, que são aqueles com perfil assistencial equivalente a tipologia 4 categorizada pela Resolução 3.1/2001 do Conselho Estadual de Saúde. A missão desses estabelecimentos 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).

Para esses hospitais, os recursos financeiros são oriundos do Tesouro do Estado. Dados disponibilizados pelo Núcleo de Economia da Saúde da SESA para o exercício de 2016 mostram que foram previstos recursos no valor total de R\$ 138.194.663,32 (cento e trinta e oito milhões, cento e noventa e quatro mil, seiscentos e sessenta e três reais e trinta e dois centavos). Os recursos são repassados na modalidade de transferência fundo a fundo, do Fundo Estadual de Saúde - FUNDES para os Fundos Municipais de Saúde - FMS. Este repasse é condicionado à comprovação do funcionamento do Fundo Municipal de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e do Plano Municipal de Saúde, conforme Artigo 22 da Lei Complementar N°141/2012 e o cumprimento de metas estabelecidas (CEARÁ, 2016).

As metas pactuadas versam sobre a capacidade dos Hospitais Polo em garantir o funcionamento 24 horas dos serviços nas clínicas médicas descritas no quadro do perfil assistencial, informar a Central de Regulação do SUS/CRESUS 100% das transferências realizadas, executar 100% das ações programadas no Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde, aprovado pela Vigilância Sanitária da SESA, garantir a contrarreferência de 100% dos pacientes internados e assistidos pelo Hospital Polo, garantir o acesso a 100% dos pacientes com indicação para os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico: patologia clínica; radiodiagnóstico; ultrassonografia e eletrocardiografia e manter em funcionamento a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CEARÁ, 2015).

Utiliza-se o critério para utilização da distribuição de recursos o valor por clínica médica ofertada, no qual são repassados valores fixos mensais que se diferenciam apenas no contexto de atuação regional (valor R\$ 78.000,00 mensal), macrorregional (R\$ 90.000,00) e macrorregional que dispõe de UTI pediátrica (R\$ 120.000,00) (CEARÁ, 2015).

Os Hospitais que não atenderam aos prerequisites conforme resolução nº 56/2013/CESAU, permanecem com os valores por clínica sem alteração, R\$ 45.000,00/mensal (CEARÁ, 2015).

Os recursos são empenhados, controlados e repassados pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES) de Fortaleza, Baturité, Sobral e Iguatu. As demais Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES) procederão aos empenhos e os repasses das parcelas mensais são efetuados em nível central com suporte da COAFI/NUFIN (CEARÁ, 2015).

As Secretarias Municipais de Saúde encaminham o Relatório Gerencial Quadrimestral para Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), apresentando os resultados das metas pactuadas. Os gestores municipais que dispõem de hospital polo sem fins lucrativos, integrante do setor complementar do SUS, deverão no prazo de 05 (cinco) dias úteis, após o recebimento dos recursos do Tesouro do Estado repassados ao FMS, creditá-los na conta bancária específica da entidade mantenedora do mesmo (CEARÁ, 2015).

Como já dito anteriormente, a distribuição dos recursos para os Hospitais Polo, segundo a SESA, é um valor fixo por clínica, independente da produção ou do custo dos serviços. Segundo Sousa (2013), na elaboração do orçamento não se monitora indicadores de resultados que possam vincular recursos ao impacto dos indicadores em termos gerenciais – custos ou que represente a qualidade dos serviços, como por exemplo: média de permanência hospitalar; taxa de infecção hospitalar, taxa de mortalidade hospitalar, taxa de reinternação.

Apesar 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).

A maneira de se desenvolver em termos de orçamento a equidade, eficiência e 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).

Portanto, este projeto destaca-se pela colaboração que ele pode vir a ter na eficiência do financiamento dos hospitais regionais polo, podendo, ainda, manter uma distribuição de recursos mais justa, o que, certamente, vai impactar na qualidade dos serviços ofertados.

Para o desenvolvimento deste estudo elaborou-se a pergunta norteadora em relação aos Hospitais Polo de Atenção Secundária: Qual o melhor critério para alocação de recursos nos orçamentos dos Hospitais Polo de Atenção Secundária da rede estadual de saúde no Estado do Ceará que promova eficiência técnica e alocativa?

Este estudo tem como objetivo geral: Elaborar uma proposta de distribuição de recursos adicionais do erário estadual direcionada ao custeio de Hospitais Polo de Atenção Secundária (HPAS), localizados nas Regiões de Saúde (MRS) da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e objetivos específicos: Desenvolver um índice composto por indicadores hospitalares capaz de alocar recursos com eficiência em hospitais polo de Atenção Secundária no Ceará e Comparar os recursos alocados no orçamento da SESA para os hospitais polo, de acordo com os critérios de alocação de recursos atuais e segundo o índice proposto para verificar se houve equidade ou não na distribuição de recursos.

REFERENCIAL TEÓRICO

Como iremos desenvolver um índice que irá sinalizar se o gestor está alocando ou não com eficiência os recursos financeiros, abordaremos a seguir relevantes conceitos e entendimentos

necessários para uma aplicabilidade e avaliação eficaz do Índice de Distribuição de Recursos.

Relevante mencionar que se necessita, também, de uma eficiente alimentação de dados e comprometimento por parte dos gestores e colaboradores para uma fidedigna informação, com o objetivo de executar uma alocação de recursos efetiva e como produto se ter ações e serviços hospitalares equânimes e de qualidade.

Deve ser de entendimento dos gestores públicos da saúde, que os recursos disponíveis para o setor são limitados, principalmente em um país com grandes desigualdades sociais e econômico-financeiras. Assim sendo, para estabelecer prioridades diante de uma diversidade de necessidades, fica cada vez mais difícil fazer a escolha adequada. Isso porque o setor saúde é um dos que mais se distancia do modelo econômico convencional, possuindo características que precisam ser conhecidas pelos gestores para que sua ação gerencial possa estabelecer como meta não somente a preocupação com a qualidade do serviço, mas também com mecanismos ou ferramentas que levam à otimização dos recursos existentes.

1. EFICIÊNCIA HOSPITALAR

Em linhas gerais, os pesquisadores empregam o termo eficiência para designar a relação entre resultados obtidos numa certa atividade humana e os recursos investidos. Silva (2013) compreende a eficiência como um princípio normativo da economia da saúde referente à produção de bens e serviços destinados à sociedade, ao menor custo possível.

A realização de análise de eficiência no setor saúde é tarefa essencial do setor público. O setor saúde é um dos principais receptores de recursos públicos e tem como missão cuidar do mais precioso valor humano: a vida. Essa tarefa obrigatória é, portanto, um prerequisite indispensável para a formulação de políticas públicas de saúde, na medida em que relaciona resultados obtidos e os escassos recursos sociais colocados à disposição do setor. As políticas públicas relacionadas ao setor saúde no Brasil tem como um dos pilares fundamentais a descentralização das ações e dos recursos até o nível municipal (MARINHO, 2003).

Cesconetto et al. (2008) consideram que na busca pela eficiência, os serviços de saúde devem ser eficientes macroeconomicamente (controle dos custos) e microeconomicamente (maximização dos serviços prestados, maximização da satisfação dos usuários e minimização dos custos). Nessa direção a premissa é a maximização dos resultados com recursos fixos ou minimização dos recursos com resultados preestabelecidos.

A eficiência em saúde é pensada como a relação entre o custo e o impacto dos serviços sobre a saúde da população, respeitado um nível de qualidade dos serviços (VIACAVA et al., 2012). Ainda segundo os autores, o tempo médio de permanência e a taxa de ocupação dos leitos podem indicar eficiência, devendo ser considerados aspectos relacionados a características dos pacientes e ao nível de complexidade dos procedimentos.

2. INDICADORES HOSPITALARES

Indicadores hospitalares são informações utilizadas para medir e avaliar o desempenho hospitalar de acordo com o comprometimento da organização. O envolvimento de toda a organização ocorrerá em mudança nas rotinas de trabalho e construirá o crescimento dessa organização na busca desses resultados. As informações coletadas nos diversos centros de custos do hospital facilitam na busca de instrumentos úteis na gestão e para avaliação do serviço prestado ao paciente, garantindo um controle de qualidade no atendimento e o controle dos custos desenvolvidos nessa prestação de serviço (PESSOA & KUROBA, 2014).

O acompanhamento dos indicadores pode demonstrar se os procedimentos adotados estão conduzindo aos resultados almejados, possibilitando uma análise e possível revisão dos planos propostos. Ressalta-se que, a adoção, o monitoramento e a análise dos indicadores hospitalares reforçam o caráter gerencial que os administradores de organizações públicas passam a adotar em busca de uma gestão mais eficiente e eficaz, ou seja, com foco nos resultados (SILVA et al., 2008).

Os indicadores hospitalares surgem como resposta à necessidade de avaliar os cuidados de saúde, fornecendo informações valiosas para a tomada de decisões no sentido de melhorar os serviços oferecidos à população. Para Sheldon (1998), indicadores de desempenho (*performance indicator; clinical indicator*) são medidas indiretas da qualidade utilizada como instrumento de monitoramento para salientar os processos, serviços ou profissionais que podem estar apresentando problemas

e que necessitam de uma avaliação mais direta. São informações expressas através de um evento, uma taxa ou uma razão. Os indicadores de desempenho são utilizados mais frequentemente em atividades de monitoramento externo, que assumem papel crescente como meio de dar visibilidade, aos usuários e às agências financiadoras e reguladoras, do alcance das atividades de melhoria de qualidade desenvolvidas nos serviços de saúde (SILVA et al., 2008).

É importante destacar que a utilidade de um indicador de desempenho depende de uma série de atributos, particularmente, da sua validade. A validade, grau com o que o indicador alcança seus objetivos, é expressa pela capacidade de identificar situações onde possam ocorrer problemas na qualidade do cuidado prestado ao paciente. Evidencia-se que bons indicadores são os que apresentam forte associação, estabelecida com base no conhecimento científico, entre o processo de cuidado e a medida de resultado utilizada (validade causal). Entretanto, limitações no conhecimento sobre a eficácia dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos restringem a determinação da validade causal de diferentes indicadores de resultado (TRAVASSOS et al., 1999).

3. CUSTOS HOSPITALARES

Compreende-se que a busca pela eficiência e maior responsabilização da utilização dos recursos públicos, com a maior transparência, com visibilidade, norteiam o novo foco de gestão pública. Nesse sentido, conforme Chaves (2016), a análise de

custos e suas implicações econômicas na área de saúde é hoje um dos grandes focos de estudo. Notadamente, que este interesse tem sido alimentado pela preocupação com a elevação crescente dos gastos em saúde. À medida que a responsabilidade e a demanda pelo sistema de saúde público têm aumentado e a disponibilização de recursos não tem ocorrido na mesma extensão, tendo sido forçados a reexaminar os benefícios e custos de nossas ações para assegurar que haja uma alocação eficiente dos recursos.

Os estudos sobre custos têm obtido pouca atenção dos gestores de saúde, órgãos de controle, organizações financiadoras e da sociedade em geral, por ter relação direta com a prestação de serviços de saúde à população, os gastos públicos e a decisão na alocação dos recursos disponíveis (SILVA, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, independente do modelo de financiamento adotado, a grande maioria dos países tem enfrentado um aumento contínuo dos custos com os cuidados de saúde, caracterizado pelo alto grau de inovação tecnológica da área, o que tem determinado uma busca contínua pela eficiência alocativa .

No contexto da tomada de decisão gerencial, a apuração dos custos fornece informações valiosas e necessárias para uma boa gestão dos recursos e para avaliação de alternativas de solução de problemas, tanto de ordem financeira quanto da produção de bens e serviços do setor de saúde. As informações sobre os custos de uma unidade de saúde são de grande valia para o planejamento e controle de custos, segundo as necessidades de

saúde da população, no controle dos custos na perspectiva do financiamento da saúde e por último na avaliação dos programas e serviços de saúde numa dimensão alocativa dos recursos com equidade (DUARTE et al, 2011).

Reportando-se ao conceito de custos, a princípio, custos hospitalares é um instrumento fundamental para o controle e o desenvolvimento das operações do hospital.

Compreende-se assim, que diante das características hospitalares, os sistemas de custos nessas instituições devem objetivar não somente à determinação dos preços dos serviços, mas também a uma análise interna que permita um melhor conhecimento dos resultados da gestão e uma melhoria no funcionamento da organização.

A redução do custo dos serviços de saúde não é em si um objetivo válido. O que se deve perseguir é a obtenção dos mesmos benefícios a um custo mais baixo, ou aumentar os benefícios sem a subida do custo. Quando ambos os parâmetros são suscetíveis de alteração, é preciso que a análise de benefícios se faça junto à análise de custo (SILVA, 2013).

Existem algumas razões para se priorizar, dentro do setor público, a apuração dos custos na área de saúde. Uma das mais relevantes deve-se à escassez de recursos, onde o gestor necessita fazer opções dentre as alternativas postas no gerenciamento dos recursos. Somam-se a isto as restrições orçamentárias, já que são inúmeras as necessidades de uma população, sendo a saúde apenas uma das áreas a serem contempladas (DUARTE et al., 2011).

4. EFICIÊNCIA NA ALOCAÇÃO DE RECURSOS

Alocação de recursos significa distribuir recursos de acordo com prioridades preestabelecidas. Nesse conceito está embutido o conceito de custo de oportunidade, na medida em que, com a alocação de recursos para uma atividade, deixa-se de alocá-los para outra. Indica, também, a prioridade que está sendo dada a cada atividade, o que, conseqüentemente, revela a concepção ideológica e política do gestor (SOUSA et al., 2007).

Alguns autores conceituam alocação de recursos como o princípio pelo qual recursos existentes são distribuídos entre usos alternativos, que podem ser finais (programas ou atividade – fim), intermediários (os diversos insumos e atividades necessários à produção do serviço final) ou definidos em termos dos usuários dos serviços (COUTTOLENC & ZUCCHI, 1998).

A alocação eficiente dos recursos nos sistemas públicos é um dos principais desafios, que instiga a sociedade a buscar resultados que promovam a maximização de resultados sociais. A alocação dos recursos por parte do governo tem como objetivo principal a oferta de bens e serviços necessários à população e que não são providos pelo sistema privado, devido à sua inviabilidade econômica (SILVA et al., 2012).

Existe uma tensão entre a necessidade de manutenção de um grau de consistência das prioridades da política de saúde em todo o sistema e os benefícios propostos da descentralização, por meio da participação das esferas subnacionais na definição das prioridades locais. O resultado disso é a fragmentação de prioridades, a desarticulação das intervenções nas esferas de governo e ineficiência na alocação dos recursos (VIEIRA, 2009).

A possibilidade de dissonância entre as visões e estratégias adotadas em cada esfera é elevada e, assim, não se alcança maior eficiência na alocação de recursos e maior efetividade das políticas públicas para a resolução dos problemas de saúde da população (VIEIRA, 2009).

A existência de desigualdades em relação ao setor de saúde, sobretudo nos componentes da oferta desses serviços e na ineficiência da aplicação dos recursos públicos, reflete nas disparidades e desenvolvimento socioeconômico das regiões e, conseqüentemente, na qualidade de vida da população (SILVA et al., 2012).

As duas principais dimensões que envolvem a alocação de recursos nos orçamentos de saúde são: a da eficiência e da equidade (SOUSA et al., 2013).

A dimensão da equidade abarca o campo da macroeconomia, pois se utiliza de recursos metodológicos para distribuição geográfica dos recursos com fins de justiça social. Alocar recursos com equidade pressupõe uma distribuição justa dos recursos disponíveis para a saúde, para que um número cada vez maior de pessoas tenha acesso aos serviços públicos de saúde (SOUSA et al., 2013).

Para Sousa et al. (2013), a dimensão da eficiência abrange o campo da microeconomia, na medida em que se utiliza métodos que permitem aperfeiçoar a alocação de recursos.

A noção de eficiência é usada para designar a relação existente entre os resultados obtidos em dada atividade e os recursos utilizados, sendo convencionalmente dividida por economistas em eficiência técnica, eficiência de gestão e eficiência econômica ou alocativa (ORTÚN-RUBIO, 1992).

A eficiência técnica induz a noção de custos. Conceitualmente, uma combinação de recursos produtivos será eficiente tecnicamente se para atingir um nível de produção pré-especificado e para os preços dos fatores produtivos tiver custo mínimo. Para o autor, essa concepção de eficiência obriga que uma combinação, para ser tecnicamente eficiente, também seja tecnologicamente eficiente (BARROS, 1997).

A eficiência alocativa predis põe a eficiência técnica, com minimização dos custos na fronteira de produção e eficiência tecnológica, ou seja, no nível ótimo de utilização tecnológica (SOUSA, 2013).

Para Counttolenc & Zucchi (1998), a função de alocação tem sido tradicionalmente menosprezada, à medida que os mecanismos de planejamento e programação financeira são bastante rígidos e centralizados, e, em grande parte, desvinculados do planejamento de atividades de serviços.

5. EQUIDADE NA ALOCAÇÃO DE RECURSOS

A noção de equidade se associa de modo diverso à igualdade e, sobretudo, à justiça, no sentido de propiciar a correção daquilo em que a igualdade agride e, portanto, naquilo que a justiça deve realizar. Tomada neste sentido, a equidade requer a igualdade para produzir efeitos, pois se constitui justamente em corretora da situação igualdade, na medida em que a adoção do recurso se revele imperfeita diante dos objetivos da promoção de justiça (ELIAS, 2005).

Para Medeiros (2000), equidade é um termo jurídico que denota o princípio fundamental do Direito ao evocar a realização da justiça. É de grande pertinência a articulação entre a noção de equidade como entendida pela ciência jurídica transposta para o campo da saúde, na perspectiva da ética da justiça e dos direitos (apud COSTA, 2006).

A equidade, é hoje, uma noção basilar no âmbito problemático da alocação de recursos em saúde assim destacada, também, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), reconhecida como princípio, enquanto ideia reguladora da ação humana e do procedimento das instituições sociais e políticas. Em termos gerais, a equidade refere-se, desde sempre, a uma aplicação esclarecida, singular e flexível da justiça expressa pela lei universal e rígida que, cumprida indiferenciada e implacavelmente nas diversas situações concretas, pode ser pervertida num fator de injustiça (NEVES, 2016).

Segundo Malta (2001), a equidade é entendida como a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas. Subjacente a este conceito está o entendimento de que as desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas ‘naturalmente’, mas sim criadas pelo processo histórico e pelo modo de produção e organização da sociedade.

A institucionalização desta lógica na formulação e na gestão das políticas em saúde, permite enfrentar a complexidade

dos processos relacionados à saúde e à doença, às desigualdades e às iniquidades (COSTA, 2006).

Na atual conjuntura de debate teórico da Saúde Coletiva no Brasil, tornou-se consenso afirmar que a superação das desigualdades em saúde requer a formulação de políticas públicas equânimes. Isso corresponde ao reconhecimento da saúde como direito e à priorização das necessidades como categoria essencial para as formas de justiça. Priorizar necessidades não significa impor necessidades, porém, definir o padrão tecnicamente aceitável interagindo com as expectativas dos diversos modos de vida dos diferentes grupos sociais (VIEIRA DA SILVA, 2009).

A qualificação no conceito e nas formas de mensuração da equidade nas políticas sociais, em particular no planejamento da saúde, parece ser imprescindível para a construção de um sistema de saúde resolutivo, adequado às reais necessidades do seu entorno e capaz de produzir qualidade de vida, de forma crescente, para a população (DRACHLER., 2005).

Na Saúde, alocar recursos financeiros ou físicos, de maneira mais eficiente e equitativa, é um desafio que o gestor e os profissionais enfrentam cotidianamente. Isso se aplica tanto no nível da macrogestão, quanto da microgestão da saúde. Ou dito de outra forma, tanto nas decisões para distribuição de recursos entre estados, regiões e municípios, programas e ações de saúde, quanto na opção clínica em solicitar ou não, para um indivíduo, a realização de determinado procedimento de diagnose ou terapia (GRANJA, 2013).

Quando se discute o uso de recursos públicos em um regime democrático, especialmente em casos de escassez, é inaceitável que o princípio ético da distribuição dos bens norteie-se por valores que não são reconhecidos como legítimos pela maioria das pessoas, o que pode ocorrer mais facilmente quando as decisões são tomadas individualmente. Por isso, na gestão de recursos públicos, é fundamental que as diretrizes éticas referentes aos princípios de alocação sejam claras e, ao máximo possível, elaboradas com a participação coletiva. Se essas diretrizes não parecerem adequadas à sociedade, os regimes democráticos possuem diversos mecanismos (como as leis e as eleições) que permitem que elas sejam alteradas (MEDEIROS; GOMES, 1999).

O porte populacional de uma região é completamente insuficiente para produzir o efeito da equidade para se obter a justiça, na linha da melhor tradição dos sistemas universais como se pretende o SUS, caberia recuperar o desafio do acesso igualitário aos serviços e ações de saúde o que está muito além de ser equacionado apenas pela alocação diferenciada de recursos e, muito menos, pelo diferencial *per capita* a ser transferido às regiões. Se faz presente a inadequação da redução da noção de equidade a expressões de base matemática para a alocação de recursos financeiros, por mais engenhosas que elas possam se constituir (ELIAS, 2005).

Não é fácil estabelecer diretrizes sempre “justas”, uma vez que os princípios norteadores são quase sempre muito gerais e derivam de valores nem sempre bem definidos (MEDEIROS; GOMES, 1999).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo que se caracteriza como uma pesquisa exploratória e aplicada. Gil (1999) afirma que as pesquisas exploratórias são importantes, pois elas têm a finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, bem como formular problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis em estudos posteriores (GIL, 1999).

Nesta mesma vertente, Andrade (1999) considera que uma pesquisa exploratória visa agregar informações sobre um determinado assunto com a finalidade de definir objetivos, formular hipóteses ou descobrir novos enfoques a serem investigados (apud GIL, 2008).

Comentando sobre as características das pesquisas exploratórias, Gil (1999) destaca que o planejamento deste tipo de pesquisa é bastante flexível e deve considerar diversas perspectivas sobre o fato a ser estudado.

A pesquisa exploratória pode, também, ser considerada como uma pesquisa aplicada. No entendimento de Silva e Menezes (2001), a pesquisa aplicada objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática e dirigidos à solução de problemas específicos, envolvendo verdades e interesses locais.

A unidade de análise objeto desta pesquisa serão os Hospitais Polo de Atenção Secundária no Estado do Ceará, contemplados com a implantação do sistema de custos por meio do Projeto Swap II, financiado pelo Banco Mundial.

As unidades escolhidas serão aquelas que possuem sistema de custo ativo e recebem recursos do Tesouro do Estado. Assim,

dos 28 (vinte e oito) estabelecimentos classificados como HPAS (13 de gestão pública municipal e 15 filantrópicos), 15 (quinze) farão parte do estudo. Para efeito de análise, o nome de cada hospital será substituído por uma letra alfabética maiúscula.

Para inclusão neste estudo, a unidade deverá ter todos as informações no período de 2010 a 2015, sem interrupção.

Para desenvolvimento do índice de distribuição de recursos para os hospitais polo, serão considerados os seguintes indicadores:

- Custos dos serviços das clínicas médicas, pediatria, gineco-obstetrícia e cirurgia geral que serão coletados no sistema de custos SICS/Web da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará através do Núcleo de Economia da Saúde (NUCONS), no período de 2010 a 2015. Vale salientar que a metodologia de custos adotada pela SESA é o custeio por absorção, calculada por meio de uma matriz de insumo-produto de Leontief, no qual são considerados os custos unitários direto, indireto e final dos serviços e o Resultado Final.
- Taxa de permanência, taxas de mortalidade hospitalar e taxas de reinternação no Sistema TabWin/DataSUS, fornecido pela Coordenadoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria (CORAC) da SESA, referente ao período 2010 a 2015.

A metodologia aplicada neste trabalho será a mesma desenvolvida por Sousa (2013) para hospitais públicos terciários, de acordo com a concepção abaixo descrita.

O recurso adicional total será determinado pelo gestor da Saúde, de acordo com a disponibilidade financeira do erário público estadual, e corresponde ao valor empenhado do ano anterior acrescido de um valor cujo gestor está disposto a alocar para aqueles hospitais que conseguirem melhor eficiência.

Definidos os recursos adicionais, o próximo passo é escolher as variáveis que irão compor o índice.

A escolha dos indicadores está associada à concepção de que, as variações marginais devem se encontrar com tendência decrescente para que o hospital possa apresentar resultados positivos de eficiência. Dessa forma, após algumas tentativas, Sousa (2013) selecionou um conjunto de indicadores a saber:

- (i) Taxa de permanência hospitalar – TPH;
- (ii) Taxa de mortalidade hospitalar – TMH;
- (iii) Taxa de reincidência hospitalar – TRH;
- (iv) Média agregada do custo unitário dos serviços hospitalares. Em comum tem-se que todas essas variáveis têm a mesma direção.

Os dados de custos serão atualizados monetariamente por meio do IGP-M, tendo como ano base 2015.

Como premissa também levou-se em consideração que nenhum hospital teria sofrido qualquer acréscimo em sua estrutura ou aumento de serviço.

Considera-se que o desempenho de um hospital apresentará positividade se a variação nos indicadores estiver diminuindo, o que implica uma taxa negativa de crescimento de cada variável.

Trabalhou-se com a relação de crescimento entre as variáveis definidas como:

$$R_t = \frac{V_t + 1}{V_t}$$

R_t = Taxa de crescimento da variável V_t

R_t será sempre positiva, pois V_t será sempre positiva no presente caso para todos os t_s , onde t_s é o período de tempo considerado.

Quando R_t for menor que 1 a variável V_t estará diminuindo.

Exemplo genérico para três hospitais e cinco variáveis:

Variável	H1	H2	H3	Média
V_1	R_{11}	R_{12}	R_{13}	M_1
V_2	R_{21}	R_{22}	R_{23}	M_2
V_3	R_{31}	R_{32}	R_{33}	M_3
V_4	R_{41}	R_{42}	R_{43}	M_4
V_5	R_{51}	R_{52}	R_{53}	M_5
Total	Σ	Σ	Σ	-
Média	M_1	M_2	M_3	-
Desvio Padrão	D_1	D_2	D_3	-

Fonte: Sousa (2013), p. 172.

As médias M_1 , M_2 e M_3 são indicativas do comportamento dos hospitais. Se todos são menores que “1” indicam uma situação muito boa com a maioria das variáveis na média caindo para todos os hospitais. Se algum hospital tiver sua mé-

dia maior que 1, é um sinal que algo de errado está acontecendo com eles.

Os valores M1, M2 e M3 já podem ser utilizados na construção do índice. Se algum M for maior que o indicador, o hospital pode ser excluído da repartição e no caso os outros dois irão repartir os recursos.

Suponha, no entanto, que os três hospitais sejam eficientes e possuem suas médias de crescimento abaixo de “1”. Como se está tratando de valores na concepção de quanto menor melhor, tem-se que, necessariamente trabalhar com o inverso das médias, ou seja:

$$I_i = \frac{I}{M}$$

Portanto, o índice de cada hospital será dado por:

$$ID_i = \frac{I_i}{\sum I_i}$$

A proposta aqui apresentada tem seus limites estabelecidos pela confiabilidade dos dados. Durante a coleta, procurará dirimir dúvidas junto aos órgãos informantes, tanto em relação aos custos quanto às taxas utilizadas na análise dos dados. A atualização monetária dos custos será realizada pelo Índice Geral de Preços do Mercado (IGP-M), tendo por ano-base 2015.

A construção do índice será desenvolvida no aplicativo estatístico SPSS. A partir do resultado do índice, far-se-á uma simulação de recursos adicionais para o exercício financeiro de 2016 com a finalidade de verificar se houve ou não equidade na alocação de recursos.

A partir da definição do IDR-Hosp para hospitais-polo, far-se-á uma simulação, comparando os recursos recebidos pelos hospitais polo em 2016 e os valores que deveria ser recebido segundo a distribuição de recursos no método proposto, com o objetivo de verificar se houve equidade na distribuição dos recursos.

REFERÊNCIAS

ABBAS, K. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. Dissertação (mestrado). Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, p. 171, 2001.

BARROS, P.P. **APES**. Documento de Trabalho nº 3. Eficiência e Modos de Pagamento aos Hospitais, 1997.

BORGES, F.K. et al. Reinternação hospitalar precoce: avaliação de um indicador de qualidade assistencial. **Rev HCPA**. v. 28, n. 3, p. 147–152, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil., 1988.

_____. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8.080/1990, 1990.

_____. Decreto no 7.508. Diário Oficial da União, 2011.

CEARÁ. Secretaria Estadual da Saúde. Distribuição de Recursos do Tesouro do Estados aos Municípios para Ações e Serviços de Públicos de Saúde, 2015.

_____. Secretaria da Saúde do Estado. RESOLUÇÃO Nº 3.1/2001, p. 1-3, 2001.

_____. Secretaria da Saúde do Estado. Plano Estadual de Saúde 2012 a 2015, v. I, p. 1–153, 2012.

_____. Secretaria da Saúde do Estado. Revisão do Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde – PDR do Estado do Ceará, 2014.

_____. Secretaria da Saúde. Plano Plurianual, 2016 - 2019, 2016.

_____. Secretaria da Saúde do Estado. Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde do Estado do Ceará, p. 10, 1998.

COSTA, A. M. **Saúde e Sociedade**. v.15, n.2, p.47-55, maio-ago. Democracia e Gestão Participativa : uma estratégia para a equidade em saúde?, p. 47-55, 2006.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G.; NOGUEIRA, J.M. **Infecção hospitalar: epidemiologia e controle**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1997.

COUTTOLENC, B. F.; ZUCCHI, P. **Gestão de Recursos Financeiros**. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS, v. 10, p. 1-139, 1998.

DRACHLER., M.L.M. DE P.J.D. DE C.M. DE L. **Ciência & Saúde Coletiva**. 10 (2). Equidade na alocação de recursos para a saúde : a experiência do Estado do Rio Grande do Sul, Brazil, p. 275-286, 2005.

DUARTE, R R.S. et al. Sistema de Custos como Instrumento de Eficiência nas Unidades Assistenciais de Saúde do Ceará (Brasil) - Relato de Experiência. In: **Temas de Economia da Saúde III** - Contribuições para a gestão do SUS. Fortaleza: Editora da Universidade Estadual do Ceará - EdUECE, 2011. p. 43-63.

ELIAS, P.E. **Ciência e Sociedade Coletiva**. 10 (2). A utilização da noção de equidade na alocação de recursos em tempos do pensamento (neo) liberal : anotações para o debate, p. 289-292, 2005.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. [s.l.: s.n.]. v. 5. ed. São

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRANJA, G.F. **Ciência & Saúde Coletiva** (Temas Livres), 18 (12). O discurso dos gestores sobre a equidade : um desafio para o SUS, p. 3759–3764, 2013.

KELLY, R. et al. **Validação de conteúdo de instrumento sobre a habilidade em sondagem nasogástrica**. Instrument content validation on nasogastric intubation skills. v. 17, n. 2, p. 278–289, 2015.

LAURENTI, R. et al. **Estatísticas de saúde**. São Paulo: EPU, 1987.

LOPE, C.M.N. **Tese de Mestrado**. Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde no Ceará (1998 – 2006): implantação e resultados na utilização de internações hospitalares, 2007.

MARINHO, A. Avaliação da eficiência técnica nos serviços de saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Economia**. v. 57, n. 3, p. 515–534, 2003.

MEDEIROS, M.; GOMES, G.M. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**. Texto para Discursão no 687, IPEA, Rio de Janeiro. Princípios de Justiça na Alocação de Recursos em Saúde, p. 1–18, 1999.

NASCIMENTO, M.M.H. **Tecnologia para mediar o cuidar-educando no acolhimento de “familiares cangurus” em unidade neonatal**: Estudo de Validação [dissertação mestrado]. [s.l: s.n.].

NEVES, M. DO C. P. Alocação de Recursos em Saúde: Considerações Éticas. **Revista Bioética**. cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/307, 2016.

ORTÚN-RUBIO, V. **La economía en sanidad y medicina**: instrumentos y limitaciones. Editorial La Llar del Llibre, 1992.

PESSOA, T. R.; KUROBA, D. S. **Caderno de Saúde e Desenvolvimento** - jul/dez. Gerenciamento de Indicadores de Desempenho em Organizações Hospitalares: em busca da Maximização de Resultado., v. 3 n.2, p. 37–48, 2014.

PONTES, R. J. S. et al. **Modelo de Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Estado do Ceará**. 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. p. 25, 2013.

SILVA., R. C. N. H. L. S. I. L. G. C. DA. Estudos de Custo-Consequência: Conceito e Aplicabilidade. In: **Temas de Economia da Saúde III** - Contribuições para a gestão do SUS. Fortaleza: Editora da Universidade Estadual do Ceará - EdUECE, 2011. p. 30–42.

SILVA, A. D. A. P. et al. **Eficiência na Alocação de Recursos Públicos Destinados à Educação, Saúde e Habitação em Municípios Mineiros**. Contabilidade, Gestão e Governança. v. 15, n. 1, p. 96–114, 2012.

SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Portal, v. 29, p. 121, 2001.

SILVA, M.A. ; SIQUEIRA, P.C. ; SILVEIRA, C. A. C., S.R.A. ; G. As decisões de investimento na Fundação Hospitalar de Minas Gerais e seus reflexos nos indicadores de qualidade. RAHIS. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, v. 1, p. 46–58, 2008. Tem uns autores sem nomes

SILVA, M. G. C. DA. Economia da Saúde: da Epidemiologia à Tomada de Decisão. In: **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medbook-Editora Científica Ltda., 2013. p. 559–583.

SOUSA, M. H. L. **Tese de Doutorado**. Proposta de Alocação de Recursos para Hospitais Terciários Gerenciados pelo Estado do Ceará, Baseada em Eficiência e Resultados, v. I, p. 1–254, 2013.

SOUSA, M. H. S. et al. **Divulg. saúde debate**. Rio de Janeiro. Alocação equitativa de recursos para a atenção secundária e terciária: uma proposta para o estado do Ceará (Brasil), n. 38, p. 14–34, 2007.

TRAVASSOS, C.; NORONHA, J. C. DE; MARTINS, M. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, p. 367–381, 1999.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 15a ed. [s.l.] ATLAS, 2014.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**. [online], v. 17, n. 4, p. 921–934, 2012.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, p. 1565–1577, 2009.

VIEIRA DA SILVA, L.M. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S217-S226,. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos, p. 217–226, 2009.

CAPÍTULO 11

ACOLHIMENTO COM COMUNICAÇÃO / EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ESPERA HUMANIZADA: A EXPERIÊNCIA DA POLICLÍNICA REGIONAL DE QUIXADÁ-CE

ELISFABIO BRITO DUARTE

ILSE MARIA TIGRE DE ARRUDA LEITÃO

LINDECY PEREIRA DE ARAÚJO DUARTE

INTRODUÇÃO

Fundamentado em indicadores epidemiológicos (mortalidades por doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas, mortalidade materna e neonatal e respectivas patologias traçadoras) e, ainda, considerando as lacunas assistenciais e envelhecimento populacional, o Governo do Estado do Ceará lançou, a partir de 2009, o Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde - PROEXMAES. O objetivo é contribuir para a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços especializados de saúde, promovendo a integração entre os distintos níveis de atenção, com a expansão da cobertura da assistência especializada em todas as regiões de saúde no interior do Estado.

As ações que embasam o Programa deverão repercutir de forma positiva no conjunto dos indicadores da saúde do Estado e a consequente melhoria da qualidade de vida da população cearense. Ressalte-se que, além da expansão pura e simples da capacidade instalada e da oferta de serviços, o Programa refere o reordenamento da rede de atenção à saúde e da efetiva possibilidade do estado exercer o papel de regulador dessa rede, objetivo intermediário sem o qual não se atinge a capacidade de exercer a efetiva Gestão do Sistema (CEARÁ, 2011).

Através de uma visão ousada e com foco na qualidade, o Programa definiu a implantação de Policlínicas com infraestrutura adequada para atender às principais especialidades médicas de interesse epidemiológico em nosso estado e com serviços de suporte ao diagnóstico e reabilitação dos pacientes atendidos. O Programa tem sido parcialmente financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).

O modelo de gestão dessas unidades é através dos Consórcios Públicos de Saúde cujos entes são os gestores municipais integrantes das regiões de saúde e o Governo do Estado. A gestão, com base em resultado, contempla indicadores e metas de processos e resultados envolvendo Gestão e Assistência. Foram feitos estudos para estimar o custeio das diversas unidades do programa.

Todas as unidades de saúde construídas com recursos do Programa firmaram contratos de gestão com o Órgão Executor, estabelecendo integralmente os parâmetros a serem observados na previsão de serviços, bem como as metas a serem alcançadas e os recursos financeiros correspondentes (CEARÁ, 2011).

O CENÁRIO

Denominada Francisco Carlos Cavalcante Roque, a Policlínica Regional de Quixadá foi inaugurada em 07 de novembro de 2013, sendo referência na atenção especializada de média complexidade ambulatorial para a população dos municípios de Banabuiú, Choró, Ibaretama, Ibicuitinga, Milhã, Pedra Branca, Quixadá, Quixeramobim, Senador Pompeu e Solonópole. A Unidade é mantida e gerenciada pelo Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Quixadá - CPSMQ, tendo realizado cerca de 180.000 procedimentos até o momento, se constituído num verdadeiro marco assistencial na 8ª Região de Saúde.

A Unidade atende nas seguintes especialidades médicas: Oftalmologia, Otorrino, Clínica Geral, Cardiologia, Ginecologia, Obstetrícia, Mastologia, Cirurgia Geral, Gastroenterologia, Urologia, Traumatologia-ortopedia, Endocrinologia, Angiologia e Neurologia. Com apoio técnico de Enfermagem, Farmácia Clínica, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Ouvidoria. Os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico são: Radiologia Convencional, Mamografia, Ultrassonografia, Endoscopia Digestiva, Ecocardiografia, Ergometria, Eletrocardiograma, Tomografia Computadorizada, Eletroencefalograma, Audiometria e coleta de Patologia Clínica.

APRESENTAÇÃO DA VIVÊNCIA

CONCEITUANDO

O conceito de Acolhimento advém das modernas concepções em torno da humanização nos serviços de saúde. Para Merhy (2005), Acolhimento é um “não lugar”, mas o encontro

entre o trabalhador de saúde e o usuário, em que este último tensiona a entrada na rede de saúde, tentando mostrar que merece ser cuidado, havendo um apelo, por meio de atos comunicativos, para que determinada necessidade seja considerada.

Na ótica da Política Nacional de Humanização, o Acolhimento não se circunscreve a meras ações pontuais como ambiência confortável, boa triagem administrativa, ou encaminhamento adequado para serviços especializados. O ato de acolher deve se caracterizar por processos de responsabilização, que busca, entre outras coisas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e decisões que possibilitem intervenções pertinentes e eficazes em torno das necessidades dos usuários do serviço de saúde. Logo, se propicia o encontro entre o sujeito a ser cuidado e o trabalhador de saúde (MOTTA; PERUCCHI; FILGUEIRAS, 2014).

Promover a prestação do cuidado em saúde, tendo a diretriz do Acolhimento como estratégia norteadora, vai ao encontro da necessidade de propiciar o diálogo permanente entre usuários, trabalhadores e os próprios serviços de saúde, numa perspectiva institucional. Dessa forma, se fomenta a construção de práticas de corresponsabilidade e de autonomia das pessoas atendidas enquanto sujeito de direitos. Ademais, assim se afirma a indissociabilidade entre produção de saúde e produção de sujeitos (MOTTA; PERUCCHI; FILGUEIRAS, 2014).

O desenvolvimento do trabalho em saúde com foco no Acolhimento também ocasiona a necessidade de reavaliação contínua das práticas de produção de saúde. Desde que ao usuário é atribuído o papel de protagonista do serviço a ela des-

tinado, cada vez mais se fará necessário mensurar a qualidade do trabalho prestado. A partir da porta de entrada do serviço, o acolhimento será, então, uma estratégia/metodologia transversal estendendo-se ao longo de todo o processo de produção de saúde, em qualquer nível de atenção.

É ainda importante perceber que a operacionalização do Acolhimento, enquanto política assistencial, requer a superação das velhas formas do fazer saúde com suas práticas hierarquizadas e/ou assistencialistas. É preciso rever conceitos autoritários, seja dos processos de gestão, seja das tradições operacionais de atendimento. Tudo isso sem deixar de considerar os elementos da conjuntura dos serviços de saúde como peculiaridades próprias das unidades de saúde, recursos e ferramentas disponíveis, assim sendo as necessidades da população, as quais se deve sempre buscar compreender (MOTTA; PERUCCHI; FILGUEIRAS, 2014).

A construção do conceito da atenção à saúde norteadas pelas ações de Acolhimento é um processo em pleno curso. O tema das práticas humanizadas tem alcançado repercussão geral e ganhou destaque no cenário nacional, principalmente a partir de 2011, por conta de ter sido pauta da Conferência Nacional de Saúde, a qual tinha como eixo Acesso e Acolhimento com Qualidade: um desafio para o SUS. A partir de então, experiências de Acolhimento têm sido objeto de publicação de diversos artigos, teses e livros, assim como tem sido pauta de seminários, congressos e conferências na área da saúde pública brasileira (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Dessa forma, identificar as produções acadêmicas acerca do Acolhimento no SUS, verificando o impacto dessa prática

nos serviços de saúde, pode constituir uma contribuição importante para a construção de novos conhecimentos sobre os serviços públicos de atenção à saúde.

