

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão
Maria Salete Bessa Jorge
Luilma Albuquerque Gurgel
Organizadores



EXPERIÊNCIAS DE GESTORES DO MESTRADO PROFISSIONAL


editora
itacaiúnas

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão
Maria Salete Bessa Jorge
Luilma Albuquerque Gurgel
(Organizadores)

**TECNOLOGIA E GESTÃO COMPARTILHADA EM
SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DE GESTORES DO
MESTRADO PROFISSIONAL**

1ª edição



Conselho editorial

Colaboradores

João Santos Nahum

Márcia Aparecida da Silva Pimentel

Viviane Corrêa Santos

Amélia Regina Batista Nogueira

Maria Madalena Cavalcante Aguiar

Josimar dos Santos Medeiros

Christian Dennys Monteiro de Oliveira

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Maria Salete Bessa Jorge

Luilma Albuquerque Gurgel

(Organizadores)

**TECNOLOGIAS E GESTÃO
COMPARTILHADA EM SAÚDE:
EXPERIÊNCIAS DE GESTORES DO
MESTRADO PROFISSIONAL**

Editora Itacaiúnas

Editor de publicações:

Walter Rodrigues

Pass. Frederico Souza, 10.

Coqueiro - Ananindeua – Pará

91 98216-1196

editoraitacaiunas.com.br

editoraitacaiunas@gmail.com

www.facebook.com/editoraitacaiunas

Projeto de capa:

Os organizadores

Diagramação:

Deividy Barbosa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

L533t

Leitão, Ilse Maria Tigre de Arruda
Tecnologias e gestão compartilhada em saúde:
experiências de gestores do mestrado profissional [livro
eletrônico] / Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão, Maria
Salete Bessa Jorge e Luilma Albuquerque Gurgel
(Organizadores) – Ananindeua: Itacaiúnas, 2016.
460p.; PDF.

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-68154-96-0

1. Gestão em Saúde. 2. Mestrado Profissional. 3.
Experiências. I. Título.

CDD: 614.2

CDU: 614.39

*A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio,
seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.*

AUTORES/ORGANIZADORES

ILSE MARIA TIGRE DE ARRUDA LEITÃO

Enfermeira, graduada pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Mestre em Saúde Pública, pela (Universidade Estadual do Ceará-UECE. Doutora em Saúde Coletiva, pela Universidade Estadual do Ceará-UECE em Associação Ampla: UECE-UFC-UNIFOR. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde-MEPGES, da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq e do Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Gestão, processos de trabalho e segurança em Saúde, na linha de pesquisa: Gestão do capital humano, segurança do paciente e economia da saúde, do Curso de Graduação em Enfermagem-UECE.

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, Pesquisadora 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.

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 docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

AUTORES/COLABORADORES

ADRIANO RODRIGUES DE SOUZA

Enfermeiro, graduado pela Universidade Estadual do Vale do Acaraú -UVA. Doutor em Saúde Coletiva, pela Associação Ampla: UECE-UFC-UNIFOR. Professor Adjunto da Universidade de Fortaleza. Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, no Estado do Ceará. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

ANA KARINE CASTELO BRANCO DE PAULA GOMES

Fisioterapeuta, graduada pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Preceptora de Fisioterapia da Residência Multiprofissional, da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP - CE. Preceptora de Fisioterapia I Estágio na Atenção

Primária à Saúde, CRUTAC, supervisionado da Universidade Federal do Ceará - UFC. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

ANA NERY DE CASTRO FEITOSA

Terapeuta Ocupacional, graduada pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Terapeuta Ocupacional da Prefeitura Municipal de Fortaleza - PMF, no Estado do Ceará 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, graduado pela Universidade de Modena- Itália. Doutor em Antropologia, pela Universidade de Montreal, no Canadá. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) e do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

ANDREIA PAULA DE OLIVEIRA AGUIAR

Enfermeira pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgico, pela Universidade Estadual do Ceará - UECE; e em Saúde da Família, pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Também é especialista em Formação Pedagógica na Área da Saúde; e em Gestão dos Serviços de Saúde, pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Servidora pública

municipal e federal. Atualmente, é gerente responsável pelo núcleo interno de regulação da Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC e enfermeira da sala de recuperação anestésica do Instituto Dr. José Frota. Atuou como Secretária Municipal de Saúde de Alto Santo, no Estado do Ceará. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

ANNE RAFAELA TAVARES DE MOURA

Enfermeira pela Universidade Estadual do Vale do Acaraú - UVA. Coordenadora Geral de Enfermagem do Hospital Regional do Cariri - HRC. Enfermeira Operacional do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, no município de Juazeiro do Norte, no estado do Ceará. Especialista em Gestão da Qualidade dos Serviços de Saúde, pela Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE. Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência, pela Faculdade Integrada de Patos - FIP. Mestranda no Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

CARLOS GARCIA FILHO

Médico pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Integrante do Grupo de Pesquisa: Vida e Trabalho. Atua como Médico Sanitarista no Município de Iguatu - CE e como Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da

Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

CLARICE MARIA ARAÚJO CHAGAS VERGARA

Graduação em Nutrição pela Universidade Estadual do Ceará - UECE; Mestrado em Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal do Ceará - UFC; Doutorado em Biotecnologia - RENORBIO; Pós-doutoranda em Saúde Coletiva (UECE). Docente do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Consultora do Programa Alimentos Seguros do SENAC/CE. Integra Comissão Assessora de Avaliação na área de Nutrição no INEP

CAROLINA MARANHÃO MARQUES LACERDA

Enfermeira, graduada pela Universidade de Fortaleza-. Especialista em Auditoria em Saúde Pública e Privada, pelo Instituto de Educação e Tecnologia-INET. Especialista em Terapia Intensiva, pela UECE. Enfermeira Assistencial na Unidade de Terapia Intensiva - UTI, do Hospital Prontocárdio, em Fortaleza. Ouvidora do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará - Coren-CE. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