A PROPOSTA

O atendimento humanizado no qual o usuário é protagonista em um serviço que existe em função dele, sendo atendido numa ambiência acolhedora e resolutiva tem sido o foco qualitativo maior que a Policlínica de Quixadá estabeleceu. Todo o processo/fluxo do trabalho da Unidade é voltado para esse fim. Essas premissas estão integradas na definição estratégica na Unidade cuja missão é “atender com eficiência e excelência à população da 8ª Região de Saúde na área da atenção especializada ambulatorial de média complexidade, promovendo o bem-estar biopsicossocial dos usuários do nosso serviço”. Os valores da Unidade foram definidos como “resolutividade; qualidade; humanização; ética” (CEARÁ, 2015).

A concepção norteadora pensada para a Unidade é a defesa da vida, em que pesem as fragilidades estruturais, financeiras e sistêmicas que o SUS, historicamente, enfrenta em todos os níveis de atenção. Não obstante, a moderna política assistencial e seus processos formativos e de gestão em curso no Estado visa potencializar qualitativamente o modelo de atenção.

O processo de trabalho adotado na Policlínica de Quixadá, considerando a sua natureza própria enquanto unidade assistencial de referência regional, envolve o conceito da Clínica Ampliada a partir do enfoque de cooperação interdisciplinar e abordagem multiprofissional. A Clínica Ampliada convida a

uma ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas (BRASIL, 2009). Esse olhar da Clínica Ampliada redundava na abordagem do Acolhimento. É justamente o olhar ampliado da atenção que faz com que pessoas possam se sentir responsáveis por pessoas. Amplia-se assim a visão, postura, conceitos e, principalmente, práticas.

A ambiência não é apenas espaço físico. É também encontro entre os sujeitos, oportunizado tanto pela adequação das condições físicas do lugar, quanto pelo exercício da humanização. Em termos de políticas públicas de saúde, humanização significa respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, sinalizando a desejável construção de novas relações entre usuários e trabalhadores, tornando-os protagonistas e corresponsáveis (BESTETTI, 2014).

O acolhimento pressupõe uma ação de aproximação, isto é, uma atitude de inclusão. O acolhimento, enquanto postura e prática na atenção à saúde e na gestão do trabalho, fomenta a construção da relação de confiança e compromisso entre usuários e equipes, bem como os serviços oferecidos, dessa forma propiciando a plena legitimação da atividade profissional no seio da comunidade (BESTETTI, 2014).

No caso do planejamento das unidades policlínicas, a diretriz da humanização da assistência e Acolhimento na abordagem junto ao paciente, foi contemplada desde o projeto arquitetônico, o qual seguiu os conceitos da psicologia espacial com vistas ao favorecimento do ambiente de trabalho e o espaço de atendimento para o usuário-cliente de forma a garantir a melhor e mais humana assistência possível.

A ESTRATÉGIA DA AMBIÊNCIA FÍSICA

A humanização do ambiente em unidades assistenciais de saúde, ao mesmo tempo em que colabora com o processo terapêutico do paciente, também contribui efetivamente para a qualidade dos serviços de saúde prestados pelos profissionais junto aos usuários. Nesse sentido, existem componentes capazes de atuar como modificadores e qualificadores do espaço físico de forma a estimular a percepção ambiental e, desde que utilizados com equilíbrio e harmonia, promovem ambiências acolhedoras, trazendo contribuições significativas no processo de produção de saúde (MARTINS, 2004).

Para o Ministério da Saúde, Ambiência na Saúde diz respeito ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Assim, adotar o conceito de Ambiência para a arquitetura nos espaços da Saúde, significa alçar um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS. É não apenas considerar a composição técnica, simples e formal dos ambientes, mas também considerar as situações nas quais são construídas (BRASIL, 2006).

O conceito de ambiência envolve algumas dimensões quanto ao espaço. Refere-se a um espaço que visa à confortoabilidade, privacidade e individualidade dos sujeitos, de forma a valorizar elementos do ambiente que interagem com as pessoas (cor, cheiro, som, iluminação, morfologia) e são capazes de garantir conforto aos trabalhadores e usuários. Refere-se, também, ao espaço que possibilita a produção de subjetividades – encon-

tro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho. E, por fim, também se refere ao espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos e, bem assim, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2006).

Estudos empíricos têm comprovado que a aplicação dos conceitos de psicologia espacial na construção das ambiências físicas de unidades de saúde melhora em até 15% o rendimento das atividades laborais dos profissionais. O ambiente no qual se atende é parte intrínseca do próprio atendimento prestado e diz respeito ao espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que influenciam a pessoa humana e gerando conforto a trabalhadores, paciente e sua rede social (CEARÁ, 2011).

A Policlínica foi inteiramente projetada e construída no sentido de garantir a agradabilidade do espaço, a saber: setorização, articulação entre os blocos através de circulações e ambientes ajardinados, eixos de circulação facilmente identificados. Com eixos de circulação facilmente identificados, os corredores da Unidade foram projetados seguindo as normas da RDC 50-2002 e receberam tratamentos visuais a fim de evitar a monotonia espacial e os extensos e cansativos corredores hospitalares.

O primeiro eixo que separa a recepção, atendimento ambulatorial e administração dos outros setores tem conexão direta com dois jardins que além de proverem iluminação natural para esses ambientes, provêm humanização a essas áreas (CEARÁ, 2011).

Os dois outros eixos de circulação perpendiculares ao primeiro, devido à ausência de contato lateral com o exterior, receberam uma cobertura mais alta afim de captar iluminação natural através do zênite, em que placas de acrílico leitoso filtram a incidência solar direta e fornece aos corredores iluminação difusa.

Os eixos de circulação secundários, que conectam os ambientes do atendimento ambulatorial, os ambientes da administração ou os ambientes do apoio técnico e logístico são todos iluminados pela luz solar de forma difusa através da ligação direta com jardins que filtram os raios solares, fornecem vida ao ambiente e sensação de agradabilidade ao usuário (CEARÁ, 2011).

A ESTRATÉGIA DO PROCESSO DE TRABALHO

É sabido que a rotina operacional em unidades assistenciais de saúde, mormente as de caráter eletivo, é caracterizada por um considerável tempo de espera por parte dos usuários. Em se tratando, como é o caso, de serviços especializados, é comum que os procedimentos sejam mais demorados, o que tende a elevar ainda mais esse tempo. Sobre esse dilema inicial importa agir, por dois motivos principais: Por um lado, esse fenômeno pode se constituir num agravo quanto à satisfação do usuário-cliente e, por outro lado, a não gestão desse tempo pode ser um grande desperdício estratégico para todos.

As unidades de saúde, portanto, tem o usuário diante de si por um tempo não desprezível. Deixá-lo simplesmente à espera é promover a passividade estéril própria de uma condição

de “paciente”. Mas, o entendimento de que compete às unidades de saúde atender a esse usuário para além e antes mesmo do atendimento específico que ele veio buscar na Unidade, isto é, quando se entende que o atendimento ao usuário por parte da Unidade deve se dar antes mesmo dele adentrar ao consultório ou sala de procedimentos, então se buscará atendê-lo já a partir de sua chegada e ao longo de toda a sua permanência na Unidade e não apenas quando de sua admissão à ambiência interna. Com isso, se oportuniza e se promove o protagonismo e o empoderamento do cliente dos serviços de saúde.

A Policlínica de Quixadá, embasada por essas premissas, realiza atividades diárias de Acolhimento dos usuários-clientes através de sua equipe multiprofissional. Dessa forma, se tem potencializado contato direto com os usuários nas dependências de espera da Unidade, promovendo tanto ações de Acolhimento, quanto de educação/comunicação/mobilização em saúde.

Fazem parte também da estratégia de Acolhimento, medidas como a sinalização vertical e horizontal identificando os serviços, a Ouvidoria itinerante que atua junto aos usuários em todas as dependências da Unidade, a oferta de atendimento em grupo e individualizado por profissionais do Serviço Social e o aparato tecnológico disponível (climatização do ambiente, atendimento com chamamento eletrônico personalizado e recursos audiovisuais).

O momento de realização do Acolhimento é, não apenas uma estratégia de humanização do atendimento, mas também se constitui em oportunidade para se estabelecer a comunicação

institucional com os usuários. Desse modo, é possível apresentar e contextualizar perante os usuários os serviços disponíveis, a forma e os requisitos para atendimento, o papel da instituição, a interface com os serviços de origem dos pacientes e informações gerais.

Ainda, aproveitando a presença física dos usuários nas dependências de espera da Unidade, tem se realizado ações de educação em saúde com temas gerais, como promoção da saúde, saúde coletiva, autocuidado, políticas públicas de saúde, entre outros.

A Unidade também oferta atividades lúdico-laborais através de oficinas de habilidades e artes em que o período de espera se transforma em tempo útil de aprendizado e confecção de instrumentos lúdicos, artesanais e de ornamentação, entre outros. O trabalho é, não apenas multiprofissional, envolvendo todo o corpo técnico e diretivo, mas também intersetorial, já que se conta com parcerias de instituições, como universidades e outras instituições formadoras e de assistência à saúde em nível local.

A dinâmica de trabalho observado na Policlínica de Quixadá vai ao encontro dos elementos encontrados na literatura, a qual ressalta que o serviço de recepção de uma unidade de saúde deve ser entendido como um espaço no qual ocorre a busca do reconhecimento das necessidades do usuário. Há que se realizar investigação, elaboração e negociação de quais necessidades poderão ser atendidas. Nessa ótica, a responsabilização clínico/sanitária e a ação resolutiva, tendo em vista a defesa da vida das pessoas, apenas são possíveis quando se acolhe e vincula os usuários. Logo, faz-se necessário que o projeto de acolhimento, e

com ele a produção de vínculo, seja um projeto contínuo de toda a equipe daquele *lôcus* de trabalho, a fim de que se concretize o trabalho vivo propriamente dito (BECK; MINUZI, 2008).

O Acolhimento pode assumir a condição de reorganizador do processo de trabalho, a partir da identificação das demandas dos usuários, de forma a se poder replanejar o atendimento deles. O foco é ampliar e qualificar o acesso dos usuários, a partir da humanização do atendimento e impulsionando a reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde. Dessa maneira, o Acolhimento é muito mais do que mera triagem qualificada ou uma escuta interessada. Mas, pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento. Esse processo possibilita a ampliação da capacidade da equipe de saúde quanto ao atendimento das demandas dos usuários, de forma a reduzir a centralidade excessiva do papel das consultas médicas, utilizando mais adequadamente o potencial dos demais trabalhadores da unidade de saúde (BECK; MINUZI, 2008).

Cada vez mais tem se percebido que a necessidade de cuidar, a humanização, o carinho, a atenção, o respeito e a responsabilidade são tão essenciais quanto a assistência técnico-científica. Portanto, a forma de acolhimento do usuário tende a fortalecer a relação entre trabalhador/usuário, dando destaque à necessidade do preparo dos profissionais de saúde em lidar com a população cliente em busca da otimização da assistência.

Portanto, compreende-se esse processo de trabalho como pertinente, além de ser sustentável e com potencial de ser replicado em várias realidades do SUS. Ademais, a metodologia de

abordagem dos usuários-clientes e a dinâmica do atendimento prestado a eles contemplam, de forma transversal e efetiva, importantes princípios de várias das políticas nacionais no âmbito do SUS, dentre as quais podemos citar: Política Nacional de Humanização no SUS, Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Educação Popular, Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção de cuidados em saúde não pode prescindir de estratégias que foquem no usuário dos serviços a sua própria razão de ser. A consolidação do SUS passa pelo fortalecimento da comunicação e informação em saúde junto à população. A presença física dos usuários nas dependências das unidades assistenciais de saúde é ocasião ótima para o exercício dos processos de educação e informação em saúde.

A Política Nacional de Humanização preceitua que o usuário deve ser tratado enquanto agente empoderado do sistema de saúde e não mero paciente de serviços (BRASIL, 2010). Acolher, portanto, o usuário desde a sua chegada e ao longo de sua permanência na unidade de saúde, oportunizando integração, informação e ocupação é dar sentido e materialidade ao princípio da universalidade, o qual estabelece que cabe ao SUS atender a todos a partir de sua própria condição de cidadania.

Essa abordagem quanto à prestação de serviços também vai ao encontro do significado prático da integralidade, diretriz que se refere ao usuário do SUS enquanto sujeito de direitos, devendo

ser visto e tratado como o alvo da plena efetividade dos serviços.

Por fim, entendemos que a experiência descrita promove e dissemina um importante legado: o de que é possível, no âmbito do SUS, realizar o trabalho assistencial cotidiano compreendendo-o como uma missão, mais do que uma mera tarefa. Tal compreensão envolve a percepção de que, do ponto de vista da qualidade da atenção, não se trata de apenas atender, mas sim, como atender!

REFERÊNCIAS

BECK, C.L.C.; MINUZI, D. **O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde**: uma análise bibliográfica. Saúde, Santa Maria, vol 34a, n 1-2: p 37-43, 2008.

BESTETTI, M.L.T. *Ambiência: espaço físico e comportamento*. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro: 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília (DF): MS; 2010.

CEARÁ. Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Quixadá. Policlínica Francisco Carlos Cavalcante Roque. Relatório Anual de Gestão 2015. Quixadá: 2015.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Programa de Expansão e Melhoria da Assistência à Saúde – PROEXMAES 2011. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/rede-em-construcao/proexmaes/perfil-do-programa>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

MARTINS, V.P. **A humanização e o ambiente físico hospitalar**. Anais do I Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica – 2004. Disponível em: <http://www.iar.unicamp.br/lab/luz/ld/Sa%FAde/artigos/a_humanizacao_e_o_ambiente_fisico_hospitalar.pdf>. Acesso em 03 mar. 2017.

MERHY, E.E. **Aula da especialização em Saúde Coletiva**. Aracaju: Universidade Estadual de Sergipe, 2005. (Videoteca do Centro de Educação Permanente da Saúde, 12 ago. 2005).

MOTTA, B.F.B.; PERUCCHI, J.; FILGUEIRAS, M.S.T. O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 121-139, jun. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 fev. 2017.

PASCHE, D.F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, É.A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, Nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200027>.

CAPÍTULO 12

IMPLANTAÇÃO DE UM FLUXOGRAMA DE AGENDAMENTO CIRÚRGICO: UM DESAFIO INTERDISCIPLINAR EM BUSCA DE SEGURANÇA ASSISTENCIAL

JOSEANA TAUMATURGO MAGALHÃES FALCÃO
ADRIANO RODRIGUES DE SOUZA

INTRODUÇÃO

A assistência perioperatória de um hospital reflete a capacidade de planejamento da instituição de se adequar às necessidades do usuário, às demandas cirúrgicas da sociedade, à possibilidade de atendimento interdisciplinar e à sustentabilidade financeira da unidade de saúde, considerando custo e efetividade de atenção à saúde e ao indivíduo.

Nessa perspectiva, medidas gerenciais podem favorecer melhorias nos processos assistenciais e administrativos para facilitar segurança no agendamento cirúrgico eletivo, atender expectativa do usuário, favorecer o procedimento, proporcionar benefício social, prestar cuidados competentes e otimizar relações intersetoriais. A construção de um mapa eletivo perpassa,

necessariamente, por interações intersetoriais indispensáveis à resolução de patologia, uma vez que a internação desencadeia vários procedimentos administrativos, como assinatura de termos de responsabilidades e/ou de consentimento, autorização de acompanhamento de familiares, disponibilidades de insumos e de materiais específicos à complexidade e ao indivíduo, esclarecimentos de rotinas hospitalares, entre outros.

Independente da complexidade cirúrgica, gera ações assistenciais como realização de banho pré-operatório, punções venosas, cuidados diretos, prescrições medicamentosas e ainda atividades educativas como orientações relacionadas com atendimentos pós-operatórios, esclarecimentos de dúvidas, orientações para autocuidado, retornos a consultas ambulatoriais e todas as atividades relacionadas com a internação e cuidados a usuários cirúrgicos.

Todas essas atividades são barreiras indispensáveis à segurança cirúrgica e exemplificam as interações multiprofissionais, à importância de estabelecer comunicação efetiva no Perioperatório, à complexidade de atividades integradas que podem facilitar a execução do procedimento, aumentando a produtividade e reduzindo demanda de fila de espera.

A compreensão de que o cuidado não é restrito ao operar empodera os trabalhadores de saúde a responsabilidades antes não reconhecidas como parte do processo assistencial e que prejudicavam o cuidado integrado e resolutivo. A partir desta visão, setores afins como Compras, Engenharia Clínica, Unidades de Produtos à Saúde, Licitação assumem papéis determinantes em relação à produtividade cirúrgica, uma vez que atividades admi-

nistrativas executadas por esses determinam disponibilidade de insumos e/ou materiais específicos a cuidados perioperatórios, impactam na capacidade de produtividade cirúrgica e na possibilidade de atendimento seguro dos profissionais de saúde.

Realizar procedimentos cirúrgicos e promover recuperação de usuários sofrem interferências desses setores, porque o planejamento de materiais descartáveis ou reprocessados e de medicamentos necessários à cirurgia devem ser observados e bem planejados ao executar um agendamento cirúrgico, uma vez que recursos destinados à saúde pública são escassos e que cancelamento gera custos operacionais e financeiros para a instituição, causam insatisfação ao usuário, prejudicando a qualidade e a resolutividade institucional (MORGAN; BERNARDINO; WOLFF, 2010).

Por isso, esforços gerenciais buscam segurança no processo de construção de mapa cirúrgico eletivo, uma vez que a demanda de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) é crescente, que as doenças crônicas agravam o risco de complicações clínicas/cirúrgicas, que recursos financeiros são limitados e que a expectativa de vida aumenta a possibilidade de adoecer.

A portaria GM/ MS nº 1372/ 2004 reforça essa problemática discorrendo sobre a necessidade de melhoria de acesso dos pacientes a procedimentos de média/alta complexidade cirúrgicas, visto a demanda reprimida, o tempo de espera em filas pouco sistematizadas, a importância de classificação de prioridades e de otimização de fluxos assistenciais (Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS, 2007).

Discutir, então, estratégias mais efetivas favorece à população e desafia a rede de atenção à saúde a mudança de paradigmas de modelo biomédico, curativo para cuidado interdisciplinar com implementação de cuidados integrados, melhoria de acesso à cirurgia especializada, planejamento estratégico junto a diferentes níveis de atendimento do indivíduo, valorizando, assim, o paciente como sujeito do processo saúde-doença e detentor de direito à tratamento adequado e restauração da saúde.

Uma vez que o indivíduo precisa do atendimento cirúrgico, esse precisa ter acesso ao ambulatório e ser conduzido de forma a evitar complicações clínicas/cirúrgicas que possam onerar custos hospitalares e aumentar risco de complicações/morte do paciente. Para prevenir dano associado à gravidade, à organização de fluxos de atendimento e estratégias de agendamento cirúrgico sistematizam planejamento de serviços e ajudam a classificar prioridades, definindo critérios de complexidades, de capacidade de atendimento, de custos hospitalares e de planejamento de serviço prestado, respeitando fila de espera, trabalho ético e autonomia da equipe interdisciplinar frente a individualidade assistencial do usuário atendido.

É indispensável que a capacidade e a complexidade de atendimento hospitalar sejam analisadas criteriosamente para que a instituição possa beneficiar o usuário e a equipe cirúrgica com um serviço eficaz. A partir dessa concepção, esforços conjuntos vêm sendo realizados para planejar atenção em saúde baseado em referência e contrarreferência com o intuito de resguardar a hierarquização do sistema de saúde e promover atendimento cirúrgico seguro ao indivíduo dentro da rede de

atenção e da integridade dos serviços. Linhas de cuidado se propõem em organizar fluxos assistenciais, desenhando a estratificação terapêutica para definir ações, controle de riscos, reorganização de fluxos e processos de trabalho, a fim de facilitar o acesso ao usuário ao serviço especializado dos quais se necessita, perpassando por ações educativas, curativas relativas à doença (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2013).

Busca-se, assim, otimizar produtividade cirúrgica com o intuito de reduzir tempo de espera do usuário, adequar capacidade de atendimento dos hospitais e organizar serviços essenciais à sociedade. Em hospitais universitários, esse desafio ainda é maior, porque trabalha-se com educação permanente de equipe interdisciplinar e treinamentos se perpetuam, pois são aprendidos e repassados, impactando diretamente na qualidade de atendimento realizado, na organização das unidades de saúde e no futuro dos processos assistenciais.

Observando o hiato entre a avaliação em ambulatórios e a realização cirúrgica dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em um hospital universitário, estratégias gerenciais foram sugeridas e estão em processo de implantação com o intuito de favorecer a organização do atendimento cirúrgico, sistematizar planos de ações que possam impactar positivamente no restabelecimento de saúde e no planejamento organizacional do serviço de cirurgia, reduzindo assim cancelamentos, controlando custos com internações não resolutivas e melhorando indicadores de produtividade cirúrgica com benefício real à sociedade e melhoria da capacidade de atendimento hospitalar.

Ambulatório Cirúrgico: planejamento cirúrgico iniciado.

O acesso ao ambulatório cirúrgico ocorre através de regulação da Secretaria de Saúde do Município, que realiza encaminhamento a serviço especializado após formalização de necessidade de avaliação especializada de médicos das unidades básicas de saúde. Quando a atenção primária não é capaz de resolver pela complexidade de atendimento, limitações de atendimento primário e por necessidades específicas, referencia-se ao serviço especializado ambulatorial com o intuito de condução clínica/cirúrgica necessária ao usuário, avaliação segura do atendimento e condução cirúrgica do indivíduo.

A atenção básica é a porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS) e esta ordena ações com a rede de saúde, buscando cuidado integrado na rede de atenção. Por sua vez, os ambulatórios de serviços especializados estão expostos à sobrecarga de atendimento com consultas agendadas e extras, subdimensionamento de equipe multidisciplinar, organização insuficiente de demanda e de ofertas de consultas especializadas que impactam na resolutividade do atendimento, no aumento do tempo de espera em filas cirúrgicas e na satisfação do usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Ferramentas organizacionais podem favorecer o controle de atendimento de pacientes, ordenar prioridades cirúrgicas de acordo com individualidade de cuidados, da possibilidade de atendimento hospitalar e da complexidade patológica. A individualidade de cada usuário deve ser considerada frente a importância de garantir tratamento com equidade, como explica um

dos princípios doutrinários do SUS e garantindo a segurança do usuário atendido.

Em relação à possibilidade de atendimento, a instituição deve estar atento aos limites e às possibilidades de assistir aos usuários cirurgicamente, respeitando a ideia de referência e de contrarreferência das redes em saúde do Sistema Único de Saúde. Mesmo em hospitais terciários, alguns limites de insumos, de custos, de materiais específicos, de trabalhadores de saúde impactam na resolução da patologia cirúrgica, justificando, desta forma, a análise criteriosa de agendamento cirúrgico e a avaliação da instituição daquilo que se pode atender competentemente com segurança durante o atendimento.

O documento de aviso cirúrgico gerado no ambulatório deve considerar vários itens importantes para a execução cirúrgica como, por exemplo, disponibilidades de insumos e de equipamentos para a individualidade da cirurgia planejada, de exames especializados necessários ao paciente e à patologia, de realização de consulta pré-anestésica, de horários de salas operatórias e de leitos pré e pós-operatórios e de indicação de terapia intensiva.

Observa-se que os itens a serem checados são indispensáveis à execução cirúrgica, demonstrando a interdependência dos processos administrativos e assistenciais para que o procedimento cirúrgico aconteça conforme planejado.

- a. Tempo de espera: fila cirúrgica e gerenciamento de necessidades cirúrgicas.

A gestão de fila cirúrgica e a transparência desta sequência para a sociedade valida a organização da instituição, promove confiabilidade, favorece o planejamento de priorização de gravi-

dade cirúrgica e de necessidades individualizadas dos usuários. Nenhum desses tópicos são facilmente conseguidos, haja visto a dificuldade de gerenciar demanda excessiva de ambulatórios cirúrgicos, por insuficiências de tecnologias disponíveis em ambulatórios, pela complexidade de patologia dos usuários, pelas limitações de custos hospitalares e por dificuldades relacionadas ao planejamento insuficiente para gestão de fila de espera.

Gerenciamento de fila única por serviços especializados com checagem e revisão de pacientes e atualização de cadastros está sendo realizado com o intuito de validar lista, revisar patologias e/ou necessidades cirúrgicas imperiosas. Durante esta atividade, observou-se que alguns usuários já haviam sido operados em rede privada ou mesmo em pública, sinalizando buscas de outras opções para recuperação da saúde e a importância de desenvolver políticas de controle mais efetivo da fila de espera cirúrgica e de resolução mais efetiva.

A noção do real tamanho da fila e da quantidade de pessoas devidamente cadastradas permitem que planejamentos estratégicos sejam discutidos e gradativamente desenvolvido com o intuito de aumentar atendimento, de ter conhecimento de tempo médio entre a consulta ambulatorial e tempo de espera em fila cirúrgica, de manter registros de dados atualizados e favorecer a organização. Eventos como óbito, mudança para outra cidade, realização cirúrgica em outro hospital ou, ainda, reversão da indicação cirúrgica devem ser acompanhados para facilitar o gerenciamento da fila de espera cirúrgica (SARMENTO JUNIOR; TOMITA; KOS, 2005).

A partir dessa avaliação situacional, ações planejadas em conjunto com equipe interdisciplinar estão sendo gradativamente implantadas com o intuito de melhorar a segurança das listas cirúrgicas, controlar registros em ambulatorios, conhecer aqueles que estão preparados para a cirurgia e efetivar segurança cirúrgica. Algumas dessas atividades serão citadas abaixo:

- I. Treinamento de equipe médica para registro de paciente em sistema de informática padronizado na instituição.
- II. Envolvimento de residentes médicos de alguns serviços cirúrgicos para compreensão de alterações de medidas de agendamento cirúrgico.
- III. Seleção de alguns serviços cirúrgicos (Traumatologia, Urologia, Pediatria) para ser realizado um projeto piloto de agendamento mais seguro com registros completos e atualizados, iniciando alterações de planejamento com as especialidades citadas.
- IV. Reuniões periódicas com time de gestores com intuito de construção coletiva de agendamento cirúrgico, discussão de fluxos de atendimento e interações com outros setores da instituição.
- V. Reforço de interações de unidades de Centro Cirúrgico e do NIR (Núcleo de Internação e Regulação) com o intuito de favorecer execução cirúrgica e reduzir índice de cancelamento de 23% para 15%. Com acompanhamento deste indicador mensalmente.

VI. Transição de ações realizadas na unidade de Centro Cirúrgico para Núcleo de Regulação de usuários da instituição.

Essas ações, certamente, favorecerão a melhoria da segurança do usuário, instigarão a discussão da equipe interdisciplinar a uma construção de um agendamento de cirurgias eletivas mais efetivo, com melhoria de controle de eventos adversos, como suspensão por ausência de materiais específicos, por ausência de leitos para internação eletiva e melhorar satisfação do usuário, enquanto participante do processo assistencial cirúrgico.

- b. Preenchimento de avisos cirúrgicos: ações contingências em busca da realização cirúrgica.

A atual rotina de construção de mapa cirúrgico apresenta etapas no processo de execução que expõe a instituição, a equipe interdisciplinar, os residentes médicos e da equipe multidisciplinar de Cirurgia e os usuários do serviço a riscos associados à internação. Alguns destes são os seguintes:

- I. Riscos associados à instituição:
 - a. Aumento no índice de cancelamento cirúrgico relacionado a processos de agendamento.
 - b. Uso da capacidade instalada menor do que pode realizar.
 - c. Produtividade cirúrgica menor do que as possibilidades de atendimento e que a necessidade da sociedade.
 - d. Perda parcial de uso de mão de obra qualificada por insuficiência na organização de processos de trabalho.

- e. Repercussões em contratualizações com rede de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).
- II. Riscos associados à equipe interdisciplinar:
- c. Exposição da equipe interdisciplinar a questionamentos relacionados ao procedimento cirúrgico e à data de agendamentos.
 - d. Mão de obra especializada com utilização insuficiente.
 - e. Prejuízo em treinamentos e resolução de patologias cirúrgicas.
- III. Impacto na residência médica e multidisciplinar:
- a. Treinamento em serviço insuficiente frente a demanda de necessidade de usuário.
 - b. Impacto em sequência de disciplinas e atividades práticas.
 - c. Redução do número de cirurgias executadas acompanhada por preceptores cirúrgicos.
- IV. Impacto para o usuário de saúde:
- a. Filas de esperas com tempo não gerenciado.
 - b. Risco de complicações cirúrgicas e/ou clínicas.
 - c. Risco de morte associada a complexidade e gravidade de patologia.
 - d. Impacto na rotina de vida do indivíduo com afastamento de trabalho, de rotinas diárias.
 - e. Impacto na relação familiar.
 - f. Ansiedade relacionada com a resolução da doença e restauração da saúde.

Todos esses aspectos impactam na qualidade do atendimento cirúrgico da instituição, na produtividade realizada, na satisfação dos profissionais, dos usuários e dos familiares. Por esses motivos, mudança gerencial no processo de agendamento cirúrgico vem sendo discutida em colegiado gestor e com trabalhadores envolvidos neste cuidado com objetivos planejar com efetividade, otimizar recursos disponibilizados, aumentar produtividade com assistência eficaz e inserida na rede de atenção à saúde.

Proposta de implantação de um fluxograma de agendamento cirúrgico de um hospital universitário.

Diante das dificuldades apresentadas do planejamento cirúrgico de um hospital universitário e dos eventos relacionados com suspensões, propôs-se a implantação de fluxograma de agendamento que sistematiza a sequência de ações assistenciais e administrativas relacionadas à segurança assistencial.

A proposta segue os seguintes tópicos e alterações:

- I. Médicos atendem pacientes no ambulatório e realizam cadastro atualizado em fila de espera em sistema informatizado da instituição, de acordo com as possibilidades clínicas/cirúrgicas do indivíduo atendido. Anteriormente, a fila era registrada em cadernos privados da equipe médica e de residentes de cirurgia, e somente esses profissionais tinham acesso e controle sobre a demanda cirúrgica do serviço especializado. O setor de informática está envolvido com essa atividade de treinamento em serviço e vem facilitando este registro informatizado, disponibilizando-se a es-

clarecer dúvidas e/ou contribuições para adequação de sistema.

- II. Os cadastros de pacientes, anteriormente listados, estão sendo atualizadas por equipe de servidores da instituição que foram selecionadas para esta atividade administrativa. Neste processo de atualização, pacientes não foram identificados, outros já haviam operados, alguns faleceram, não foram encontrados. Todas essas informações estão sendo devidamente anotadas para encaminhamento em lista informatizada, validando a importância de atualização de dados.
- III. Interação setor de informática, ambulatório e Centro Cirúrgico..
- IV. Médicos selecionam usuários com indicação cirúrgica, encaminhar para visita pré-anestésica, quando necessário e retornar ao ambulatório com autorização de realizar cirurgia.
- V. Lista de pacientes preparados para a cirurgia deverá ser cadastrada em sistema e entregue no Núcleo de Internação e Regulação (NIR) para que este setor avalie a capacidade de internação, a disponibilidade de insumos e de materiais específicos, chequem exames pré-operatórios básicos e atualizados e somente após revisão de itens predefinidos realize convocação de usuário. É importante salientar que esta é uma evolução importante e significativa no processo de agendamento cirúrgico, uma vez que a convocação vem sendo realizada por residentes de especialidades dife-

rentes com número cirúrgico não delimitado, assim como não definição de número de vagas de terapia intensiva e de leitos pós-operatório. Ainda, todas as ações de planejamento acontecem com o mapa cirúrgico já definido e todos os usuários já convocados, explicando o elevado índice de suspensões de cirurgias eletivas, média de 25% /ano.

- VI. Todos os pacientes serão convocados pelo NIR e de acordo com fila de espera apresentada pelo sistema de informática. Dez dias antes da cirurgia, funcionários do NIR entrarão em contato com o paciente e farão checagem de dados e exames predeterminados, comunicando data provável de cirurgia eletiva.
- VII. Os pacientes suspensos serão tratados como prioritários em busca da resolução de patologia e restauração relacionada com o agendamento cirúrgico e serão conduzidos de acordo com planejamento médico e necessidades relacionadas à suspensão prévia.
- VIII. O fluxograma de agendamento será unificado na instituição.
- IX. Ações de melhoria serão compartilhadas e avaliadas em conjunto com os atores envolvidos e os gestores com o intuito de crescimento do processo assistencial e administrativo da instituição.
- X. Os indicadores de processos, de produtividade e de suspensões cirúrgicas serão monitorados com o intuito de análise de implantação de fluxograma e reavaliações de decisões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esforços gerenciais estão sendo realizados por equipe interdisciplinar e gestores hospitalares com o intuito de aumentar satisfação do usuário, prestar assistência competente, humanizar cuidados e atendimento de pacientes/familiares, monitorar resultados relacionados com produtividade e suspensões cirúrgicas.

As ações e atividades relacionadas à decisão de implantar o fluxograma de agendamento cirúrgico vem sendo adequadamente aceitas por trabalhadores de saúde envolvidos no cuidado cirúrgico, visto que a maioria vislumbra melhoria assistencial, otimização de treinamento em saúde para alunos em residências multiprofissionais, possibilidades de desenvolvimento de pesquisas interdisciplinares e, ainda, reforça ações humanizadas na instituição.

Esta construção vem sendo positiva e também precisa ser dito que desconstruir modelo antigo e instalado há anos não é uma decisão simplória, mas se justifica por cada tentativa de assistir mais competentemente cada usuário que aguarda em longas filas de espera a restauração de saúde e o direito de ser satisfatoriamente conduzido por equipe interdisciplinar e benefícios de saberes amplos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. D. A. B.- Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. p. 28, 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Endocrinologia e Nefrologia- Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada. v. I, p. 20, 2015.

MORGAN, W.; BERNARDINO, E.; WOLFF, L.D.G. Implications of cancellation of surgery in a surgery department: a descriptive - exploratory study. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 9, n. 1, 2010.

SARMENTO JUNIOR, K.M.D.A.; TOMITA, S.; KOS, A.O.D.A. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. v. 71, n. 3, p. 256–262, jun. 2005.

CAPÍTULO 13

ELABORAÇÃO DE INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

MICAEL PEREIRA NOBRE
MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA

GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A gestão da assistência farmacêutica se constitui em um dos maiores desafios de governo, na área da saúde, devido ao seu alto custo e grau de complexidade, que envolve aspectos assistenciais, técnicos, logísticos e tecnológicos, aspectos culturais, políticos, econômicos e sociais, bem como baixa qualificação dos serviços farmacêuticos, falhas nos componentes constitutivos do Ciclo da Assistência Farmacêutica, aumento crescente da demanda de medicamentos pela população, escassez e má gestão dos recursos públicos.

A implementação de uma logística adequada pode ter impactos positivos em termos de acesso e qualidade dos serviços prestados, refletindo-se na melhoria de eficiência e de controle de gastos no serviço público (VAZ et al., 2011).

Desse modo, indubitavelmente, uma gestão eficiente da política de assistência farmacêutica é considerada estratégica para otimizar os escassos recursos destinados à saúde.

A assistência farmacêutica depende decisivamente de operações logísticas para a sua execução, envolvendo todo o Ciclo da Assistência Farmacêutica, que é constituído pelos componentes organizacionais: programação, aquisição, armazenamento e dispensação de medicamentos, permeados por mecanismos de gestão, aos quais podemos chamar de governança. Entretanto, esse ciclo tem sua interface pautada nas ações da atenção à saúde com foco no usuário, transcendendo as questões puramente logísticas (OLIVEIRA et al., 2010).

Segundo o Banco Mundial (2007), “governança é a forma pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país, visando ao desenvolvimento e à capacidade dos governos de planejar, formular e programar políticas e cumprir funções”. Na saúde, a governança também se reporta à maneira pela qual a organização, seus gestores e seus funcionários respondem por seus comportamentos (ex.: gestão de recursos, planejamento, monitoramento de serviços, gestão financeira etc.) na prestação de serviços com qualidade e eficiência, bem como na prestação de contas (BANCO MUNDIAL, 2007). Segundo Marin e colaboradores (2003), o componente governança tem sido adotado como princípio norteador da assistência farmacêutica no SUS.

Torna-se, portanto, imprescindível que os governos, nos três níveis de gestão, priorizem a questão do planejamento, execução e gestão dos recursos alocados para a assistência farmacêutica, com transparência e responsabilidade.

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A qualidade da Assistência Farmacêutica desenvolvida em nível municipal pode ser acompanhada e avaliada por meio de itens considerados indicadores, os quais servem de referência no processo de verificação e comparação das condições dos serviços prestados, os quais se refletem na saúde dos usuários. Esses indicadores, segundo Castro (2000), são definidos como parâmetros que descrevem uma situação e têm por objetivo geral quantificar o comportamento de maneira reprodutível.

A condução de um processo de organização da Assistência Farmacêutica exige uma clara identificação do contexto no qual será desenvolvida. Significa conhecer, através de levantamento de dados, as características econômicas, sociais e culturais da região e da população-alvo, portanto, para se ter um processo contínuo de avaliação do serviço de Assistência Farmacêutica é imprescindível a aplicação de indicadores que servirão de referência para avaliar os seus dois eixos básicos, a disponibilidade de medicamentos essenciais nas redes básicas de saúde, assim como a promoção do uso racional de medicamentos pela população (RIECK, 2002).

CONSTRUÇÃO DOS INDICADORES

Para construção dos indicadores, devem ser estabelecidas as seguintes etapas: Seleção das práticas a serem mensuradas; Fundamentação teórica; Fluxograma de construção.

O fluxograma utilizado para construção dos indicadores mais adequados à rotina da Assistência Farmacêutica foi proposto por Martins e Marini (2010) e está resumido na figura

abaixo. O fluxograma reúne um conjunto de passos para assegurar os princípios da qualidade desse processo.

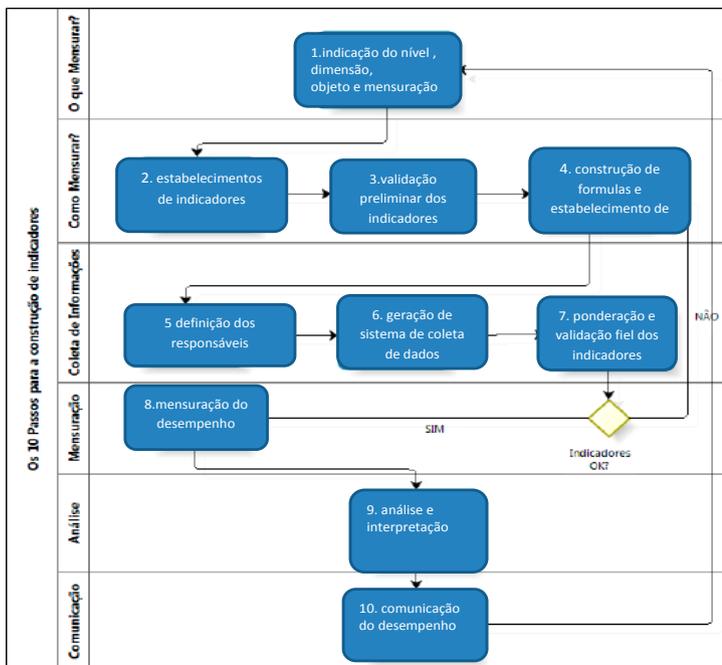


Figura 1 – Fluxograma utilizado como referência para construção de indicadores aplicáveis à Assistência Farmacêutica. Martins e Marini (2010).

De forma preliminar ao processo de construção dos indicadores, lista-se todos os processos realizados na Assistência Farmacêutica e realiza-se uma pesquisa acerca da existência de indicadores aceitos entre os profissionais atuantes na área. Para estabelecimento dos indicadores, são considerados os requisitos básicos que um indicador deve atender: (i) Disponibilidade;

(ii) Simplicidade; (iii) Baixo custo de obtenção; (iv) Estabilidade, ou seja, permanência no tempo, permitindo a formação de série histórica; (v) Rastreabilidade, facilidade de identificação da origem dos dados, seu registro e manutenção; (vi) Representatividade, confiabilidade e sensibilidade; e (vii) Referencial comparativo, um índice acordado para o indicador, utilizado como padrão de comparação. Além disso, devem ser observados, também, os componentes básicos que um indicador deve possuir para garantir sua operacionalização, que são: (I) Medida (relação matemática), grandeza qualitativa ou quantitativa, que permite classificar as características, resultados e consequências dos produtos, processos ou sistemas; (II) Fórmula de obtenção do indicador, ou seja, como o valor numérico é obtido; (III) Índice, valor de um indicador em determinado momento; (IV) Padrão de comparação, ou seja, valor arbitrário e aceitável para uma avaliação comparativa de padrão de cumprimento; e (V) Metas atribuídas para os indicadores a serem alcançados num determinado período de tempo. Dessa maneira, os principais indicadores selecionados para serem construídos são: indicadores de prescrição, indicadores de assistência ao paciente e indicadores de serviços de saúde.

INDICADORES DE PRESCRIÇÃO

Os Indicadores de Prescrição permitem conhecer as práticas terapêuticas correntes, comparar parâmetros entre instituições similares e descrever as necessidades de medicamentos da população atendida (OMS, 1993).

A prescrição deve ser vista como instrumento fundamental para a eficácia da terapêutica e para o Uso Racional de Medicamentos, nela devem estar contempladas informações básicas sobre o uso do medicamento, como: dose, frequência e duração de tratamento, devendo ser clara, legível e em linguagem compreensível (BRASIL, 1973).

São analisados o número médio de medicamentos por consulta, percentual de medicamentos prescritos por seu nome genérico, percentual de consultas em que se prescreve antibióticos prescritos, percentual de consultas em que se prescreve medicamentos injetáveis e percentual de medicamentos prescritos que figuram na REMUME.

INDICADORES DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

Para compreender como são utilizados os medicamentos, é necessário conhecer o que ocorre nos serviços de saúde por diferentes perspectivas: do prescritor, do dispensador e do paciente. Essas perspectivas refletem a experiência dos usuários nos serviços de saúde.

INDICADORES SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os indicadores sobre os serviços de saúde são um reflexo de sua organização, capacidade operacional, tal como mostra a importância dada à Assistência Farmacêutica pelo gestor da saúde pública. Para avaliar esses indicadores é necessário conhecer a disponibilidade da REMUME em todas as unidades dispensadoras, assim como verificar a disponibilidade dos me-

dicamentos chave, que são aqueles previstos na RENAME e em nenhuma hipótese podem faltar nas UBS, de acordo com o perfil epidemiológico da população em que será desenvolvido o estudo (OMS, 1993).

VALIDAÇÃO DOS INDICADORES

Em termos gerais, a validade de um instrumento está relacionada à “precisão do instrumento em medir o que se propõe medir” (PERROCA et al., 1998). Em outras palavras, um instrumento é válido quando sua construção e aplicabilidade permitem a fiel mensuração daquilo que se pretende mensurar. Quando se fala em validação de instrumentos de medidas, as técnicas mais conhecidas são: validade de conteúdo; validade de aparência; validade de critério e validade de constructo (MARTINS, 2006).

A validade de conteúdo, um dos tipos de validação utilizados nesta investigação, é a determinação da representatividade de itens que expressam um conteúdo, baseada no julgamento de especialistas em uma área específica (RUBIO et al., 2003). Isso significa que a validação de conteúdo determina se o conteúdo de um instrumento de medida explora, de maneira efetiva, os quesitos para mensuração de um determinado fenômeno a ser investigado. Neste estudo, juntamente com a análise de conteúdo, será utilizada a técnica Delphi, que consiste no julgamento do instrumento por juízes com vasta experiência no assunto em questão (PASQUALE, 1998). Em outras palavras a técnica Delphi é uma técnica pela qual se analisa e discute a

avaliação de peritos sobre um tópico específico. Também será utilizada a estratégia de Validação de Aparência, mesmo sendo considerada como uma técnica subjetiva e não sofisticada, por proporcionar apenas julgamento sobre a relevância e adequação dos itens (MARTINS, 2006).

Os resultados dos indicadores oferecem parâmetros que orientam o diagnóstico sobre qual estágio de desenvolvimento encontra-se a gerência e a operacionalização da Assistência Farmacêutica e identificando modificações que, se implementadas, permitirão avanços na qualidade do serviço. Esse processo permitirá comparar o desempenho de cada Secretaria de Saúde em relação à Assistência Farmacêutica com o modelo baseado nas diretrizes e atribuições definidas pelas políticas nacionais (BRASIL, 2006).

REFERÊNCIAS

BANCO MUNDIAL. **Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil**: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. Relatório No 36601- BR. Washington, DC: Banco Mundial, 2007. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/brazilinforextn/resources/3817166_1185895645304/4044168-1186326902607/19governancasusport.pdf>. Acesso em: 10 de dez. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejar é preciso**: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica. Secretaria de Ciência Tecnologia, editor. Brasília, 2006.

BRASIL. **Lei nº. 5.991, de 17 de dezembro de 1973**. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. **Diário Oficial da**

União, Brasília, DF, 19 dez. 1973. Disponível em: <<https://www.google.com.br/search?q=legis%20anvisa%20gov%20br>>. Acesso em: 16 de nov. de 2016.

CASTRO, C. G. S. O. **Estudos de utilização de medicamentos**: noções básicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; Osorio-de-Castro, C.G.S; Machado-dos-Santos, S. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**; The basic pharmaceutical care for municipal managers. 2003.

MARTINS, G. A. Sobre Confiabilidade e validade. **Rev Bras Ges Neg** 2006, v. 8, n. 1. p. 20, jan. 2006.

MARTINS, H.F; MARINI, C. **Um guia de governança de resultados na administração pública**. 1. ed. Brasília, 2010. (Publix Conhecimento).

OLIVEIRA, L.C.F. de; ASSIS, M.M.A.; BARBONI, A.R. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da política nacional de medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3561-3567, nov. 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Como investigar el uso de Medicamentos en los Servicios de Salud. Ginebra, 1993.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev Psiquiatria Clinica**, v. 25, n. 5, p. 206-213.1998.

PERROCA, M.G.; GAIDZINSKI, R.R.; Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev Esc. Enfermagem USP**, v. 32, n. 2, p. 153-168, 1998.

RIECK, E. B. **Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde do estado do Rio Grande do Sul**: análise dos indicadores do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica. 2002. Monografia (Especialização) – Escola de Saúde Pública. Porto Alegre, 2002.

RUBIO, D.M; BER Weger, M; TEBB, S.S; LEE, E.S; RAUCH, S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Soc Work Res**, v. 27, n. 2. p. 94-111. 2003.

VAZ, José C.; LOTTA, G. S. A contribuição da logística integrada às decisões de gestão das políticas públicas no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, v. 45, n. 1, p. 107-139, jan./fev. 2011.

CAPÍTULO 14

ARTES DIGITAIS: PRODUTO DAS CARACTERÍSTICAS DO ABSENTEÍSMO-DOENÇA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA

DIÉGO AFONSO CARDOSO MACÊDO DE SOUSA
FRANCISCO JOSÉ MAIA PINTO

Os termos “absenteísmo”, “absentismo” ou “ausentismo” são utilizados, desde o período industrial, para designar a falta do empregado ao trabalho. Corresponde às ausências quando se esperava que estivessem presentes ao trabalho e constitui a soma dos períodos em que os funcionários se encontram ausentes do trabalho, seja por falta, atraso ou outro motivo interveniente. Existem cinco tipos de absenteísmo: absenteísmo-doença (ausência justificada por licença de saúde); absenteísmo por patologia profissional (acidentes de trabalho e/ou doença profissional); absenteísmo legal (amparado por leis, como gestação, nojo, gala, doação de sangue e serviço militar); absenteísmo compulsório (suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou por outro impedimento de comparecer ao trabalho); e absenteísmo voluntário

(razões particulares não justificadas) (JUNKES; PESSOA, 2010; FURLAN; STANCATO, 2013; CHIAVENATO, 2014). Nesta pesquisa, será utilizado como conceito de absenteísmo apenas o absenteísmo-doença, ou seja, toda ausência do empregado relacionada às doenças com atestado/licença médico e seu objetivo principal é: construir artes digitais a partir das características do absenteísmo-doença dos trabalhadores de enfermagem de um hospital público de referência, localizado numa cidade do interior do Estado do Ceará.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a riqueza de uma empresa depende da saúde dos trabalhadores. No Brasil, pesquisa realizada pela Universidade australiana de Victoria em 2015 sobre “O Impacto da Saúde na Frequência e Produtividade da Força de Trabalho em 12 Países”, mostrou que a incidência das doenças não transmissíveis vem causando um impacto negativo no Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro. A estimativa é que, em 2030, as perdas alcancem 8,7% do PIB, o que equivalerá a US\$184 bilhões a menos para os gastos públicos. Nesse levantamento, são consideradas as mortes precoces; o absenteísmo e o presenteísmo, que é quando o profissional está fisicamente na empresa, mas com baixo engajamento e/ou baixa produtividade, tanto por motivos pessoais quanto organizacionais (FIESC, 2016).

Pode-se observar no estudo de Teles, Aires, Alencar (2013) com servidores públicos da Universidade Federal do Ceará (UFC), que a maioria dos afastamentos deveu-se às doenças respiratórias, doenças osteomusculares e transtornos psiquiátricos. O grupo F (transtornos mentais) da Classificação Internacional

de Doenças (CID-10) foi responsável por 32% dos dias de ausência ao trabalho entre os servidores estudados, seguidos pelas neoplasias e doenças osteomusculares, ambas com taxas de 13% em número de dias por grupo da CID-10.

Atualmente, o valor de uma hora de trabalho do enfermeiro na instituição estudada é de R\$ 21,78, já a de técnico de enfermagem é de R\$ 6,18. Entre janeiro e outubro de 2016, de acordo com informações da coordenação geral de enfermagem, foram perdidas 51.882 horas devido ao absenteísmo-doença dos trabalhadores de enfermagem do nosocômio, o que levou ao gasto extra de R\$ 715.145,57 com a cobertura dos trabalhadores faltosos.

Em virtude de várias mudanças que vêm ocorrendo no mundo e no Brasil, nas diversas esferas da vida humana, inclusive no campo do trabalho, tem-se ampliado a discussão sobre as competências dos trabalhadores e sua gestão dentro e fora das organizações (PAIVA; SANTOS, 2012).

Em estudo quanti-qualitativo realizado por Kurcgant et al (2015), os autores observaram que, em três instituições estudadas, as principais causas do absenteísmo estavam relacionadas ao adoecimento do trabalhador, à insatisfação com as condições institucionais e ao relacionamento interpessoal inadequado. Desse modo, o presente estudo tem como relevância, formar uma fonte bibliográfica que oriente trabalhos futuros sobre o assunto, assim como subsidiar produtos para gestão de pessoas em enfermagem.

A escolha destes sujeitos (enfermeiros e técnicos de enfermagem) justifica-se pelo alto índice de afastamentos dos

mesmos na referida unidade hospitalar, segundo informações do setor de Recursos Humanos (RH) da unidade, aproximadamente, 80% dos afastamentos estão relacionados às doenças. De acordo com Pinheiro (2012), a enfermagem é a maior categoria da saúde, que está em contato contínuo com o paciente, sendo responsável por 60% das ações relacionadas ao atendimento destes e diretamente exposta aos riscos e danos causadores potenciais dos afastamentos do seu local de trabalho.

Além disso, este trabalho justifica-se pela afinidade do pesquisador com a temática e a experiência profissional à frente da gestão de pessoas em enfermagem, no qual tem observado altos índices de absenteísmo em um hospital público de referência, localizado numa cidade do interior do Estado do Ceará, o que leva a altos gastos financeiros, à sobrecarga de trabalho da equipe que deverá atender aos pacientes e à diminuição da segurança a assistência de saúde prestada.

Será um estudo metodológico, analítico e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital público de referência no Norte do Estado do Ceará. Tal nosocômio é gerido por uma Organização Social de Saúde (OSS) que trata-se de uma instituição privada sem fins lucrativos que atua no segmento de gestão em saúde. Fundado em 11 de julho de 2002, foi a primeira instituição no Estado do Ceará a ser qualificada como OSS, pelo Decreto nº 26.811, de 30 de outubro de 2002. Nesses doze anos de história e de resultados expressivos, a OSS tem conseguido cumprir com competência e efetividade as metas estabelecidas nos contratos de gestão, sem perder de vista o foco na melhoria contínua da qualidade dos serviços e em to-

dos os desafios que lhe são conferidos, buscando proporcionar o cuidado digno em saúde, através de práticas inovadoras em gestão para a excelência da assistência (ISGH, 2016).

Em 18 de janeiro de 2013, foi iniciada a gestão do hospital, que atende à população aproximada de 1,5 milhão de habitantes de 55 municípios da região Norte do Estado do Ceará, dispensando assistência hospitalar de alta complexidade, além de tratar-se do maior hospital do interior do Nordeste, com 57.813,70 metros quadrados de área construída e 70 leitos de Terapia Intensiva (UTI) do total de 382 leitos. Com 1.641 trabalhadores de saúde, sendo, aproximadamente, 900 trabalhadores de enfermagem e equipamentos modernos, o referido hospital realiza atendimento em diferentes especialidades e exames complexos, como ressonância magnética e tomografia computadorizada (CEARÁ, 2013).

A população do estudo será composta por todos os trabalhadores de enfermagem (técnicos de enfermagem e enfermeiros) da instituição, já a amostra será contemplada pelos trabalhadores de enfermagem que gozarem e tiverem os atestados/licenças médicos computados pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) da instituição no período de 1º de maio a 31 de outubro de 2017. Para cálculo da amostra será utilizado o método censitário (tamanho amostral estimado de 134/mês). O nosocômio conta com 835 trabalhadores de enfermagem (202 enfermeiros e 633 técnicos de enfermagem), segundo dados atualizados da coordenação geral de enfermagem. Salienta-se que a unidade não dispõe de auxiliares de enfermagem em seu quadro de pessoal.

Todos esses trabalhadores apresentam vínculo celetista, firmado através da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Os critérios de inclusão para participar da pesquisa serão: pertencer à equipe de enfermagem, ser trabalhador ativo na instituição e apresentar atestado/licença médico no período de 1º de maio a 31 de outubro de 2017.

Serão consideradas as variáveis: **desfecho**, referentes ao absenteísmo-doença (horas perdidas – abaixo; acima da mediana) e **explicativas** (sociodemográficas, socioeconômicas, relacionadas ao trabalho e à doença). Conforme Chiavenato (2014), o índice de absenteísmo-doença pode ser calculado dividindo-se o total de horas perdidas devido às ausências por doenças pelo total de horas previstas de trabalho. Esses valores serão dicotomizados acima ou abaixo da mediana. Com o objetivo de responder às variáveis sociodemográficas e socioeconômicas, cada colaborador somente será entrevistado em um único momento e as perguntas deverão ser respondidas referentes ao período de emissão do primeiro atestado/licença médico no período da coleta de dados. As variáveis referentes ao trabalho e à doença serão coletadas de acordo com a sua emissão.

A coleta das informações relacionadas das variáveis relacionadas ao trabalho e à doença dar-se-á a partir das planilhas com dados semiestruturados alimentados pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) da instituição (após a entrega do atestado/licença médico, o SESMT cadastra estes em uma planilha que contém: matrícula do funcionário, data do atestado/licença, período em dias, horas perdidas de trabalho, CID-10, nome do médico e

nome da instituição em que foi emitido), estas serão enviadas via *e-mail* ao pesquisador. Os dados sociodemográficos e socioeconômicos serão coletados a partir da aplicação do formulário semiestruturado individual, em local privativo no setor, no horário de trabalho, com agendamento prévio, todavia, sem atrapalhar a rotina e as atividades do serviço.

Para minimizar o risco de identificação profissional, associado ao possível viés no preenchimento correto do formulário, a aplicação deste será realizada por 4 (quatro) alunos do curso de graduação em enfermagem, que não têm vínculo com a instituição e serão indicados pelo Centro de Estudos da instituição, e que serão treinados sobre as especificidades da pesquisa e aplicação dos formulários de coleta. Vale ressaltar que esse treinamento teórico será ministrado pelo pesquisador no mês de abril de 2017. Tal estratégia (treinamento e certificação dos coletadores) é uma das formas de minimizar a variação aleatória e aumentar a precisão das medidas (HULLEY; MARTIN; CUMMINGS, 2003).

Aos funcionários de licença médica no período da coleta dos dados, será realizado contato telefônico, do aparelho de telefonia móvel particular do pesquisador, para explicação sobre a pesquisa e coleta dos dados sociodemográficos e socioeconômicos. Para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), eles serão convidados a comparecer à instituição ou os alunos irão se deslocar ao endereço mais conveniente e combinado previamente com o funcionário. Será realizado um pré-teste durante o mês de abril de 2017 com 10% do tamanho amostral estimado de um mês, ou seja, com 13 atestados/licenças médicos emitidos nesse período.

Utilizar-se-á o programa EXCEL, versão 11.0, para o armazenamento dos dados e a elaboração gráfica. O processamento dos dados gerais será realizado por meio do programa estatístico PASW (Predictive Analytics Software for Windows), versão 17.0. A análise estatística será composta das seguintes etapas: descrição dos dados, análise bruta e ajustada do modelo. Na descrição dos dados, serão aplicadas as frequências absolutas e percentuais, além das medidas estatísticas (média aritmética, mediana, desvio-padrão e coeficiente de variação). Na análise bruta o absenteísmo-doença será utilizado como desfecho em função de cada uma das variáveis explicativas (sociodemográficas, socioeconômicas, relacionadas ao trabalho e à doença), tendo como medida de associação o teste do Qui-quadrado de Pearson, ao nível de significância de 5%. Na impossibilidade desse teste, será utilizado o teste da razão de máxima verossimilhança.

Na análise ajustada serão consideradas para entrarem no modelo, somente as variáveis explicativas, que na análise bruta apresentaram $p < 0,20$ e para permanecerem no modelo, aquelas que apresentarem $p < 5\%$, conforme Victora et. al (1997). Será utilizada a regressão de Poisson, com variância robusta, pelo método *stepwise* (LIN; WEI; WEISSFELD, 1989). Para a construção do modelo final, será utilizada a análise multivariada, considerando-se todas as variáveis estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

Esta pesquisa somente será realizada após autorização das autoridades competentes da instituição e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Regional Norte (HRN) e da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Além disso, seguirá os preceitos éticos da Resolução N° 466/2012 do Conselho Na-

cional de Saúde (BRASIL, 2012). Conforme citado acima, os participantes que concordarem em participar da pesquisa, assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, como a pesquisa envolve coleta em documentos institucionais, o pesquisador irá assinar o termo de fiel depositário.

Como possíveis riscos têm-se: de identificação profissional, constrangimento do profissional ao responder às perguntas do formulário e/ou intervir na rotina de trabalho do setor, entretanto, para minimizar tais riscos, serão preservadas a identidade e a privacidade dos trabalhadores e o horário de aplicação do instrumento será previamente agendado e poderá ser interrompido a qualquer momento, sem trazer prejuízos financeiros e/ou assistenciais à instituição. Além dos benefícios indiretos, os resultados alcançados podem servir de fonte de dados para prevenção de doenças e agravos à saúde dos trabalhadores de enfermagem da instituição.

Após a caracterização dos três mais prevalentes motivos de atestados/licenças médicos, classificados pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), serão criadas as artes digitais de cada um desses, objetivando apresentar sua epidemiologia e as principais formas de preveni-los. Apresentando-se como ferramenta importante para estimular a participação dos indivíduos nas tomadas de decisões, no que se refere à sua saúde e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida e, ainda, ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos que favorecem a capacitação dos indivíduos.

Segundo Teixeira (2013), arte digital trata-se da manifestação artística gráfica através do computador e tem por princípio a construção da arte a partir de processos digitais com a utilização de softwares especiais de computador. Podendo ser desde o tratamento de imagens com criação de peças gráficas, como cartazes e panfletos, imagens para Internet, banners e peças para propagandas em mídias sociais (ALVES, 2015). Para tornar o produto mais didático e de fácil acesso ao público-alvo, estes serão criados no formato de “panfletos digitais” que são textos publicitários curtos, com o objetivo de atingir grandes massas.

Nesse contexto, a abordagem educativa deve estar presente nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças na vida cotidiana da população, facilitando a incorporação de práticas corretas de forma a atender suas reais necessidades. Esta ação educativa deverá ser de comunicação, de diálogo, pois somente motivado e capacitado o indivíduo poderá incorporar novos significados e valores para melhorar sua saúde e qualidade de vida (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Seguido da criação do texto das artes digitais, o *layout* destas será criado pelo Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI) da instituição, local da pesquisa, mais especificamente pela equipe de comunicação visual. Em seguida, serão divulgados pela equipe de conteúdo como *pop-up*, que são janelas que abrem no navegador ao visitar uma página web ou acessar uma hiperligação específica, na intranet da instituição, no sistema de eventos dos trabalhadores e nas áreas de trabalho dos computadores do hospital.

Este produto passará por duas validações internas. A primeira será a validação de conteúdo, que indica em que medi-

da o instrumento possui uma amostra apropriada de itens para medir o constructo específico e cobrir adequadamente seu domínio (POLIT; BECK; OWEN, 2007). Validade de conteúdo, para Alexandre e Coluci (2011), é um processo de julgamento que envolve duas etapas. A primeira diz respeito ao desenvolvimento do instrumento e a segunda está relacionada à validação deste por meio de análise por comitê de especialistas. Na validação por juízes, o número e a qualificação deste pode oscilar de cinco a dez juízes, enquanto outros mencionam de seis a vinte especialistas.

Sua análise baseia-se na aplicação do teste de Qui-quadrado para adequação do ajustamento e num índice de validade de conteúdo (IVC). O IVC mais comum representa uma média aritmética simples dos valores atribuídos por cada avaliador. Segundo Alexandre e Coluci (2011), mede a proporção dos avaliadores em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens, o que permite analisar cada item separadamente e, depois, o instrumento como um todo.

Uma escala tipo Likert será utilizada para avaliar a concordância e a representatividade dos itens e as respostas podem incluir quatro opções: 1=Discordo, 2=Não Concordo nem Discordo, 3=Concordo e 4=Concordo Totalmente. O escore do índice é calculado por meio das somas de concordância dos itens marcados em 3 ou 4 pelos especialistas. A taxa de validade de conteúdo deve ser superior a 0,78 % por três ou mais *experts* podem ser considerados como evidência de boa validade de conteúdo (POLIT; BECK; OWEN, 2007).

Os critérios para escolha dos especialistas irão considerar a experiência e a qualificação dos membros do comitê. Para seleção dos especialistas será desenvolvida uma adaptação do sistema de pontuação de Fehring (1994), utilizada para seleção de enfermeiros para validação de diagnósticos de enfermagem.

A outra validação será referente à aparência, em que os juízes analisam o instrumento pelas características das imagens, ou seja, aspectos relacionados às cores utilizadas, formas, relevância para compreensão das informações, associação com o cotidiano das pessoas, quantidade e tamanho das figuras/desenhos e harmonização com o texto que favorece a exposição da temática. Além de analisar, de acordo com a clareza e compreensão das imagens, associação ao tema proposto e viabilidade de aplicação no exercício profissional, grau de relevância das figuras/desenhos e características das imagens (com possíveis opções de respostas: 1= Irrelevante, 2= Pouco relevante, 3= Muito relevante e 4= Extremamente relevante).

A validação de aparência busca resgatar aquilo que está não na superficialidade, porém, na essência do que se pretende mensurar do objeto em estudo, como, por exemplo, as características das imagens que devem relacionar-se ao conteúdo das informações.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ALVES, M. **Carreira de arte digital**, 2015. Disponível em: <<http://www.catho.com.br/carreira-sucesso/noticias/carreira-de-arte-digital>>. Acesso em: 10 de dez. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde**. 2012.

CEARÁ. Hospital Regional Norte: maior hospital do interior do NE será inaugurado sexta-feira (18). 2013. Disponível em: <<http://www.ceara.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/7375-hospital-regional-norte-maior-hospital-do-interior-do-ne-sera-inaugurado-sexta-feira-18>>. Acesso em: 04 dez. 15.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Barueri, SP: Manopole, 2014.

FEHRING, R.J. The Fehring model. In: CARROL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. (Eds.). **Classification of nursing diagnoses, proceedings of the tenth conference**. Philadelphia: J. B. Lippincott/North American Nursing Diagnosis Association, 1994. p. 55-62.

FIESC. Federação das Indústrias do Estado de Santa Catarina. **Aliança Saúde Competitividade**, 2016. Disponível em: <sc.senai.br/download/file/fid/17739>. Acesso em: 02 nov. 2016.

FURLAN, J.A.S.; STANCATO, K. Fatores geradores do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem de um hospital público e um privado. **RAS**, v. 15, n. 60, jul.-set., 2013.

HULLEY, S.B.; MARTIN, J N.; CUMMINGS, S.R. Planejando as medições: precisão e acurácia. In: HULLEY, S.B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ISGH. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. **Histórico**, 2016. Disponível em: <http://www.isgh.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=77&Itemid=475> . Acesso em: 30 de nov. de 2016.

JUNKES, M.B.; PESSOA, V.F. Gasto financeiro ocasionado pelos atestados médicos de trabalhadores da saúde em hospitais públicos no Estado

de Rondônia, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n.3, 08 telas, mai-jun 2010.

KURCGANT, P. et al. Absenteísmo do pessoal de enfermagem: decisões e ações de enfermeiros gerentes. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 2, p. 35-41, 2015.

LIN, D. Y.; WEI, L. J.; WEISSFELD, L. Regression analysis of multivariate incomplete failure time data by modeling marginal distributions. **Journal of the American Statistical Association**, v. 84, n. 408, p. 1065-73, dez. 1989.

PAIVA, K.C.M.; SANTOS, W.J.J. Competências trabalhadores de enfermeiros e sua gestão em um hospital particular. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 899-908, 2012.

PELICIONI, M.C.F.; PELICIONI, A.F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **Mundo Saúde**. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 320-328, jul./set. 2007.

PINHEIRO, M.A.S. **Impacto econômico do absenteísmo de enfermagem por doença em um hospital universitário do Rio de Janeiro - RJ**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Mestrado em Enfermagem), 2012. 140 f.

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.

TEIXEIRA, S. **O que é arte digital?** 2013. Disponível em: <<http://www.catho.com.br/carreira-sucesso/noticias/o-que-e-arte-digital>> . Acesso em: 10 de dez. de 2016.

TELES, F. J. C.; AIRES, A. L. G.; ALENCAR, A. E. Absenteísmo dos servidores da Universidade Federal do Ceará. **Revista Cognitio**, n. 1, 2013.

VICTORA, C.G. et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **Int J Epidemiol**. v. 26 , n 1, p. 224-7, fev. 1997.

CAPÍTULO 15

OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE: MANUAL SOBRE SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE

VANUZA COSME RODRIGUES

MARIA HELENA LIMA SOUSA

INTRODUÇÃO

Entende-se que o período contemporâneo pode ser caracterizado como a Era da Informação, com recursos crescentes e condições inéditas para a produção e comunicação de conhecimento em todas as áreas. Portanto, essa realidade demanda das organizações uma gestão estratégica e eficiente do conhecimento, uma utilização inteligente dos sistemas de informação. Assim, o setor da saúde vem participando dessa expansão dos sistemas de informação e esforça-se para integrar neles seus processos assistenciais e administrativos (SILVA; LIMA; ANTUNES, 2015).

No Brasil, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem contemplado um conjunto de ações que envolvem o financiamento, a gestão e a organização da produção de serviços. A qualificação dessas ações, e do próprio sistema, passa,

dentre outras estratégias, pela definição e clareza dos objetivos institucionais, pelo acompanhamento sistemático do cumprimento das metas estabelecidas para o seu alcance, bem como pela capacidade de adaptação do sistema às necessidades e demandas sociais (Costa et al., 2013).

O contexto da Vigilância em Saúde (VS), também vem passando por profunda reorganização normativa e operacional para adequar-se aos princípios e diretrizes constitucionais do SUS de descentralização e integralidade (Costa et al., 2013).

Entende-se que a Vigilância em Saúde é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, assim como para a promoção da saúde (BRASIL, 2013a).

Com o objetivo de induzir o aperfeiçoamento das ações de Vigilância em Saúde nos âmbitos estadual, distrital e municipal, foi criado o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde PQA-VS. Este é regulamentado pela Portaria nº 1.708, de 16 de agosto de 2013, a qual define as diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos estados, Distrito Federal e municípios (BRASIL, 2013b). O programa já foi revisado por meio das Portarias de nº 2.028, em dezembro de 2015, Portaria nº 328, de março de 2016 e Portaria Nº 2.984, de 27 de dezembro de 2016.

Em 2013, os municípios brasileiros tiveram a oportunidade de aderir ao PQA-VS, o qual possibilita a indução do

aperfeiçoamento das ações de Vigilância em Saúde. No Estado do Ceará aderiram ao programa 184 municípios, o que representa 100%.

Nos anos de 2014, 2015 e 2016, o Ministério da Saúde publicou Portarias que divulgam os resultados do programa, por município, inserindo a totalidade dos indicadores atingidos e os valores recebidos.

A Portaria Nº 2.121, de 25 de setembro de 2014 divulga o resultado da Fase de Avaliação do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) de 2013 e os valores a serem transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios que aderiram ao Programa. Fazendo uma breve análise desse documento, constatou-se que 23,91% dos municípios do Ceará receberam o recurso do programa na íntegra. (BRASIL, 2014a)

Já a Portaria nº 1.241, de 20 de agosto de 2015 divulga o resultado da fase de avaliação do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) de 2014 e os valores a serem transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios que aderiram ao programa. Nesse ano, identificou-se que 41,84 % dos municípios cearenses receberam 100% do recurso preconizado pelo PQA-VS (BRASIL, 2015a).

Nesse ano foi divulgada a Portaria Nº 1.535, de 18 de agosto de 2016, a qual divulga o resultado da Fase de Avaliação do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) de 2015 e os valores a serem transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios que aderiram ao Programa. Constatou-se nessa publicação que 42,39% dos municípios do Ceará conseguiram receber o recurso do PQA-VS em sua totalidade (BRASIL, 2016a).

Percebe-se que não existe um aumento significativo no percentual de municípios do Ceará que receberam o valor máximo preconizado pelo PQA-VS nos anos 2014, 2015 e 2016. Isso significa que existem recursos que não foram recebidos, porque os indicadores não foram atingidos.

Para oportunizar o monitoramento dos indicadores do PQA-VS de forma eficiente, pensou-se em construir um manual com o passo a passo do desenvolvimento de um software que condense todas as informações migradas das bases de dados dos sistemas de informações que compõem as fontes dos indicadores do PQA-VS. Esse sistema deverá ser desenvolvido pelo Poder Público, com base nas recomendações deste trabalho. Dessa forma pretende-se estabelecer critérios para construção de um software que contemple os indicadores do PQA-VS com mais precisão e oportunidade, facilitando o seu monitoramento.

Desse modo, o objetivo deste artigo é criar o passo a passo com critérios para construção de um sistema de monitoramento dos indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde no Ceará, visando à otimização dos recursos recebidos, através de um manual.

O FINANCIAMENTO FEDERAL DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Considerando que a saúde é um dos principais setores na economia dos países e a sua gestão é complexa, é necessário considerar no processo de planejamento do SUS os recursos financeiros que irão manter o sistema funcionando de forma regular e sustentável (CONASS, 2015).

O SUS é financiado por meio do Orçamento da Seguridade Social, que engloba a saúde, a previdência e a assistência social e, no caso da saúde, as principais fontes de recursos são a Contribuição Sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), pagas pelas empresas à União (CONASS, 2015).

O financiamento tem se constituído preocupação permanente dos gestores e de todos os envolvidos diretamente com a construção do SUS, tornando-se tema constante em todas as discussões das instâncias gestoras, tendo em vista que esse sistema desde a sua concepção está inserido no Sistema de Seguridade Social, inspirado em padrões conceituais do estado de bem-estar social. O SUS é subfinanciado e para melhoria da gestão da saúde pública são necessários mais recursos financeiros (CONASS, 2015).

Quanto aos recursos financeiros correspondentes às ações de Vigilância em Saúde compõem o limite financeiro da Vigilância em Saúde nos estados, municípios e Distrito Federal e representam o agrupamento das ações das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária (BRASIL, 2009).

De acordo com BRASIL, 2009, o Teto Financeiro da Vigilância em Saúde (TFVS) destina-se ao financiamento das ações de vigilância epidemiológica e ambiental, cujo repasse federal é realizado por intermédio do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde, em parcelas mensais.

O Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVISA) de cada Estado da Federação brasileira será definido a partir do piso estratégico, mediante:

- Valor *per capita*, calculado à razão de R\$ 0,21 por habitante/ano ou piso estadual de vigilância Sanitária no valor de R\$ 450.000 para cada estado cujo valor *per capita* configurar teto abaixo desse valor;
- Taxa de fiscalização de vigilância sanitária.

O recurso da vigilância em saúde é regulamentado pela Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013, a qual define as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2013a).

Em seu Art. 2º enfatiza que a Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, tal como para a promoção da saúde (BRASIL, 2013a).

Já o Art. 3º defende que as ações de Vigilância em Saúde são coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a integralidade da atenção à saúde da população (BRASIL, 2013a).

Na Seção II da referida Portaria, no Art. 15, trata do Componente de Vigilância em Saúde, salientando que os recursos federais são destinados às ações de: (BRASIL, 2013a).

I - vigilância;

II - prevenção e controle de doenças e agravos e dos seus fatores de risco; e

III - promoção.

Já no § 1º, define que a aplicação dos recursos oriundos do Componente de Vigilância em Saúde guardará relação com as responsabilidades estabelecidas nesta Portaria, sendo constituído em: (BRASIL, 2013a).

I - Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS); e

II - Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS).

Segundo BRASIL (2013a), a Seção III, Art. 24. coloca que o Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, constituído de:

I - Piso Fixo de Vigilância Sanitária - PFV_{Visa}: destinados a estados, Distrito Federal e municípios, visando ao fortalecimento do processo de descentralização, à execução das ações de vigilância sanitária e para a qualificação das análises laboratoriais de interesse para a vigilância sanitária; e

II - Piso Variável de Vigilância Sanitária - PVV_{Visa}: destinados a estados, Distrito Federal e municípios, na forma de incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas à Vigilância Sanitária.

A Portaria nº 48/GM/MS, de 20 de janeiro de 2015, regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde, previsto no Art. 18, inciso I, da Portaria

nº 1.378/GM/MS, de 09 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação (BRASIL, 2015b).

O incentivo financeiro tem como objetivo financiar, no âmbito da Vigilância em Saúde, a implantação e manutenção das seguintes ações e serviços públicos estratégicos (BRASIL, 2015b):

- I. Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH);
- II. Serviço de Verificação de Óbito (SVO);
- III. Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP);
- IV. Vigilância Sentinela da Influenza;
- V. Projeto Vida no Trânsito;
- VI. Programa Academia da Saúde;
- VII. Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN).

A partir da Portaria nº 56, de 29 de janeiro de 2015, fica definido que os valores do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde serão transferidos em parcelas mensais, correspondentes a 1/12 (um doze avos) dos valores pactuados, para os Fundos de Saúde Estadual, Distrital e Municipal, de acordo com o anexo II a esta Portaria (BRASIL, 2015c).

Parágrafo único. Quando a divisão por 1/12 (um doze avos) dos valores anuais implicarem em dízima, os valores serão truncados em duas casas decimais (BRASIL, 2015c).

O custeio das ações de Vigilância em Saúde para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde é determinado por legislações específicas.

A Portaria Nº 183, de 30 de janeiro de 2014 regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 09 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação (BRASIL, 2014b).

Os recursos financeiros federais destinados ao financiamento das ações do componente Vigilância Sanitária, do bloco de financiamento de Vigilância em Saúde para estados, municípios e Distrito Federal, são determinados por legislações específicas.

A Portaria Nº 59, de 29 de janeiro de 2015 atualiza, para o ano de 2015, os valores dos repasses de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária, do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde para estados, municípios e Distrito Federal destinado à execução das ações de Vigilância Sanitária, em função do ajuste populacional de que trata o art. 8º, da Portaria nº 475/GM/MS, de 31 de março de 2014 (BRASIL, 2015d).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza exploratória e metodológica, com abordagem quantitativa. Será exploratória porque, segundo Gil (2010), possibilita uma visão ampliada do objeto investigado, na medida em que tem o propósito de adquirir maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais claro e compreensível, abrindo espaço para a construção de hipóteses. Seu planejamento e organização tende a ser bastante flexível, uma vez que busca analisar os mais variados aspectos

relativos ao fato ou fenômeno estudado. Para Gonçalves (2001), a pesquisa exploratória favorece ao investigador a obtenção de dados e informações elementares que, no entanto, servem de apoio para a edificação de estudos mais profundos e detalhados sobre a temática.

A pesquisa também é metodológica, pois, segundo Tobar & Yalour (2001) refere-se a instrumentos de captação, coleta de dados e/ou intervenção da realidade, portanto, envolvidos com caminhos, formas, maneiras, procedimentos para atender determinados fins.

Para Fonseca (2002), a pesquisa com abordagem quantitativa “se centra na objetividade. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis etc.”.

Acrescenta, ainda, que o estudo em tela será uma pesquisa bibliográfica, uma vez que

... é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta. (FONSECA, 2002, p. 32).

Será realizada uma consulta bibliográfica nas Portarias Ministeriais que estabelecem os resultados do PQA-VS, quais sejam: Portaria nº 2.121, de 25 de setembro de 2014, Portaria nº 1.241, de 20 de agosto de 2015 e Portaria nº 1.535, de 18 de agosto de 2016. Nessas Portarias constam informações sobre os recursos recebidos por cada município do Estado do Ceará, bem como pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA). Será vista também a Portaria 1708 de agosto de 2013, para subsidiar o entendimento dos recursos recebidos pelos municípios.

A Portaria nº 2.984, de 27 de dezembro de 2016 revisa a relação de metas e seus respectivos indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) a partir de 2017. As informações que constam nesse documento serão importantes para identificar quais os indicadores avaliados pelo PQA-VS, bem como identificar em quais bases de dados constam as informações do programa. (BRASIL, 2016)

Na Portaria nº 2.984, de 27 de dezembro de 2016, traz o detalhamento do método de cálculo dos indicadores do PQA-VS para 2017 e as fontes para extrair as informações.

Para se construir um manual é imprescindível que sejam visitados os Sistemas de Informação em Saúde - SIS, quais sejam: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema Informatizado de Monitoramento da Presidência da República (SIM-PR), Siste-

ma de Informação da Vigilância da Febre Amarela e Dengue (SISFAD), Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCD), Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Esses SIS são as fontes de informação para monitorar, avaliar, alimentar o PQA-VS na esfera Estadual e Municipal. No entanto, os métodos de cálculo não são simples, uma vez que faz-se necessário um passo a passo para cada indicador.

Como sugestão para oportunizar o acesso aos indicadores do PQA-VS sugere-se um manual com o passo a passo dos requisitos para construção de um software para calcular os indicadores do programa.

CONSTRUINDO UMA TECNOLOGIA EM SAÚDE

Segundo a OMS, Tecnologia em Saúde, são a “aplicação de conhecimentos e habilidades organizados na forma de dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos para resolver um problema de saúde e melhorar a qualidade de vida”. Na Agenda de Saúde das Américas – 2008 a 2017 – o uso da ciência, do conhecimento e das tecnologias foi contemplado como área de importância estratégica para contribuir com a ampliação do acesso à saúde e como forma de garantir um melhor padrão de desenvolvimento humano e social para os povos dessa região (BRASIL, 2011).

Os indicadores de saúde do Brasil são calculados a partir de métodos, os quais devem resultar em taxa, proporção, incidência, prevalência, entre outros.

Para obter os resultados dos indicadores em saúde utilizam-se dados dos diferentes sistemas de informações em saúde e aplica-se no método de cálculo correspondente, o que requer muitas operações e conhecimento técnico de cada indicador.

Sabe-se que, atualmente, esse processo pode dificultar a avaliação e o monitoramento dos indicadores, seja por deficiência técnica, alta demanda de atividade dos gestores ou, ainda, por incompreensão da real importância da utilização desses resultados para o planejamento em saúde.

Pretende-se construir um manual no qual conste a definição de requisitos para construir um software, que implicará na coleta dos requisitos especificados pelo pesquisador e discriminados a partir do conjunto mínimo de dados estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) e disponibilizados por meio do PQA-VS. Assim, serão utilizados todos os sistemas de informação em saúde mencionados anteriormente para fornecer os dados para monitoramento dos indicadores do PQA-VS.

Essa ferramenta será de bastante utilidade, uma vez que será indicado construir um programa que faça um link com os sistemas de informação em saúde e que consolide todos os métodos de cálculos dos indicadores do PQA-VS. Nesse caso, os gestores terão os resultados dos indicadores com mais habilidade, oportunidade, o que pode desencadear uma análise e consequente planejamento das ações pautado na realidade local.

Entende-se que esses critérios são importantes para construção de um software, o qual possibilitará o monitoramento dos indicadores com facilidade e oportunidade pelos municípios do Estado do Ceará.

Com a utilização desse software, os municípios podem monitorar seus indicadores do programa com mais facilidade e confiabilidade, o que possibilitará recebimento de 100% do recurso proposto.

Importante destacar que, em pesquisa em banco de dados (LILACS, BVS, Pubmed, Scielo) não foi encontrado sistema que realize, em tempo oportuno, o monitoramento do PQA-VS. O Ministério da Saúde libera os resultados finais desse programa anualmente, porém será necessária a disponibilidade dos resultados dos indicadores mensalmente, o que oportunizará um monitoramento eficaz.

Os resultados da pesquisa e o manual serão apresentados à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará como argumento para construção de um software para subsidiar o PQA-VS.

A validação de conteúdo será aplicada no manual proposto, uma vez que visa avaliar a construção teórica do instrumento, sendo também fundamental no processo de desenvolvimento e adaptação dele. Configuram-se como etapas na validação de conteúdo: o desenvolvimento do instrumento, que abrange as fases de identificação do fenômeno estudado, a produção dos itens do instrumento; a construção e o julgamento do instrumento realizado por juízes qualificados (TIBÚRCIO, et al., 2014).

A validade é considerada pelos estudiosos do assunto como um fator crucial na escolha e/ou aplicação de uma medida ou de um instrumento de medida (VITURI, MATSUDA, 2009).

Para o desenvolvimento do manual será realizada, inicialmente, uma revisão integrativa sobre a temática em questão, a qual é entendida como um método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, considerando o seu produto final e o estado atual do conhecimento do tema investigado, a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde e a redução de custos, assim como a identificação de lacunas (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008). Para isso, será utilizado banco de dados (Scielo, Medline, LILACS, BVS, Pubmed), livros e textos isolados do acervo da Universidade do Estado do Ceará - UECE.