**CLEIVANIA CARVALHO DE OLIVEIRA
ALCANTARA**

Farmacêutica, graduada pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Especialista em Administração Hospitalar pela Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP. Especialista em Gestão de Serviços de Saúde pela Escola

de Saúde Pública do Ceará.- ESP - CE. Diretora Geral da Policlínica Regional de Iguatu/CPSMIG. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE

CRISTIANE LIMA DE OLIVEIRA

Assistente Social pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Pós-graduada em Saúde da Família, pela Universidade Federal do Ceará - UFC e em Gestão de Sistemas de Saúde, pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Atualmente, é professora da Faculdade de Tecnologia e Aperfeiçoamento Humano - FATENE. Assistente Social da Secretaria da Justiça e Cidadania do Estado do Ceará. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

CYBELLE FAÇANHA BARRETO MEDEIROS LINARD

Farmacêutica, graduada pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Doutora em Ciências Farmacêuticas, pela Universidade Federal de Pernambuco-UFPE. Pós-Doutora em Saúde Coletiva, pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Docente colaboradora do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

DIÊGO AFONSO CARDOSO MACÊDO DE SOUSA

Enfermeiro, graduado pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. 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, no estado do Ceará. Enfermeiro assistencial do Sistema de Atendimento Médico de Urgência - SAMU, em Sobral. Mestrando do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

ELISFABIO BRITO DUARTE

Administrador pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Professor com licenciatura em biologia/química pela universidade Estadual do Vale do Acaraú - UVA. Especialista em gestão de sistemas de saúde. Especialista em gestão de serviços de saúde. Gerente administrativo do Hospital Regional do Sertão Central - HRSC. Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

FRANCISCO JOSÉ MAIA PINTO

Estatístico, graduado pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Doutor em Saúde Coletiva, pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro-UERJ. Pós-Doutor em Saúde Coletiva, pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP. Docente do Curso de Medicina, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

GYLMARA BEZERRA DE MENEZES SILVEIRA

Enfermeira, graduada pela Faculdade Leão Sampaio-

FALS. Especialista em Urgência e Emergência, Bloco Cirúrgico, Clínica Médica, Gestão em Ambientes Hospitalares, pela Faculdade Integrada de Patos-FIP. Enfermeira no Centro Cirúrgico do Hospital Regional do Cariri. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

GLAUCIA POSSO LIMA

Nutricionista, graduada pela Universidade Estadual do Ceará-UECE. Mestre em Ciências e Tecnologias de Alimentos, pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Doutora em Saúde Coletiva, pela Universidade Estadual do Ceará em Associação Ampla- UECE-UFC, UNIFOR. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Diretora do Centro de Ciências da Saúde-UECE. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

HELMO NOGUEIRA DE SOUSA

Possui graduação em Tecnologia em Saneamento Ambiental pela Universidade de Fortaleza. Pós Graduado em Saude Publica pela Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saude Publica e Universidade Federal do Ceara e em Planejamento em Saude pela Universidade Estadual do Ceara Atualmente Coordenador Regional de Saúde-10^a cres - Limoeiro do Norte-Ce - Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Mestrando do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da

Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

IANNY DE ASSIS DANTAS

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Coordenadora de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Jaguaribara, no Estado do Ceará. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão e Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

IZABEL JANAINA BARBOSA DA SILVA

Possui Graduação em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza e Curso Superior de Formação Específica em GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Especialista em Administração Hospitalar(FIC);MBA em Gestão e Auditoria em Sistemas de Saúde (FACULDADES OSWALDO CRUZ - SP);Especialista em Gestão de Unidades de Saúde (UNIAMERICAS - Faculdade Stella Maris);Especialista em Gestão Pública (FAERPI). Mestranda em Gestão em Saúde - UECE. Docente Convidada da ABEN/CE do Curso de Especialização em Gestão, Auditoria e Perícia em Sistemas de Saúde em convênio com a UECE. Docente da FAMETRO do Curso de Gestão Hospitalar. Administradora Hospitalar - Analista Administrativo - Complexo Hospitalar UFC/EBSERH - HUWC/MEAC. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

JOICE SILVA DE ALMEIDA SOUSA

Assistente Social pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN. Especialista em Serviço Social, Políticas Públicas e Direitos Sociais, pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. 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, graduado pela Universidade Federal do Paraíba - UFPB. Especialista em Endodontia - pela Escola Brasileira de Odontologia-ABO e em gestão de sistemas locais de saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará- ESP-CE. Secretário de Saúde do Município de Horizonte, no Estado do Ceará. Mestrando do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

LANA CARINA VIANA DE LAVOR

Enfermeira, graduada pela Universidade Regional do Cariri - URCA. Especialista em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde, pelo Instituto Sírio-Libanês, também Especialista em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Leão Sampaio e Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Servidora pública municipal. Atua como Assessora Técnica da Qualidade na Policlínica Regional de Iguatu e como Enfermeira assistencial no Hospital Municipal de Quixelô - CE. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

LUCIANA SOBREIRA DE MATOS

Enfermeira, graduada pela Faculdade Santa Emília de Rodat - FAZER. Especialista em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva, pela Universidade Estadual do Ceará - UECE e em Gestão dos Serviços de Saúde, pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Diretora da Policlínica Regional João Pereira dos Santos, no município de Barbalha, no Estado do Ceará. Aluna do Curso de Enfermagem da Faculdade de Juazeiro do Norte. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

MARCIO DE OLIVEIRA MOTA

Administrador pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Especialista em Marketing pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutor em Administração,

pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Professor Adjunto do Curso de Graduação em Administração e do Programa de Pós Graduação em Administração, da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

MARDÊNIA GOMES FERREIRA VASCONCELOS

Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla: UECE-UFC-UNIFOR. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual do Ceará. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará- MEPGES/UECE.