Pretende-se construir um manual onde conste a definição de requisitos para construir um software, que implicará na coleta dos requisitos especificados pelo pesquisador e discriminados a partir do conjunto mínimo de dados estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) e disponibilizados por meio do PQA-VS. Então, serão listados todos os sistemas de informação em saúde necessários para monitoramento dos indicadores do PQA-VS. Além disso, inserido o método de cálculo de cada indicador, com prazo para monitoramento. É salutar que o programa disponibilize o quantitativo de indicadores que cada município deve atingir para receber 100% dos recursos do PQA-VS.

Os juízes serão selecionados a partir dos seguintes critérios: ter experiência na área; publicar e pesquisar sobre o tema; ser perito na estrutura conceitual envolvida e ter conhecimento metodológico sobre a construção de instrumentos (ALEXAN-

DRE; COLUCI, 2009). Pasquali (1996, p. 82) diz que: “Na análise de conteúdo, os juízes devem ser peritos na área do construto, pois sua tarefa consiste em ajuizar se os itens estão se referindo ou não ao traço em questão”.

Para análise do manual, os juízes serão divididos em 04 grupos: 03 juízes de conteúdo, 02 juízes técnicos e 02 juízes com experiência em software. A seleção dos juízes será realizada considerando-se três critérios: a titulação, experiência profissional na área e a produção científica. A identificação dos juízes será realizada por meio de indicações, conhecimento no meio científico ou currículos vinculados às instituições de Ensino Superior que atendam aos critérios sugeridos.

No instrumento de avaliação da tecnologia pelos juízes especialistas será utilizada a escala tipo Likert, a qual verifica o nível de concordância do sujeito com uma série de afirmações que expressem algo de favorável ou desfavorável em relação a um objeto psicológico (PASQUALI, 1996).

As respostas serão avaliadas de acordo com:

- 1: Totalmente inadequado;
- 2: Moderadamente inadequado;
- 3: Moderadamente adequado;
- 4: Totalmente adequado; e
- NA: Não se aplica.

Após aplicação do instrumento será calculado o Índice de Validade do Conteúdo (IVC), que mede a proporção de juízes que estão de acordo com os itens do instrumento de avaliação (TELES, 2011).

O escore do IVC será calculado por meio da soma de concordância dos itens que forem marcados por “3” ou “4” pelos especialistas. Os itens que receberem pontuação “1” ou “2” deverão ser revisados ou eliminados. Dessa forma, o IVC será definido como a proporção de itens com uma pontuação de 3 ou 4 pelos juízes (IVC = número de respostas “3” ou “4”/ número total de respostas) (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Para validação do manual pelos juízes especialistas, o item e os instrumentos como um todo, devem apresentar Índice de Validade do Conteúdo (IVC) maior ou igual a 0,78 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Fórmula para o cálculo do IVC:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de respostas 3 ou 4}}{\text{Número total de respostas}}$$

O manual será apresentado à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará como argumento para construção de um software para subsidiar o PQA-VS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que o aperfeiçoamento dos sistemas de informação existentes, o relacionamento e a compatibilidade entre as bases e o desenvolvimento de alguns sistemas específicos que informem sobre os objetos das vigilâncias constituem-se num importante desafio para a gestão da vigilância(s) em saúde no seu processo de tomada de decisões (SETA, REIS, DELAMARQUE, 2012).

Salienta-se a necessidade da análise integrada do conjunto dos indicadores e das dimensões do desempenho da gestão da vigilância. O mau desempenho de uma dimensão pode afetar todo o sistema (COSTA JMBS et al., 2013).

Dessa forma, destaca-se que com a construção do manual como o passo a passo para o desenvolvimento de um *software*, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - SESA terá uma ferramenta importante para subsidiar o monitoramento e a avaliação do PQA-VS nos municípios.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, p.3061-3068, 29 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 1.535, de 18 de agosto de 2016**. Divulga o resultado da Fase de Avaliação do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) de 2015 e os valores a serem transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios que aderiram ao Programa. Brasília, agosto 2016a.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 1.241, de 20 de agosto de 2015**. Divulga o resultado da Fase de Avaliação do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) de 2014 e os valores a serem transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios que aderiram ao Programa. Brasília, agosto 2015a.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 48, de 20 de janeiro de 2015**. Habilita os entes federativos ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde. Brasília, janeiro 2015b.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 56, de 29 de janeiro de 2015**. Autoriza o repasse dos valores de recursos federais, relativos ao incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde, aos Fundos Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde. Brasília, janeiro 2015c.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 59, de 29 de janeiro de 2015**. Atualiza, para o ano de 2015, os valores dos repasses de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária, do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde para Estados, Municípios e Distrito Federais destinados à execução das ações de vigilância sanitária, em função do ajuste populacional de que trata o art. 8º, da Portaria nº 475/GM/MS, de 31 de março de 2014. Brasília, janeiro 2015d.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 2.121, de 25 de setembro de 2014**. Divulga o resultado da Fase de Avaliação do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) de 2013 e os valores a serem transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios que aderiram ao Programa. Brasília, setembro 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 183, de 30 de janeiro de 2014**. Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde, previsto no art.18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação. **Diário Oficial[da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 31 jan. 2014b.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, julho 2013a.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS nº 1.708, de 16 de agosto de 2013**. Regulamenta o Programa de Qualificação das

Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília, agosto 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Inovação em temas estratégicos de saúde pública** / Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 1 v.: il. - (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2011e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. **Manual de gestão da vigilância em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 80 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

COSTA, J.M.B. da S.; FELISBERTO, E.; BEZERRA, L.C. de A.; CÉSSE, E.Â.P.; SAMICO, I.C. Monitoramento do Desempenho da Gestão da Vigilância em Saúde: Instrumento e Estratégias de Uso. **Ciência&Saúde Coletiva**. 18(5): 1201-1216, 2013.

COSTA et al. Monitoramento do Desempenho da Gestão da Vigilância em Saúde: Instrumento e Estratégias de Uso. **Ciência & Saúde Coletiva**. 18(5): 1201-1216, 2013.

CONASS PROGESTOTES NOTA TÉCNICA 09 | 2013. Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde.

FONSECA, J.J.S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UECE, 2002. Apostila.

GONÇALVES, E. P. **Conversa sobre iniciação à pesquisa científica**. Campinas: Alínea, 2001.

PASQUALI, L. **Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento** /organizado por Luiz Pasquali. — Brasília: laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida / Instituto de Psicologia / UnB: INEP, 1996.432p.

SILVA, Z.P. da; LIMA, K.W.S. de; ANTUNES, J.L.F. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.1, p.61-71, 2015.

SETA, M.H. de; REIS, L.G. da C.; DELAMARQUE, E. **Gestão da Vigilância à Saúde.** Departamento de Ciências da Administração / UFSC; . – 2. ed. Reimp. – Florianópolis: [Brasília]: CAPES : UAB, 2012.148p.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TIBURCIO, M.P.etal. Validação de instrumento para avaliação da habilidade de mensuração da pressão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2014 jul-ago; 67(4):581-7.

TELES, L.M.R. **Construção e Validação de tecnologia educativa para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza, 2011.

VITURI, D.W.; MATSUDA, L.M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Ver Esc Enferm USP.** 2009; 43(2): 429-37.

CAPÍTULO 16

DESAFIOS E COMPROMISSOS DOS GESTORES SOBRE O CONHECIMENTO DAS FERRAMENTAS DE GESTÃO

ADRIANO DE MOURA NASCIMENTO

GLAUCIA POSSO LIMA

INTRODUÇÃO

A reflexão se dá a partir dos componentes que fazem referência à relação dos instrumentos de planejamento estratégico da gestão em saúde pública e a utilização do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS - SARGSUS. Assim, é possível apreender a interferência na organização e funcionamento dos serviços de saúde em benefício à população. Diante do exposto, buscamos entender o compromisso dos gestores em atendimentos aos atos normativos vigentes.

No entanto, é oportuno destacar que o processo de planejamento no Sistema Único de Saúde – SUS tem sido reconhecido pela importância e potencialidade, pois é estratégico e visa dar direcionalidade à gestão pública da saúde. Portanto, compreender o planejamento da saúde na gestão do SUS,

desperta opções ao enfrentamento dos desafios vivenciados por gestores a manter-se probo, em atendimento aos atos e atribuições que são de sua responsabilidade.

O PLANEJAMENTO DA SAÚDE NO SUS: UMA RESPONSABILIDADE DO GESTOR

O processo de trabalho na gestão em saúde pública está condicionado ao atendimento às necessidades de saúde da população, acesso às ações e serviços voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Para isso, é necessário elaborar instrumentos que contribuam para melhor aproveitamento das oportunidades e para a superação de desafios, entre os quais aqueles que possibilitem o desenvolvimento de rotinas de monitoramento e avaliação.

Com isso, o planejamento no Sistema Único de Saúde - SUS, tem sido reconhecido pela importância e potencialidade, pois é estratégico e visa dar direcionalidade à gestão pública da saúde (BRASIL, 2009)..

Para Chorny (1998), o ato de planejar equivale a decidir com antecedência o que será posto em prática, a fim de converter condições indesejadas no presente ou que venham a surgir no futuro.

Inegáveis são os avanços na construção do SUS, sendo que os desafios atuais exigem concentração de esforços para que o planejamento possa responder oportuna e efetivamente às necessidades do Sistema e às demandas que são apresentadas continuamente aos gestores.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem adotado atos normativos à organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS, a partir do processo de planejamento que envolve transparência, visibilidade e integração participativa na gestão da saúde na égide da prestação de contas no setor público com prazos a serem cumpridos evidenciados aos sistemas de informações em saúde de abrangência nacional.

Na premissa de reforçar aos pressupostos e exigências legais já afirmadas na legislação estruturante do SUS, o Decreto 7.508/2011 e a Lei 141/2012, elencam e impõem os gestores municipais ao cumprimento de um conjunto de responsabilidades e atribuições, dentre elas, a obrigatoriedade da elaboração dos instrumentos de planejamento da saúde e governo no SUS, e quando não construídos na periodicidade e prazo definidos, implicará a suspensão das transferências intergovernamentais e sujeitar os gestores da saúde a penalidades jurídicas (BRASIL, 2016; BRASIL, 2012).

Tais esforços que se traduzirem na prática para elaboração e implementação dos instrumentos de planejamento da saúde, sendo eles: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório de Gestão, que devem orientar a política de saúde e a elaboração dos instrumentos de governo: Plano Plurianual - PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO e Lei Orçamentária Anual - LOA, definidos no Art. 165 da Constituição Federal de 1988.

OS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DA SAÚDE E SUAS ESTRUTURAS BÁSICAS

Os instrumentos de planejamento da saúde são ferramentas de apoio à gestão, sendo eles: o Plano de Saúde, a Programação Anual e os Relatórios de Gestão (anual e quadrimestral). Quando feitos regulamente, permite dotar os gestores de informações sobre o contexto realístico, possibilitando-os adotar medidas para melhor organização das redes de atenção à saúde capaz de impactar a realidade, melhorando as condições de saúde da população, além de dar transparência e visibilidade da administração pública na saúde.

Tratando-se do Plano de Saúde - PS, é o “instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS”, a garantir integralidade da atenção à saúde. Tem vigência de 4 (quatro) anos, sendo 3 (três) da atual gestão e o primeiro ano da gestão seguinte.

A elaboração do PS se dá minimamente pela identificação do período de vigência; identificação correspondente à esfera de gestão; a análise situacional da saúde no território (municipal, estadual, distrital ou nacional); estabelecimento das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; o processo de monitoramento e avaliação; e a ata do Conselho que avalia o Plano (BRASIL, 2012).

Quanto à Programação Anual de Saúde - PAS, é um instrumento de caráter propositivo. Ele deverá conter o período de vigência do PS com o Ato que o avalia e suas diretrizes, objetivos e indicadores; metas, ações e previsão orçamentária.

No que se refere aos relatórios de gestão, anual e quadrimestral, são instrumentos analíticos que apresentam resultados alcançados sobre a PAS, e recomendações necessárias para a próxima PAS ou ajuste do PS.

O Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - RDQA, deve ser apresentado como já informado anteriormente, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro em audiência pública, contendo identificação da esfera da gestão; montante e fonte dos recursos aplicados no período; e as auditorias realizadas ou em fase de execução. Enquanto o RAG é um instrumento analítico sobre a PAS, que deverá ser apresentado até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira. Nele deve conter: a identificação da gestão; dados demográficos e de morbimortalidade; a rede física de atenção à saúde; recursos humanos, diretrizes, objetivos e indicadores do Plano; metas revistas e realizadas; a análise da execução orçamentária; auditorias; e, recomendações necessárias para o Plano e novo PAS (BRASIL, 2016).

A Constituição Federal de 1988 define:

(...) a integração entre as funções de planejamento estatal e as de orçamentação como sendo o fundamento do modelo orçamentário brasileiro, definido pela necessidade do estabelecimento de uma conexão coerente entre os respectivos instrumentos adotados (BRASIL, 2016a. p. 77).

Meio a isso, partindo da necessidade em atender ao componente de monitoramento e avaliação da Gestão do SUS, e

como proposta de fornecer uma ferramenta de trabalho para construção do Relatório de Gestão - RG, o Ministério da Saúde, instituiu através da Portaria nº 575, de 29 de março de 2012, o SARGSUS - Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão, sistema este, que auxilia os gestores no alcance dos compromissos estabelecidos na legislação, bem como dar publicidade às informações contidas (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

A FERRAMENTA TECNOLÓGICA “SARGSUS”

O SARGSUS tem como característica de interoperabilidade, que se dá pela capacidade de importar informações automaticamente de outros sistemas, sendo eles: Sistema de Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores preconizados pelo Ministério da Saúde, o SISPACTO; Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS; Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH - SUS; Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; e Tribunal de Contas da União - TCU, sendo os dois últimos, a atualização e o registro nos sistemas não são de competência da gestão municipal (BRASIL, 2016).

O seu preenchimento não é um compromisso restrito aos gestores do SUS na esfera administrativa municipal, mas, também, Estadual e Distrital.

O acesso ao SARGSUS se dá pela Internet através do endereço www.saude.gov.br/sargsus, possuindo links de acesso

restrito e de uso público. Sobre o acesso restrito, se dá inicialmente pelo usuário “Gestor”, para o preenchimento do formulário e anexar o PS, PAS e outros documentos, após deverá ser enviado ao conselho com a gravação e bloqueio da edição do gestor, o que permite ao representante do Conselho de Saúde, analisar e emitir parecer: aprovado ou não aprovado, podendo também ser solicitado ajustes, em seguida, anexar a Resolução e gravar os dados (BRASIL, 2016).

No que se refere ao acesso público, dispõe-se dos relatórios na íntegra com os respectivos anexos e gerenciais (que apresentam a situação quanto à utilização pelos municípios de cada estado e por região de saúde); Leis, Decretos, Portarias, Acórdãos, manuais, entre outros (BRASIL, 2016).

O acesso restrito se dá pelo usuário cadastrado ao digitar login e senha. Para isso, deverá efetuar o cadastro através do Cadastro de Sistema e Permissões de Usuários - CSPUWEB, com o preenchimento da ficha conforme Figura 1, por meio do endereço <http://saúde.gov.br/cspuweb> (BRASIL, 2016).

Figura 1 – Ficha de cadastro de usuário do SARGSUS

CSPUWEB - Cadastro de Sistemas e Permissões aos Usuários			
SOLICITAÇÃO DE CADASTRO DE USUÁRIO			
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO			
Nome		CPF/passaporte	
UF		Município:	
Login		E-mail:	
Cargo/função		Unidade (Órgãos)	
Endereço funcional		Telefone	
/ /			
Data		Assinatura do funcionário	
AUTORIZAÇÃO			
Tipo de acesso:		Perfil (Grupos cadastrados)	
<input type="checkbox"/> FEDERAL <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL		<input type="checkbox"/> SARG_ESTADUAL <input type="checkbox"/> SARG_CONSELHO_ESTADUAL <input type="checkbox"/> SARG_MUNICIPAL <input type="checkbox"/> SARG_CONSELHO_MUNICIPAL	
Sistema	SARGSUS – Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão		
Nome da autoridade competente			
Cargo/função			
/ /			
Data		Assinatura da autoridade competente	
SITUAÇÃO DO CADASTRAMENTO (Preenchimento do DATASUS)			
<input type="checkbox"/> Cadastramento Efetuado		<input type="checkbox"/> Não Efetuado	
Comentários:			
/ /			
Data		Nome/Assinatura do Responsável	

Fonte: Manual do usuário para o Relatório de Gestão, 2016.

Disponibilizado os dados de acesso, deve ser digitado na tela do SARGSUS, em seguida identificar as informações que requer preenchimento, para se apropriar dos dados necessários e iniciar a inserção das informações, com discussão de dados quando necessário e demais comentários e avaliações.

O Sistema é de utilização obrigatória na elaboração do Relatório Anual e Quadrimestral, que tem como prazo até o dia 30 de março do ano seguinte a execução financeira, e, o fim dos meses de maio, setembro e fevereiro, respectivamente. Todas as telas devem ser preenchidas por completo e quando finalizado, encaminhar ao Conselho Saúde e a Casa Legislativa (BRASIL, 2016).

É válido destacar que os relatórios devem estar relacionados a uma Programação a que se reporta. Oportunamente, tratando-se do RAG devem elaborar nova PAS à luz do Plano de Saúde, contemplando diretrizes, objetivos, ações, metas e previsão orçamentária e anexá-los no referido Sistema (BRASIL, 2013).

DESAFIOS DOS GESTORES

O presente capítulo buscou apresentar que a gestão em saúde pública está condicionada às necessidades de saúde da população e aos atos normativos, o que exige um planejamento em saúde que possa responder de forma oportuna e efetiva.

Sabe-se do acúmulo de normas, exigências entre outras recomendações que recaem sobre os gestores de saúde, têm sido grande o desafio para desempenho de suas atividades em sua plenitude, que por muitas vezes, passam despercebidos pelos

gestores da saúde ao cumprimento de algumas atividades que são de sua responsabilidade, expondo-se ao risco iminente de penalidades. Dentre as penalidades, está a suspensão da transferência de recursos financeiros, que diante da situação econômica e política brasileira, os municípios, estados e o Distrito Federal poderão, de fato, serem prejudicados caso os secretários não cumpram os prazos da prestação de contas dos instrumentos de planejamento da saúde no SUS.

Portanto, é necessário adotar estratégias que visem auxílio ao alcance dos compromissos normativos estabelecidos na legislação em tempo hábil. Isso contribuirá para a sistematização e processo de trabalho com tomada de decisão em razão da agilidade das informações, mediante o planejamento, organização e funcionamento do SUS, participação do controle social, acesso às informações contidas no Sistema de Relatório de Apoio a Gestão do SUS, publicitação e transparência da gestão em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília, 2009.

_____. Poder Executivo. **Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011** - Regulamenta a lei nº 8080 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Publicado no D.O.U de 29/06/2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013** - Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Publicado no D.O.U. de 26/09/2013.

_____. Ministério da Saúde. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012** - Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Publicado no D.O.U de 16/01/2012.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. 1 ed. Brasília – DR, 2016. p.77.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 575, de 29 de março de 2012** - Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Publicada no D.O.U Nº 63, Seção 1, em 30/03/12.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – SARGSUS. **Manual do usuário para o relatório de gestão**. Versão 4. Brasília, 2016.

CHORNY, A.H. Planificación em Salud: Viejas ideas em nuevos ropajes. **Cuadernos Médico Sociales**. Roséri, v. 73, p. 5 – 30, 1998.

SESAPI. Secretaria Estadual da Saúde do Piauí. **Instrutivo**: apoio à elaboração de instrumentos de planejamento e Gestão do SUS/PI. 1. ed. Teresina - PI, 2015.

CAPÍTULO 17

ASPECTOS NORMATIVOS DO SUS E A GESTÃO COLEGIADA DO SUS NO CEARÁ

JOSETE MALHEIRO TAVARES

CARLOS GARCIA FILHO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, observa-se um número crescente de publicações de mais de 35 mil portarias regulamentada sua efetivação como política pública de saúde. Essa multiplicação normativa indica que, no campo da saúde, o pacto federativo brasileiro está alicerçado em um ordenamento jurídico frágil, resultado de programas e políticas editados de modo, muitas vezes, cartorial e sinuoso, marcado por idas e vindas e por sobreposição e contradição de normas.

O gestor municipal de saúde, sobretudo em municípios de pequeno e médio porte, apresenta dificuldade para dispor de equipe técnica para analisar as o esse grande volume de normas, editadas quase que diariamente. De fato, muitas vezes, possui equipe sem condições de realizar a mera leitura em tempo oportuno da maioria desses textos legais. Concorre para agravar essa dificuldade seu universo hermenêutico, muitas vezes, distante da formação dos gestores, mais relacionada ao campo da saúde.

Acrescenta-se a essas fragilidades, a alta rotatividade de gestores municipais da saúde. Pois, se muitos dos novos gestores nem sempre estão atentos o suficiente quanto as suas atribuições e responsabilidades sanitárias, é também, praticamente, impossível acompanhar todas as exigências normativas vigentes.

Neste ambiente, os Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS e o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS têm assumido um papel estratégico de articulação, mediação, formação, apoio técnico-operacional aos municípios, para minimizar tais dificuldades.

MARCO LEGAL E NORMATIVO

A década de 1980 foi marcada pelo processo de redemocratização do Brasil. Nesse contexto, uma intensa agenda social na saúde caracterizou a Reforma Sanitária Brasileira, cujo apogeu ocorreu em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília-DF, seguido dos desdobramentos políticos e sociais sintetizados pela de Constituição de 1988 (AMARAL, 2010).

Os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e seus desdobramentos criaram o Sistema Único de Saúde - SUS, regulamentado pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990. A primeira Lei confere ordenamento e normatização para o setor saúde, estabelecendo princípios e bases doutrinárias. A segunda, disciplina a participação da comunidade na gestão do SUS, criando no país a representação colegiada, que traduz a materialização da participação popular e do controle social da saúde além de regradar o financiamento por meio dos dos fundos de saúde (NOBRE, 2010).

Seguindo a cronologia dos marcos legais do SUS, foram editadas as Normas Operacionais Básicas - NOB em 1991, 1993 e 1996, a Emenda Constitucional nº 29 e a Lei de Responsabilidade Fiscal em 2000, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde - NOAS em 2001 e 2002, o Pacto de Gestão, Pela Vida e em Defesa do SUS em 2006 e o Decreto nº 7.508 em 2011. Todos estes diplomas legais e infralegais impactaram a gestão do SUS nas três esferas de governo (BRASIL, 2015).

As normas mais abundantes do SUS, via de regra, são editadas por portarias do Ministério da Saúde, cujo conteúdo resulta da pactuação com o Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde - CONASS e o CONASEMS por meio de consensos construídos nas reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão Intergestores Tripartite - CIT. Essa comissão é composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, do CONASS e do CONASEMS, de acordo com a NOB-1993. Sua discussão também passa, em nível estadual pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que é constituída paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, indicados pelo COSEMS, ou órgão similar, incluindo obrigatoriamente o secretário de saúde da capital.

A partir de 2006, com o Pacto de Gestão, além das CIB e CIT legitimadas enquanto fóruns permanentes de articulação dos gestores foi criado o Colegiado de Gestão Regional - CGR, um espaço de decisão que visa identificar e definir prioridades além de pactuar soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva (BRASIL, 2015).

No Ceará, a prática da gestão colegiada regional foi sistematizada a partir da edição das NOAS, que traziam uma forte indução da política de regionalização. Portanto, idealizando as regiões de saúde, enquanto espaços adequados de governança e gestão colegiada. Para tanto, fez-se uso da concepção geopopulacional dos territórios, desenhando as Macrorregiões de Saúde – Cariri, Fortaleza e Sobral – com detalhamento de regiões de saúde, atualmente 22 (CEARÁ, 2011). Mais recentemente, tem sido trabalhada a implantação de duas novas Macrorregiões de Saúde, as Macrorregiões do Sertão Central e da Região Jaguaribana/Litoral Leste.

Essa nova realidade focou as práticas de atenção, gestão e formulação de políticas públicas e de controle social no setor saúde por meio dos Colegiados de Gestão Regional e da CIB-CE, ambos dialogando com CIT em nível nacional.

Não obstante a gestão colegiada no Brasil esteja entranhada na criação e implantação do SUS, percorreu-se um longo caminho de normatização infralegal em face do regramento das Comissões Bipartite e Tripartite ter se dado por edição de sucessivas portarias. Em 2011, com a Lei Federal nº 12.466, essas instâncias colegiadas foram legitimadas e houve o reconhecimento das entidades representativas dos estados e municípios para tratar matérias referentes à saúde.

A liderança dos gestores municipais da saúde é regida pelos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde. Assim reza o artigo 2º do estatuto do COSEMS/CE quanto a sua finalidade:

(...) Fortalecer a autonomia dos municípios; congregar os gestores municipais de saúde, funcionando como órgão permanente de intercâmbio de experiências e informações para os seus membros; participar na formulação de políticas de saúde em nível estadual e nacional; atuar de todas as formas para a melhoria das condições de saúde da população cearense (COSEMS/CE, 2012, p. 1).

Desse modo, a partir de 2011, com a promulgação da Lei nº 12.466, as instâncias de gestão colegiada passaram a integrar formalmente o arcabouço jurídico do SUS, saindo, portanto, da perspectiva normativa infralegal. Inseridos neste contexto, os municípios cearenses viveram mudanças profundas na organização dos sistemas locais de saúde para assumir de modo efetivo nos seus territórios o princípio do Comando Único do SUS em cada esfera de governo, nos termos do Art. 198, inciso I, parágrafo único e inciso III da Constituição Federal. Tendo na estratégia de saúde da família o principal mecanismo de organização da atenção primária de saúde e do acesso dos usuários aos serviços prestados.

COSEMS/CE E REPRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL DA GESTÃO MUNICIPAL

A contextualização micro histórica da representação colegiada revela que uma de suas características é a excessiva rotatividade dos gestores. É raro uma diretoria executiva do COSEMS/CE ou a composição inicial da CIB-CE concluir o mandato

de dois anos com os mesmos membros. Denota-se, portanto, a grande alternância de funções e representações. Tavares (2015), relata sobre a criação do COSEMS/CE:

O dia era 27 de maio, o local, inspirador, Colégio Marista de Aracati-CE, onde a história se fazia, com realização da 1ª Conferência Estadual de Saúde do Estado do Ceará, cuja temática estava centrada na Municipalização da Saúde. O ano era 1989;

O protagonismo pulsante tinha a regência dos secretários de saúde Aberlado Cavalcante Porto (Aracati), Luis Odorico Monteiro (Icapui), Antônio Augusto Matos Pires (Aquiraz) e Marcos Queiroz (Beberibe): Nascia ali o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (CONESMS), vinculado ao C.N.S.M.S (hoje CONASEMS), instância colegiada representativa dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Ceará, hoje Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará – COSEMSCE.

A primeira da Diretoria, eleita, era assim constituída: Presidente: Antônio Carlile Holanda Lavor; 1º Vice-Presidente: Aberlado Cavalcante Porto; Secretário-Geral: Luís Odorico Monteiro de Andrade; Secretário de Articulação Interinstitucional: Durval de Andrade Filho. Uma vez eleitos cada um expressou de modo breve um pro-

nunciamento. Assim narrou Sônia Maria de Souza Frota, secretária que lavrou a Ata de Fundação do COSEMSCE.

Desde então, passado meio século, o COSEMS/CE acumulou uma trajetória de construção, fortalecimento, defesa e exercício democrático da implantação do Sistema Único de Saúde no Ceará. Vários foram os enfrentamentos, muitas as dificuldades e limitações, porém o que se tornou marca registrada foi a capacidade aguerrida de congregar os interesses do poder local, dos territórios, dos municípios na agenda da estruturação da saúde pública, e de fazer valer o princípio do Comando Único do SUS em cada esfera de governo (TAVARES, 2015).

O COSEMS/CE aliado ao colegiado nacional, o CONASEMS, transformou-se em uma importante arena de discussão e construção da gestão colegiada do SUS no Ceará, sendo cenário de importantes lideranças sanitárias locais, de alcance nacional e internacional.

O principal canal de comunicação mantido pelo COSEMS/CE é a Revista Sustentação, sob registro ISSN de nº 16764218. Periódico concebido para ser editado quadrimestral ou semestralmente com o propósito de contribuir para o fortalecimento da gestão colegiada do SUS, orientar os gestores e publicar opiniões e experiências exitosas das vivências municipais. A primeira edição foi publicada em 1999, na gestão do presidente Moacir Soares, alcançando, em janeiro de 2017, a 40ª

edição. A tiragem varia de 1.000 a 3.500 exemplares, que estão disponíveis na versão web a partir da edição de nº 20, editada em novembro de 2007, podendo ser acessadas no site institucional.

GESTÃO COLEGIADA NO CEARÁ: A EXPERIÊNCIA DO COAP

Em 2006, o Pacto pela Saúde ratificou tanto a CIT quanto a CIB como colegiados de negociação e articulação do poder local e nos diferentes níveis da gestão do sistema, como processo de organização das Regiões de Saúde, sendo constituídos os Colegiados de Gestão Regionais, acumulando expertise em planejamento regional, programação pactuada integrada da atenção à saúde, processo regulatório, controle social, e apoio ao planejamento local (BRASIL, 2015).

Em 2011, o Decreto nº 7.508 definiu que as Comissões Intergestores deveriam pactuar a organização e o funcionamento das ações e dos serviços de saúde integrados em Redes de Atenção à Saúde, que são:

(...) 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. As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores. São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- I – de atenção primária;
- II – de atenção de urgência e emergência;
- III – de atenção psicossocial; e
- IV – especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011).

Ainda nos termos do Decreto nº 7.508, o conceito da Região de Saúde é um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Em meados de 2012, o COAP foi simbolicamente assinado pelos estados do Ceará e do Mato Grosso do Sul. Contudo, até dezembro 2016, apenas estes dois estados haviam assinado esse dispositivo. Alguns outros estados iniciaram o processo político-administrativo para assinatura do contrato, mas não concluíram.

Em novembro de 2015, em reunião de diretoria do CO- NASEMS, representação do COSEMS/CE alertou para o fato de que o terceiro Termo Aditivo do COAP do Ceará estaria com prazo de vigência para expirar no final de dezembro do mesmo ano. Tal fato foi pauta da reunião ordinária da Tripartite daquele mês, sendo deflagrada uma força tarefa de elaboração e coleta de assinatura do que seria o terceiro termo aditivo. Tanto o Ceará quanto o Mato Grosso do Sul cumpriram essa tarefa. Com as turbulências de ordem política instaladas no país, hou-

ve, no curso de 2016, a mudança de ministro da saúde por três vezes, atrasando a assinatura do COAP para junho 2016.

No final de 2016, a situação se repetiu. Nenhuma unidade da federação sinalizou intenção de assinar o COAP, foi convocada reunião extraordinária da CIB-CE no dia 2 de dezembro de 2016 para posicionamento quanto a não mais assinar o que seria o quarto termo aditivo. Essa posição foi tomada pelos integrantes do colegiado com objetivos de provocar o Ministério da Saúde através da Tripartite a adotar a mesma régua e medida para todo o território nacional. Isto por entendimentos de que seria mais possível que apenas dois estados assinassem o COAP, enquanto as outras 25 unidades da federação não o fizeram. Os integrantes do colegiado destacaram em suas discussões que os dois estados que aderiram ao COAP não obtiveram nenhum benefício adicional em relação aos que não aderiram quanto às relações com Governo Federal.

Com essa postura, a gestão municipal e estadual do SUS no Ceará e Mato Grosso do Sul, passaram a ser regidas pelo conjunto de normas inscritas na Resolução nº 3 da CIT, à semelhança de todos os demais estados. Esses avanços e retrocessos na implantação do COAP refletem os desafios em avançar com a implantação de dispositivos para efetivação da gestão colegiada no SUS.

REFERÊNCIAS

AMARAL, M.I.V. **Formação em Saúde Coletiva: Demandas da Realidade do Ceará na Perspectiva dos Gestores e Profissionais do SUS.** Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. UFC. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Ed.). **A Gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2015. 133 p.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Decreto nº 7.508.** Brasília, DF: Casa Civil, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 25 jun. 2016.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Casa Civil, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 25 jun. 2016.

CEARÁ. **Plano Estadual de Saúde 2011-2015.** Fortaleza/CE, 2011.

COSEMS/CE. **Estatuto do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará–COSEMS/CE.** Disponível em <<http://www.cosemsce.org.br/v2/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Estatuto-atual.pdf>> Acesso em 30 de junho de 2017.

NOBRE, Leni Lúcia Leal. **Análise dos julgamentos do Tribunal de Contas dos municípios do Estado do Ceará:** um olhar sobre a prestação de Contas dos Sistemas Municipais de Saúde. 2010. 132 f. Tese (Doutorado) - Curso de Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

TAVARES, Josete Malheiros. **Salve a maioria!** Viva os 26 anos do COSEMS do Ceará. 2015. Disponível em: <<http://www.cosemsce.org.br/v2/salve-a-maioridade-viva-os-26-anos-do-cosems-do-ceara/>>. Acesso em: 30 de junho de 2016.

CAPÍTULO 18

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM HOSPITAL TERCIÁRIO: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM MAPEAMENTO DE INDICADORES DA FARMÁCIA SATÉLITE HOSPITALAR

MARIA LUDIMILA ARRUDA FROTA ROCHA

LUILMA ALBUQUERQUE GURGEL

CYBELLE FAÇANHA BARRETO MEDEIROS LINARD

INTRODUÇÃO

As instituições de saúde se caracterizam como organizações de prestadoras de serviços ou empresas, no qual o resultado final do processo não se traduz em um produto, mas sim em um serviço que é a assistência à saúde de indivíduos, portanto é de extrema importância que as instituições tenham os recursos materiais e que estes sejam adequadamente administrados.

De acordo com Duddy (2004), os hospitais, especialmente os hospitais públicos, estão sob crescente pressão para o fornecimento de um serviço de alto nível. Os preços altos dos seguros privados de saúde, a ênfase nos planos empresariais em vez de individuais, e a crescente onda de trabalhos informais sem carteira de trabalho assinada têm levado maior número de pessoas

a procurar atendimento no setor público. A falta já conhecida de recursos financeiros e materiais do setor saúde tem trazido à tona a importância do melhor planejamento da cadeia de suprimentos e logística hospitalar na redução de custos, a fim de oferecer serviços de qualidade e atender à demanda crescente.

A administração de materiais na área da saúde é mais complexa que em outros setores econômicos. Esta complexidade na administração de materiais ocorre pelos seguintes fatores: (a) própria característica dos materiais utilizados nas organizações de saúde, como o exíguo prazo de validade, que requerem condições especiais de armazenagem 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).

O aumento crescente da oferta de novos materiais e tecnologias em um cenário de restrição orçamentária e de grande pressão de forças de mercado vem impondo grandes desafios ao abastecimento, tanto no âmbito interno das organizações de saúde quanto no dos sistemas nacionais de saúde. Portanto, a incorporação de novos materiais e tecnologias precisava ser objeto de uma política clara de teste e validação pelo corpo clínico e gerencial, tornando importante propor, ao longo do tempo,

a criação de protocolos para validar os materiais incorporados (INFANTE; SANTOS, 2007).

A padronização de medicamentos deve atender aos critérios propostos pelo Ministério da Saúde do Brasil e os produtos padronizados constituem os estoques das farmácias das unidades hospitalares. Portela (2001) enfatiza a importância da observação das peculiaridades de cada hospital no processo de padronização, porque cada unidade de saúde é um caso particular, com suas equipes e perfis. A padronização de medicamentos tem como objetivos primários: a redução dos custos de aquisição, a facilitação dos processos de compras, o estabelecimento de maiores interações com os fornecedores, a redução dos custos de produção, a diminuição dos custos de manutenção dos produtos em estoques e a facilitação dos procedimentos de armazenagem/manuseio dos medicamentos, propiciando vantagens à instituição hospitalar como um todo (BARBIERI e MACHLINE, 2006).

Nas instituições de saúde é imprescindível a formação de uma comissão de padronização de medicamentos e materiais médicos que pode ser considerada como uma das formas de redução de custo e de um estoque enxuto, pois, possibilita a compra de materiais avaliados e aprovados por esta comissão de multiprofissionais que atuam em diversas áreas do hospital.

Os membros dessa comissão devem reunir-se periodicamente para discutir e resolver os problemas que envolvam a qualidade dos materiais médicos utilizados, as possíveis substituições e os testes de novos produtos (FERRACINI; BORGES FILHO, 2005); a interação com as unidades envolvidas, como

a administração, corpo clínico, enfermagem, unidade de suprimentos e compras, almoxarifado, comissão de ética e a qualidade, é fundamental.

Os produtos médico-hospitalares consomem grande parte dos recursos dos hospitais (MONTON; CHAROENCHAI; SUKSAEREE, 2014; PASCHOAL; CASTILHO, 2010) representando, geralmente, mais de 40% do orçamento do hospital (NABELSI; GAGNON, 2016). De acordo com Gonçalves et al. (2006), a gestão de estoque é um fator crítico, tendo em vista que estes materiais podem representar, financeiramente, até 75% do consumo em um hospital geral. Dessa forma, a gestão logística – especialmente a gestão de estoques –, pode contribuir para o desempenho do hospital (RAIMUNDO; DIAS; GUERRA, 2015; SERROU; ABOUABDELLAH, 2016).

A gestão de estoque constitui um conjunto de ações sequenciadas que possibilitam ao gestor identificar se os estoques estão sendo utilizados, manuseados e controlados adequadamente (PEREIRA, 2008). Os estoques se caracterizam como recursos ociosos que possuem valor econômico e representam um investimento destinado à melhoria das atividades de produção e ao atendimento aos clientes (SLACK, 2002). Para Medeiros et al. (2009), a importância dos estoques na área da saúde não deve ser avaliada somente por seu valor monetário, mas também pela importância dos serviços que dependem de seu suporte.

Os modelos de previsão de demanda para gestão hospitalar são foco do estudo de Bose (2006), Mayer (2010), Meaulo e Pensutti (2011), Rios, Figueiredo e Araújo (2012). O método mais utilizado em unidades hospitalares é a média móvel

aritmética, que consiste em uma previsão de demanda futura pela média aritmética da demanda já ocorrida – histórica – de um número constante de pedidos de uma série temporal (PEREIRA, 2008).

De acordo com Meaulo e Pensutti (2011) e Pereira (2008), pode-se adotar a classificação ABC, para gerenciar o estoque de material médico hospitalar. Na classe A, são incluídos, de maneira geral, 20% da quantidade de materiais que correspondem a 80% do valor financeiro do estoque; a classe B abrange de 20% a 30% da quantidade de materiais que correspondem a 15% do valor financeiro do estoque; e a classe C abrange de 30% a 60% da quantidade de materiais que correspondem a 5% do valor financeiro do estoque (CHING, 2010).

A farmácia hospitalar é a unidade clínica de assistência técnica e administrativa, dirigida por farmacêutico e integrada, funcional e hierarquicamente, às atividades hospitalares (BRASIL, 1997). A finalidade da farmácia hospitalar é garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, através do uso seguro e racional de medicamentos e correlatos, adequando sua aplicação à saúde individual e coletiva (CAVALLINI; BISSON 2002).

Barbieri e Machline (2006) sinalizam que a importância dos estoques na saúde é dimensionada não somente pelo seu valor monetário, mas pela essencialidade à prestação de serviços a que dão suporte; logo, nesses estoques, não deve haver excessos de medicamentos – o que implica alto custo –, nem a falta deles ou *stockout* – com a possibilidade de ocasionar até o óbito de pacientes (PORTELLA, 2001).

Na visão de Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005), a questão consiste em manter o estoque disponível na mesma proporção da demanda, objetivando a redução de custos, já que todo e qualquer armazenamento de materiais gera custos (AROZO, 2004).

Segundo Medeiros et al. (2009), a logística hospitalar é utilizada como ferramenta de gestão no sentido de assegurar que os recursos estejam disponíveis para o tratamento dos pacientes, portanto faz-se necessário um eficiente controle do planejamento das atividades de compras, armazenagem, gerenciamento de materiais em estoque e o controle da distribuição desses materiais destinados ao uso em atividades hospitalares. Por consequência, um bom sistema de gerenciamento dessas atividades deve procurar minimizar os elevados custos com a manutenção desses estoques.

O gestor hospitalar deverá estabelecer um plano de gerenciamento de medicamentos e materiais médico-hospitalares para que possa garantir o estoque dos produtos e um maior controle destes evitando excesso, falta e perdas por má estocagem e por falta de atenção e controle da validade dos itens. Portanto, faz-se necessário a construção e validação de um instrumento de gerenciamento de uma farmácia satélite hospitalar.

Para a construção do instrumento de gerenciamento faz-se necessário investigar os processos de trabalho existentes em cada etapa da logística hospitalar interna através da pesquisa documental, assim como, identificar os problemas existentes na farmácia satélite hospitalar, através de entrevistas com os gestores farmacêuticos e gestores assistenciais e questionários com os auxiliares de farmácia do setor específico, além da realização da

revisão integrativa fazendo a busca na base de dados de acordo com os descritores de saúde.

O instrumento de gerenciamento elaborado terá seu conteúdo validado por meio da apreciação de comitê composto por juízes especialistas e técnicos com saberes específicos sobre a temática e pelo público-alvo da instituição, especificamente os gestores assistenciais, gestores da assistência farmacêutica e os auxiliares de farmácia.

Para Bittencourt et al. (2011), a validação é um fator fundamental na escolha e/ou aplicação de um instrumento de medida e é mensurada pela extensão ou grau em que o dado representa o conceito que o instrumento se propõe a medir.