MARIA EVÂNIA 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

Economista, especialista em Economia da Saúde e Farmacoeconomia, doutora em Saúde Coletiva, Ex-Coordenadora do Núcleo de Economia da SESA, Ex-Vice Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde, docente do Curso de Mestrado Profissional de Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará -

MEPGES - UECE.

MARIA LUDIMILA ARRUDA FROTA ROCHA

Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual do Vale do Acaraú - UVA. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará - UECE; em Acreditação Hospitalar, pelo Centro Universitário São Camilo e, também, especialista em Gestão da Qualidade em Ambientes Hospitalares, pela Escola de Saúde Pública - ESPE - CE. Diretora de Gestão e Atendimento do Hospital Regional Norte - HRN/ ISGH, no município de Sobral, no Estado do Ceará. Mestranda Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

MARÍLIA ENÉZIA BEZERRA DE OLIVEIRA

Enfermeira, graduada pela Universidade Regional do Cariri-URCA. Especialista em Gestão da Qualidade em Ambientes Hospitalares, pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

MAURO SERAPIONI

Graduado em Ciências políticas e sociais pela Universidade de Bologna-Itália. Doutor em ciências sociais pela Universidade 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 - MEPGES/UECE.

MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA

Médico graduado pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo-USP. Pós-Doc em Economia da Saúde pela Universidade de Barcelona. Docente do Curso de Medicina da UECE e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

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 Estacio FMJ. Coordenadora adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem. Membro da câmara técnica da RAPS da Macro Cariri. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará-UECE.

RILMA MARQUES MELO NUNES

Enfermeira pela UNIVERSIDADE CEUMA. Especialista em Gestão de Sistemas e serviços de saúde pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Coordenadora de Enfermagem do SAMU no Estado do Ceará. Especialização em andamento em Segurança do Paciente pela FIOCRUZ. Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES - UECE.

ROSEMEIRE SOUZA GOMES

Farmacêutica, graduada pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Especialista em Assistência Farmacêutica e em Gestão da Qualidade em Ambientes hospitalares pela Escola de Saúde Pública do Ceará-ESP-CE. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

SABRINNA ARAÚJO COIMBRA

Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual do Vale do Acaraú-UVA. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Tianguá, no Estado do Ceará. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde, da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES - UECE.

SILVANA MARIA NUNES RODRIGUES

Enfermeira, graduada pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Enfermeira Gerente do Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário Walter Cantídio da UFC. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

SILVIA HELENA BASTOS DE PAULA

Enfermeira. Doutora em Ciências na área de concentração de Infectologia e Saúde Pública pelo Programa de Pós-graduação CCD SES SP do Instituto Emílio Ribas. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Especialista em Ativação de Mudanças na Formação de Profissionais de Saúde para o SUS pela Fiocruz. Especialista em Gestão de Sistemas de Saúde pela Escola de Saúde Pública em cooperação com o Instituto Sanità de Milão. Especialista em Enfermagem em Saúde Pública, pela Universidade Federal do Ceará. Habilitação Profissional em Enfermagem em Saúde Pública.

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará. FAFICE- Faculdade de Filosofia do Ceará - Licenciatura Plena pela Universidade Estadual do Ceará. Pesquisadora Científica III do Núcleo de Investigação em Políticas e Práticas de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo.

THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA

Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Advogada pela Faculdade Estácio de Sá-FIC. Pós-Doutora em Saúde Pública, pela Universidade de São Paulo - USP. Mestre e Doutora em Enfermagem, pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Docente da Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) da UECE. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde - MEPGES/UECE. Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem - GRUPECCE-CNPq.

VANUZA COSME RODRIGUES

Enfermeira pela Universidade Estadual do Rio Grande do Norte-UERN. Especialista em Gestão em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz e em enfermagem do Trabalho pela Universidade Potiguar-UnP. Coordenadora de Vigilância Epidemiológica. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

Sumário

Apresentação Carlos Garcia Filho	28
Introdução Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão, Maria Salete Bessa Jorge	30
PARTE 1	35
EXPERIÊNCIAS DE FORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A GESTÃO EM SAÚDE	
CAPÍTULO 1	36
Metodologias ativas como ferramenta de aprendizado: um relato de experiência em hemocentro Rillma Marques Melo Nunes, Maria Salete Bessa Jorge	
CAPÍTULO 2	49
Projeto qualificar para cuidar no fortalecimento da educação permanente em saúde no município de TIANGUÁ-CE: relato de experiência Paulo Romão Ribeiro da Silva, Mauro Serapioni	
CAPÍTULO 3	55
Implantação da educação permanente para fisioterapeutas em um hospital terciário: relato de experiência Ana Karine Castelo Branco de Paula Gomes, Adriano Rodrigues de Souza	
CAPÍTULO 4	69
Experiência da escola de saúde pública de iguatu: relato sobre efetivação e desafios municipais e regionais da política nacional de educação permanente em saúde Lana Carina Viana de Lavor, Carlos Garcia Filho	

CAPÍTULO 5	85
Práticas educativas na casa da gestante visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças na saúde materno-infantil: relato de experiência Sabrinna Araújo Coimbra, Maria Salete Bessa Jorge	
PARTE 2	95
EXPERIÊNCIAS COM USO DE FERRAMENTAS DE GESTÃO	
CAPÍTULO 6	96
Avaliação de desempenho e <i>feed back</i> funcional: a experiência da policlínica regional de QUIXADÁ-CE Elisfabio Brito Duarte, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão	
CAPÍTULO 7	108
Efetivação da ouvidoria de um conselho de classe: relato de experiência Carolina Maranhão Marques Lacerda, Andrea Caprara.....	
CAPÍTULO 8	124
Trajetória do pmaq em JAGUARIBARA-CE: relato de experiência Vanuza Cosme Rodrigues, Maria Helena Lima Sousa, Ianny de Assis Dantas	
CAPÍTULO 9	140
Planejamento estratégico situacional: relato de experiência da aplicação do plano operativo em uma farmácia hospitalar de um hospital público no município de FORTALEZA-CE Rosemeire Souza Gomes, Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard, Maria Salete Bessa Jorge	
CAPÍTULO 10	164
Implantação do núcleo interno de regulação em uma maternidade escola em FORTALEZA: relato de experiência Andreia Paula de Oliveira Aguiar, Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos....	

CAPÍTULO 11	179
Sistema nacional de auditoria no município de FORTALEZA-CEARÁ: uma análise no período de 2008-2013 Izabel Janaina Barbosa, Clarice Maria Araujo Chagas Vergara	
CAPÍTULO 12.....	205
Indicador de qualidade na assistência de enfermagem em ambulatório de quimioterapia: relato de experiência Silvana Maria Nunes Rodrigues, Luilma Albuquerque Gurgel.....	
CAPÍTULO 13.....	218
Estratégias para a eficácia na utilização das vagas..... de consultas e exames especializados ofertados pela policlínica regional de IGUATU-CEARÁ Cleivania Carvalho de Oliveira Alcantara, Maria Helena Lima Sousa.....	
CAPÍTULO 14.....	230
Utilização do sinan como instrumento de suporte para avaliação da situação de dengue do município de JAGUARIBARA: relato de experiência Ianny de Assis Dantas, Andrea Caprara	
CAPÍTULO 15.....	241
Relato de experiência sobre a implantação das ações de gerenciamento de enfermagem diante do recebimento de atestados e licenças médicas Diêgo Afonso Cardoso Macêdo de Sousa, Francisco José Maia Pinto	
CAPÍTULO 16.....	251
Comissão intergestores regional – CIR LIMOEIRO DO NORTE e a implantação do contrato organizativo de ação pública - COAP: relato de experiência Helmo Nogueira de Sousa, Gláucia Posso Lima ...	

PARTE 3.....	267
O PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE E SUA INTERFACE COM A GESTÃO	267
CAPÍTULO 17.....	268
Atendimento multiprofissional e a interdisciplinaridade no cuidado ao paciente em serviço de atenção secundária: relato de experiência Luciana Sobreira de Matos, Maria Helena Lima Sousa.....	
CAPÍTULO 18.....	289
Implantação da classificação de risco em urgência e emergência para o gerenciamento do atendimento: um relato de experiência Gylmara Bezerra de Menezes Silveira, Thereza Maria Magalhães Moreira....	
CAPÍTULO 19.....	303
A humanização no sistema prisional cearense: o direito à saúde no âmbito da diversidade humana Cristiane Lima de Oliveira, Thereza Maria Magalhães Moreira	
CAPÍTULO 20	320
Medicamentos fitoterápicos na atenção básica: experiência socioambiental sustentável no município de HORIZONTE-CE Josete Malheiro Tavares, Carlos Garcia Filho.....	
CAPÍTULO 21.....	334
Serviço social e saúde mental: discutindo aspectos da realidade de ICAPUÍ-CE Joice Silva de Almeida Sousa, Mardenia Gomes Ferreira Vasconcelos.....	
CAPÍTULO 22	352
Construção de uma linha de cuidado de paciente cardiopata cirúrgico: relato de experiência Joseana Taumaturgo Magalhães Falcão, Clarice Maria Araújo Chagas Vergara.....	

CAPÍTULO 23	370
Implantação do serviço de atenção domiciliar no município de MAURITI: relato de experiência Maria Evânia Sousa Furtado, Mauro Serapioni	
CAPÍTULO 24	382
Registros de eventos adversos em unidade hospitalar: relato de experiência Anne Rafaela Tavares de Moura, Marília Enézia Bezerra de Oliveira, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão.....	
CAPÍTULO 25	400
Análise da causa de retirada do cateter central de inserção periférica - PICC: uma experiência de gestão por processo Maria Ludimila Arruda Frota Rocha, Luilma Albuquerque Gurgel	
CAPÍTULO 26	429
Gerenciando a implantação do projeto terapêutico singular na rede de atenção psicossocial do município de BARBALHA-CE Polyana Amorim Cruz Nascimento, Maria Salete Bessa Jorge	
CAPÍTULO 27.....	438
Experiência no caps de BATURITÉ-CE: acompanhamento farmacoterapêutico por meio do método dáder Micael Pereira Nobre, Marcelo Gurgel Carlos da Silva	
CAPÍTULO 28	446
O método da roda como dispositivo de gestão em saúde mental: relato de experiência em um CAPS AD de FORTALEZA/CE Ana Nery de Castro Feitosa, Carlos Garcia Filho.....	
PÓS-FÁCIO	457
Relatos sobre caminhos trilhados na gestão em saúde no CEARÁ Silvia Helena Bastos de Paula.....	

APRESENTAÇÃO

Carlos Garcia Filho

Existe uma tradição consolidada de publicação anual de coletâneas de textos de alunos e professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC, da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Essa é a primeira coletânea do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde - MEPGES, criado em 2015 e com início de suas atividades em 2016. A proposta deste curso é atuar na formação de gestores e docentes no campo da Saúde Coletiva e em pesquisas relacionadas ao desenvolvimento, avaliação e validação de dispositivos e ferramentas de gestão em saúde.

Nessa obra, os mestrandos, todos gestores em saúde, e seus orientadores descrevem e discutem experiências exitosas de seu campo de atuação, incluindo secretarias municipais e estaduais de saúde, hospitais e policlínicas regionais, hospitais universitários, coordenações setoriais de saúde e instituições formadoras em saúde. Os 28 capítulos abordam planejamento em saúde, avaliação de serviços de saúde, implantação de programas de saúde e assistência social, educação permanente, controle social, gestão da clínica e sistemas de informação em saúde.