A validação é uma etapa fundamental ao processo de elaboração de instrumentos. Dentre os tipos de validação, optou-se pela validação de conteúdo que se relaciona ao grau em que os itens selecionados para verificação são relevantes e representativos do conteúdo, ou do domínio do construto sob análise, a preocupação desta etapa de validade é que os itens sejam uma amostra significativa, não redundante e não viciada nas diversas facetas de um construto (COSTA, 2011).

Para a seleção dos especialistas será realizada uma busca nos bancos de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a fim de localizar possíveis especialistas na área assistencial e administrativa. No que se refere ao número de juízes que devem participar do processo de validação, será adotado os critérios propostos por Pasquali (2003), ou seja, um quantitativo que varia entre 06 e 20 sujeitos. Assim, optou-se por 11 juízes. Ressalta-se a necessidade

de uma quantidade ímpar de juízes, a fim de evitar empate de opiniões (VIANNA, 1982).

Como critério para a seleção dos especialistas será adotado o sistema de classificação de *experts* criado por Joventino (2010), conforme o Quadro 1 a seguir. De acordo com esse sistema de classificação, os especialistas devem obter a pontuação mínima de cinco pontos para serem incluídos como sujeitos.

Quadro 1- Sistema de classificação dos *experts*.

Critérios de classificação de <i>experts</i>	Pontuação
Ser doutor	4p
Possuir tese na área de interesse do construto*	2p
Ser mestre	3p
Possuir dissertação na área de interesse do construto*	2p
Possuir artigo publicado em periódico indexado sobre a área de interesse do construto*	1p
Possuir experiência profissional (clínica, ensino e pesquisa) recente, de no mínimo, 5 anos na temática de interesse do construto*	2p
Ser especialista em área relacionada ao construto de interesse*	2p

Fonte: Joventino (2010).

* Área de interesse do construto: logística hospitalar relacionada à assistência farmacêutica

Aos juízes que preencherem os critérios de elegibilidade, será encaminhada uma carta-convite via e-mail, explicando os objetivos da pesquisa, a metodologia e a função do especialista nesta pesquisa. Após a aceitação, será disponibilizado o termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Especialistas, via e-mail e o link dos instrumentos de coleta de dados e as instruções de como preenchê-los.

Primeiramente, serão desenvolvidos dois formulários em formato on-line, utilizando a ferramenta web Google Docs, que permite a criação de formulários com uma interface vinculada a um arquivo XLS, que gera um banco de dados no Excel à medida que os instrumentos são respondidos pelos juízes.

O primeiro formulário será o instrumento de caracterização dos sujeitos compondo variáveis sociodemográficas e acadêmicas, além das variáveis dos critérios adotados do modelo de Joventino (2010). O segundo formulário será o instrumento de validação de conteúdo para o gerenciamento da farmácia satélite do setor da emergência.

Em síntese, o instrumento elaborado deverá ser enviado para a avaliação da validade de conteúdo, que permitirá a avaliação em três estágios: 1) cada item individualmente, 2) do conjunto de itens de cada área de conteúdo, e 3) todos os itens do instrumento. Para a avaliação isolada dos itens, deverá ser julgada a consistência em relação às definições conceituais; a representatividade/relevância em relação ao domínio de interesse; a relevância para as interpretações clínicas que poderão ser feitas com base na sua medida; e a clareza e a possibilidade de compreensão da sua redação. Enquanto que para a avaliação de cada área de conteúdo e do instrumento como um todo, julgar-se-á se o conjunto de itens será suficiente para representar o conteúdo total.

Para realizar essas avaliações, será utilizada a escala de Likert. Segundo Costa (2011), para a aplicação desta escala os itens são selecionados e para cada um destes é desenvolvida uma afirmação sobre a qual o respondente deve expressar seu grau de

concordância que varia entre a discordância total e a concordância total.

Para determinar o nível de concordância entre os especialistas de forma quantitativa, será calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada um dos itens, para o conjunto de itens de cada área de conteúdo e para o conjunto total de itens do instrumento.

O IVC compreende um método muito utilizado na área da saúde que mede a proporção ou a porcentagem de especialistas que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). O IVC mostra o índice de relevância e representatividade do instrumento total, avaliando cada item individualmente e, depois, o instrumento como um todo. O cálculo pode ser feito através de uma escala do tipo Likert com opções: 1 = item não representativo; 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo; 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo; 4 = item representativo (LYNN, 1986). A fórmula que será utilizada para calcular o IVC de cada item é:

IVC = Número de resposta “3” ou “4” / Número total de respostas

Portanto, os itens julgados como válidos devem receber pontuação igual a “3” ou “4”, e os que receberem “1” ou “2” devem ser revisados ou eliminados (ALEXANDRE; COLLUCI, 2011).

O instrumento, depois de validado pelos juízes e pelo público-alvo, deverá ser utilizado para o gerenciamento de uma farmácia satélite hospitalar dando suporte aos gestores da as-

sistência farmacêutica e para a direção do hospital, pois através de seus indicadores de desempenho alinhados aos indicadores estratégicos da instituição proporcionará uma melhor avaliação de custos e avaliação do processo de trabalho da logística hospitalar interna para a obtenção do controle de estoque na unidade hospitalar sem comprometer a qualidade dos produtos e do atendimento.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

AROZO, R. **Monitoramento de desempenho na gestão de estoque**. Centro de Estudos em Logística - CEL - COPPEAD - UFRJ, Rio de Janeiro-RJ, 2002. Disponível em: <<http://www.cel.coppead.ufrj.br>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BARBIERI, J.C.; MACHLINE, C. **Logística hospitalar: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2009. p. 325.

BITTENCOURT, H.R. et al. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. **Estudos em Avaliação Educacional**. v. 22, n. 48, p. 91- 114, 2011.

BRASIL. Resolução nº 300/97, de 30 de janeiro de 1997. Conselho Federal de Farmácia. Regulamenta o exercício profissional em farmácia de unidade hospitalar, clínicas e casas de saúde de natureza pública ou privada e revoga a. Resolução nº 208/90. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília-DF, 18 fev. 1997. p. 1.

CAVALLINI, M.E.; BISSON, M.P. **Farmácia hospitalar: um enfoque em sistemas de saúde**. Barueri: Manole, 2002.

CHING, I.H. **Administração de materiais na cadeia de logística integrada:** Supply Chain.4. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

COLUCI, M.Z.O.; ALEXANDRE, N.M.C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.

COSTA, F.J. Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações em administração. Rio de Janeiro: **Ciência Moderna**. 2011.

DUDDY, S. **Better healthcare through leaner logistics**. Supply Chain Standard. June, 2004. Disponível em: <<http://www.supplychainstandard.com/liChannelID/24/Articles/634/>> Acesso em: 11 dez. 2015.

FERRACINI, F.T.; BORGES FILHO, W.M. **Prática farmacêutica no ambiente hospitalar:** do planejamento à realização. São Paulo: Atheneu, 2005.

FITZSIMMONS, J.A.; FITZSIMMONS, M.J. **Administração de serviços:** operações, estratégia e tecnologia da informação. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

GONÇALVES, A.A.; NOVAES, M.L.O.; SIMONETTI, V.M.M. Otimização de farmácias hospitalares: eficácia da utilização de indicadores para gestão de estoque. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 26. 2006, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: ABEPRO, 2006. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR450302_7149.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2016.

INFANTE, M; SANTOS, M.A.B. A organização do abastecimento do hospital público a partir da cadeia produtiva: uma abordagem logística para a área da saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. v. 12, n. 4, p. 945-953, 2007.

JOVENTINO, E. S. **Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção de diarreia infantil**. 2010. 242 f. Dissertação (Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação

em Enfermagem, Fortaleza, 2010. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufec/1796>>. Acesso em: 1 out. 2016.

MEAULO, M.P., PENSUTTI, M. Analisando a utilização de ferramentas de gestão de materiais em ambientes hospitalares públicos e filantrópicos no município de Santa Bárbara D'Oeste. In: CONVIBRA ADMINISTRAÇÃO – CONGRESSO VIRTUAL BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO, 8., 2011, s/l. **Anais...** S/l, 2011.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes, 2003.

PEREIRA, Moacir. **Logística hospitalar**. São Paulo: Moinho, 2008.

PORTELLA, A. **Padronização e custos**: uma questão de logística hospitalar. [2001]. Disponível em: <<http://www.guiadelogistica.com.br>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

RAIMUNDO, E.A.; DIAS, C.N.; GUERRA, M. Logística de medicamentos e materiais em um hospital público do Distrito Federal. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 12, n. 2, p. 61-69, 2015.

SERROU, D., ABOUABDELLAH, A. Logistics in the hospital: methodology for measuring performance. **ARNP Journal of Engineering and Applied Sciences**, v. 11, n. 5, p. 2950- 2956, 2016.

VIANNA H. M. **Testes em educação**. São Paulo: IBRASA, 1982.

CAPÍTULO 19

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA HOSPITALAR: CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA EM EAD

ROSEMEIRE SOUZA GOMES

CYBELLE FAÇANHA BARRETO MEDEIROS LINARD

MARIA SALETE BESSA JORGE

INTRODUÇÃO

A Assistência Farmacêutica tem cada vez mais se consolidado e ampliado suas ações ao longo dos anos no apoio aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), seja na atenção primária, secundária ou terciária, e, portanto necessita de um olhar diferenciado da Gestão, não só pela complexidade das ações que compreendem o ciclo da assistência farmacêutica (seleção, programação, aquisição, recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação); como também pelo volume financeiro envolvido nesse processo que cada vez mais precisa que seja seguro, resolutivo e com qualidade.

A incorporação da assistência farmacêutica no campo de atuação do SUS se deu com a Lei 8.080/90, contudo foi a PNM que previu a reorientação do modelo de Assistência Far-

macêutica (AF) vigente no país e traz de forma explícita “o caráter sistêmico e multidisciplinar da Assistência Farmacêutica” (BRASIL, 2011).

A partir de então, é imperiosa a necessidade de investimento no desenvolvimento de recursos humanos para as atividades no âmbito da Assistência Farmacêutica e a PNAF é um eixo estratégico na busca da promoção, do desenvolvimento, da valorização, da formação, da fixação e da capacitação de recursos humanos para essa área (BRASIL, 2004).

Nos anos 90, houve importantes conflitos entre os técnicos, o comércio varejista e os farmacêuticos, esses conflitos giravam em torno da obtenção de registro nos órgãos da classe farmacêutica e da tentativa de substituição do farmacêutico nas drogarias pelos técnicos, gerando muitas ações judiciais em vários estados, com ganho para a categoria dos farmacêuticos.

O técnico em farmácia teve sua inscrição vedada nos conselhos de classe até os dias de hoje (CFF, Res. 464/2007). Apesar de serem encontradas suas atividades descritas nas diversas áreas de sua atuação, não existe a regulamentação dessa profissão e a inexistência de uma legislação farmacêutica das atribuições dos auxiliares de farmácia ou técnico de farmácia e, como também, o não reconhecimento do curso de auxiliar e/ou técnico pelo Conselho Federal de Farmácia (PIMENTEL, 2010).

A falta dessa regulamentação do exercício profissional e os conflitos no setor farmacêutico para o reconhecimento desses trabalhadores como potenciais técnicos de nível médio para a área que se constituíram fator importante que tem levado ao

longo dos anos a desqualificação desse profissional, falta de reconhecimento de sua importância dentro desse serviço e um desinteresse pelas instituições formadoras de criarem cursos técnicos que contribuam para sua formação e, conseqüentemente, a introdução desse trabalhador nos diversos serviços de farmácia, tais como: atenção primária, hospitalar, unidades de urgência e emergências, farmácia comercial, distribuidoras, farmácias de manipulação, dentre outros e, assim, permanecem desqualificados e sem uma formação mínima obrigatória que alicersem o desenvolvimento de suas rotinas diárias.

Esse colaborador é um trabalhador de nível médio que assessoria o farmacêutico no exercício de suas atividades, colaborando com a qualidade da assistência farmacêutica prestada ao paciente e à comunidade. Ele também pode colaborar na logística dos insumos gerenciados por esse serviço e, desse modo, sob a orientação do profissional farmacêutico pode atuar igualmente em farmácias comunitárias, de manipulação, drogarias, indústrias farmacêuticas e distribuidoras de medicamentos, insumos e correlatos, além de serviços de farmácia dos estabelecimentos de saúde nas esferas pública ou privada (CBO/MTE, 2002; ETSUS/SP, 2007; CNCT/MEC, 2008).

Os gestores desses serviços precisam estar atentos a essas necessidades, uma vez que o recurso humano é o maior patrimônio de uma instituição e, portanto, necessitam de investimento na formação, treinamentos e capacitações que sejam voltadas para suas realidades e necessidades no seu dia a dia e, dessa forma, estarem permanentemente qualificados para atuar nas mais diversas áreas que abrangem a assistência farmacêutica.

Os estudos têm mostrado a importância do processo educativo na formação e capacitação dos trabalhadores e a educação na saúde é um agente de mudança e transformação de realidades, incentivando e oportunizando a formação e a capacitação nesse setor, pois articulam novas práticas pedagógicas e gerenciais, com as demandas e as exigências voltadas às necessidades do mundo do trabalho (TOMÉ, 2014).

Cada vez mais novas estratégias educativas têm sido desenvolvidas, buscando preencher as lacunas do conhecimento, voltadas às realidades práticas e fomentando a criatividade dos alunos, em que estes se apropriam de suas experiências de vida, através da troca de conhecimento e experiências, propiciando de forma ativa a transformação consciente de sua prática. A concepção do trabalho como princípio educativo é a base para a organização e desenvolvimento curricular em seus objetivos conteúdos e métodos (TOMÉ, 2014).

A educação à distância tem se mostrado uma estratégia importante na expansão da educação profissional técnica de nível médio no Brasil, e pode ser utilizada como uma estratégia na busca de soluções que preencham a grande lacuna na capacitação desses profissionais que atuam na saúde e, em especial, nos serviços de Assistência Farmacêutica; serviços estes cada vez mais complexos e que exigem de seus profissionais resolutividade e conhecimento técnico de qualidade para que possa exercer suas atividades com segurança, eficiência e sem prejuízo ao paciente.

A EaD no Brasil foi legalizada pela LDB - Lei e Diretrizes e Bases da Educação, promulgada em 1996 e regulamentada

por vários Decretos, Portarias, Resoluções e Pareceres publicados. Desde então, surge como uma ferramenta que se propõe a facilitar a construção de um saber mediado pelo uso de suas tecnologias digitais e que propiciam uma contínua transformação. Dessa forma, paradigmas educacionais estão se transformando e sendo reconstruídos numa nova visão, num novo ambiente cognitivo que está se estruturando dentro e fora da sala de aula (SILVA, NETA e ROCHA, 2014).

Acreditamos que a utilização da ferramenta EaD, somada às aulas presenciais, poderá ser uma estratégia para minimizar essas dificuldades e favorecer a capacitação desse trabalhador; além de outras estratégias que podem vir a ser negociadas com os gestores, como a realização do curso em horário do trabalho. Sabemos que a realidade desse trabalhador é a mesma em todos os serviços de farmácia hospitalar em que estão inseridos em nosso estado, serviços estes com maior complexidade em seus processos de trabalho e que requer maior capacitação desse trabalhador para exercer suas atividades com maior segurança e menor risco ao paciente.

OBJETIVOS

Geral

- Desenvolver um modelo tecnológico de capacitação por Ensino à Distância (EaD) para Assistência Farmacêutica Hospitalar, e sua validação;

Específicos

- Descrever as competências e habilidades esperadas dos trabalhadores em saúde na assistência farmacêutica nos hospitais;
- Elaborar o componente de Gestão acadêmica para o modelo tecnológico proposto;
- Criar uma estrutura didática e de conteúdo específico do modelo proposto para a plataforma em EaD;
- Construir uma proposta pedagógica para o modelo tecnológico de capacitação em assistência farmacêutica hospitalar;
- Validar o conteúdo do modelo de capacitação proposto na assistência farmacêutica hospitalar.

METODOLOGIA

Neste capítulo será apresentado a base teórica da metodologia que será utilizada na pesquisa e como se dará os passos a serem percorridos; o cenário da pesquisa, a definição da amostragem, técnicas e instrumentos que serão utilizados, período da coleta dos dados, local da pesquisa, a construção da proposta pedagógica e sua validação interna.

TIPO DE ESTUDO

Será realizada uma pesquisa metodológica com validação interna de conteúdo. As abordagens serão feitas com trabalhadores de nível médio e gestores da farmácia que atuam em um hospital do SUS, gerido por uma Organização Social de direito

privado. A pesquisa envolverá diferentes fases, desde coleta de documentos, técnicas de coleta de informações, análise das falas das entrevistas e observação livre, bem como os instrumentos utilizados, que possibilitarão reunir e analisar conteúdos documentais, a subjetividade dos relatos e de observação de campo além das percepções dos sujeitos participantes da busca (BARDIN, 2011).

A pesquisa metodológica, com predominância qualitativa, irá permitir com o apoio dos aportes teóricos, observar fatos, coletar dados de realidade, interpretá-los em contexto, desenvolver análises e propor uma proposta pedagógica para capacitação de trabalhadores de nível médio na área da Assistência Farmacêutica Hospitalar.

O percurso metodológico que será desenvolvido para buscar atender aos objetivos propostos será construir uma rede de conhecimentos teóricos e vivenciais que darão subsídio para conhecer a lacuna existente de conhecimento necessário para o desenvolvimento das práticas diárias desses profissionais, sua interface com a equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, nutricionista) e, assim, ser possível elaborar uma proposta pedagógica baseada nessas necessidades de conhecimentos, buscando a prestação de uma assistência farmacêutica segura e de qualidade.

Nesta direção, Caregnato e Mutti (2006) manifestam a ideia de que na interpretação é importante lembrar que o analista é um intérprete, que faz uma leitura também discursiva influenciada pelo seu afeto, posição, crenças, experiências e vivências; portanto, a interpretação nunca será absoluta e única, pois também produzirá seu sentido.

CENÁRIO

O hospital que acontecerá a pesquisa está localizado em Fortaleza, é um hospital de atenção secundária dentro da rede pública de saúde, tendo sido o primeiro hospital público das regiões Norte e Nordeste a receber o título de acreditação hospitalar nível 02 pela Organização Nacional em 2005 e, atualmente, o único hospital público na capital com esse título. Trata-se de um hospital de apoio para a rede terciária de assistência do Estado do Ceará, atendendo exclusivamente à clientela do SUS. Oferece à população 336 leitos, distribuídos nas clínicas médicas, cirúrgica, pediátrica, Unidade de Cuidados Especiais, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, UTI neonatal, UTI pediátrica e berçário médio risco. Desenvolvem ainda programas de assistência ambulatorial e domiciliar, como também cuidados especiais e personalizados, com equipes multidisciplinares para pacientes portadores de enfermidades crônicas (como Pé diabético e Acidente Vascular Cerebral).

O serviço de Farmácia Hospitalar desse hospital é uma unidade de apoio à assistência e está estruturada com uma Gerência de Farmácia, sendo organizado com dois blocos, um logístico e de produção; e outro assistencial. A área logística e de produção é composta por uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), Central de Produção e Distribuição (CPD), Central de Saneantes/Degermantes, Central de Fracionamento, Central de Dispensação (CD), Farmácia Satélite no Centro Cirúrgico, na UTI Adulto, Centro de Terapia Intensiva Pediátrica e Clínica Pediátrica, locais estes onde está alocado um total de (58) auxiliares de farmácia, 02 (dois) Farmacêuticos hospita-

lares que atuam na CAF, sendo um deles o coordenador, 01 (um) Farmacêutico da Central de Dispensação (CD) além de um Coordenador Administrativo, que é responsável pela CPD e Farmácias Satélites. A área Assistencial é voltada para Farmácia Clínica e é composta pela equipe de Farmacêuticos Clínicos, atualmente compostos por 09 (nove) farmacêuticos, a equipe de Auxiliares de Farmácia trabalha como diarista e plantonista, como diarista tem carga horária de 12/08 ou 06 horas/dia de segunda a sexta, quando seis horas a carga horária é complementada aos finais de semana com plantões de 12h intercalando (sábados ou domingo), quando 12h seguem escala diurna ou noturna de plantão, intercalando 12/36h. O gerente e coordenadores são diaristas trabalhando 8h de segunda a sexta.

A escolha pelos trabalhadores de nível médio que exercem suas atividades na assistência farmacêutica hospitalar se deve pelo número de profissionais envolvidos nesse serviço, a complexidade das atividades por eles exercidas e a ausência de uma regularização legal do exercício de suas funções pelos órgãos competentes. Como consequência a não regulamentação dessa profissão, esta é exercida na informalidade, sem respaldo técnico a nível médio obrigatório para seu exercício nas unidades hospitalares do nosso estado, colaborando para um *déficit* importante de conhecimento e habilidades necessárias para o cumprimento de suas atividades com segurança.

Os Gestores de Farmácia das unidades hospitalares são os primeiros a perceberem essa lacuna de conhecimento desses trabalhadores, já no seu processo seletivo para admissão não é exigido nenhuma qualificação e/ou experiência, apenas que te-

nam o nível médio completo. Portanto, é após a admissão e no decorrer do cumprimento de suas rotinas que essa lacuna de conhecimento e habilidades é percebida e caberá ao gestor assumir esse ônus, o dever e a responsabilidade de capacitá-los em serviço para o cumprimento de suas atividades com o mínimo de segurança necessária.

PROCESSO DE AMOSTRAGEM

O processo de amostragem incluirá (1) definição da unidade amostral, (2) unidade de listagem do estudo proposto e (3) unidade de observação, no qual serão estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão dos pesquisados. Trata-se de uma amostra não probabilística. A unidade amostral será o hospital, a unidade de listagem a assistência farmacêutica e a unidade de amostragem o gerente da farmácia e coordenadores de área, além dos auxiliares de farmácia com mais de 90 (noventa) dias admitidos na instituição, ou seja, fora do contrato de experiência, uma vez que são todos contratados pela CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas).

AMOSTRAGEM CONCEITUAL

Será incluído na pesquisa o gerente da farmácia hospitalar dessa unidade, e os dois coordenadores de áreas do Serviço de Farmácia (Central de Abastecimento Farmacêutico, Central de Produção Distribuição/Farmácias Satélites), bem como 01(um) auxiliar de farmácia por turno de trabalho (manhã, tarde e serviço noturno), de todos os setores que compõem o serviço de

farmácia da unidade, a amostragem teórica intencional será de até 50 (cinquenta) entrevistados e/ou aprofundamento das questões pesquisadas.

Serão realizadas entrevistas semiestruturadas baseadas em perguntas objetivas e subjetivas com os gestores e auxiliares de farmácia nos diferentes setores e turnos em que trabalham. Como critério de inclusão será considerado aqueles que estão pelo menos a mais de três (03) meses no serviço, uma vez que sendo celetistas, só após três meses é que não estarão dentre os colaboradores em período de experiência e como critério de exclusão aqueles que não concluírem a pesquisa ou estiverem em período de férias, faltas ou licenças e que, portanto, não estarão disponíveis para a coleta das informações. Para inclusão desse hospital foi considerado o fato de ser o único hospital público da capital com certificação de qualidade pela Organização Nacional de Acreditação e do serviço de farmácia, por atender aos parâmetros da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH, 2007).

Deverá possuir:

- Central de Abastecimento Farmacêutico;
- Central de Produção e Distribuição e/ou possuir Central de Prescrição;
- Área de Manipulação: Central de Saneantes, Central de Fracionamento;
- Farmácia Satélite: no Centro Cirúrgico, na Unidade de Terapia Intensiva e na emergência;
- Realizar a dispensação para pacientes internos;
- Farmacovigilância.

Os parâmetros mínimos supracitados foram definidos com base nos padrões mínimos para Farmácias de Hospitais e Serviços de Saúde (2007), elaborado pela SBRAFH.

Além da entrevista, será realizada a observação livre dos auxiliares de Farmácia, seguindo os mesmos critérios e de forma que os participantes das entrevistas sejam diferentes dos participantes utilizados para a observação livre. As informações serão consolidadas e analisadas para que possam ser utilizadas como substrato para a elaboração da proposta pedagógica dessa pesquisa.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA OBTENÇÃO DAS FALAS NAS ENTREVISTAS, OBSERVAÇÃO LIVRE E DOCUMENTOS

A análise de conteúdo categorial temático como método de análise, será utilizada para organizar e interpretar o conteúdo dos discursos dos sujeitos, documentos e textos:

- a) A pré-análise, com incursões por meio de realização de leituras documentais e de textos em geral relacionados ao tema.
- b) Exploração do material: as informações serão analisadas, buscando-se a interpretação do sentido dos temas manifestados nos documentos oficiais e nos discursos dos sujeitos participantes da pesquisa.

Serão utilizadas nesta pesquisa documentos, entrevistas semiestruturadas e observação livre, conforme descrito nas fases abaixo:

1ª FASE DA COLETA DE DOCUMENTOS

Será buscado em sites de consulta pública de abrangência nacional, disponibilizados nos últimos (05)cinco anos, referentes ao conhecimento e habilidades requeridos para esse profissional nas seleções e concursos públicos que foram disponibilizadas através de editais e dispostas no conteúdo programático para auxiliares e/ou técnicos de Farmácia que desejarem atuar nos hospitais públicos brasileiros.

2ª FASE DE ENTREVISTA

As entrevistas serão semiestruturadas Kahn & Cannell (MINAYO, 2004) denominam “entrevista de pesquisa” como: “conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”. A entrevista semiestruturada se desenvolverá com base em um roteiro que servirá de orientação, garantindo a liberdade de expressão do entrevistado. O roteiro da entrevista terá como objetivo apreender a percepção dos participantes conforme objetivos da pesquisa. Como leciona Minayo (2004, p. 99), o roteiro tem a função de “orientar uma conversa com finalidade que é a entrevista, ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação”.

Quanto ao local de realização das entrevistas, serão diversos: com o gestor da unidade e coordenadores de área se darão em suas salas, conforme agendamento prévio; com os trabalhadores de nível médio serão entrevistados próximo ao setor de

trabalho, em um local reservado dessa maneira a resguardar o anonimato do(a)s entrevistado(a)s. Como o gestor e coordenadores da farmácia são 03(três) sujeitos, será usada uma numeração “1” no momento da apresentação do discurso e se seguirá as numerações subsequentes para cada fala. Quanto aos demais interlocutores, aplicar-se-á a mesma lógica de organização das falas: Gestor/Coordenador(a) da Farmácia e trabalhador(a) de nível médio de Farmácia, indicando as diferentes participações com numeração.

Para os entrevistados serão entregues o devido conhecimento formal e assinatura, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, que será assinado em duas vias, e ficaremos de posse de uma delas. As entrevistas serão gravadas com o consentimento dos sujeitos participantes, e após devidamente transcritas com vistas à análise documental.

Será adotado como ferramenta para organização dos dados da pesquisa, o software Qualitative Solutions research N-vivo (QSR), versão 2.0. Inicialmente, serão realizadas leituras sucessivas para atingir uma compreensão geral do sentido dos textos e, em seguida, cada transcrição de entrevista e nota de diário de campo será importada para o software em um arquivo no formato de rich text. Após esse passo, durante a leitura de cada arquivo, relacionam-se passagens dos textos a categorias que o pesquisador desenvolveu, baseado nos seus objetivos e na compreensão geral do texto (KELLE, 2012). Esse passo denomina-se de Codificação, e a cada categoria o software N-vivo denominado Node. Para o presente estudo, as passagens serão selecionadas a free nodes, ou seja, códigos livres ou não hierárquicos.

A lista resultante das passagens dos textos selecionados será agrupada em categorias mais abrangentes e exportada ao *software* Microsoft Word 2007 e, portanto, os dados podem ser interpretados pelo pesquisador com uma congruência de informações entre dados relacionados por unidade temática e o referencial teórico adotado.

3ª FASE DE OBSERVAÇÃO LIVRE

A observação vem se configurando como importante fonte de informações em pesquisas no campo da educação. Nesta pesquisa, a observação livre permitirá apreender novas leituras da realidade, na perspectiva de confrontar o discurso manifesto pelos sujeitos entrevistados e as práticas desenvolvidas em serviço. As observações serão registradas no decorrer dos acontecimentos de forma a evitar esquecimentos não fidedignos, qualquer comprometimento pelo fato de observação e registro ocorrerá concomitantemente em um diário de campo “considerado um amigo silencioso” em que se colocam percepções, angústias, questionamentos e informações. Desse modo, a observação será uma importante fonte de informação, deveras significativa para o alcance dos objetivos deste trabalho, representando uma oportunidade de analisar a relação e a coerência entre o discurso anunciado e sua prática diária (JACCOUD e MAYER, 2008).

3.3 PERÍODO DE COLETA DAS FALAS E DOCUMENTOS

A coleta das falas e observação livre, será realizada em duas etapas no período compreendido entre os meses de março e abril de 2017: primeiramente, serão realizadas as entre-

vistas semiestruturadas com roteiro previamente estabelecido, com os gestores/coordenadores e trabalhadores de nível médio, sendo estes durante os três turnos de trabalho: manhã, tarde e serviço noturno, e nos diferentes setores, proporcionalmente, e a segunda etapa será a observação livre em turnos distintos, considerando a organização do trabalho no âmbito hospitalar, escala dos trabalhadores, no período de até 03(três) horas por dia até que seja realizado o aprofundamento necessário das informações para pesquisa, sendo utilizado, também, um roteiro estruturado. A observação livre se dará no cotidiano dos trabalhadores de nível médio dos funcionários da farmácia, com vistas a identificar as atividades desenvolvidas por esses trabalhadores neste serviço. Os documentos, uma vez que possuem acesso livre na Internet, poderão ser coletados janeiro e fevereiro de 2017.

3.4 CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA PEDAGÓGICA

A construção da proposta pedagógica seguirá as fases abaixo descritas:

1ª FASE: ELABORAÇÃO DO CONTEÚDO DE GESTÃO ACADÊMICA

Será elaborado a partir da revisão integrativa da literatura dos últimos 05(cinco) anos, utilizando as bases Pubmed, Scielo e Lillacs, sendo esse o subsídio teórico utilizado na construção do conteúdo didático da estratégia de ensino. Depois de selecionadas as fontes, serão elaborados os conteúdos que irão

compor o objeto de ensino-aprendizagem para formação desse trabalhador.

Segundo Silveira e Galvão (2008), a construção da revisão integrativa deverá seguir as 06 (seis) fases:

1. Elaboração da pergunta norteadora;
2. Busca ou amostragem na literatura;
3. Coleta de dados;
4. Análise crítica dos estudos;
5. Discussão dos resultados;
6. Apresentação da revisão integrativa.

2ª FASE: CRIAÇÃO DE UMA ESTRUTURA DIDÁTICA E DE CONTEÚDO ESPECÍFICO

A elaboração do conteúdo programático terá como alicerce as lacunas de conhecimento evidenciadas na fase de análise de conteúdo, que foram obtidos por meio das entrevistas e observação direta, somados aos documentos coletados referentes às habilidades e aos conhecimentos requeridos nas seleções e concursos públicos. A partir de então, esse conteúdo será a fonte para elaboração das atividades que serão aplicadas ao longo do objeto de ensino-aprendizagem e estabelecidas os modelos de avaliação a serem aplicados durante o curso.

Assim, após a seleção do conteúdo e a aparência inicial do material didático, iniciaram-se os contatos com a equipe da Secretaria de Apoio às Tecnologias Educacionais (SATE) da UECE para confecção do objeto. O design instrucional do

curso será elaborado de forma que não reproduza apenas aulas convencionais, e sim utilizasse de sistema de acompanhamento do aluno on-line, que possa orientá-lo a um estudo mais independente e interativo.

Serão disponibilizadas atividades através de chats, fóruns e atividades de portfólios, bem como a utilização de ferramentas, como e-mail no próprio ambiente virtual, que oportunize a participação mais ativa do usuário.

3ª FASE: CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA PEDAGÓGICA PARA O MODELO TECNOLÓGICO PROPOSTO

Durante a composição de um curso devem ser priorizados os conteúdos a serem transmitidos, qualidade estética e qualidade tecnológica, tal como os aspectos pedagógicos, como definição de objetivos de ensino pautados no desenvolvimento de habilidades e competências ou na seleção de procedimentos de ensino que provoquem situações de aprendizagem significativa, reflexiva e crítica, como os preconizados pelos referenciais de qualidade para educação à distância (BRASILEIRO, 2014).

Dessa maneira, o curso será constituído em uma carga horária de 40 horas, dividido em 04 (quatro) módulos de 05h cada em EaD, somados a 20 (vinte) horas presenciais, sendo divididas em dois momentos, no início e no fim do curso. O curso deverá conter, além do material didático, atividades interativas (fóruns, chats e atividades de portfólio). Ao final de cada módulo será disponibilizado um teste avaliativo composto por 10 (dez) questões objetivas, e que ao final do curso, será realiza-

do uma média aritmética de todos os módulos que corresponderá a 80% da nota, somados à frequência das aulas presenciais (20%), compondo assim um sistema de avaliação final do aluno. Para efeito de certificação, o aluno deverá ter nota igual ou superior a 70% na média final.

O acompanhamento e avaliação do aluno será feito por tutor(es), proporcionalmente, à quantidade de aluno (1/20) que será responsável pelo acompanhamento, apoio, esclarecimento de dúvidas, estímulo e avaliação do aluno, construindo uma relação de confiança com ele, sendo um facilitador no processo de aprendizagem.

Assim, o objeto será encaminhado à Secretaria de Apoio às Tecnologias Educacionais/SATE na UECE para construção dos fluxogramas de apresentação, com seus respectivos desenhos da interface. Com a produção do objeto, se dará início ao processo de *virtualização*. Encontros presenciais e virtuais periódicos entre profissionais responsáveis pelo centro de produção e a autora serão necessários para aprovação do protótipo, revisões e posterior implantação.

O material será enviado para a virtualização no formato Word, com apresentação conforme modelo a ser proposto.

O curso será registrado e certificado pela UECE, como também estará disponível para ser realizado na instituição onde será realizada a pesquisa, uma vez que essa instituição já é certificado pelo MEC (Ministério da Educação e Cultura) como instituição de ensino e possui um Centro de Ensino e Pesquisa que é responsável por articular essas parcerias.

Validação Interna

À medida que a validade e a confiabilidade dos instrumentos são demonstradas, atesta-se sua qualidade, afasta-se a possibilidade de erros aleatórios e aumenta-se a credibilidade de sua utilização na prática (LOBIONDO-WOOD, 2011). Neste estudo realizar-se-á a validação de conteúdo e adequabilidade de uma plataforma em EaD, por meio da sua avaliação por juízes.

Para a validação de conteúdo os juízes selecionados serão especialistas na área e para sua seleção, segundo Pasquale (1997), deverá ser em um número de seis a vinte especialistas. Optou-se por trabalhar com 07 (sete) juízes, pois Vianna (1982) sugere que o número de especialistas seja ímpar para evitar o empate de opiniões. A amostra de cada um dos grupos de validação será definida por meio da amostragem de rede ou bola de neve. Assim, quando for identificado um sujeito que se enquadre nos critérios de elegibilidade necessários, foi-lhe solicitado que sugira outros possíveis participantes, tratando-se, portanto, de uma amostragem por conveniência (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Os juízes de conteúdo (profissionais de saúde) foram escolhidos conforme Joventino (2010) com algumas adaptações (Quadro 1), os juízes técnicos serão selecionados mediante critérios de Barbosa (2008), com algumas adaptações e serão convidados por meio de carta-convite.

QUADRO 1- Critérios de seleção para juízes de validade de conteúdo e técnica.

Critérios para juízes da validade de conteúdo	Critérios para juízes da validade técnica	Pontuação
Ser doutor	Ser doutor em Educação e/ou Ciências das Computação e afins.	5p
Possuir tese na área de interesse	Possuir tese na área de educação em EaD	4p
Ser mestre	Ser mestre em Educação ou na área de Ciências da Computação	3p
Possuir dissertação na área de interesse*	Possuir dissertação na área de produção de tecnologias educativas e/ou validação de instrumentos	2p
Possuir artigo publicado em periódico indexado sobre a área de interesse*	Possuir artigo publicado em periódico indexado sobre EaD	1p
Possuir prática profissional (Gestão e/ou Farmácia Hospitalar) referente no mínimo, cinco anos na área de interesse*	Possuir experiência no desenvolvimento de ferramentas em EaD de, no mínimo, dois anos	2p
Ser especialista na área de interesse*	Ser especialista na área de tecnologias em educação à distância	2p

*Área de interesse: Gestão da assistência farmacêutica hospitalar ou Farmácia Hospitalar.

Fonte: Joventino (2010).

Considerou-se coerente dividir os juízes em dois grupos distintos: 1) juízes técnicos (03) pesquisadores/docentes com experiência na área de tecnologias educativas e/ou validação de instrumentos; 2) juízes de conteúdo (04) Gestores de Serviços de Farmácia na área hospitalar com experiência de no mínimo de 05(cinco) anos. A validação interna será, portanto realizada com 07(sete) especialistas na área, onde será disponibilizada a plataforma EaD com a proposta pedagógica para que façam sua avaliação da ferramenta de forma padronizada.

Para Echer (2005), a avaliação por diferentes profissionais é a ocasião em que realmente pode-se dizer que o trabalho está

sendo feito em equipe, valorizando diferentes perspectivas sobre o mesmo foco.

Para validação de conteúdo, os instrumentos, como um todo, devem apresentar Índice de Validade do Conteúdo (IVC) maior ou igual a 0,78. O IVC mede a proporção dos juízes em concordância sobre determinado aspecto do instrumento. Esse método utiliza a escala Likert com pontuações de um a quatro. O índice é calculado por meio do somatório de concordância dos itens marcados como “3” e “4” pelos especialistas divididos pelo total de respostas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

1. Fórmula para o cálculo do IVC:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de respostas 3 ou 4}}{\text{Número total de respostas}}$$

2. Escala de Likert: 1= Discordo, 2= Não Concordo nem Discordo, 3= Concordo e 4= Concordo Totalmente.

Será realizado após a validação da plataforma, uma avaliação Piloto desse modelo pedagógico proposto, através da disponibilização da plataforma EaD desse curso para um grupo de 20 (vinte) auxiliares de Farmácia que trabalham na instituição pesquisada ou não para que se possa avaliar o nível de aproveitamento do curso, se o conteúdo agregou conhecimento e habilidades a esse trabalhador, suas percepções, facilidades e dificul-

dades em relação ao EaD. Os dados serão coletados através das estáticas do curso, baseadas nas notas dos alunos e no preenchimento de questionário com questões objetivas e subjetivas de avaliação da satisfação ou não com o curso que será preenchido pelo aluno ao final do curso. O objetivo desse piloto é subsidiar as melhorias a serem implementadas, posteriormente, no modelo tecnológico em EaD para capacitação de trabalhadores de nível médio em Assistência Farmacêutica Hospitalar proposto nesta pesquisa. As análises objetivas desses dados serão feitas em planilhas de Excel e as subjetivas também em software Qualitative Solutions reserarch N-vivo (QSR), versão 2.0

QUADRO 2 – SÍNTESE DA COLETA E AVALIAÇÃO DOS DADOS.

OBJETIVO ESPECÍFICO	POPULAÇÃO ALVO	FORMA DE COLETA DE DADOS	FORMA DE ANÁLISE DOS DADOS
Caracterizar as competências esperadas dos trabalhadores em saúde na AFH;	Auxiliar de Farmácia/Técnico de Farmácia	Busca na Internet de documentos relacionados ao conteúdo dos processos seletivos para esses trabalhadores nos últimos cinco anos	-N- vivo (QSR)
Elaborar o componente de Gestão acadêmica para o modelo tecnológico proposto;	-Assistência Farmacêutica Hospitalar -Capacitação -EaD	Busca nas bases de dados (Pub Med, Scielo e Lillacs)	-Revisão Integrativa (SILVEIRA,2010)
Criar uma estrutura didática e de conteúdo específico para esse modelo	Auxiliares e Gestores de Farmácia	-Documentos -Entrevistas semiestruturada -Observação livre	Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011). N- vivo (QSR)
Construir uma proposta pedagógica para o modelo tecnológico proposto	Auxiliares de Farmácia	-Documentos -Entrevistas semiestruturada -Observação livre -Revisão integrativa	Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011). N- vivo (QSR)
Validar o modelo tecnológico proposto	Juízes especialistas (técnicos e conteúdo)	Questionários de avaliação da plataforma EaD	Validação de conteúdo com os juízes (IVC e escala de Likert).
	Teste piloto com Auxiliares de Farmácia	-Nota dos alunos que realizaram o curso; - Notas avaliativas do curso pelos alunos	Estatística do curso Microsoft Office Excel N- vivo (QSR)

Fonte: Elaborado pela autora.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Campinas, v. 16, n.7, 2011, p.3061-3068. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf> . Acesso em: 07 de dez de 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, p. 70, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011. 197 p. Disponível em: <www.conass.org.br/biblioteca/ccount/click.php?id=36>. Acesso em: 09 de set. de 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNE/CEB nº 8/14. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos**, 3.ed, p.23, homologada em 28 de novembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002**. Disponível em: <<http://www.mteco.gov.br>>. Acesso em: 09 de set. de 2016.

BRASILEIRO, Ismênia de Carvalho. **Desenvolvimento e validação de objeto e ensino aprendizagem sobre Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Saúde. - Fortaleza, 2014.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n.4, 2006, p.679-684, Out-Dez.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução Nº 464, de 23 de Julho de 2007**. Dispõe sobre a inscrição, o registro, o cancelamento de inscrição e a 126 averbações no Conselho Regional de Farmácia, e dá outras providências. Disponível em: <www.cff.org.br/resolucoes> . Acesso em: 09 de set. de 2016.