Os textos apresentados assemelham-se aos das coletâneas anteriores do PPSAC, quanto à abrangência temática, ao posicionamento crítico e à densidade argumentativa. Contudo, o aspecto mais importante dessa obra, que se constitui como um conjunto de relatos de experiência, é sinalizar a contribuição dos alunos do curso para o avanço dos debates sobre gestão em saúde na academia a partir de suas

experiências prévias no Sistema Único de Saúde - SUS. Essa aproximação entre academia e gestão do SUS é um resgate dos pressupostos que balizaram a implantação do Curso de Mestrado em Saúde Pública - CMASP, no início da década de 1990, que, em alguma medida, diluíram-se na tendência geral de fragmentação e auto-referência do debate acadêmico.

A perspectiva pedagógica do curso alinha-se à produção de reflexão e ação, por meio das relações dialéticas entre as experiências concretas de gestão do SUS, - que se consolida como uma das principais políticas sociais de um país subdesenvolvido, periférico e atrasado, - e o corpo de conhecimentos da Saúde Coletiva, que emerge como um paradigma contra - hegemônico de pensar e agir em saúde.

Os resultados, apresentados nessa coletânea, indicam que essa é uma proposta promissora para desenvolver a capacidade de governo, descrita por Carlos Matus como um acervo de técnicas, métodos, habilidades e experiências necessárias para efetivação de um projeto de governo em face das circunstâncias de governabilidade, e, apontada pelo mesmo autor, como um dos principais determinantes da dificuldade para transformação social nos países latino-americanos.

INTRODUÇÃO

*Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão
Maria Salete Bessa Jorge*

Na era do conhecimento, torna-se imprescindível a busca constante por meios que promovam a aquisição de novos saberes, objetivando a excelência nos modos de organizar o trabalho, nas atitudes profissionais integradas aos sistemas sociais de relações e interações múltiplas, em suas diversas dimensões, abrangências e especificidades.

O processo de gestão em saúde requer novas formas de pensar e agir diante das demandas dos trabalhadores e usuários da saúde. Essa dinâmica exige processos contínuos de aprendizado, com ações que deflagrem e despertem, nos gestores, a busca de novos processos no fazer em saúde. E o Mestrado Profissional de Gestão em Saúde surge com a proposta de inovação das práticas gerenciais de gestores da saúde.

O objetivo dessa coletânea de experiências exitosas de gestão em saúde é levantar questões sobre temáticas que circulem no universo da Gestão, incetivando a discussão e novos estudos relacionados ao trabalho, à organização, ao trabalhador e, sobretudo, refletir sobre os processos do saber e do poder, com interseção, transformando-os em um dispositivo de inovação.

Cada experiência apresentada, a seu modo, contribui para a compreensão de práticas de Gestão, resultantes de novos e antigos modelos, e conceitos de Gestão em saúde. Ao mesmo tempo, analisa a interface dessas práticas com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS.

As inovações tecnológicas, o avanço rápido da ciência, o comportamento individual de cada profissional e a dinâmica do trabalho em equipe, assim como as novas políticas, que geram novos modelos de gestão, ou resignificam os antigos modelos de gestão-, são alguns fatores que geram no setor da saúde constantes mudanças e questionamentos.

A formação de gestores para os serviços de saúde representa um desafio para o Sistema Único de Saúde, tendo por base a construção do trabalho coletivo, objeto da gestão e da mudança, (re)definindo identidade e comprometimento dos sujeitos e dos modos de apreender a realidade, que não mais se concretiza em estruturas rígidas e hierárquicas.

Para tal, precisamos proporcionar aos gestores maior conhecimento, através de um saber original, articulando experiências e interações e consequente melhoria da gestão do SUS. É mister também empoderar os trabalhadores para que possam participar como sujeitos ativos na construção de um modelo de gestão participativa e discutir os caminhos da gestão municipal de saúde e do seu próprio processo de trabalho.

O entusiasmo pela aprendizagem, já posta em curso no processos de formação dos gestores, através do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde, traz a imprescindível evolução de refletir o cotidiano do trabalho, buscando aplicar a metodologia de melhoria contínua para fomentar a aprendizagem e a inovação.

Para avançar nessa área, é fundamental a formação de gestores, tornando-os capazes de aplicar as ferramentas gerenciais, administrativas e metodológicas úteis no cotidiano do trabalho gerencial e assistencial, buscando o melhor caminho para o aprendizado coletivo acerca das estratégias mais efetivas para desenvolver e implementar a gestão da qualidade assistencial.

Essa obra reúne os aspectos mencionados e contribuirá,

sem dúvida, para a melhoria dos cuidados que recebem nossos pacientes. As experiências de Gestão, relatadas na coletânea, permitem uma visão mais ampla sobre como anda a Gestão nas organizações de saúde do estado do Ceará e sobre a importância do conhecimento acerca dos diversos problemas locais, possibilitando a realização de uma assistência qualificada e voltada para a realidade de cada território.

Para atender a variedade de experiências de nossos alunos/gestores, o livro foi organizado em tres partes: - Experiências de formação em saúde para a gestão em saúde, - Experiências com uso de ferramentas de gestão; - O processo de trabalho na saúde e sua interface na gestão

A primeira parte reúne cinco capítulos, partindo do entendimento sobre a formação em saúde, o saber até às questões relacionadas ao trabalho nas organizações. Ao mesmo tempo, busca a inovação, através do uso de metodologias ativas, para a formação dos trabalhadores de saúde, conforme apresentado no capítulo 1; traz experiências exitosas de implantação e implementação da educação permanente, percorridas nos capítulos 2, 3 e 4; e, por último, no capítulo 5, mostra a experiência de educação ao usuário, com o relato da autora Sabrinna Araújo Coimbra, junto às gestantes, visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças na saúde materno-infantil.

Com 11 capítulos, a segunda parte apresenta experiências dos discentes gestores com ferramentas de Gestão para o alcance de resultados positivos na saúde. Neste sentido, estão retratadas as experiências sobre a implantação de um sistema de avaliação de desempenho de funcionários em uma policlínica; a implantação e avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ; o uso do planejamento estratégico na implementação e acompanhamento de processos em uma farmácia hospitalar. Além disso, encontram-se

experiências a respeito de monitoramento das ações de saúde; implantação de indicadores de saúde, na regulação e/ou nas auditorias; implementação de sistemas de qualidade, no uso de instrumentos, como o Sistema de Informação e Agravos de notificação - Sinan e, por fim, a experiência da instalação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP.

Por último, a terceira parte da obra está constituída por 12 capítulos, abordando as experiências sobre os processos de trabalho na saúde e sua interface na gestão, em que se discute o atendimento multiprofissional, com ênfase na interdisciplinaridade; a humanização no Sistema prisional cearense; e a construção de uma linha de cuidado de paciente cardiopata cirúrgico. Há também relatos de experiências sobre a implantação da classificação de risco e sua correlação com o gerenciamento do atendimento e a preocupação com a segurança do paciente; avaliação dos registros de eventos adversos em saúde e a análise e controles de retiradas de cateter central de inserção periférica.

Outras questões, associadas ao trabalho na saúde e à sua interface, mereceram destaques na última parte da coletânea. Exemplos desta natureza são: a interessante experiência acerca da utilização dos medicamentos fitoterápicos na atenção básica, buscando a melhoria do acesso e de outras possibilidades terapêuticas e promovendo o resgate do saber popular; a preocupação com o trabalho em equipe, abordada na experiência do município de Icapuí, pondo em discussão a inserção do serviço social nas unidades de saúde mental; e a experiência relatada sobre o serviço de visita domiciliar, implantado no município de Mauriti.

A coletânea introduz reflexões sobre ações de gestão e de gerenciamento de natureza técnico-assistencial, que se operacionalizam no âmbito do Sistema Único de Saúde, a partir da adoção do paradigma da saúde-integralidade, qualidade de

vida e promoção da saúde, bem como das alterações na compreensão do fazer no processo de gestão do SUS.

A relevância científica desta coletânea assegura-se, principalmente, na diversidade e importância dos relatos de experiências dos gestores, no momento, discentes do Curso de Mestrado Profissional de Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Inclusive, ratifica o mérito da experiência acumulada, da consciência do papel de gestor exercido por cada um, favorecendo mudanças na prática da gestão e na construção de modelos de gestão, com novas abordagens gerenciais, como por exemplo, a gerência participativa e os programas de qualidade que preconizam a descentralização das decisões e aproximação de todos os sujeitos que fazem a saúde no Brasil.

PARTE 1

EXPERIÊNCIAS DE FORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A GESTÃO EM SAÚDE



CAPÍTULO 1

METODOLOGIAS ATIVAS COMO FERRAMENTA DE APRENDIZADO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA EM HEMOCENTRO

*Rilma Marques Melo Nunes
Maria Salete Bessa Jorge*

INTRODUÇÃO

Desde o início do século XXI, tem sido crescente o interesse por novas formas de ensinar, através de metodologias diferentes, que tragam possibilidades de intervenções com quebra de paradigmas e de uma práxis pedagógica capaz de mudar ensinamentos tradicionais e técnicas mecanizadas. Para alcançar o processo de formação dos profissionais da saúde, as transformações vêm sendo estabelecidas com a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, direcionadas à construção de uma formação sólida, crítica, possibilitando ao profissional a capacidade de aprender a aprender, de trabalhar em equipe e de levar em consideração a realidade social, com o objetivo de resolver as demandas da sociedade.

Entende-se como metodologias ativas essa articulação entre a universidade, o serviço e a comunidade, favorecendo a autonomia do educando, despertando a curiosidade, estimulando tomadas de decisões individuais e coletivas para as atividades essenciais da prática social.

No trabalho, ora apresentado, foi utilizado umas das metodologias ativas, chamada de Metodologia da

Problematização, que tem como objetivo instigar ao estudante, mediante a apresentação de um problema, através do Arco de Charles Maguerez, a ser o principal agente da sua aprendizagem.

A Metodologia Ativa, utilizando o Arco de Charles Maguerez, é uma concepção educativa que estimula processos construtivos de ação - reflexão - ação (FREIRE, 2006). Nessa concepção, o estudante tem uma postura ativa em relação ao seu aprendizado, numa situação prática de experiências. A aprendizagem do estudante ocorre mediante aos problemas que lhe sejam desafiantes e lhe permitam pesquisar e descobrir soluções, aplicáveis à realidade.

O presente trabalho foi realizado no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará - HEMOCE. A Metodologia da Problematização apóia-se nas teorias de Paulo Freire, José Carlos Libâneo e Demerval Saviani, entre outros, que se fundamentam nas concepções histórico-sociais da Educação, visando a uma educação transformadora da sociedade (RIBEIRO, *et al.*, 2003).

Metodologias Ativas

Os processos de ensino-aprendizagem na formação da área da saúde têm trazido nos últimos anos várias discussões no meio acadêmico, estimulando às Instituições de Ensino Superior- IES a avaliarem seus métodos, técnicas e procedimentos para formação dos profissionais da área a partir de algumas constatações.

Dentre essas, por exemplo, se destacam: - formação no modelo hospitalocêntrico, com disciplinas ministradas de forma independente; - formação especializada, fragmentando o saber, sem induzir o aluno a uma reflexão mais profunda, sendo aluno considerado como um objeto a receber informações, em que

Freire (1996) chama de Educação Bancária.