DOAK, C. C.; DOAK, L. G.; ROOT, J. H. **Teaching patients with low literacy skills**. 2.ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1996.

JACCOUD, M.; MAYER, R. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al. **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

JOVENTINO, E. S. **Desenvolvimento de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2010, Dissertação(mestrado)- Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2010. Disponível em: repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/8307/1/2013_tese_esjoventino.pdf. Acesso em: 02 de dez. de 2016.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MENDES, K. D. S. et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**. 17.4 (2008): 758-764.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

PIMENTEL, F. M. de L. L. **Técnico em farmácia: problematizando o perfil de formação a partir da realidade de uma unidade de saúde do SUS**. Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia – 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER; B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

TOMÉ, A. C. A. Trabalho e/ou Educação: história da educação profissional no Brasil. **Revista de Educação Ciência e Tecnologia**, Canoas, v.1, n.2, 2012. Disponível em: <seer.canoas.ifrs.edu.br/seer/index.php/tear/article/viewFile/60/31>. Acesso em 07 de dez. de 2016.

SILVA, L. J .S.; NETA, M. do C .S.; ROCHA, M. M. S. da. **Geração tecnologia e o novo papel do educador: prática pedagógica significativa**. Simpósio internacional de Educação à Distância, 2014, UFSC. Disponível em: <<https://ead.ufsc.br/seminario2012/files/2012/04/Anais-vers%C3%A3opreliminar-.pdf>> Acesso em: 15 de set. de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR E SERVIÇOS MÉDICOS. **Padrões Mínimos para Farmácia Hospital**. Goiânia, 2007.

CAPÍTULO 20

PLANEJAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: PROTOCOLO PARA GESTÃO DO PLANO ANUAL DAS AÇÕES

SABRINNA ARAÚJO COIMBRA
CYBELLE FAÇANHA BARRETO MEDEIROS LINARD
MARIA SALETE BESSA JORGE

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública reflete as mudanças sociais que vêm ocorrendo nos últimos anos no estado Brasileiro e na sociedade. Fruto do processo de democratização da sociedade brasileira, a Constituição de 1988, ao efetivar a saúde como um direito de todos por meio do SUS, criou espaços coletivos de deliberação compartilhada entre os três entes federados e incluiu a sociedade no processo decisório da política pública, por meio dos conselhos e conferências de saúde. Saúde e democracia foi o lema da reforma sanitária estruturada nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi formulado no momento em que o país buscava medidas concretas para consolidar uma reforma sanitária iniciada duas décadas antes e, de

certa forma, vitoriosa ao incorporar seus princípios de diretrizes na constituição de 1988. A indignação pela desigualdade de acesso da população e pela má qualidade do sistema de saúde como um todo foi um fator determinante para o surgimento desse programa. A existência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) – criado em 1991 e fruto de experiências ocorridas nas duas décadas anteriores – foi fundamental para formulação e implantação do PSF, oficializando em 1994 (GIRADE, 2010), e que se tornaria a estratégia estruturante principal da atenção primária no Brasil, a partir de 1998.

O PSF surgiu com uma grandiosa proposta de incremento da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) e efetivação da Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil. O PSF, em sua criação, teve como objetivo desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do sujeito, de sua família e comunidade, mediante atendimento por equipes de saúde no nível de APS (XIMENES NETO e SAMPAIO, 2007).

De acordo com o Portal da Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de orientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias

A reforma sanitária brasileira teve como foco a universalização e descentralização das ações e serviços de saúde de maneira mais geral (PEREIRA, 2005). Apenas em meados dos anos 90 a APS despontou na agenda de prioridades do governo como estratégia de reestruturação do modelo de atenção a saúde, tendo como carro-chefe o PSF (BORGES, 2010).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria GM nº 2488 GM/MS do dia 21 de outubro de 2011, a Atenção Básica objetiva prestar, aos usuários, um atendimento integral com vistas a sua emancipação e compreensão dos determinantes e condicionantes de saúde tanto em nível individual quanto coletivo. Para tal, ela se concretiza por meio de ações de saúde, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, bem como ações de diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas. Essas práticas se efetivam por intermédio do trabalho em equipe, cujos profissionais que a integram devem estar capacitados e antenados com as mudanças que advém cotidianamente no seu território de atuação (BRASIL, 2012).

Para uma APS apropriada, uma gestão participativa pode contribuir para a participação social nas políticas públicas e para a constituição de espaços onde são construídas proposições coletivas, conforme as demandas da sociedade, visando operacionalizar da melhor forma possível os sistemas de saúde, principalmente no que tange a APS, que possui como estratégia integrar todos os aspectos dos serviços de saúde (COSTA e LIONÇO, 2006; PEDROZA, 2008; VIEIRA, 2009). Ainda para Costa e Lionço (2006), os princípios do SUS devem ser estudados permanentemente por gestores e trabalhadores da saúde.

Uma boa gestão só funciona com a realização de um planejamento satisfatório (VIEIRA, 2009). O planejamento é essencial na APS. O processo de gestão tem como objetivo a prática, que muitas vezes deve ser adaptada a cada realidade;

na área de saúde isso não é diferente, sendo necessárias todas as ações acima citadas para que obtenhamos um produto de qualidade (VIEIRA, 2009; BARBOSA e BRONDANI, 2005).

Planejar significa não aceitar o imprevisto, é decidir onde se quer chegar; é acreditar que o futuro pode ser construído, pois planejando estaremos transformando ideias em ação. Segundo Tancredi (1998, p.13) “no setor da saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde”. Para tanto se tem o objetivo de estimular a prática de planejamento na Estratégia Saúde da Família (ESF), a fim de traçar metas de atuação das equipes de saúde da família. Como objetivo específico pretende-se: construir instrumentos a partir dos existentes para implantação do planejamento nas equipes saúde da família; estimular a prática das ações planejadas e organizadas na ESF.

Diante disto, viu-se necessário a elaboração de um protocolo para gestores e profissionais gerirem seus Planos Anuais de Saúde, contribuindo para reorganização da APS e na mudança do modelo de gestão nos município.

MÉTODO

Trata-se de uma de revisão integrativa da literatura que envolveu a sistematização e publicação dos resultados de uma pesquisa bibliográfica em saúde para que possa ser úteis na assistência à saúde, acentuando a importância da pesquisa acadêmica na prática clínica. Tendo como principal objetivo a integra-

ção entre a pesquisa científica e a prática profissional no âmbito da atuação profissional. Esta possibilita a síntese de diversos estudos permitindo a obtenção de conclusões gerais a respeito de um determinado assunto.

Compreendeu-se de seis etapas: identificação do tema e questão de pesquisa para a revisão; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos; categorização; avaliação; interpretação dos resultados dos estudos e a apresentação da revisão (GANONG, 1987).

A revisão da literatura científica é um dos passos mais importantes para a elaboração de protocolos, criando uma base de conhecimento sobre o tema abordado. É necessário que essa busca na literatura identifique os pontos em que existe um consenso e os pontos controversos do assunto em estudo (POLIT e BECK, 2011; WERNECK, FARIA e CAMPOS, 2009).

Desse modo, a revisão integrativa da literatura possibilitará a obtenção de conhecimento ao pesquisador, podendo tirar conclusões a partir de estudos anteriores e das considerações sobre um determinado assunto. Trata-se de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados da pesquisa, bem como reflexões sobre a realização de futuros estudos (CROSSETTI, 2012).

A seleção dos artigos foi realizada nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE) e ainda artigos disponíveis no Google Acadêmico, no mês de Fevereiro de 2017.

Para a realização da pesquisa foram utilizados os seguintes descritores: Planejamento em saúde, Gestão em Saúde, Atenção Primária à Saúde e Protocolos.

Na amostra foram consideradas as publicações segundo os critérios de refinamento: textos completos, nos idiomas, português, inglês ou espanhol, publicados entre os anos de 2013 a 2017. Não foi delimitado tempo na busca dos artigos para que se pudesse encontrar o máximo de publicações possível.

Para o entendimento foi necessária à leitura dos resumos de cada um dos trabalhos, 98 no total, encontrados com vista a identificar o panorama genérico das publicações. Definidos os trabalhos selecionados, procedeu-se a captura dos textos completos, para análise e leitura minuciosa dos textos. Esse permitiu sistematizar os principais achados em torno de categorias de acordo com o foco do estudo.

Os trabalhos foram comparados e agrupados por similaridade de conteúdo, sob a forma de categorias empíricas, sendo construídas três categorias para análise, assim especificadas: contribuições do planejamento para reorganização da APS, protocolo organizacional e validação do protocolo.

A amostra inicial foi constituída de 14 publicações que atendiam aos critérios da busca. Após a leitura dos textos completos, verificou-se a duplicidade de cinco publicações. Desta forma, 09 publicações constituíram a amostra final (Quadro 1).

Quadro 1 - Distribuição das publicações selecionadas nas bases de dados, 2017.

BASE DE DADOS	Total de Publicações	Publicações selecionadas
LILACS	32	02
SCIELO	18	02
MEDLINE	48	05
Total	98	09

Fonte: pesquisa própria, 2017.

Os estudos selecionados foram classificados quanto à sua categoria de publicação, conforme explicitado pelos periódicos, assim especificados: 01 teses de doutorado, 1 dissertação de mestrado e sete artigos científicos.

Quanto ao período de publicação, constatou-se que os anos que apresentaram maior número de artigos publicados foram 2014 e 2013, com quatro e três publicações respectivamente.

Em relação ao delineamento de pesquisa, identificou-se que das 09 publicações, seis utilizaram abordagem qualitativa, 2 quantitativa e uma método misto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Contribuições do planejamento para reorganização da APS

A Atenção Primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011). Além de ser a forma considerada de reorganização de entrada nos serviços de saúde, tem função de facilitar o acesso integrado a outros recursos no sistema de saúde, deve responder a maior parte da demanda dos serviços de saúde e está consolidada com um dos princípios do SUS (HELMANN et al, 2011).

Essa nova organização do modelo assistencial carregaria consigo a possibilidade de uma mudança paradigmática nas práticas assistenciais (GOULART, 2010) e obteve melhoria de indicadores de saúde, especialmente nos grupos mais pobres

da população, sobretudo nos referentes à acessibilidade e saúde materno-infantil (SOUZA, 2010; ANDRADE, 2006).

Abreu de Jesus e Assis (2010) concebem acesso como a “porta de entrada”, como o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele na rede de atenção em saúde em busca da resolução dessa necessidade que podem envolver os fatores econômicos, culturais, sociais, intersetoriais e a estrutura de governo de um país, colocando o acesso como objeto fundamental do planejamento no Brasil.

Nesse sentido, urge o desafio da necessidade de transpor o modelo piramidal de hierarquização dos serviços de saúde para a integralização circular e múltipla nas linhas de cuidado em consonância com as necessidades de saúde da população. Os níveis de complexidade da atenção à saúde devem estar definidos como dimensões do processo de cuidado dos indivíduos e das coletividades, mas sem fragmentar a atenção à saúde em parcialidades (CECÍLIO, 1997).

A ESF conta com mecanismos de registro das informações coletadas, que propiciam elementos para análise da situação encontrada, cujos objetivos são auxiliar o planejamento das ações de saúde. Essas informações, quando interpretadas, geram conhecimento da situação sanitária, subsidiando as ações da equipe, bem como o planejamento local (THAINES, et al., 2009; FREITAS e PINTO, 2005).

O planejamento em saúde pode ser compreendido como um processo que visa desenhar, executar, acompanhar e avaliar propostas de ação para modificar uma situação insatisfatória.

Já a programação é entendida como um momento do planejamento em que são explicitados os compromissos de cada indivíduo. Ambos buscam a solução de problemas de saúde individual e coletiva (CARNUT, 2012; KAWATA et al., 2009;). Na ESF, o planejamento e a programação em saúde fazem parte do cotidiano dos profissionais, que buscam identificar necessidades de saúde na comunidade e desenvolver estratégias de ação que modifiquem estas condições.

Assim, o ato de planejar as ações e serviços da APS é importante, segundo Matus (1993), “negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for”, e se assim fosse pensado a realidade do SUS, assumir-se-ia uma caótica desorganização, o que resultaria em um acesso inadequado aos diferentes pontos e redes assistenciais, visto que não teria a identificação e direcionamento dos serviços por linhas de cuidados, bem como não existiria a possibilidade com critérios definidos de avaliação do que de fato vem sendo feito.

O planejamento é a ferramenta capaz de possibilitar ações efetivas e maior sintonia com as necessidades de atenção de grupos em particular, desta forma, planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. Para tanto, alia conhecimentos teóricos e práticos da realidade, estabelecendo estratégias e ações capazes de possibilitar o alcance dos objetivos e metas propostas. No campo saúde o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e levar a eficiência e a eficácia dos sistemas no desenvolvimento das funções de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, tendo como meta a melhoria da qualidade de vida da

população. O diagnóstico em saúde coletiva é parte deste processo, identificando e caracterizando uma situação. Diagnosticar é analisar uma dada realidade com vistas a desenhar um quadro de necessidades e soluções, por isso, é etapa essencial no planejamento das ações de uma Equipe de Saúde da Família (SANTOS, et al. 2004).

Campos, Faria e Santos (2010) afirmam que planejar é “simplesmente” pensar antes e durante a ação. Para Mehry (1994), o planejamento pode ser utilizado como instrumento de ação governamental para a produção de políticas, como instrumento do processo de gestão das organizações e como prática social.

O DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu capítulo III, traz considerações importantes sobre o planejamento da saúde: Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvido os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

O enfrentamento do planejamento exige do gestor e da equipe um esforço para que as informações sejam relevantes para a melhoria do desempenho da organização, seja ela municipal, institucional, estadual ou federal e demanda um acesso contínuo a informações, uso de tecnologias de formulação, a implementação e avaliação de políticas, planos, programas, projetos criados com o intuito intervir no estado de saúde da população (BRASIL, 2011).

O planejamento, também preconizado pela Constituição Federal, é de vital importância para dar direcionamento às ações – desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação – para que, através de intervenções possíveis e cabíveis possa alcançar resultados satisfatórios (PAIM e TEIXEIRA, 2006; VIEIRA, 2009; BRASIL, 2011).

Sem planejamento em saúde, os recursos são perdidos ou utilizados de forma ineficiente (PAIM e TEIXEIRA, 2006; VIEIRA, 2009). E em uma gestão compartilhada, onde as responsabilidades são descentralizadas, as decisões são compartilhadas, assim como, os desejos, motivações, interesses, ideias, experiências e o diálogo se faz presente, levando as ações e serviços a responderem às necessidades da população da área de abrangência daquela APS (SOARES e ROUPP, 2009; ARTMANN e RIVERA, 2010).

Apesar dos avanços do SUS, ainda se percebe que ocorre, entre os gestores, uma falta de planejamento, de unicidade e de integração (VIEIRA, 2009; ANDRADE e SANTOS, 2011).

A fragmentação de prioridades, a desarticulação das intervenções nas esferas federal, estadual e municipal pela falta de planejamento adequado leva a alocação inadequada dos recursos, fazendo-se necessária uma maior articulação entre as esferas (VIEIRA, 2009, p. 1657).

PROTOCOLO ORGANIZACIONAL

Protocolos podem ser entendidos como um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema (HONÓRIO e CAETANO, 2009). Trata-se de uma das formas de utilizar a pesquisa na prática assistencial e organizacional, podendo ser considerado como um dos tipos de tecnologia existentes na área da saúde.

As tecnologias podem ser classificadas em três categorias (MEHRY et al., 1997).

- a) Tecnologia dura: representada pelo material concreto como equipamentos, mobiliário tipo permanente ou de consumo;
- b) Tecnologia leve-dura: incluindo os saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica, odontológica, epidemiológica, entre outras e;
- c) Tecnologia leve: que se expressa como o processo de produção da comunicação, das relações, de vínculos que conduzem ao encontro do usuário com necessidades de ações de saúde.

Considerando conceitos acima, protocolos podem ser classificados como tecnologia leve-dura, uma vez que esses incorporam saberes estruturado e estão concretizados na forma impressa e/ou digital.

Devido à necessidade da criação de protocolos em saúde como forma de melhorar o atendimento gerando maior satisfação ao usuário, o Ministério da Saúde, através da portaria GM/MS 816, de 31/05/2005, constitui o comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde (BRASIL, 2005).

Tal portaria foi criada levando em consideração necessidade como a superação do elevado grau de dependência do país na incorporação de equipamentos e insumos médicos; a definição de critérios para avaliação, aprovação e incorporação, no âmbito do SUS, de protocolos clínicos e assistenciais, diretrizes terapêuticas e outras tecnologias, tendo por base seus impactos na saúde da população e na organização dos serviços; identificação e ordenação dos protocolos clínicos e assistenciais existentes e em elaboração no âmbito do Ministério da Saúde; racionalização dos gastos públicos com a incorporação de novos procedimentos e tecnologias; estabelecimento de processos permanentes de incorporação e revisão dos protocolos clínicos e assistenciais e tecnologias em saúde, tendo como base as evidências científicas disponíveis, os benefícios e riscos para saúde dos usuários, seu custo-efetividade e impacto na organização dos serviços e na saúde população (BRASIL, 2005)

Protocolos de organização dos serviços: são instrumentos a serviço da gestão dos serviços, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção (marcação de consultas, referência e contra referência) e com outras instituições sociais (WERNECK, FARIA e CAMPOS, 2009).

São referências para a organização das diversas ações da(s) equipe(s) em uma unidade de saúde. Exigem que a equipe realize a discussão sobre a forma como trabalha. Exigem que ela se

organize para diagnosticar situações e problemas, planejar, decidir pela implementação das ações e por sua avaliação (WERNECK, FARIA e CAMPOS, 2009).

Para Schneid cols. (2003), os protocolos são ferramentas que podem conter custos e direcionar as intervenções, ações e condutas em saúde. Desta forma, as ciências de Enfermagem e Medicina têm investido maximamente em elaboração de protocolos com base em evidências científicas, pois acreditam que os protocolos podem solucionar as dificuldades organizacionais presentes na saúde pública, e reduzir a distância entre o ideal e o real nas instituições de saúde.

Com a descentralização, a autonomia dos municípios tem sido um dos mais importantes avanços alcançados pelo SUS. Em muitos deles, a construção do sistema de saúde vem se consolidando à medida que se alcança um processo estruturado de gestão, no qual, entre outros, o emprego de protocolos tem sido uma maneira de efetivar o modelo de atenção proposto pelo SUS.

A padronização das ações em saúde, com embasamento científico consistente e, atualizado, tem sido uma solicitação comum dos profissionais de saúde, atrelado ao fato dos administradores de saúde exigirem o uso racional dos recursos de saúde disponíveis e limitados (SCHNEID *et al.*, 2003).

Precisamos refletir sobre esses aspectos ao utilizar protocolos. Desenvolver um raciocínio crítico, pois, como instrumentos (meios) não neutros, os protocolos podem contribuir para as mudanças necessárias e os avanços desejados. Ou, então, para perpetuar modelos e processos de trabalho indesejáveis, ultrapassados e destoantes da proposta do SUS e da ESF (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO

De acordo com Silva et al. (2005) os protocolos configuram-se como ferramentas que sistematiza tecnologias disponíveis, conhecimentos e processos operacionais para orientar o cuidado com qualidade. Um número crescente de pesquisadores e profissionais da área de saúde mostra-se engajado na elaboração e utilização de medidas e instrumentos confiáveis e apropriados para determinadas populações (ALEXANDRE e COLUCE, 2011; PERROCA, 2011).

Na área da saúde, a cada dia, novos instrumentos tornam-se disponíveis. O reconhecimento da qualidade dos instrumentos é aspecto fundamental para a legitimidade e credibilidade dos resultados de uma pesquisa o que reforça a importância do processo de validação (BITTENCOURT et al., 2011).

Nesse contexto, diversos autores apontam o processo de validação como uma etapa essencial na verificação da qualidade do que está sendo elaborado. Sendo assim, a validade atua como fator determinante na escolha e/ou aplicação de um instrumento de medida (PERROCA, 2011; DEVON et al, 2007; POLIT; BECK; OWEN, 2007; POLIT; BECK, 2006; FERNANDES, 2005).

A validação é um percurso metodológico pelo qual o pesquisador avalia se o instrumento se mostra apropriado para mensurar aquilo que supostamente deveria medir, em outras palavras, se realmente reflete o propósito pelo qual está sendo usado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; ROBERTS; PRIEST; TRAYNOR, 2006). Os métodos mais mencionados na literatura para obtenção de validade de uma medida são:

validade de constructo, validade de critério, validade de estudo e validade de conteúdo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; FERNANDES, 2005).

Essa etapa visa obter o retorno sobre o protocolo proposto, garantindo que haja uma oportunidade de revisar o documento e identificar as potenciais dificuldades para sua implantação. Verificou-se também os efeitos organizacionais da implantação das recomendações, preparando sua futura adoção. É considerada a primeira disseminação do protocolo, proporcionando ao pesquisador a oportunidade de abordar os aspectos levantados pelos revisores antes da sua finalização (CULLEM *et al.* 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração de tecnologias que visem aprimorar o conhecimento técnico-científico de profissionais da saúde e gestores deve ser incentivada, despertando interesse na busca de informações atualizadas, inovando a prática assistencial e organizacional.

A importância da construção do protocolo traz implicações teóricas e práticas para os serviços de saúde, com validação e avaliação dos resultados, além de contribuir para mudanças da prática do cuidar em saúde, e especial através de mudanças ocorridas através na reorganização da atenção primária a saúde.

O processo de elaboração de protocolos demanda tempo e o pesquisador que o elabora deve estar atualizado, já que, as informações ofertadas no protocolo servirão de base para outros profissionais.

O protocolo visa direcionar os profissionais e gestores do SUS planejarem e executarem as ações no âmbito da Atenção Básica, contribuindo para uma prática de maior qualidade e eficiência.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N.M.C; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ANDRADE, L.O.M.; et al. Atenção primária á saúde e estratégia saúde da família. In: GWS Campos et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2006.

BITTENCOURT, H. R. et al. **Desenvolvimento e validação de um instrument para avaliação de disciplina na educação superior**. Est. Aval. Educ., v. 22, n. 48, p. 91-114, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149; acesso em: 16 mar. 2017, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso/Ministério da Saúde. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 816 de 31/05/2005. Constitui o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, nº 104 de 2 jun. 2005. Disponível em : <http://drt2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2005/GM/GM-816.htm>. Acesso em 10 de março de 2013.

BRONDANI, G.; BARBOSA, E. R.; Planejamento estratégico organizacional. **Revista Eletrônica de Contabilidade**. UFSM, v.23, n. 50, p. 85-98, 2005.

CARNUT, L. Planejamento e programação de ações em saúde: conceitos, importância e suas influências na organização dos serviços de saúde bucal. *J Manag Prim Health Care*, v.3(1), p. 53-61, 2012.

CECILIO, L.C.O. et al. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de saúde pública**, v. 22, n.15, p. 35-42, 1997.

COSTA, A.M.; LIONÇO, T. Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para equidade em saúde? **Saúde e Sociedade** v.15, n.2, p.47-55, maio-ago 2006.

CROSSETTI, M.G.O.; Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido [editorial]. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n.2, p. 8-9, jun. 2012.

CRUZ, M. M.; SOUZA, R. B. C.; ABREU, D. M. F. ; REIS, A. C.; GONÇALVES, A. L.; Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v.38, n. especial, p. 124-139, 2014.

CRUZ, J. S.; SOUZA, A. V.; BARRETO, E. J.; ARAÚJO, J. G., ALMEIDA, M. V. G.; GONÇALVES, C. C. T.; Gestão da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde de Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2009-2012. *Revista Baiana de Saúde Pública*. Bahia, v.38, n.1, p. 49-66, 2014.

CULLEN, N.; HAYNES, B.; CICLISKA, D.; MARKS, S. **Enfermagem baseada em evidências**: uma introdução. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DEVON, H. A. et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. **J nurs Scholarship**, v. 39, n. 2, p. 155-164, 2007.

FERNANDES, M. V. L. **Indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter: construção e validação**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2005.

FREITAS, F. P.; PINTO, I. C.; Percepção da Equipe de Saúde da Família sobre a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. **Rev Latino- Am Enfermagem**. v.13(4), p. 547-54, jul-ago, 2005.

GANONG, L. H. Integrative Reviews of Nursing. **Rev Nurs Health**. v.10(1), p. 1-11, 1987.

GIRADE HA. **Assim nasceu o programa Saúde da Família no Brasil**. In: Memórias as Saúde da Família no Brasil. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

GOULART, F. A. A.; **Saúde da Família no Brasil**: de movimento ideológico a ação política. In: Memórias as Saúde da Família no Brasil. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

HONÓRIO, R. P. P.; CAETANO, J. A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 11, n. 1p. 188-193, 2009. Disponível em: Acesso em: 16 out. 2012.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Systematic review about the concept of access to health services: planning contributions. **Ciencia & saude coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R.; ZOBOLI, E. L. C. P.; Planejamento estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. **Interface**, 19(53):265-74, 2015

KAWATA, L.S.; MISHIMA S.M.; CHIRELLI, M.Q.; PEREIRA, M. J.B; O trabalho cotidiano da enfermeira na Saúde da Família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto Contexto Enferm**. v.18(2), p. 313-20, Abr-Jun, 2009.

MATUS, C.; Planejamento e programação em Saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MORAES, J. L.; Protocolo para consulta de enfermagem no pré-natal: construção e validação. 2013. 104 f. Trabalho de conclusão de curso (dis-

sertação) – Programa de Pós-graduação em enfermagem do Departamento de enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

NICKEL, D. A.; CALVO, M. C. M.; NATAL, S.; FREITAS, S. F. T.; HARTZ, Z. M. A. Desenvolvimento da capacidade avaliativa da atenção básica: um estudo de caso exemplar de Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(4): 839-850, 2014

ORRICO, G. S.; LIMA, C. A.; LOURENÇO, R. O.; ARAÚJO, R. S.; SANTANA, S. P.; SOUZA, M. K. B.; Práticas de planejamento em uma unidade de saúde da família: relato de experiência. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Bahia, v.38, n.1, p. 213-222, 2014.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C. F.; Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev Saude Publica**, v. 40, n. Esp, 2006.

PERES, A. M.; FREITAS, L. J.; CALIXTO, R. C.; RIERA, J. R. M. ; QUILES, A. S.; Concepções dos enfermeiros sobre planejamento, organização e gestão de enfermagem na Atenção Básica: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem Referência**, III série, nº 10, p. 153-460, 2013.

PERROCA, M. G. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 1-9, 2011.

POLIT, D.F.; BECK, C. T. Delineamentos e abordagens de pesquisas qualitativas. **Polit DF, Beck CT, organizadores. Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre-RS: Artmed, p. 288-315, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010.

ROBERTS, P.; PRIEST, H.; TRAYNOR, M. Reliability and validity in research. **Nurs Stand**, v. 20, n. 44, p. 41-45, 2006.

SANTOS, A. M.; Gestão do cuidado na microrregião de saúde de vitória da conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde. 334 f Trabalho de conclusão de curso (Tese) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Uruoca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, Neuma; VEIGA, Patrícia; ANDRADE, Renata. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, 2011.

SCHNEID, S. et. Al. Protocolos clínicos embasados em evidências: a experiência do Grupo Hospitalar Conceição. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 47, n. 2, p. 104-114, 2003.

SENNA, M. H.; ANDRADE, S. R.; Indicadores e informação no planejamento local em saúde: visão dos enfermeiros da estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 24(4): 950-8, 2015.

SILVA, K. L. et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 391-397, 2005.

SOARES, Ricardo de Sousa; RAUPP, Bárbara. GESTÃO COMPARTILHADA: ANÁLISE E REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO SUS. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 12, n. 4, 2009.

SOUZA, H. M.; Saúde da Família: uma proposta que conquistou o Brasil. In: Memórias as Saúde da Família no Brasil. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

STERMAN, H., Luiza et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, 2011.

TANCREDI, F.B.; BARRIOS, S.R.L.; FERREIRA, J.H.G.; Planejamento em saúde, São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS, Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Núcleo de Assistência Médico Hospitalar, Banco Itáú, 1998.

THAINES G.H.L.S.; BELLATO, R.; FARIA, A.P.S., ARAÚJO, L.F.S.; Produção, fluxo e análise de dados do Sistema de Informação em Saúde: um caso exemplar. **Texto Contexto Enferm.** v.18(3), p. 466-74, Jul-Set 2009.

VIEIRA, F.S.; Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14(1), p. 1565-1577, 2009.

XIMENES N.F.R.G., SAMPAIO J.J.C.; Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Rev Bras Enferm** v.60(6), p. 687-95, nov-dez 2007.

WERNECK, M.A.F; FARIA, H.P; CAMPOS, K.T.C.; Protocolo de cuidados à Saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009.

CAPITULO 21

IMPORTÂNCIA DA ELABORAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA SOBRE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) PARA PROFESSORES

POLYANA AMORIM CRUZ NASCIMENTO
ILSE MARIA TIGRE DE ARRUDA LEITÃO

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é um transtorno neurobiológico de causas genéticas, que aparece na infância e, frequentemente, acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Ele se caracteriza por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade. TDAH é um dos distúrbios de comportamento que afeta a vida do indivíduo tanto socioafetiva, como profissional e, principalmente, escolar e, com isso, ele pode ser caracterizado por atividade motora excessiva, falta de atenção, impulsividade, cujos sintomas interferem ou reduzem a qualidade do desenvolvimento acadêmico, social ou ocupacional (DSM-V-TR 2013).

Os professores em sala de aula estão sujeitos as dificuldades que aparecem no seu fazer pedagógico, considerando isso,

surge à necessidade de tratar de uma dificuldade em especial, o Transtorno Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH. O TDAH está cada vez mais presente no dia a dia do professor, pois o que antes era considerado teimosia, inquietude ou “arte” por parte das crianças, agora é conhecido como um transtorno no comportamento e, muitas vezes, no desenvolvimento de várias crianças. Esse e por outros motivos que o interessa pesquisar sobre o assunto, uma vez que, muitos professores os desconhecem.

Com isso, a presente pesquisa se justifica pela necessidade do professor buscar estratégias de ensino aprendizagem, a fim também de orientar os familiares dos alunos acerca do problema. Mediante isso, surgiu o seguinte questionamento: a confecção de uma cartilha contendo orientações sobre estratégias educacionais para o professor melhoraria seu entendimento e seu diagnóstico precoce durante o processo de ensino aprendizagem no TDAH?

As cartilhas são direcionadas a doenças específicas e o conteúdo educativo da mesma deve ser elaborado conforme as características da doença e a faixa de desenvolvimento a quem é destinado (CREPALDI et al., 2006). Além das informações técnicas, as cartilhas também podem fornecer dados relevantes sobre os serviços profissionais da equipe (COSTA et al., 2001). Considerando a cartilha como uma ação educativa, Swift (2007) afirma que os programas educativos devem ser cuidadosamente planejados e ter finalidades e objetivos específicos de aprendizagem, que serão compartilhadas com os professores, cuidadores e familiares de alunos com TDHA.

MÉTODO

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa. Adotou-se a revisão integrativa da literatura, uma vez que ela contribui para o processo de sistematização e análise dos resultados, visando a compreensão de determinado tema, a partir de outros estudos independentes.

A revisão integrativa da literatura propõe o estabelecimento de critérios bem definidos sobre a coleta de dados, análise e apresentação dos resultados, desde o início do estudo, a partir de um protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado. Para tanto, foram adotadas as seis etapas indicadas para a constituição da revisão integrativa da literatura: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados e 6) reportar, de forma clara, a evidência encontrada (GANONG, 1987).

A estratégia de identificação e seleção dos estudos foi a busca de publicações disponíveis na Bireme (Lilacs e Scientific Electronic Library Online - SciELO), e ainda artigos disponíveis no Google Acadêmico, no mês de Fevereiro de 2017.

Foram adotados os seguintes critérios para seleção dos artigos: todas as categorias de artigo (original, revisão de literatura, reflexão, atualização, relato de experiência etc.); artigos com resumos e textos completos disponíveis para análise; aqueles publicados nos idiomas português, entre os anos 1987 e 2017, e artigos que contivessem em seus títulos e/ou resumos

os seguintes descritores: TDAH, educação inclusiva, TDAH e relação com professores, Cartilha educativa. O critério de exclusão dos artigos foi: estudos que não atendessem os critérios de inclusão mencionados.

Do material obtido, 19 artigos, procedeu-se à leitura minuciosa de cada resumo/artigo, destacando aqueles que responderam ao objetivo proposto por este estudo, a fim de organizar e tabular os dados.

Procedeu-se à análise bibliométrica para caracterização dos estudos selecionados. Posteriormente, foram extraídos os conceitos abordados em cada artigo e de interesse da pesquisadora. Os trabalhos foram comparados e agrupados por similaridade de conteúdo, sob a forma de categorias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARTILHA EDUCATIVA

Este recurso tem a característica de ser uma fonte de conhecimento escrita, permitindo ao professor, aluno e familiares diferentes momentos de leitura e funcionando como guia e orientação (TORRES et al., 2009). Por isto, deve ser de fácil entendimento e deve ter sentido para o leitor.

A cartilha, independente da temática ou a quem é destinada, deve ter sempre a mediação de um profissional. Este recurso poderá ficar com o paciente ou responsável, mas é essencial que seja explicada por um profissional, visando informar e esclarecer corretamente os conteúdos da cartilha. Assim, o aluno e a fa-

mília têm possibilidades de expressar as dúvidas e compreender melhor o objetivo da cartilha. Além disto, a mediação também auxilia no processo de vínculo entre o profissional e o aluno.

O enfermeiro pode atuar nas intervenções educativas, comunicando conteúdos e avaliando recursos educativos produzidos para educação em saúde. O uso crescente de materiais educativos possibilita o processo de ensino-aprendizagem por meio de interações mediadas pelo locutor (enfermeiro), paciente e família (leitor) e o material educativo escrito (objeto do discurso). Com isso, traz desafios e exige definições claras dos objetivos educacionais a serem atingidos pelo público-alvo (FREITAS et al., 2008).

Para elaboração de materiais educativos de qualidade, faz-se necessário selecionar quais informações são realmente importantes para constar no instrumento informativo, exigindo definições claras dos objetivos educacionais a serem alcançados pela população em questão. Logo, ele deve ser atrativo, acessível e claro, significativo, aderente à realidade do leitor e apresentar vocabulário coerente com a mensagem e com o público-alvo. Este não deve somente transmitir informações, mas estimular a reflexão e fomentar a instrumentalização para o cuidar (FREITAS et al., 2008). A abordagem participativa utilizada na construção do material educativo permite também identificar as necessidades dos professores, as quais indicam o conteúdo da cartilha correspondendo às suas próprias demandas (REBERTE et al., 2012), assim como mostra a seguir parte das informações relevantes ao tema.

AVALIAÇÃO DIAGNOSTICA NO DESEMPENHO ESCOLAR DO TDAH

Em análise, a dimensão histórica do fenômeno estudado destaca-se o predomínio no estudo do TDAH de diferentes concepções psicológicas que apontam o entendimento no processo ensino aprendizagem no atendimento escolar destes alunos diagnosticados. O diagnóstico de hiperatividade ou déficit de atenção é complexo, pois engloba um conjunto de reações e sinais que muitas vezes são confundidos com outras patologias (PRAIS et al., 2016).

Os professores são aqueles que percebem quando um aluno apresenta problemas de atenção, aprendizagem, comportamento ou emocionais/afetivos e sociais, o principal problema é não possuírem critérios específicos para essa observação. A primeira atitude a ser tomada pelos professores na tentativa de solucionar os problemas é verificar o que realmente está acontecendo, usando alguns critérios de diagnóstico como instrumento investigativo, como mostra no quadro 1. Essa primeira avaliação deve ser feita por um grupo da escola, levando em consideração o comportamento do aluno em várias atividades e situações. Depois, em encontro com os pais, a escola transmite suas preocupações e mostra as opções para um diagnóstico correto, que vai pedir uma avaliação de profissionais de outras áreas. Uma vez determinado o problema, volta-se ao trabalho multidisciplinar – pais, professores e terapeutas fazem um planejamento quanto às estratégias e intervenções a serem implementadas (BROMBERG, 2002).

Quadro 1: Critérios diagnósticos para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.

Sintomas relacionados à desatenção
1. Frequentemente não presta atenção a detalhes ou comete erros por omissão em atividades escolares, de trabalhos e outras.
2. Com frequência tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas.
3. Com frequência parece não escutar ouvindo quando lhe dirigem a palavra.
4. Com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções).
5. Com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.
6. Com frequência evita, demonstra ojeriza ou reluta a envolver-se em tarefas que exigem esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa).
7. Com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).
8. É facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa.
9. Com frequência apresenta esquecimentos em atividades diárias.
Sintomas relacionados à hiperatividade
10. Frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.
11. Frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado.
12. Frequentemente corre ou escala em demasia, em situações impróprias.
13. Com frequência tem dificuldade para brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer.
14. Está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”.
15. Frequentemente fala em demasia.
Sintomas relacionados à impulsividade
16. Frequentemente dá respostas precipitadas antes que as perguntas terem sido completamente formuladas.
17. Com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez.
18. Frequentemente interrompe ou se intromete em assuntos de outros (p. ex: em conversas ou brincadeiras).
14. Está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”.
15. Frequentemente fala em demasia.
Sintomas relacionados à impulsividade
16. Frequentemente dá respostas precipitadas antes que as perguntas terem sido completamente formuladas.

Fonte: DSM – IV (1994);Phelan (2005 p.15).

A falta de atenção pode manifestar-se em situações escolares, profissionais ou sociais. As crianças com TDAH, frequentemente apresentam dificuldades em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas. Ela não consegue manter a atenção em uma só tarefa, especialmente quando ela acha a atividade chata. Também tem dificuldades para atender às solicitações ou instruções e não conseguem complementar o trabalho escolar, tarefas domésticas ou outras atividades. Elas são injustamente acusadas de mal criadas, quando na verdade elas possuem um transtorno que simplesmente as faz agir de maneira impulsiva, desatentas e excessivamente agitadas (LIMA, 2011).

ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS PARA O PROFESSOR

A abordagem pedagógica adotada pela escola pode ser um fator determinante no processo de aprendizagem desses alunos, de forma que o tempo desses alunos seja respeitado e que não tenham que atingir expectativas além de suas possibilidades, não havendo comparação entre os demais, mas sim são vistos como um ser único com suas limitações e capacidades. Ao receber um aluno com TDAH, a instituição de ensino precisa repensar suas práticas metodológicas, pois, se não o fizer, não atenderá as necessidades desse aluno. Conhecer o transtorno também é um fator importante para elaborar estratégias pedagógicas que beneficiarão o seu processo de aprendizagem (SILVESTRE et al., 2015).

Sam Goldstein e Goldstein (1994) explicam que o professor deve orientar o aluno previamente sobre o que é esperado dele em termos de comportamento; Entender as necessidades

e as dificuldades temperamentais e educacionais da criança como, por exemplo: lembrar constantemente de suas atividades, de repetições, de diretrizes, de limites e de organização. Na aprendizagem, do tempo de execução de tarefas, dos prazos preestabelecidos, de rever o currículo e a didática.

Geralmente, é necessário ser flexível com a criança com TDAH para lançar uma série de recursos e estratégias de ensino até descobrir o estilo de aprendizagem da criança, realizando alterações até a criança conseguir se ajustar no processo educacional. Passar sempre o conteúdo aos poucos, e monitorando passo a passo a criança, estabelecer uma rotina escolar previsível (horário para as de Matemática, Arte, da ginástica, hora do lanche e etc.), verificando toda vez se houve aprendizado a cada etapa desenvolvida (SILVA et al., 2016).

É orientado para que os professores apresentem tarefas em pequena quantidade para não assustar e desanimar a criança, pois uma grande quantidade de tarefas faz com que o aluno sinta que não conseguirá dar conta de terminá-las e, com isso, ele desiste, antes mesmo de começá-las. Devem-se usar recursos especiais como gravadores, retroprojeto, slides, pois estes recursos ajudam na manutenção da atenção e, conseqüentemente, no processo de aprendizagem. Essa criança aprende melhor visualmente, dessa maneira ela pode pôr as ideias no lugar e se estruturar. Alternar atividades de alto e baixo interesse durante a aula, alternando-se as atividades mais interessantes com tarefas menos brilhantes (BROMBERG, 2002).

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA

Segundo castro et al. (2014) O desenvolvimento e a aplicação da cartilha obedeceram a quatro fases: 1ª Fase - Diagnóstico situacional – é realizada investigação junto ao público alvo sobre suas principais dificuldades, onde serão abordadas questões buscando identificar lacunas e dúvidas. 2ª fase – Levantamento na literatura – É realizada levantamentos bibliográficos nas bases de dados existentes. As buscas são feitas com as palavras e termos definidos, utilizando todos os índices e todas as fontes de publicação. O material encontrado é selecionado após leitura minuciosa. 3ª Fase - Montagem da cartilha – A confecção da cartilha quanto à linguagem, ilustração e layout seguiu as orientações de Moreira et al. (2003), que recomendam os critérios específicos para cada sessão.