De acordo com Silva *et al.* (2006), a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias tradicionais:

Existe pouca correlação entre o conteúdo ministrado e as necessidades de saúde da população, além disso, o aluno não interage com a comunidade em seu ambiente natural dando a relação médico-paciente ênfase no diagnóstico e tratamento da doença, supervalorizando uso de equipamentos e subestimando as dimensões psicológicas e socioculturais do ser humano. (SILVA *et al.*, 2006, p. 24).

Surge então a necessidade de romper com paradigmas, fazendo a substituição do ensino tradicional por novas metodologias pedagógicas, formando um profissional com perfil mais crítico, reflexivo, atento à sua realidade e às mudanças de ordem social.

Segundo Freire, (1988 apud SILVA, 2006), a prática docente crítica, implicante do pensar certo, envolve o movimento dinâmico, dialético, entre o fazer e o pensar sobre o fazer. Por isso, é que, na formação permanente dos professores, o momento fundamental é o da reflexão crítica sobre a prática. É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem, que se pode melhorar a próxima prática.

Essa reflexão crítica da realidade permite ao educando um aprofundamento mais analítico, com relação a sua área de abrangência e uma atuação de forma interligada, com outras áreas, formando uma rede de comunicação para resolução de demandas sociais existentes.

Na busca de solução, encontram-se novas estratégias de

ensino-aprendizagem, como as metodologias ativas que pressupõem a passagem da disciplinaridade para a interdisciplinaridade, através da problematização, representando um novo desafio para a formação de profissionais de várias áreas.

Na Metodologia da Problematização, segundo o Arco de Charles Maguerez, o facilitador deverá conduzir os estudantes a observar a realidade. Em seguida, discutir em pequenos grupos os conhecimentos prévios sobre a situação, propor uma reflexão e uma análise que conduzam à identificação dos pontos-chave do problema, teorizar, gerar hipóteses sobre as causas para a resolução do problema e aplicá-las à realidade (DOCHY *et al.*, 2003).

Essa Metodologia caracteriza-se pela busca de informações sobre o problema escolhido, seguindo as etapas do Arco de Maguerez.

Neusi Berbel (1999) correlaciona a Metodologia da Problematização à Pedagogia Problematizadora, abordada por Paulo Freire, na Educação de Adultos, como contraponto da Pedagogia Bancária. A Educação Problematizadora procura desenvolver o ser humano em uma perspectiva humanista, preocupando-se com o desenvolvimento do pensamento crítico e criativo, a fim de prepará-lo para ser cidadão e para se humanizar.

A Experiência

O Cenário escolhido para realizar a prática da comunidade foi o Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará - HEMOCE.

Os objetivos do trabalho consistem na aplicação de uma Metodologia Ativa, através do Arco de Charles Maguerez, como indicação a problematização para:

- Compreender o que determina o retorno do doador de

sangue e conhecer suas motivações, atitudes, crenças e mitos.

- Discutir sobre as dificuldades da captação de doadores do hemocentro, conhecer e avaliar a eficácia de estratégias/programas de captação de doadores.

- Apresentar experiências e sugestões para a captação de doadores de sangue, a fim de contribuir para o aumento dos estoques de sangue.

Essa proposta busca uma prática docente reflexiva com base em situações e problemas vivenciados na sociedade, de forma que o aluno observa a realidade com olhar crítico, relacionando esta realidade com a temática que está estudando (MORETTO, 2002).

O Método do Arco foi desenvolvido por Charles Maguerez e é constituído das seguintes etapas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Tais etapas proporcionam aos participantes uma reflexão crítica por meio da problematização da realidade sobre o tema a ser discutido, (BORDENAVE; PEREIRA, 2004).

Fase 1

Definição da Comunidade e o Objeto do Estudo

O grupo teve um primeiro encontro para definir o local de aplicação da atividade, ocasião em que todos os componentes fizeram exposição das suas ideias e entraram em consenso sobre a visita ao Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará - HEMOCE. Neste Centro, local em que um dos componentes do grupo desenvolve suas atividades laborais, foi detectado um grande problema de ordem social: baixo estoque de sangue.

A mobilização deu-se através de uma componente do

grupo que facilitou o contato com a instituição e possibilitou a participação dos discentes do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde - MEPGES, juntamente com uma assistente social, uma psicóloga e uma pedagoga do HEMOCE.

No segundo encontro, os discentes visitaram o HEMOCE, ocorrendo inicialmente uma conversa em uma sala para organizarem a abordagem e aplicação do estudo. Ainda nesse momento, foram convidados a fazer o Hemotur, uma espécie de visita guiada, percorrendo o Hemocentro e conhecendo todo o processo do Ciclo do Sangue.

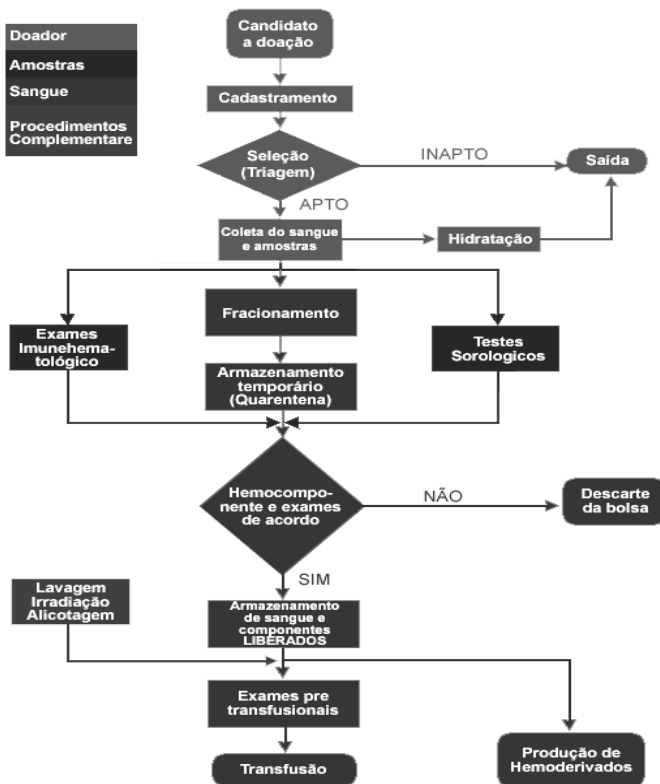
Após o Hemotur, os mestrandos foram, com a assistente social, psicóloga e a pedagoga do Centro, para uma sala a fim de aplicar o Arco de Charles Maguerez.