Para cada tópico da cartilha, os profissionais envolvidos avaliaram a adequação e a apresentação das informações, considerando a perspectiva dos leitores. Em relação à linguagem, eles avaliam a conveniência e a facilidade de compreensão e se os conceitos mais importantes foram abordados com vocabulário claro e objetivo. Eles também indicam possíveis erros conceituais. Em relação às ilustrações, avaliam a adequação da composição visual, sua atratividade e organização, bem como a quantidade e a adequação das ilustrações. No final da validação, esses profissionais serão solicitados a fornecer uma opinião geral sobre a cartilha e suas recomendações. Posteriormente, a nova versão da cartilha será submetida a outro processo de edição, revisão e diagramação. O processo de validação será conduzi-

do até a ausência de novas recomendações para mudanças (REBERTE et al., 2012).

CONCLUSÕES

A escola e os professores que enfrentam esse desafio de lidarem com crianças com TDAH precisam se adaptar às suas peculiaridades, modificando a estrutura da sala de aula e de suas lições de modo que o ambiente possa ficar mais tranquilo. O professor precisa, acima de tudo, perceber que ele tem em mãos uma criança muito especial. É muito possível que esse aluno com TDAH seja criativo, inteligente, multitalentoso e que de-seje muito agradar aos adultos que o rodeiam. Ele está habituado ao fracasso escolar e a ser mal compreendido pelos outros. O que realmente ele precisa é de compreensão, aceitação e amor. Se for encorajada e receber oportunidade, essa criança terá um grande potencial para o sucesso escolar e social (MOREIRA; BARRETO, 2011).

Concluimos o uso da cartilha constituiu-se um importante meio de informar, transmitir conhecimentos e promover reflexão acerca da saúde e bem estar do paciente e da família. Ressaltasse que para a cartilha educativa ser um instrumento efetivo, é fundamental planejamento, dinamicidade e propostas que garantam a participação e aprendizagem de aspectos significativos, e muitas vezes complexos, da doença. Salienta-se que, embora nosso estudo indique resultados potencialmente positivos do uso da cartilha, é fundamental que haja o processo de elaboração e aplicação da mesma.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO. **Relação professor, escola, aluno e família: a educação unida para o sucesso** [S. l.]: ABDA, 24 maio 2013. Disponível em: < <http://www.tdah.org.br/br/dicas-sobre-tdah/dicas-para-educadores/item/977-rela%C3%A7%C3%A3o-professor-escola-aluno-e-fam%C3%ADlia-a-educac%C3%A7%C3%A3o-unida-para-o-sucesso.html?tmpl=component&print=1>>. Acesso em: 26 jan. 2017.

BROMBERG, M.C. Aspectos Relevantes do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Jornal Paranaense de Pediatria**, v. 3, n. 1, Curitiba, Paraná. 2002.

CASTRO, A.N.P.; LIMA JÚNIOR, E.M.. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. **RevBras Queimaduras**.13(2):103-13, 2014.

COSTA JR., A.L.; COUTINHO, S.M.G; COURI, M.L. e REZENDE, R.R. O uso de manuais educativos em saúde pediátrica: um exemplo de hemofilia. **Pediatria moderna**. 37(5), 190-195, 2001.

CREPALDI, M. A; RABUSKE, M. M; GABARRA, L. M.(2006) **Modalidades de atuação dopsicólogo em psicologia pediátrica**. In: CREPALDI, M. A.; LINHARES, M. B. M; PEROSA, G. B. Temas em Psicologia Pediátrica. São Paulo: Casa do Psicólogo.

DSM-IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. São Paulo: Artmed, 1994.

FREITAS, A.A.S.; CABRAL, I.E. O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo.Esc Anna Nery **RevEnferm**. 12(1):84-9, 2008.

GANONG, L.H. Integrative Reviews of Nursing. **RevNurs Health**. 1987;10(1):1-11.

GOLDSTEIN, S.E.; GOLDSTEIN, M. **Hiperatividade**: Como Desen-

volver a Capacidade de Atenção da Criança. Trad. Maria Celeste Marcondes. Campinas, SP: Editora Papyrus, 1994.

LIMA, F. A. A., **Transtorno do Déficit de atenção e Hiperatividade, entendendo melhor a criança com TDAH no contexto da escola pública.** 2011.

MOREIRA, M.F.; NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, M.I.T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev Bras Enferm.** 56(2):184-8, 2003.

MOREIRA, S.C.; BARRETO, M.A.M. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Estratégias no Processo de Ensino e Aprendizagem em Aulas de Educação Física.** 1ª ed. Editora Volta Redonda, 2011.

PHELAN, T.W. **TDA/TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.** 1 ed. - São Paulo - M. Books do Brasil Ltda., 2005.

PRAISA, J.L.; SANTOSA, A.F.; LEVANDOVSKIA, A.R. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e a Compreensão da Psicologia Histórico-Cultural no Desenvolvimento da Atenção. **Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde**, v.20, n.1, p.49-57, 2016.

REBERTE, L.M.; HOGA, L.A.K.; GOMES, A.L.Z. Process of construction of an educational booklet for health promotion of pregnant women. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 20(1):101-8, 2012.

SILVA, D.M.M. et al. Avaliação da relação velocidade-precisão em função do nível de dificuldade no transtorno de Asperger. **ABCS Health Sciences**, v. 41, n. 1, 2016.

SILVESTRE, A.; SILVA, B.K.M.; SILVA, F.S.; LORRAINE, K.S.; SANT'ANNA, V.L.L. FAMÍLIA E A ESCOLA NA APRENDIZAGEM DA CRIANÇA COM TDAH: a necessidade de uma parceria ativa e produtiva. **Pedagogia em Ação**, v. 7, n. 1, 2015.

SWIFT, P.G.F. Diabetes education. **Pediatric Diabetes.** 8: 103–109, 2007.

TORRES, H. C.; CANDIDO, N. A.; ALEXANDRE, R. S.; PEREIRA, F. L. O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, 2009.

CAPITULO 22

PLANO DE AÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES PARA A GESTÃO MUNICIPAL

JOICE SILVA DE ALMEIDA SOUSA
MARDÊNIA GOMES FERREIRA VASCONCELOS

1 INTRODUÇÃO

A política de saúde mental brasileira, traz, a partir do movimento pela reforma psiquiátrica, um novo paradigma de conhecimento, resultando na criação e implementação de novos arranjos organizacionais. Em meio a essas transformações criou-se a necessidade de investigar a rede de saúde mental, visando desde o funcionamento e o processo decisório da gestão até o desempenho dos serviços sob a ótica de diversos atores (gestores, trabalhadores, usuários e familiares), bem como aperfeiçoar o processo de planejamento.

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 diretrizes estabelecidos na Carta Constitucional para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país.

A descentralização das ações e serviços de saúde coloca o município como instância para a execução das ações de saúde, pois este é o espaço de maior proximidade entre o gestor de saúde e a população e, logo, com melhores condições para eleger prioridades nas políticas locais de saúde e planejar sua implementação.

O movimento de descentralização comporta uma série de medidas já efetuadas, as quais se acumulam 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. Isto torna 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 dos usuários da rede.

2 SAÚDE MENTAL E PROCESSO DE TRABALHO

A política de saúde mental tem como finalidade alcançar um modelo de atenção baseado no convívio social e familiar, priorizando o cuidado de seus usuários em serviços comunitários de base territorial que atuem em rede. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) merecem destaque, pois é considerado a principal estratégia da reforma psiquiátrica. Esses buscam estimular a inclusão social e familiar, apoiando iniciativas de busca de autonomia dos usuários.

Isto se torna mais evidente com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da Portaria nº 3088/GM/MS de 23 de dezembro de 2011, que traz como objetivos gerais: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e usuárias de drogas e suas famílias, garantindo a articulação e integração com os demais pontos de atenção do território, qualificando a assistência por meio do acompanhamento contínuo (BRASIL, 2011).

Diante disso, a necessidade de discutir um ponto essencial, que é o processo de trabalho em saúde mental tem sua relevância, tendo em vista que atualmente se vê um cenário de uma política intersetorial centrada na produção social de saúde, como um modelo que se apoia nas ações de saúde que sejam resolutivas e integradas com a rede de serviços de saúde. Propõe-se a substituição do modelo tradicional da assistência à saúde, curativo, hospitalocêntrico, de alto custo e baixa resolutividade, carente de uma eficiente articulação em rede, hierarquizada por complexidade, e sem criação de vínculos de cooperação e corresponsabilidade com os usuários (BRASIL, 1994, 2000).

A proposta de reordenação dessa lógica de trabalho e de organização da assistência em saúde é a que também orienta os processos de transformação da assistência em saúde mental em curso. A superação da lógica tradicional que orienta os processos de trabalho em saúde impõe a necessidade de discutir o planejamento, a organização dos serviços e as formas de gestão (CAMURI & DIMENSTEIN, 2010).

Faz-se relevante nesse processo a substituição dos modelos assistenciais hierarquizados, fragmentados e calcados em uma perspectiva técnico-burocrático, por tecnologias de escuta, acolhimento e negociação. Implica também na produção de um modelo de gestão em saúde, no qual gestores, trabalhadores e usuários sejam do setor saúde e do campo intersetorial, possam dialogar e deliberar sobre a condução, implementação, financiamento e avaliação das políticas públicas de saúde, bem como sobre os processos de trabalho realizados no cotidiano dos serviços, produzindo assim uma gestão dos modos de cuidado, para além de um controle de dados, índices e planilhas, tal como se observa comumente (CAMURI & DIMENSTEIN, 2010).

Para que essa proposta seja efetivada e assuma seu estatuto de política, são necessários processos de subjetivação transformadores, ou seja, “sujeitos coletivos que nas práticas concretas e cotidianas transformam o modo de produzir cuidados em saúde, transformando-se a si também” (DESLANDES, 2005, p. 402).

Significa produzir um novo modo de gestão do cuidado em saúde e novas relações entre trabalhadores e usuários. Nesse encontro, diversas instituições entram em cena e processos tecnológicos operam para que a prática de cuidado seja efeti-

vada. Nesse encontro entre trabalhador e usuário está sendo produzido um “trabalho vivo em ato”, que objetiva a produção de escuta e responsabilização, a constituição de vínculos e de compromissos em projetos de intervenção (MERHY, 2002). O “trabalho vivo” em saúde a partir desse autor é entendido como trabalho em ação. Isso, por sua vez, possibilita a expressão da inventividade/criação por parte do trabalhador que o realiza através da utilização de determinados instrumentos materiais e de certo saber operante (instrumentos imateriais), atendendo às suas necessidades cotidianas.

Ao contrário do “trabalho vivo”, há o “trabalho morto” que são todos os produtos que estão relacionados ou com a matéria-prima ou com as ferramentas utilizadas. Qualquer abordagem assistencial dentro de um serviço de saúde produz-se através de um “trabalho vivo em ato”, em uma relação. Quando trabalhador e usuário se encontram, operam um sobre o outro, há uma confluência de expectativas e produções, criando-se, intersubjetivamente, alguns momentos importantes, como o acolhimento, a produção de responsabilização e a confiabilidade, que dão sustentação às relações de vínculo e aceitação (MERHY, 1999, 2002a, 2002b).

Assim, o “trabalho vivo” em ato deve ser a finalidade de qualquer ação em saúde. Isso, porém, demanda o uso de tecnologias de trabalho, bem como um conjunto de conhecimentos e ações que se materializam em recursos teórico-técnicos, instrumentos e máquinas. São as “tecnologias leves, leve-duras e duras”. Estas últimas são as que estão inscritas nas máquinas e instrumentos, ou seja, nos equipamentos. As “tecnologias

leve-duras” são os saberes bem estruturados, os quais podem se observar, por exemplo, na clínica, na epidemiologia, nos diagnósticos. Finalmente, as “tecnologias leves” são as chamadas tecnologias das relações, do acolhimento e do cuidado. O trabalho em saúde é essencialmente relacional e intercessor, no qual as “tecnologias leves” devem conduzir a produção do cuidado, atuando na função criativa dos serviços/estabelecimentos de saúde. Essas tecnologias, entendidas como o conjunto de conhecimentos e ações aplicadas à produção de algo, têm a potência de criar estratégias para a produção de processos cuidadores como o acolhimento e os vínculos a partir das relações e dos afetos resultantes dos encontros entre os trabalhadores da saúde e os usuários. Essas tecnologias das relações acontecem no momento de interação entre trabalhador e usuário no ato da produção de saúde, cujo total controle escapa do trabalhador por envolver processos de subjetivação (CAMURI & DIMENSTEIN, 2010).

Desse modo, a qualidade dos processos de trabalho que são desenvolvidos cotidianamente junto aos usuários da saúde mental é essencial. Tanto a reforma sanitária quanto a psiquiátrica partilham a ideia de que a produção de saúde implica na produção de sujeitos.

3 PLANEJAMENTO E MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE MENTAL: ELEMENTOS PARA PENSAR O PLANO DE AÇÃO

Entende-se que o estudo da realidade social em que se irá intervir é extremamente necessário para então construir o pla-

nejamento das ações, assim como, após o início das atividades o constante processo de avaliação se faz necessário para rever o que foi pensado e executado. A realidade é dinâmica. Por isso deve ser analisada e repensada constantemente, de acordo com as demandas de cada período histórico em que se insere.

A proposta da reforma psiquiátrica não é apenas de criar serviços substitutivos, mas também proporcionar que os mesmos possam novas tecnologias de intervenção. Os CAPS, por exemplo, deve promover a valorização da liberdade, o acolhimento, a escuta, pensando o plano terapêutico individual do sujeito e contribuindo com a inserção da família e comunidade.

Nesse sentido, Wetzel e Kantorski (2004, p. 596) trazem que existe uma grande diferenciação entre os CAPS existentes, considerando a diversidade brasileira. “Nessas instituições há histórias, compromissos e dificuldades específicos e distintos que nos proíbem de concebê-las como instituições homogêneas”.

Reconhece-se a importância da participação dos atores envolvidos no serviço no processo de planejamento, de forma a considerar a sua história, a forma como percebem o serviço, o compromisso que tem com a proposta.

É necessária a unificação da gestão, com profissionais qualificados que participem das decisões, juntamente aos familiares e usuários. As equipes devem estar preparadas para acolhe-los, estabelecendo vínculos e promovendo sua segurança. A participação da família no planejamento da atenção e em processos avaliativos dos serviços ainda é muito tímida, por isso o serviço deve estar preparado para trabalhar em parceria, disponibilizando informações, atendendo a suas deman-

das e reconhecendo as dificuldades, refletindo sobre estratégias de promoção de vínculos e parcerias. Devem, assim como os usuários, ser empoderadas como elemento facilitador e fonte de planejamento do serviço, com resultados na busca da qualidade e atenção às demandas diversas (OLIVEIRA et al., 2014).

O pensamento aqui apresentado é constituído em torno do princípio ético da inclusão e da participação. Põe em evidência a análise das relações de poder existentes entre os diferentes atores envolvidos na política de saúde mental (gestores, trabalhadores, familiares e usuários), sendo reconhecidos como co-gestores do processo de planejamento (PASSOS et al., 2008).

Trazendo para a realidade local, destaca-se a necessidade da investigação científica sobre o planejamento em saúde mental nos municípios. Estes devem ser gerenciados por meio da vinculação entre necessidades e recursos, da articulação de interesses na tentativa de resolver ou minimizar os problemas que se apresentem, tendo em mente os princípios básicos que norteiam o SUS.

O desafio que se coloca ao gestor municipal da saúde está em buscar instrumentos que o auxiliem na tarefa de gerir em uma realidade complexa. Um destes instrumentos é o planejamento, que pode alterar ou melhorar a capacidade de governo expresso como a capacidade de dirigir, gerenciar, administrar, controlar e estimular o crescimento, criando possibilidades de mudanças.

O planejamento é uma função estratégica de gestão assegurada pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Portaria GM nº 3.085, de 01 de dezembro de 2006, que regula-

menta o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) e pela Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006, que aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos do PlanejaSUS.

O Plano de Saúde é definido, segundo o PlanejaSUS, como o instrumento de gestão, que baseado em uma **análise situacional**, define intenções e resultados a serem buscados pelo município num **período de quatro anos**, expressos em **objetivos, diretrizes e metas**.

Cada município possui autonomia para definir as linhas gerais do processo de elaboração no seu Plano Municipal de Saúde, consoante aos princípios e diretrizes adotadas na legislação básica e normas do SUS. Para desenvolver as metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde, a gestão deverá analisar a viabilidade das ações propostas e elaborar a previsão orçamentária. A análise de viabilidade implica na identificação da disponibilidade de determinados recursos para a continuidade das ações, incluindo assim a viabilidade política; viabilidade técnica-operacional e viabilidade financeira (disponibilidade de recursos financeiros – negociados no Plano Plurianual - PPA). O acompanhamento periódico do Plano Municipal de Saúde deve ser realizado pelo gestor com a finalidade de redirecionar suas ações na Programação Anual de Saúde. É com base no Plano Municipal de Saúde que o gestor irá elaborar sua Programação Anual de Saúde e seu Relatório Anual de Gestão (BRASIL, 2006).

A gestão como prática social traz a necessidade de integração das dimensões técnicas (dispositivos, estratégias, arranjos) e humanas (poder, autonomia, interesses) com um projeto maior de construção organizacional e societário. Na gestão em saúde,

é necessária a construção de uma gestão que se faça no cotidiano, na perspectiva da libertação, imbuídas dos princípios de democracia e participação e que caminhem ao encontro de uma sociedade solidária (PONTE, 2013).

Pensar o planejamento em saúde mental remete, entre outros fatores, a refletir o predomínio da lógica neoliberal intensificada a partir da década de 1990 que afetou o processo de construção do SUS, apesar dos avanços existentes.

[...] o SUS traz no seu cerne o princípio de democrática, e consigo um desafio de construir modos de gestão que atendam seus princípios e tencione novas lógicas no setor saúde. Essa não é uma tarefa fácil. Para além da conjuntura internacional e nacional, cultura e valores sociais; demandas internas ao sistema que precisam estar, constantemente, sendo alteradas (PONTE, 2013, p. 27).

A saúde mental possui o desafio de construir modelos de gestão que atendam seus princípios e tencione novas lógicas no setor. É importante construir elementos sobre a gestão em saúde para fortalecimento da política. Sobre o conceito de gestão em saúde Paim (2003, p. 559) traz que:

[...] a gestão em saúde pode ser reconhecida como a direção ou condução de processos político-institucionais relacionada ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organi-

zação, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde. Nessa perspectiva, a noção de gestão se aproxima da proposta de administração estratégica (OPS/OMS, 1992), na qual podem ser valorizados os componentes vinculados à distribuição dos diferentes tipos de poder em saúde e à construção de viabilidade das intervenções desenhadas).

Essa perspectiva identifica na gestão em saúde sua relação com processos políticos-institucionais e compreende a dimensão do poder no exercício que transcende ações gerenciais. Há nas elaborações sobre gestão em saúde a necessidade de construção de novos paradigmas, não apenas gerenciais, mas também de concepções de saúde e sociedade e adoção de tecnologias leves.

É nessa direção é que encontramos o modelo de gestão compartilhada em saúde desenvolvida por Gastão Wagner e colaboradores (concepção teórica e metodológica Paideia), ao longo dos últimos anos. Esta vem sendo amplamente utilizada em políticas e práticas de saúde no Brasil. Trata-se de uma rede conceitual e metodológica para dar suporte à cogestão de coletivos, que possui três eixos de aplicação: 1) Apoio institucional: é uma função gerencial para a cogestão, usada nas relações entre serviços, e entre gestores e trabalhadores; 2) Apoio matricial: sugere um modo de funcionamento para o trabalho em rede, valorizando uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde;

3) Clínica ampliada e compartilhada: aplicação da metodologia do apoio Paideia como estratégia para se compartilhar o Projeto Terapêutico entre usuário e profissionais. Objetiva a cogestão do atendimento, da assistência e do cuidado entre profissionais responsáveis e usuários (CAMPOS et al, 2014).

A metodologia Paideia de cogestão das instituições e do cuidado em saúde teve suas primeiras aplicações no SUS no município de Campinas/SP, durante a década de 1990. Serviços de saúde mental, de Atenção Básica e da área hospitalar sofreram mudanças organizacionais em que se construíram orientados por esse referencial, novos arranjos e dispositivos de gestão e do processo trabalho, especialmente os denominados “apoio institucional”, “equipes de referência” e “apoio matricial” (CAMPOS et. al, 2014).

A intenção era potencializar a democratização institucional e a qualificação do atendimento à população. Posteriormente, outros municípios incorporaram modos de realizar o apoio institucional e matricial, bem como foram valorizados os conceitos de clínica ampliada e compartilhada.

A partir de 2003, o Ministério da Saúde iniciou um processo de formulação e implementação do apoio institucional aos estados e municípios. Nesse primeiro momento, com dois enfoques: apoio à gestão descentralizada do SUS (coordenado pelo Departamento de Apoio à Descentralização da Secretaria Executiva) e apoio à mudança dos modelos de gestão e atenção dos sistemas e serviços de saúde (coordenado pela Política Nacional de Humanização) (CAMPOS et. al, 2014).

Um segundo movimento do Ministério da Saúde na implementação do apoio institucional se deu a partir de 2011, nesse momento, buscando a articulação das diversas secretarias e departamentos, chamado Apoio Institucional Integrado, coordenado pelo Núcleo Gestor do Apoio Integrado (composto por todas as secretarias do Ministério e coordenado pela Secretaria Executiva). Em seguida, algumas Secretarias de Estado da Saúde também criaram núcleos de apoiadores institucionais para realizar a relação com as secretarias e serviços municipais. Em 2008, após um longo período de debate, o Ministério da Saúde publicou uma nova política denominada de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cujo programa e manual de orientação se basearam na estratégia do apoio matricial. A concepção da clínica ampliada e compartilhada também foi incorporada ao discurso oficial do Ministério da Saúde, particularmente nos documentos fundadores da Política Nacional de Humanização e na Política Nacional de Atenção Básica (CAMPOS *et al.*, 2014).

Com isso, os estudos voltados ao planejamento dos serviços de saúde mental nos municípios contribuem para que as necessidades sociais sejam sempre revistas, analisadas e tenham a intervenção necessária e o plano de ação é um instrumento importante para isso.

Para sua construção é necessário buscar técnicas que proporcionem espaços com potencial crítico de negociação, permitindo a visibilidade de argumentos, posições e construções coletivas, promovendo o exercício ético e político. É interessante envolver o máximo de sujeitos, criando espaços de trocas

que potencializam a discussão em grupo em relação a temática proposta, gerando conflitos construtivos com vistas ao engajamento político de transformação.

É preciso olhar para a situação atual, o que já foi feito, identificar as forças e fraquezas, além de olhar o ambiente e o que pode trazer de oportunidades. Considera-se o ato de planejar um exercício para pensar que futuro, determinando cursos de ação e estabelecendo prioridades. Planejar permite colocar metas em um período de tempo, que atuam como lembretes e balizadores para que os objetivos maiores e funções da instituição não se percam nas demandas diárias, para que não se deixe em segundo plano o que é importante, em função de urgências (BRASIL, 2013).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política pública de saúde mental, no campo da saúde coletiva, deve garantir acesso, integralidade e resolutividade na assistência prestada, articulando os diferentes níveis de atenção em uma unidade. A organização da assistência confere aos serviços desafios e necessidade de constante acompanhamento e análise.

Faz-se relevante colocar em prática uma metodologia de planejamento que dê espaço para o diálogo entre os sujeitos diversos (trabalhadores, gestores, usuários e familiares). É necessário democratizar a saúde, levar em consideração as necessidades da população, para, assim, contribuir com a transformação das práticas em saúde. Nesse sentido, o plano de ação configura-se

como um elemento potencializador desse processo a partir do momento em que ajuda a pensar e acompanhar ações em saúde e é utilizado para organizar as necessidades e atingir resultados esperados ou resolução de problemas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. **Metodologia para o plano de ação 2014**. Rio Grande do Sul: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia - Campus Restinga, 2013. Disponível em: http://www.restinga.ifrs.edu.br/site/midias/arquivos/2013420141063metodologia_pa2014__campus_restringa.pdf. Acesso em: 10 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 9**, Ano VI, nº 9, julho de 2011. Brasília, 2011. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 21p. Disponível em: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em: 26 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma de Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Programa de saúde da família**. Brasília: Âncora Comunicação, 1994. Brasil.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família**: análise por Estados. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. **Processos de Trabalho em Saúde**: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, n.4, p.803-813, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/08.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2016.

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

CAMPOS, R. T. O. *et. al.* Avaliação da rede de centro de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. In: **Rev. Saúde Pública**. 43. 2009. (Supl. 1):16-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/749.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

_____; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, 22 (5), Rio de Janeiro, 2006 (p. 1053-1062).

DESLANDES, S. F. **O projeto ético-político da humanização**: conceitos, métodos e identidade. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu – SP, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar.-ago. 2005.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2002a. p.77-112.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo; Hucitec. 2002b.

MOTTIN, L. M. **Elaboração do plano municipal de saúde**: desafio para o município. Um estudo no Rio Grande do Sul. Rio de Janeiro, 1999. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ).

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: Editora Medsi; 2003 (p. 455-66).

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 narrativa. São Paulo: Hucitec, 2008 (p. 375-397).

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).

WETZEL, C. ; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. In: **Texto Contexto Enferm**. Pelotas: 2004.

CAPITULO 23

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: REVISÃO DA LITERATURA

PAULO ROMÃO RIBEIRO DA SILVA

MAURO SERAPIONI

INTRODUÇÃO

No Brasil, a trajetória da atenção básica mostra que há iniciativas no âmbito da avaliação, sendo um marco a criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica (CAA/DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (MS), em 2000, que traz em seu bojo o propósito de “formular e conduzir os processos avaliativos” na atenção básica. Inicialmente, o CAA/DAB era responsável por gerenciar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), desenvolver pesquisas avaliativas, formar multiplicadores em avaliação por meio da Educação Permanente e desenvolver metodologias de avaliação para implantação de um Sistema de Avaliação da Atenção Básica (BRASIL, 2005, p. 11).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde se colocou como principal responsável pelo processo de avaliação da atenção básica, desencadeando ações como o fomento a pesquisas avaliativas específicas, como os estudos de linha de base (ELB) do Pro-

jeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf) (LINS; CECÍLIO, 2008).

Felisberto et al. (2010) discute a importância de avaliar a “sustentabilidade de projetos [que] costuma ser definida como a capacidade de uma intervenção proporcionar benefícios sem interrupção durante um longo período de tempo” (FELISBERTO et al., 2010). Segundo Contandriopoulos (2006), a institucionalização implica questionar a capacidade da avaliação de produzir informações e julgamentos necessários para apoiar a tomada de decisão e melhorar o desempenho do SUS.

Lins e Cecílio (2008) defendem a necessidade de que, para além de criar estratégias de institucionalização que tornem a avaliação elemento incorporado à prática da atenção básica de forma burocrática, se empreendam esforços, inclusive do ponto de vista teórico, para garantir que a condução da implantação das estratégias avaliativas possa fomentar o potencial transformador da avaliação. Nessa perspectiva, apresentamos no capítulo seguinte os objetivos do presente estudo.

As primeiras experiências de avaliação da atenção básica foram iniciadas ainda no final da década de 90. Em 1999, foi lançada a portaria 476 do Ministério da Saúde, que regulamentava o processo de acompanhamento e avaliação da Atenção Básica em relação aos resultados alcançados e à oferta de serviços financiados pelo PAB que deveriam ser implementados de acordo com o Manual para Organização da Atenção Básica à Saúde e a Norma Operacional Básica de 1996. Essa portaria apresenta 17 indicadores de natureza quantitativa e introduz dois elementos que influenciaram os processos avaliativos na atenção básica brasileira: o estabelecimento de metas quantita-

tivas e o alcance de tais metas para garantir o repasse de recursos financeiros a parti da esfera federal.

Os componentes fundamentais dessa Política são o monitoramento e a avaliação, o desenvolvimento da capacidade avaliativa, a integração das ações, a cooperação técnica, a indução e gestão de estudos e pesquisas e a produção de informação e comunicação, com o intuito de promover a institucionalização da avaliação na atenção básica (BRASIL, 2005).

No Ceará, foi implementado no período de 1996 a 2000 o Programa de Qualidade – PROQUALI (EDUARDO *et al.*, 2007), que teve origem na iniciativa da Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional-USAID, que já vinha prestando assessoria desde 1993 aos programas de saúde reprodutiva nesses estados. O Programa tinha como objetivo “aumentar o acesso e melhorar a qualidade da atenção em saúde reprodutiva em ambos os estados” e propunha intervenções nas áreas de capacitação, gerência, logística e comunicação em centros de saúde dos municípios de Redenção, Barreira e Acarape no Ceará (MERRITI; SAID, 1997, p. 4). Essa experiência gerou documentos internacionais a respeito das lições aprendidas no Brasil no campo da contracepção (USAID, 2006), sendo, portanto, uma estratégia orientada para o controle de natalidade em países “em desenvolvimento”.

METÓDO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, retrospectiva, onde foram incluídos artigos indexados, publicados nos anos de 2013,2014,2015 e 2016 escritos em português, com abordagem nos instrumentos de avaliação da atenção primária a saúde.

Segundo Marconi e Lakatos (2011): “a pesquisa é um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e constitui no caminho para conhecer ou analisar a realidade ou para descobrir verdades parciais.”

Para Andrade (2014): “a pesquisa qualitativa coleta informações sem instrumentos formais e estruturados, analisa e descreve informações produzidas por outros pesquisadores de uma forma organizada e intuitiva.”

A estratégia de busca de artigos incluiu pesquisa em bases eletrônicas. Utilizou-se a Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Antes do acesso aos dados dessas fontes buscaram-se os descritores adequados constantes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Gestão em Saúde, Avaliação em Saúde e Atenção Primária.

Durante a pesquisa foram encontrados 33 artigos, dentre os quais, utilizados 12, após a análise do título e resumo dos mesmos quanto à adequação ao tema proposto.

Os critérios de exclusão adotados para a obtenção da amostra foram: textos não encontrados na íntegra, escritos em língua estrangeira, aqueles encontrados em banco de dados não confiáveis e, aqueles que não abordavam a temática proposta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise dos artigos relacionados aos instrumentos de Avaliação da Atenção primária, encontramos três instrumentos utilizados na atenção primária brasileira nos últimos 10 anos.

São eles: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool) e o instrumento de Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica (QUALI AB).

O programa foi instituído pela Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011, estabelecendo a pactuação de compromissos entre as Equipes de Saúde da Família, municípios e Ministério da Saúde, o envolvimento do controle social, o apoio institucional e a educação permanente para fortalecimento das práticas de saúde (BRASIL, 2011b).

A portaria homologa também o incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), constituindo repasse financeiro de acordo com o alcance das metas firmadas. A portaria não estabelece com precisão a forma como os municípios devem utilizar os valores repassados de acordo com a certificação de cada equipe, sendo realizada de acordo com a decisão da gestão municipal. Há o incentivo à negociação entre gestores e equipes, propondo investimento nos profissionais e na melhoria das condições de trabalho, premiação e remuneração de acordo com o desempenho e os resultados esperados norteados pelos padrões estabelecidos (BRASIL, 2011a, 2011b; PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012).

Entre os seus objetivos específicos do programa podemos destacar:

I - Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;

II - Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;

III - Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;

IV - Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo;

V - Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB;

VI - Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e

VI - Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários. O compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios colocados pela realidade, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à efetividade, eficiência e qualidade do SUS.

Novaes (2007) conceitua acreditação como um processo para criação e aperfeiçoamento de técnicas e instrumentos de avaliação na perspectiva da melhoria contínua da qualidade assistencial e organizacional. A certificação desenhada para o PMAQ-AB assemelha-se aos processos de acreditação de serviços de saúde devido ao caráter voluntário da adesão, os níveis de certificação e visitas periódicas de avaliadores. Por outro lado, Savassi (2012) mostra que o processo de certificação do PMAQ-AB difere dos processos de acreditação por agregar repasse financeiro às equipes avaliadas de acordo com o grau de certificação aferido.

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) (BRASIL, 2010), a avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos são incipientes e pouco incorporados às práticas. Além disso, os instrumentos existentes ainda não constituem ferramentas nem de suporte ao processo decisório e nem de formação das pessoas nele envolvidas.

Apesar de ser imprescindível, existem grandes desafios para efetuar a avaliação de serviços de saúde. Destacam-se as divergências ideológicas e subjetividade dos diversos atores envolvidos, a dificuldade de estabelecer parâmetros de qualidade em saúde, de definir quais são os elementos do cuidado que devem ser aferidos, métodos e fontes de dados adequados (VIACAVA et al., 2004; DONABEDIAN, 2005).

O PCATool, em revisão sistemática recente, apresentou-se como o único instrumento que obteve bom desempenho na avaliação dos atributos da APS e na capacidade de mensurar

aspectos de estrutura e processo (MALOUIN; STARFIELD; SEPULVEDA, 2009). Esta ferramenta apresenta vários formatos, podendo avaliar a percepção de usuários e a provisão de cuidados pelos serviços de APS, sendo todos balizados pelos atributos essenciais e derivados sistematizados por Starfield (STARFIELD; SHI, 2009; BRASIL, 2010)

Seguindo os pressupostos de Donabedian, o PCATool-Brasil considera elementos de estrutura e processo, sendo que cada um dos atributos da APS são avaliados em ambas dimensões. Os elementos de estrutura incluem acessibilidade, amplitude de serviços ofertados, definição da população assistida e continuidade do cuidado. Os de processo são os padrões de utilização dos serviços e o reconhecimento dos problemas de saúde (STARFIELD; SHI, 2009; BRASIL, 2010).

Além da importância do uso do PCATool-Brasil para a avaliação e pesquisa do PSF no Brasil, estratégias públicas e/ou privadas de reforma de sistemas de serviços de saúde têm se utilizado, dentro e fora do país, em busca de maior efetividade e eficiência na atenção à saúde. A avaliação rigorosa dessas iniciativas é fundamental para a definição de políticas públicas/ privadas relacionadas à prática de atenção primária à saúde. Assim, a disponibilidade de um instrumento que mensure a extensão da atenção primária à saúde permitiria a realização de pesquisas sobre atenção primária no Brasil com maior rigor e qualidade (HARZHEIM et al., 2006).

IBANEZ et al. (2006) publicaram artigo referente ao Monitoramento e Avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proes) para o Desenvolvimento de

Estudos Avaliativos (Linhas de Base) proposto pelo MS, estudo foi realizado em 62 municípios com mais de cem mil habitantes no Estado de São Paulo, agrupados em clusters, objetivando avaliar a organização e o desempenho dos serviços de Atenção Básica a partir da percepção de profissionais e usuários.

A avaliação se deu a partir da aplicação de questionários abordando oito dimensões da AB. Avaliação feita por usuários e acompanhantes resultou em um índice geral de 50%, qualificado como pouco satisfatório. Já com relação a avaliação dos profissionais de unidades tradicionais e de PSF, o estudo aponta que trabalhadores atuantes na ESF demonstraram melhor desempenho. Ainda nesse estudo, as dimensões acessibilidade e porta de entrada obtiveram resultados semelhantes nas unidades tradicionais e ESF.

Durante a implantação do projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação apoiado financeiramente pelo PROESEF, o MS propõe uma avaliação formativa de caráter normativo para analisar como ocorria essa implantação. Além disso, um dos objetivos foi desenvolver uma matriz de auto avaliação com abordagem de método rápido de avaliação, tendo como expectativa final que o instrumento pudesse auxiliar na verificação do alcance dos objetivos e ações do projeto (FELISBERTO et al., 2008).

Estudo realizado por VASCONCELOS et al. (2008) com técnicos e gestores da Secretaria de Estado da Saúde do Ceara sobre suas concepções relacionadas as práticas de avaliação e monitoramento, aponta um distanciamento entre os objetivos

e finalidades da avaliação e as práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, não sendo capaz de induzir dinamismo aos serviços e nem atuar como um instrumento de gestão para facilitar processos decisórios e a formulação de políticas públicas. Além disso, são tecidas críticas as experiências verticais do MS na realização de avaliações centradas na mensuração de resultados, de modo quantitativo, em detrimento de abordagens qualitativas. Por fim, coloca como desafio a incorporação de maior subjetividade ao processo avaliativo, com a participação e construção conjunta dos diferentes atores envolvidos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação para Melhoria da Qualidade Qualificação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 110.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aplicativo Digital da Avaliação para Melhoria da Estratégia Saúde da Família. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Evolução do credenciamento e cobertura das equipes de saúde da família. 2011. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (primary care assessment tool - PCATool-Brasil). Brasília: MS, 2010

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al.. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 37-48.

FELISBERTO, Eronildo et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online], 2010.

LINS, A.M.; CECILIO, L. C. O. **O discurso da institucionalização de práticas em saúde:** uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, Sept. 2008.

HARTZ, Z.M. de A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (org.). **Avaliação em Saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LAKATOS. MARCONI. Metodologia do trabalho científico. Ed. 07, São Paulo, Atlas, 2009.

PINTO, H. A.; SOUZA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, ago, 2012.

MERRITT, A.P.; SAID, Projeto Proquali - o ponto de vista dos clientes: Resultados da Pesquisa sobre Qualidade e Satisfação com Serviços de Saúde Reprodutiva. Ceará: Johns Hopkins University, 1997.

NOVAES, H. M. D. O processo de acreditação dos serviços de saúde. **Revista de administração em saúde**, São Paulo, v. 9, n. 37, p. 133-140, out./dez. 2007.

USAID. Contraceptive procurement: policies, practices, and lessons learned in Brazil, 2006.

SAVASSI, L.C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 23, p. 69-74, abr./jun. 2012.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2009.

VASCONCELOS, S. M.; BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S.. Avaliação e o monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2891-2900, dez. 2008.

CAPITULO 24

APOIO MATRICIAL COMO PROCESSO DE CUIDAR EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

MARIA EVÂNIA SOUSA FURTADO

MAURO SERAPIONI

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS, vem passando ao longo dos anos por profundas transformações, tais transformações são necessárias para melhor adequação às necessidades de uma população com diferentes necessidades. Tais necessidades apontavam para a necessidade de aprimoramento do Sistema, visando a integração dos serviços que compõe o Sistema Único de Saúde.

Diante da identificação destas necessidades, surgem as Redes de Atenção à Saúde (RAS), definidas como *“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”* (BRASIL, 2010).

Entre as linhas de cuidado elegíveis para o trabalho em rede citamos a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011), parte integrante do SUS compartilhando, portanto, de seus princípios e suas diretrizes.

Ao pensarmos o cuidado sob a ótica das Redes de Atenção à Saúde, faz-se necessário destacar o conceito de integralidade em duas dimensões fundamentais, especialmente no reconhecimento do ser humano como um “sujeito integral” e, por conseguinte, na organização de uma rede de cuidados que se pautem em responder integralmente à diversidade das demandas (MATTA; MOROSINI, 2015).

Neste contexto, matriciamento em Saúde Mental surge com sendo um suporte especializado de às Estratégias de Saúde da Família, no acolhimento e assistência ao atendimento dos casos de saúde mental nos pressupostos da atenção psicossocial preconizados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009).

O presente trabalho constitui-se de uma revisão da literatura, no qual realizou-se consulta a periódicos e artigos científicos selecionados através de busca no banco de dados do Scielo, Bireme e Biblioteca Virtual em Saúde, além de artigos disponibilizados em sites de domínio público relacionados ao tema.

A busca nos bancos de dados foi realizada utilizando às terminologias cadastradas nos Descritores criados pela Biblioteca Virtual em Saúde. Os critérios de inclusão para os estudos encontrados foram que estivessem relacionados à avaliação de serviços e programas de saúde envolvendo aspectos conceituais, metodológicos e discursivos acerca dessa temática em questão.

Objetiva-se, dessa forma, analisar as discussões entre autores citados no presente trabalho, refletir sobre os princípios norteadores do apoio matricial como processo de cuidar em Saúde Mental no contexto da Atenção Primária à Saúde, visando aperfeiçoar as relações em rede, interligando de forma efetiva os diversos pontos.

A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DAS REDES

Na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica ou Atenção Primária Saúde elegeu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como dispositivo estratégico para inversão do modelo assistencial curativo e hospitalocêntrico, contemplando, ou devendo contemplar em suas diretrizes, a prevenção de doenças, o controle de agravos e a promoção da saúde, devendo suas ações serem operadas no contexto territorial e comunitário com atuação multidisciplinar e participativa (BRASIL, 2011).

Por ser a Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde responsável pela população a ela adscrita, deve não somente fazer parte da Rede de Atenção, mas deve estar em consonância e coordenar todo o processo do “cuidar”, atuando/interligando os mais diversos Pontos de Atenção.

Mesmo compondo um “contexto maior” as Políticas em Saúde devem buscar mecanismos que se adequem a realidade de cada Região de Saúde, respeitando suas especificidades.

Desta forma, cada esfera de gestão tem como responsabilidade programar, executar e avaliar as ações de promoção, pro-

teção e recuperação da saúde dos usuários do SUS local, sendo cada esfera o primeiro e maior responsável pelo planejamento, execução e controle das ações dentro da sua área de abrangência.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que descreve as atribuições destinadas aos gestores municipais podemos destacar ações que envolvem todo o processo de saúde que é a organização do fluxo de usuários visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde do âmbito da AB (BRASIL, 2007).

Partindo da premissa, existem atores essenciais ao processo de responsabilização que se estendem desde os profissionais envolvidos no processo do cuidar propriamente ditos aos gestores em saúde, por serem os representantes de cada esfera de governo, uma vez que a gestão pública é responsabilidade de todos e os mais diversos atores sociais podem e devem exercer, além do controle público, a gestão participativa.

Diante da identificação destas necessidades, surgem as Redes de Atenção à Saúde (RAS). As Redes de Atenção à Saúde definidas como *“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”* (BRASIL, 2010).

Vale ressaltar que o novo requer esforço de todos os atores envolvidos no processo, uma vez que o desafio está colocado não só para a implantação e expansão dos pontos de atenção dessas redes, mas especialmente, para a articulação e a corresponsabilidade do cuidado aos usuários (MATTA; MOROSINI, 2015).

O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA E MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL INSERIDO NO CONTEXTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Com o movimento de Reforma Psiquiátrica ocorrido na década de 1980, processo político e social complexo que busca desinstitucionalização como prática em saúde mental (BRASIL, 2005) e, a partir das reivindicações sociais, iniciaram-se no Brasil os processos da Reforma Sanitária e da Luta Antimanicomial, surgindo com promulgação da nova Constituição Brasileira de 1988, a necessidade de reestruturação da Atenção Básica (MACHADO; CAMATTA, 2013).

No campo da Saúde Mental, se propõe o resgate da autonomia e dos direitos dos pacientes, o que leva ao surgimento em todo o país de uma série de novos serviços que se configuram como novas formas de intervenção e serviços substitutivos ao modelo manicomial, que mesmo apresentando suas singularidades. Tais serviços têm em comum a proposta de oposição e transformação do modelo clássico em Psiquiatria (BRASIL, 2005).

Na busca de promover a articulação entre as equipes de saúde da família e a necessidade de atenção à saúde mental, toma força a proposta do Apoio Matricial como sendo um processo que propõe a intervenção pedagógico-terapêutica, favorecendo a prática do cuidado longitudinal, com redução dos encaminhamentos desnecessários, bem como, a corresponsabilização pelo usuário como sendo um sujeito ativo na tomada de decisão no processo de cuidar (BRASIL, 2011).

Partindo do pressuposto da integralidade do cuidado, o matriciamento constitui-se uma importante ferramenta de interlocução entre os serviços de saúde, todavia, uma rede de atenção à saúde frágil pode levar ao comprometimento da relação entre os atores envolvidos (BARROS; GONÇALVES; KALTNER; LANCMAN, 2015).

Neste sentido, “matriciar” implica democratização do conhecimento, discussão, reflexão e por fim, na pactuação de responsabilidades visando a ampliação das possibilidades no processo do cuidar (BARROS; GONÇALVES; KALTNER; LANCMAN, 2015).

No contexto do matriciamento em Saúde Mental a integração da equipe multidisciplinar com a Estratégia Saúde da Família possui grande importância para a terapêutica, dada a necessidade contínua de se buscar a redução das desigualdades de acesso, dos riscos de adoecimento dos indivíduos e das famílias buscando, sobretudo, minimizar os efeitos indesejáveis e otimizar os efeitos desejáveis e, acima de tudo, responder às necessidades manifestas pelos usuários (BRASIL, 2009).

Vale ressaltar que o apoio matricial em saúde tem como objetivo maior prestar retaguarda às equipes e profissionais de saúde sendo, portanto, uma metodologia complementar aquela prevista em sistemas hierarquizados, onde se utilizam mecanismos extremamente burocráticos e, por vezes, ineficazes, indo além da retaguarda assistencial, estendendo-se como suporte técnico pedagógico às equipes de sua responsabilidade, com diretrizes que definem critérios tanto para o acionamento do apoio, como estabelecem o espectro de responsabilidade dos

diferentes componentes da equipe de origem (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Considerando a necessidade de articular os cuidados em saúde mental e demais pontos de atenção é imperativo ressaltar a necessidade da não fragmentação do processo do cuidar, buscando articular os cuidados em saúde mental e demais pontos de atenção, incide sobre a Estratégia de Saúde da Família importante papel, de acolher toda a população territorial/geográfica, com capacidade de atender as necessidades assistenciais mínimas dos usuários, garantindo o acompanhamento, a prevenção e a promoção à saúde (MENDES, 2011).

Por ser a Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde responsável pela população a ela adscrita, incide portanto, sobre ela, o importante papel, de acolher toda a população territorial/geográfica, com capacidade de atender as necessidades assistenciais mínimas dos usuários, garantindo o acompanhamento, a prevenção e a promoção à saúde (MENDES, 2011).

O SUS, por conseguinte sua gestão compreendem além do seu componente de assistência à saúde, componentes com programas estratégicos de promoção, informação e vigilância à saúde, além da gestão de investimentos, normatizados por um grande número instrumentos, em geral, com detalhamento e complexidade excessivos, exigindo dos seus gestores, em todas as esferas, constantes transformações e reformas incrementais. Entre estas transformações encontra-se inserido o processo de matriciamento em saúde.

Diante do exposto, alguns pontos devem ser esclarecidos. Chiaverini e colaboradores (2011) alertam que uma questão não

tão recente mas que permanece sem uma resposta: quem cuida do quê? Que tipo de usuário deve ser atendido exclusivamente pelos profissionais de Atenção Primária à Saúde? Quais são os pacientes que também devem ter cuidados das equipes especializadas de saúde mental? Diante de tais questionamentos pode-se ainda adicionar a estas questões, uma nova questão: que tipo de usuário pode se beneficiar das interações do apoio matricial?

Neste contexto, surge a necessidade de avaliarmos os serviços de Atenção Primária ofertados no âmbito municipal, sob a ótica dos gerentes/gestores e profissionais, na perspectiva de aperfeiçoamento dos serviços já existentes na Rede de Atenção à Saúde Municipal. Tal estudo busca o estabelecimento de mecanismos eficazes na integração dos diversos Pontos de Atenção, mais especificamente entre a Atenção Primária à Saúde e os demais pontos de atenção da rede, tendo como foco principal a integralidade em suas diversas vertentes do cuidado.

Para tanto, existem atores essenciais ao processo de responsabilização que se estendem desde os profissionais envolvidos no processo do cuidar propriamente dito, aos gestores em saúde, por serem os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções no âmbito municipal.

Desta feita, mesmo compondo um “contexto maior” as Políticas em Saúde devem buscar mecanismos que se adequem a realidade de cada Região de Saúde, respeitando suas especificidades, entendendo que no trabalho em redes, as fronteiras do indivíduo não estão limitadas, devendo incluir o sujeito em sua integralidade (SLUZKI, 1997).

Portanto, podemos acrescentar que as fronteiras do indivíduo não se limitam à família nuclear ou extensa, incluindo um conjunto mais complexo como os vínculos interpessoais do sujeito: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais.

Desta forma, tão importante quanto falar de matriciamento em saúde mental, faz-se necessária a responsabilização de cada esfera de gestão e de cada ponto de atenção à saúde desses usuários, respeitando-os, e provendo ações seja programando, executando ou avaliando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, especialmente na esfera municipal, primeiro e maior responsável pelo sucesso das ações e cuidados em saúde.

REFERÊNCIAS

BARROS, J. O; GONÇALVES, R. M. A; KALTNER, R. P; LANCMAN, S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088/GM de 23 de dezembro de 2011. Brasília, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279/GM de 30 de dezembro de 2010. Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; Departamento de Atenção Básica; Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. V. 1. Brasília, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos. Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, 2011.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CHIAVERINI, D. H. ... [et al.]. Guia prático de matriciamento em saúde mental (Organizadora) [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou emaranhado? Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 129 -138, 2009.

MACHADO, D. K. S; CAMATTA, M. W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. Cad. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 224-232, 2013.

MATTA, G.C., MOROSINI, V.G. Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acessado em 24 Fev. 2015.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011.549 p.

metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

CAPITULO 25

RED DE ATENCIÓN Y APOYO EN SALUD MENTAL: PRODUCCIÓN DEL CUIDADO E ITINERARIO TERAPÉUTICO

AGUSTÍN J. SIMONELLI-MUÑOZ

JUANA I. GALLEGO-GÓMEZ

No es hasta la Ley General de Sanidad de 1986 (14/1986, de 25 de Abril), cuando se regula en una normativa con rango de Ley la estructura del sistema de Salud Mental en España. Concretamente en su capítulo III, titulado *De la salud mental* (artículo 20), se legisla la incorporación de todas las actuaciones que tienen que ver con el ámbito de la salud mental y las incluye dentro del Sistema Sanitario Nacional. Es a partir de esta norma, cuando se iguala en España la atención sanitaria del paciente mental con la de los pacientes físicos. La cuestión es que se plasma por escrito que debe existir una estructura y organización igual al resto de pacientes y con los mismos recursos asistenciales, tanto a nivel de Centros de Salud Mental, hospitales de día y atención domiciliaria, que minimicen los ingresos hospitalarios en este tipo de población. El eje central o

la base en la que debe girar todo el sistema, debe ser el Centro de Salud Mental, institución que debe dar cobertura a todos los pacientes con diagnóstico psiquiátrico, que residan en España. Así, la citada ley deja claro en su artículo 20 que:

“1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general” (Ley General de Sanidad, 1986).

En nuestro país, las competencias en el ámbito sanitario fueron transferidas a las Comunidades Autónomas, por tanto,

actualmente existen Servicios de Salud tantos, como Comunidades Autónomas españolas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Rico, 1998). En este capítulo, nos centraremos en el Servicio Murciano de Salud (Subdirección General de Salud Mental), que es de donde depende actualmente la Red de Salud Mental de Murcia.

En estos momentos, la Región de Murcia está constituida por nueve Áreas Sanitarias.

- Área de Salud I (Murcia/Oeste)
- Área de Salud II (Cartagena)
- Área de Salud III (Lorca)
- Área de Salud IV (Noroeste)
- Área de Salud V (Altiplano)
- Área de Salud VI (Vega Media del Segura)
- Área de Salud VII (Murcia/Este)
- Área de Salud VIII (Mar Menor)
- Área de Salud IX (Vega Alta del Segura)

Dentro de cada una de ellas se establece una Gerencia, encargada de administrar todos los recursos asistenciales públicos de los que dispone la Región de Murcia. Toda esta estructura ofrece a través de la cartera de servicios, cinco programas asistenciales que son la base del cuidado que se proporciona a las personas con enfermedad mental y que se describen a continuación (SIAP, 2009):

1. PROGRAMA DE ATENCIÓN A ADULTOS

Se lleva a cabo en los diferentes Centros de Salud Mental de la Región de Murcia, que en la actualidad son 14. Este programa, pretende garantizar las necesidades en Salud Mental de todas las personas mayores de 16 años que habiten en el Área de Salud correspondiente, con el objetivo de prevenir, diagnosticar rápidamente, guiar y tratar todos los problemas psiquiátricos y psicológicos, teniendo como fin último conseguir la rehabilitación de las personas atendidas.

2. PROGRAMA INFANTO – JUVENIL

El Programa Infanto – Juvenil, está destinado a todas aquellas personas con edades comprendidas entre los 0 y 15 años de edad. Hoy en día, son 9 los Centros de Salud Mental que ofrecen este programa en Murcia. Igual que el anterior programa, su utilidad está encaminada hacia la prevención, diagnóstico y tratamiento de patologías psiquiátricas y psicológicas, con la participación de profesionales especialistas para este grupo de edad.

3. PROGRAMA DE DROGODEPENDENCIAS

Este programa, va orientado a población con problemas de dependencia y abuso de alcohol, tabaco, drogas ilegales, ludopatía, etc., con el fin de garantizar también todas las necesidades de salud de esta población. Son tratados en los Centros de Salud Mental o en Centros específicos de Atención a Drogodependencias, también denominados CAD. A nivel de gestión,

no dependen directamente de los Centros de Salud Mental ya que los Centros tienen su propia dirección.

4. PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN

El Programa de Rehabilitación y Reinserción, pretende conseguir el mayor nivel de recuperación y readaptación, teniendo en cuenta las posibilidades de cada persona. Trabajar la conducta y el comportamiento para reinsertarlos socialmente es el objetivo principal, evitando de este modo la estigmatización y marginación de esta población. En Murcia, esta tarea se viene desarrollando a día de hoy por cuatro dispositivos de Salud Mental específicos para esta misión y otros cuatro Centros de Día.

5. PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN

En este caso, el Programa de Hospitalización va dirigido a todos aquellos problemas de Salud Mental, que por sus características clínicas o personales no van a poder ser tratados fuera del ámbito hospitalario. En la Región de Murcia hay seis Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos, una Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, una Unidad Hospitalaria de Desintoxicación – Patología Dual, tres Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Media Estancia, una Unidad de Larga Estancia Psiquiátrica y por último una Residencia Psico-Geriátrica.

A continuación vamos a describir todos los recursos públicos asistenciales que disponen y conforman la red de Salud Mental y Drogodependencias en Murcia (Murciasalud, 2014):

Centros de Salud Mental

Como se ha comentado con anterioridad, los Centros de Salud Mental son la base del sistema de la Red de Recursos Públicos de Salud Mental. La finalidad de los Centros de Salud Mental, es prestar atención psiquiátrica especializada a pacientes remitidos desde atención primaria o incluso de otros niveles sanitarios como los Hospitales Generales, las Urgencias Psiquiátricas y los Hospitales Psiquiátricos. En estos centros se acoge a los pacientes, valorando toda la información que presentan y se les explica los recursos de los que se dispone en el Centro de Salud Mental. La base principal de la atención que se les proporciona, consiste en desarrollar un seguimiento adecuado para garantizar la estabilidad de los pacientes. Cada profesional, se encargará de hacer su evaluación y seguimiento correspondiente. En muchos casos, dependiendo del problema de salud que presenten, los distintos profesionales del centro les proporcionan terapias psicoeducativas individuales, grupales, familiares, etc., y/o terapias complementarias al tratamiento psicofarmacológico.

UNIDAD PSIQUIÁTRICA HOSPITALARIA

Las Unidades Psiquiátricas Hospitalarias, están ubicadas en los Hospitales Generales. Se caracteriza por atender veinticuatro horas al día y de forma continuada a los pacientes, siendo la estancia media de ingreso de unos 15 días. Las personas que van a requerir de ingreso en esta institución, son aquellos que:

- Se encuentran en fase aguda de cualquier diagnóstico psiquiátrico.
- Que no pueden convivir con la familia.
- Cuando la patología supone una amenaza contra sí mismo o contra los demás.
- Cuando hay fracaso en el tratamiento ambulatorio.
- Cuando conviene separación de la familia.
- Es el lugar de elección para establecer o evaluar un diagnóstico psiquiátrico.
- Cuando existe patología física agravada por la patología mental.

Hospital de Día

Es un Centro alternativo a la hospitalización total. Aunque se lleva a cabo un abordaje terapéutico intensivo al igual que en el hospital psiquiátrico, es un paso intermedio entre el alta hospitalaria y el paso al centro de Salud Mental. En esta institución, se les proporciona a los pacientes psiquiátricos tratamiento biológico, además de tratamiento psicológico. Otra de las características de este centro es el horario de atención, que suele ser hasta las diecisiete horas. Los pacientes suelen estar ingresados en el Hospital de Día entre uno y seis meses aproximadamente.

Centro de Día

La finalidad de los Centros de Día, es el trabajo con enfermos crónicos en situación de dependencia o con medio socio laboral desestructurado. Por tanto, lo que se pretende es favorecer la adquisición o recuperación de las destrezas y habilidades

necesarias para el buen funcionamiento dentro de la sociedad, fomentando de este modo su autonomía e independencia y potenciando su integración familiar. Es un recurso necesario tanto para los enfermos, como para sus familiares ya que con su utilización se puede conseguir favorecer la relación paciente – familia, al dotar a esta última de unas horas de dedicación personal, teniendo en cuenta que en muchos casos los pacientes psiquiátricos pueden ser demandantes de muchos cuidados.

Unidad de Media Estancia

En esta Unidad de internamiento psiquiátrico, suelen estar ingresados durante un período de seis a doce meses aproximadamente. Se da comienzo a la rehabilitación y se desarrollan actividades terapéuticas individuales y grupales, se llevan a cabo actividades ocupacionales y se les forma en actividades laborales y en oficios.

Unidad de Larga Estancia

En estas Unidades se realizan internamientos psiquiátricos de pacientes que no tienen autonomía y con nulos recursos socio - familiares. Se fomenta la rehabilitación y resocialización para evitar un funcionamiento de la institución como tipo custodia, aunque a veces no resulta una misión fácil.

Taller Ocupacional

Su objetivo es proporcionar a los pacientes derivados de otros recursos asistenciales, una formación, orientación y adiestramiento en el trabajo de manera protegida. Es fundamental

que esta formación se adecue a las capacidades y características de la patología que presenta el paciente y tiene una función puramente rehabilitadora. Los resultados obtenidos con estos talleres suelen ser muy positivos, consiguiendo mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de la propia familia.

Centros Especiales de Empleo

Es el paso posterior a estos talleres y se acercan más al mundo laboral normalizado. A ellos acceden los pacientes una vez formados en los talleres ocupacionales y consiguen que las personas se consideren activas laboralmente, con todos los beneficios que ello conlleva.

Pisos Protegidos o Terapéuticos

Constituyen un espacio residencial. Es un recurso rehabilitador y acceden pacientes de los Centros de Salud Mental y de otros ámbitos asistenciales. Su objetivo es dotar al paciente de vida autónoma, en régimen de convivencia en grupo y siempre bajo supervisión y apoyo técnico. Es uno de los niveles a seguir para favorecer la salida de las grandes instituciones de custodia y el acercamiento a su funcionamiento social normalizado. Tienen carácter transitorio salvo en los casos en los que el paciente no tenga otros recursos. Podemos encontrarnos con pisos que pertenecen a la Red Pública, aunque también los hay privados, generalmente gestionados por asociaciones privadas.

Los profesionales encargados del cuidado de personas con enfermedad mental en España, están formados en las Unidades Docentes Multiprofesionales de Salud Mental. Esta forma-

ción especializada, se encuentra regularizada en el Real Decreto 183/2008 (8 de febrero), que determina la implantación del modelo general de formación sanitaria especializada (BOE, 2008).

El sistema educativo de residencia de la especialidad, obliga a adquirir las competencias profesionales características de cada especialidad, a través de un programa práctico profesional. Todo este proceso está supervisado con la intención de conseguir de forma continuada y progresiva, los conocimientos, habilidades, actitudes etc. para un adecuado y correcto ejercicio profesional (BOE, 2008).

En España, las especialidades reguladas en Ciencias de la Salud según el sistema de residencia en Salud Mental, son tres:

1. Psiquiatría.
2. Enfermería de Salud Mental.
3. Psicología Clínica.

Además, estas tres especialidades forman parte de las denominadas Unidades docentes de Salud Mental, donde se formarán los médicos especialistas en Psiquiatría, los psicólogos especialistas en Psicología Clínica y los enfermeros especialistas en Enfermería de Salud Mental. Para poder acceder a estas tres especialidades, se debe estar previamente en posesión de un título universitario oficial que habilite para el ejercicio en España de la profesión de médico, enfermero o psicólogo. La especialidad de Enfermería de Salud Mental, tiene una duración de dos años académicos (BOE, 2008).

La Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental es una disciplina cuyo objetivo es la capacitación y sensibilización del enfer-

mero en los aspectos psiquiátricos de los cuidados de enfermería, incluyendo los conocimientos teóricos, técnicos y prácticos que le permitan un abordaje eficaz de la enfermedad mental en la prevención primaria, secundaria o terciaria, así como en la promoción de la Salud Mental (Rigol y Ugalde, 2003).

Su campo de acción será la persona como ser individual, pero sin dejar de lado la familia y el grupo social, ya que sin el apoyo de estos el paciente psiquiátrico presentará una peor evolución y por tanto, una peor evolución de la enfermedad.

Concretamente en el año 2009 se aprueba en Murcia por el Ministerio de Sanidad y Consumo la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de la Región de Murcia. Esta Unidad depende del Servicio Murciano de Salud y pretende formar a los profesionales para proporcionar unos cuidados de calidad a nivel asistencial y garantizar el compromiso de sus trabajadores con la excelencia profesional para los habitantes de la Región de Murcia.

Además de los anteriores profesionales, hay otros recursos humanos que habitualmente forman parte de la Red de Salud Mental, como son los trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares de clínica, auxiliares administrativos y celadores.

Acogida del paciente psiquiátrico en el Centro de Salud Mental

La “acogida del paciente” se suele llevar a cabo generalmente por parte del personal de enfermería, aunque no son los únicos profesionales que la pueden hacer. La finalidad de esta intervención, es obtener toda aquella información necesaria para la toma de decisiones por parte de los profesionales de sa-

lud mental, ya que en base a esta información se llevarán a cabo las estrategias clínicas y psicológicas con respecto al paciente (Simonelli y Salorio, 2009; Bobes J, *et al.*, 2001).

Al principio de la acogida se hará una entrevista que consistirá principalmente en:

- Incluir en la historia clínica del paciente psiquiátrico todos aquellos informes que tengan que ver con la psicopatología, de los que disponga el paciente y/o la familia.
- Informar de todo lo que tenga que ver con el funcionamiento y desarrollo del Centro de Salud Mental, tanto a nivel de recursos humanos como materiales de los que puede disponer.
- Valoración de la situación familiar, como recursos económicos, relaciones interfamiliares, etc.
- Analizar la relación que tiene el cuidador o familiar que acompaña al paciente, así como el nivel de conocimientos que tiene sobre la enfermedad.
- Evaluar la situación socioeconómica y laboral del paciente y la familia.
- Analizar el nivel de independencia del paciente con respecto a sus necesidades básicas y las actividades de la vida diaria, comprobando su nivel de conciencia de enfermedad fundamental para que puedan hacerse un seguimiento y cumplir con el tratamiento que tengan prescrito, así como para las futuras revisiones en su Centro de Salud Mental.

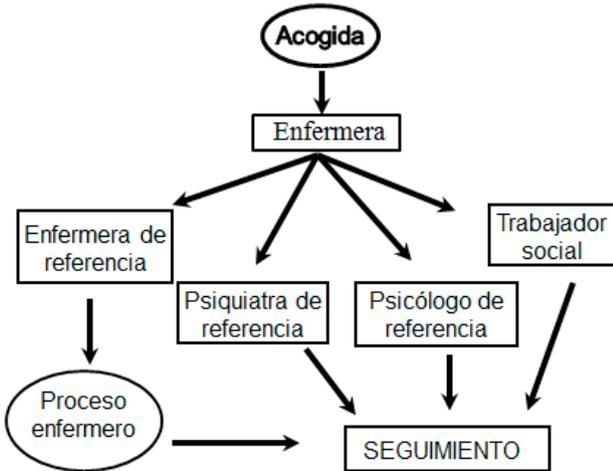
- Identificar si hay consumo de sustancias tóxicas: tipo, frecuencia, inicio, etc.
- Es fundamental trabajar en la adherencia al tratamiento farmacológico, así como en el compromiso de asistir a las revisiones periódicas que tenga en el Centro, haciendo partícipe al paciente de su propio cuidado (Martín JC, 2008).

Una vez concluida la entrevista, se les asignará una enfermera, un psiquiatra y un psicólogo de referencia, para que sean valorados por cada profesional y se les pueda hacer un seguimiento mediante citas programadas y también se le proporcionará una cita con el trabajador social, en caso de que fuera necesario. Además de todo esto, es importante que se lleve a cabo el Plan de Actuación Coordinada, que consiste en un conjunto de actuaciones ordenadas e integradas de los distintos tipos de profesionales que intervienen en el caso, para dar respuestas a los problemas que puedan surgir y se efectuarán mediante reuniones periódicas y programadas (Simonelli-Muñoz, *et al.*, 2009; Martín JC, 2008).

La enfermera de referencia iniciará el denominado Proceso Enfermero durante la primera cita de seguimiento programada con el paciente. Para ello cuenta con los siguientes instrumentos que les proporcionan, por un lado, el favorecer la responsabilidad y la autonomía profesional al describir la práctica enfermera como un espacio autónomo, y por otro, la posibilidad de elaborar investigaciones fundamentales que muestren resultados de enfermería basados en la evidencia científica (Llu-

ch MT, 2004). El modelo de Enfermería más ampliamente utilizado en la valoración de Salud Mental en España son los once patrones funcionales de Marjory Gordon; en la fase de diagnóstico se viene trabajando con la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería conocida como “taxonomía NANDA”, elaborada por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA, 2012); en la fase de planificación, utilizará la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, conocida por sus siglas en Inglés NIC (2004) (Nursing Interventions Classification), así como la Clasificación de Resultados Esperados de Enfermería, conocida como NOC (2013) (Nursing Outcomes Classification); la fase de ejecución donde se llevarán a cabo las intervenciones y actividades preestablecidas en la fase anterior; y finalizará el Proceso Enfermero con la etapa de evaluación de los resultados obtenidos (Lluch MT, 2004; Martín JC, 2008).

Imagen 1. Esquema del proceso de acogida y seguimiento de los profesionales.



BIBLIOGRAFÍA

Boletín Oficial del Estado. Real (BOE). Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE número 45 de 21/2/2008.

Bobes, J., Bobes, M., Bousoño, M.P., Gozález, P., López, J.L. y Sáiz, P.A. (2001). *Enfermería Psiquiátrica*. Madrid: Síntesis.

Dochterman, J., Butcher, H., Butcher, H.K., Bulechek, G., y Bulechek, GM. (2013). *NIC. Clasificación de Intervenciones de Enfermería*. (4ª ed.). Madrid: Elsevier.

Ley General de Sanidad. (1986). Ley 14/1986, de 25 de Abril. BOE 29/4/1986

Lluch, M. T. (2004). *Enfermería psicosocial y de salud mental: marco conceptual y metodológico*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Maas, M., Johnson, M., y Moorhead, S. (2013). *NOC. Clasificación de resultados de enfermería*. 5 ed. Madrid: Elsevier.

Martín, J. C. (2008) *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental*. Murcia: Subdirección de salud mental (SMS).

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007) *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., y Swanson, E. (2008). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Barcelona: Elsevier Mosby.

Murciasalud (2014). *Red de Salud Mental de la Región de Murcia*. Recuperado de: http://www.murciasalud.es/salud_mental.php

NANDA Internacional. (2012). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2012 - 2014*. Madrid: Harcourt.

Rico, A. (1998). La descentralización sanitaria en España: el camino recorrido y las tareas pendientes. *Papeles de Economía Española*, 76, 49-66.

Rigol, A., Ugalde, M. (2003). *Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría*. (3ª ed.). Barcelona: Masson.

Simonelli-Muñoz, A.J. y Salorio, P. (Coords). (2009). *Valoración de enfermería en salud mental: Casos Clínicos I*. Murcia: Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería.

Sistema de Información de Atención Primaria del SNS (SIAP) (2009). *Atención a la Salud Mental*. Madrid: Instituto de Información Sanitaria - Subcomisión de Sistemas de Información del SNS.

Ao discutir a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) nos deparamos com grandes e complexos desafios. Salienta-se o tamanho continental do país e suas mais variadas especificidades regionais, que devem ser conhecidas e respeitadas. Ademais, é necessário atentar para a complexidade das diversas redes de atenção que compõem o sistema e denotam a potência e as fragilidades em todos os serviços de saúde.

Discutir e focar na realidade local e regional é um passo importante para o desenvolvimento paulatino da importância de um programa de pós-graduação. Esse movimento realizado pelo Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará, aponta um caminho propiciador do diálogo entre a academia e o sistema de saúde.

Os construtos apresentados neste livro ponderam a importância das vivências locais em saúde e a potência disseminadora de conhecimentos das pesquisas. Isso explicita a aplicabilidade de variadas ferramentas utilizadas no mestrado profissional para o desenvolvimento de estudos que possam subsidiar a gestão em saúde no nosso sistema.

A leitura da obra nos remete aos meandros da gestão do SUS, com a apresentação de possibilidades para melhora dos

dispositivos trabalhados no sistema. Também denota o protagonismo dos mestrados profissionais na tentativa de aproximação entre as teorias e as práticas em saúde.

Antonio Rodrigues Ferreira Junior

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas

Professor Adjunto da Universidade Estadual do Ceará.

AUTORES/COLABORADORES

Adriana Catarina de Souza Oliveira

Enfermeira. Doutora em Salud Pública pela *Universidad de Murcia* Espanha, mestre em *Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud* pela *Universidad de Murcia/Espanha*, especialista em Enfermagem em UTI. Professora da Graduação em Enfermagem e Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) em *Investigación en Ciencias Socio Sanitarias* da *Universidad Católica de Murcia (UCAM) /Murcia/Espanha* na área de Gestão dos Serviços de Enfermagem e Legislação Sanitaria. da *Universidad Católica de Murcia (UCAM)/Murcia /Espanha*, Professora do mestrado e doutorado em *Investigación en Ciencias Socio Sanitarias* da *Universidad Católica de Murcia (UCAM)/Murcia /Espanha*.

Adriano de Moura Nascimento

Enfermeiro, pós-graduado em Enfermagem em Urgência e Emergência e Gestão em Saúde, pela UFPI. Mestrando do curso Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Presta serviços em instituições publicas na qualidade de apoio técnico administrativo, assessoria e consultoria em Gestão em Saúde; e, é enfermeiro coordenador do Centro de Assistência Médica de Picos - PI.

Adriano Rodrigues de Souza

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará, mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, especialista em Vigilância Epidemiológica pela Escola de

Saúde Pública do Ceará. Professor do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Professor do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da UECE e assessor técnico da Célula de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Ana Karine Castelo Branco de Paula Gomes

Fisioterapeuta. Preceptora de Fisioterapia da Residência Multiprofissional. Mestranda do curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará-MEPGES/UECE.

Ana Nery de Castro Feitosa

Terapeuta Ocupacional da Prefeitura Municipal de Fortaleza/CE e do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará-HUWC/UFC; mestranda do curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará-MEPGES/UECE.

Andrea Caprara

Médico. Doutor em Antropologia – Universidade de Montreal. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) da Universidade Estadual do Ceará-(UECE). Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará-UECE.

Anne Rafaela Tavares de Moura

Enfermeira. Coordenadora Geral de Enfermagem do Hospital Regional do Cariri - HRC; Enfermeira Operacional do SAMU Base

de Juazeiro do Norte; Especialista em Gestão da Qualidade dos Serviços de Saúde pela Escola de Saúde Pública, Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência pela Faculdades Integradas de Patos FIP. Mestranda do Curso de Mestrado profissional em Gestão da Saúde pela Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Agustín Javier Simonelli Muñoz

Diplomado en Enfermería - Universidad Católica San Antonio de Murcia (2001); Titulado Superior en Enfermería - Universidad de Almería (2003); Bachelor of nursing - Hogescool Zeland (Holanda) (2004); Master Oficial en Ciencias de la Enfermería - Universidad de Alicante (2008); Doctor en Enfermería - Universidad Católica San Antonio de Murcia (2008). Profesor Contratado Doctor. Universidad Católica San Antonio de Murcia. Dedicación Exclusiva. (2004 - Actualidad). Secretario del Departamento de Enfermería (2011 – Actualidad). Coordinador Académico Máster Universitario de Investigación en Ciencias Sociosanitarias (2012 - Actualidad).

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (2003). Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (2004). Especialista em Enfermagem Clínica pela Universidade Estadual do Ceará (2006). Título de Especialista em Gerenciamento em Enfermagem pela Sociedade Brasileira de Gerenciamento em Enfermagem (2010). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR (2010). Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP (2015). Professor da Graduação

em Enfermagem, da Pós-graduação em Saúde Coletiva e Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Líder do grupo de pesquisa no diretório do CNPq: Redes de atenção na perspectiva da saúde coletiva e enfermagem. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase no Planejamento, Gestão e Políticas de Saúde da Mulher.

Carlos Garcia Filho

Médico Sanitarista. Doutorando em Saúde Coletiva pela UECE. Secretário de Políticas Públicas do Município de Iguatu. Coordenador do Programa de Residência Médica em Psiquiatria da ESPI/ESP-CE. Integrante do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará- UECE.

Cleivania Carvalho de Oliveira Alcantara

Farmacêutica. Especialista em Gestão de Serviços de Saúde e em Administração Hospitalar. Diretora Geral do Consórcio Público de Saúde da micro região de Iguatu. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará- UECE.

Cristiane Lima de Oliveira

Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (2002). Pós-graduada em Saúde da Família (UFC) e Gestão do SUAS(UECE). Atualmente é professora da Faculdade de Tecnologia e Aperfeiçoamento Humano - FATENE; Assistente Social da Secretaria da Justiça e Cidadania do Estado do Ceará. Tem ex-

periência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social. Mestranda do do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará- UECE.

Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard

Farmacêutica. Mestrado em fisiologia Doutora em ciências farmacêuticas. Pós doutora em Saúde coletiva pela Universidade Estadual do Ceará-UECE.

Diêgo Afonso Cardoso Macêdo de Sousa

Enfermeiro. Especialista em Gestão da Qualidade em Ambientes Hospitalares pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Coordenador Geral de Enfermagem do Hospital Regional Norte em Sobral-CE enfermeiro assistencial do SAMU - Sobral. Mestrando do do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará- UECE.

Elisfabio Brito Duarte

Administrador. Professor com licenciatura em biologia/química pela Universidade Estadual do Vale do Acaraú-UVA. Especialista em Gestão de Sistemas de Saúde e Gestão de Serviços de Saúde. Diretor administrativo da Policlínica Regional de Quixadá. Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

Francisco José Maia Pinto

Estatístico. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Pós-Doutor em Saúde Coletiva pela Universida-

de de São Paulo/ Faculdade de Saúde Pública. Docente do Curso de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará-UECE.

Glaucia Posso Lima

Nutricionista. Mestre em ciencias e tecnologias de alimentos. Doutora em Saúde Coletiva. Prof. adjunta da Universidade Estadual do Ceará. Diretora do Centro de Ciencias da Saúde. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde- UECE.

Ianny de Assis Dantas

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pela UECE. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão e Saúde pela UECE. Secretária de Saúde do Município de Jaguaribara.

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Doutora em Saúde Coletiva; docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará-UECE e do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde-UECE. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq e do Grupo de Estudos de gestão em saúde e segurança do paciente.

Izabel Janaina Barbosa da Silva

Fisioterapeuta e Gestora em Serviços de Saúde. Especialista em Administração Hospitalar. Especialista em Gestão de Unidades de Saúde MBA e em Gestão e Auditoria em Sistemas de Saúde. Es-

pecialista em Gestão Pública. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará-UECE. Professora da Faculdade Lourenço Filho – FLF – Curso de Bacharelado em Administração Professora – Aben/Ce – Pós-Graduação Administradora Hospitalar – Complexo Hospitalar da UFC/EB-SERH - HUWC/MEAC.

Joice Silva de Almeida Sousa

Assistente Social. Especialista em Serviço Social, Políticas Públicas e Direitos Sociais,. Atua como coordenadora do Centro de Referência de Assistência Social -CRAS, no município de Icapuí, Estado do Ceará. Preceptora de campo da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará - RIS/ESP, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, em Icapuí. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

Joseana Taumaturgo Magalhães Falcão

Enfermeira. Coordenadora das unidades de Clínica médica e gestora de Unidade de Terapia Intensiva adulto. Especialista em enfermagem cardiovascular e acreditação hospitalar. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará-UECE.

Josete Malheiro Tavares

Cirurgião dentista. Secretário de Saúde de Horizonte-CE. Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará-UECE.

Juana Inés Gallego Gómez

Licenciada en Derecho - Universidad de Almería (2000); Diplomada en Enfermería - Universidad Católica San Antonio de Murcia (2007); Master Universitario de Investigación en Ciencias Sociosanitarias - Universidad Católica San Antonio de Murcia (2010). Doctora en Enfermería - Universidad Católica San Antonio de Murcia (2013). Profesor Contratado Doctor (2007). Universidad Católica San Antonio de Murcia. Dedicación Exclusiva.

Lana Carina Viana de Lavor

Enfermeira. Especialista em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde pelo Hospital Sírio-Libanês. Discente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da UECE.

Luilma Albuquerque Gurgel

Fisioterapeuta pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Pós-Doutorado em Saúde Coletiva pela UFF. Doutora e Mestre em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará e do Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará-UECE.

Lindecy Pereira de Araújo Duarte

Residente em Saúde da Família e Comunidade. Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família. Assistente Social do Hospital Regional Dr. Pontes de Quixeramobim- CE.

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Medico. Economista. Pós-Doutorado em Economia da Saúde Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE). Professor Titular da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual do Ceará-UECE. Doutora em Saúde Coletiva, pela Universidade Estadual do Ceará-UECE em 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 Evania Sousa Furtado

Farmacêutica, graduada pela Faculdade Santa Maria de Cajazeiras-PB. Secretária de Saúde do Município de Mauriti, no Estado do Ceará. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

Maria Helena Lima Sousa

Graduada em Ciências Econômicas (UFC), especialista em Economia da Saúde (UY-UK e UPF-ES) e Farmacoeconomia (UPF-ES), mestre em Saúde Pública (UECE) e doutora em Saúde Coletiva (UFC/UECE/UNIFOR). Atualmente é: pesquisadora da ENSP/FIOCRUZ no Projeto “Apoio à implantação, acompanhamento e

avaliação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sub-projeto: “Desenvolvimento de metodologia de gestão de custos da atenção básica; pesquisado no projeto do PPSUS sobre “Custos hospitalares” numa parceria entre SES-CE e UECE; docente na disciplina Financiamento da Saúde no curso de mestrado profissional em Gestão em Saúde da UECE; orientadora no Curso de Especialização em Economia da Saúde à distância da Universidade Federal de Goiás.

María José López Arroyo

Enfemeira e Antropóloga. Mestre em Salud Pública y Gestión Sanitaria pela Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) /Granada/Espanha. Vice-Diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidad Católica de Murcia (UCAM) /Murcia/Espanha. Professora da Graduação em Enfermagem e Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) em Investigación en Ciencias Socio Sanitarias da Universidad Católica de Murcia (UCAM) /Murcia/Espanha na área de Gestão dos Serviços de Enfermagem e Legislação Sanitaria.

Maria Ludimila Arruda Frota Rocha

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Especialista em Acreditação Hospitalar. Especialista em Gestão da Qualidade em Ambientes Hospitalares. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Diretora de Gestão e Atendimento do Hospital Regional Norte (HRN/ ISGH).

Maria Salete Bessa Jorge

Enfermeira. Pós - Doc em Saúde Coletiva pela Unicamp Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Atualmente, é professora titular da Universidade Estadual do Ceará, pesquisador bolsista produtividade CNPq 1B. Coordenadora e docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará e Coordenadora do Doutorado em Associação Ampla – UECE, UFC, UNIFOR, Coordenadora e Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará-UECE. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq.

Marília Enézia Bezerra de Oliveira

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Especialista em Gestão da Qualidade em Ambientes Hospitalares pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

Mauro Serapioni

Graduado em Ciências políticas e sociais pela Universidad de Bologna-Itália. Doutor em ciências sociais pela Universidad de Barcelona-Espanha. Pesquisador do Centro de Estudos Sociais, da Universidade de Coimbra, em Coimbra, Portugal. Professor visitante da Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEP-GES/UECE.

Micael Pereira Nobre

Farmacêutico. Especialista em Gestão de Sistemas de Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Especialista em assistência farmacêutica e em farmácia hospitalar. Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

Paulo Romão Ribeiro da Silva

Enfermeiro, graduado pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada-INTA. Especialista em Micropolítica da Gestão em Saúde, pela Universidade Federal Fluminense e, em Educação Permanente em Saúde, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS. Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde de Tianguá, no Estado do Ceará. Mestrando do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

Polyana Amorim Cruz.

Enfermeira. Especialista em gestão da clínica e educação na saúde para preceptores do SUS. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e farmácia da Estácio FMJ. Coordenadora adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem. Membro da câmara técnica da RAPS da Região Macro Cariri. Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará- UECE.

Rillma Marques Melo Nunes

Enfermeira. Especializada em Gestão de Sistemas e serviços de saúde. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará- UECE.

Rosemeire Souza Gomes

Farmacêutica. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

Sabrinna Araújo Coimbra

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Exerce suas atividades laborais na Secretaria Municipal de Saúde de Tianguá.

Silvana Maria Nunes Rodrigues

Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Ceará. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Universidade Estadual do Ceará. Enfermeira Gerente do Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário Walter Cantídio. Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará- UECE.

Thereza Maria Magalhães Moreira

Enfermeira. Advogada. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq-nível 1D. Pós-Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Adjunto da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) da UECE nos Programas: 1) Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde; e 2) Saúde Coletiva. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará-UECE. Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem (GRUPECCE-CNPq). Consultora de vários periódicos.

Vanuza Cosme Rodrigues

Enfermeira. Coordenadora de Vigilância Epidemiológica. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará- UECE.

Ao discutir a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) nos deparamos com grandes e complexos desafios. Salienta-se o tamanho continental do país e suas mais variadas especificidades regionais, que devem ser conhecidas e respeitadas. Ademais, é necessário atentar para a complexidade das diversas redes de atenção que compõem o sistema e denotam a potência e as fragilidades em todos os serviços de saúde.

Discutir e focar na realidade local e regional é um passo importante para o desenvolvimento paulatino da importância de um programa de pós-graduação. Esse movimento realizado pelo Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará, aponta um caminho propiciador do diálogo entre a academia e o sistema de saúde.

Os construtos apresentados neste livro ponderam a importância das vivências locais em saúde e a potência disseminadora de conhecimentos das pesquisas. Isso explicita a aplicabilidade de variadas ferramentas utilizadas no mestrado profissional para o desenvolvimento de estudos que possam subsidiar a gestão em saúde no nosso sistema.

A leitura da obra nos remete aos meandros da gestão do SUS, com a apresentação de possibilidades para melhora dos dispositivos trabalhados no sistema. Também denota o protagonismo dos mestros profissionais na tentativa de aproximação entre as teorias e as práticas em saúde.

Antonio Rodrigues Ferreira Junior

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas

Professor Adjunto da Universidade Estadual do Ceará