Para a aplicação da Metodologia da Problematização, é utilizado o Método do Arco de Charles Maguerez, no qual se conhece também o esquema apresentado por Bordenave e Pereira (2004). Neste esquema, constam cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade: Observação da Realidade; Pontos-Chave; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade (prática).

O Ciclo do Sangue, representado na figura a seguir, envolve todos os serviços que permeiam desde o processo da doação de sangue até o procedimento transfusional. (Figura 1).
Figura 1 . Fluxo do paciente em atendimento no Hemocentro em

Figura 1 . Fluxo do paciente em atendimento no Hemocentro em 2015

Fonte: Pesquisa Própria.



Fase 2

5.1. Utilização do Arco de Maguerez pelos profissionais do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará

Figura 2: arco de Maguerez da experiência do hemocentro



Fonte: Adaptado de DOCHY *et al.*, 2003.

Primeira Etapa

Observação da realidade, ocasião em que os funcionários do serviço observaram e detectaram o seguinte problema: **Baixo nível de estoque de bolsas de sangue no HEMOCE.**

O processo ensino-aprendizagem está relacionado com

um determinado aspecto da realidade, segundo Mitre *et al.* (2008).

Segunda Etapa

Pontos chave, os profissionais fizeram uma análise reflexiva, selecionando pontos essenciais para a compreensão do problema e detectaram:

- Dimensionamento de pessoal inadequado.
- Falta de conscientização da população.
- Pouca participação dos funcionários para resolução dos problemas.
- Sobrecarga de Trabalho.

Terceira Etapa

Teorização, ocasião em que as informações precisam ser analisadas e avaliadas para a resolução do problema. Nesse sentido, foram entregues para leitura alguns artigos científicos para a fundamentação teórica dos profissionais.

No Brasil, de acordo com a sua Constituição, a doação de sangue deve ser voluntária, anônima, altruísta, e não remunerada direta ou indiretamente. Ainda chama atenção para o fato do desconhecimento do processo doação/transfusão de sangue, somado à existência de tabus, pode trazer influências negativas nas práticas da doação (GUTIERREZ *et al.*, 2005, p.183).

É corrente que o número de coletas de bolsa de sangue no Brasil está muito aquém do necessário para atender a todas as suas demandas. Entre os aspectos a serem

considerados, além do aumento da coleta de sangue, é fundamental a discussão da questão da captação de doadores e, em particular, o tipo de doação e o tipo de doador (GUTIERREZ *et al.*, 2005, p184.).

A doação de sangue é, ainda hoje, um problema de interesse mundial; sobretudo por ainda não existir uma substância que possa, em sua totalidade, substituir o tecido sanguíneo (REVISTA ENFERMAGEM, 2005).

A política referente à hemoterapia proíbe a comercialização do sangue. Algo que ainda se constitui um sério problema em alguns países por colocar em risco o sangue coletado, em razão do interesse à remuneração pelo sangue doado. Exemplo dessa natureza é a China. Apesar de aprovada em 1998, a lei nacional chinesa, banindo a doação remunerada e encorajando a doação voluntária, ainda não foi aplicada devido às dificuldades em colocar em prática a legislação, especialmente em razão da falta de uma cultura voltada à doação de sangue voluntária e altruísta.

A análise crítica dos resultados obtidos, a partir dos estudos revisados, apontou três categorias de estratégias de captação de doadores de sangue, que são: acolhimento, campanhas e estratégias educativas.

A deficiência na captação e fidelização de doadores de sangue torna-se um problema crônico nos centros de coleta de sangue em todo Brasil. Agravando essa situação, há também a falta de informação acerca do processo de doação de sangue e a deficiência dos hemocentros na fidelização do doador. Para enfrentar esse problema, são necessárias constantes campanhas de doação de sangue em todo país.

Quarta Etapa

Nesta etapa, o grupo foi instigado a construir as hipóteses de solução ao problema em estudo, assim elencadas:

- Desmistificação do processo de doação de sangue.
- Ampliação de recursos humanos do Hemocentro.
- Ações com parcerias de forma regular e sistemática.
- Melhoria da sobrecarga de trabalho.
- Ampliação de divulgação das campanhas de doação de sangue.

Quinta Etapa

Na quinta e última etapa, houve a aplicação da realidade, executando as soluções mais viáveis e utilizando-as em diversas situações.

O grupo de profissionais identificou e propôs, como possibilidades para aplicar à realidade e tentativa de mudanças para solucionar o problema, as seguintes sugestões:

- Aumentar o número de campanhas educacionais, priorizando escolas, empresas e universidades.
- Trabalhar ações educativas com parceiros de forma regular, como cinema, estádios de futebol, circos e locais de lazer em geral.
- Colocar em ação projetos que estão parados, como “o doador do futuro”.
- Revitalizar programas como o “Doador 5 estrelas”.
- Buscar parceiros novos.
- Trabalhar intensamente a responsabilidade social.
- Concentrar ações relacionadas à captação hospitalar.

Considerações Finais

O trabalho foi avaliado pelos discentes de forma positiva, servindo como aprendizagem significativa no que diz respeito às metodologias ativas de aprendizagem. E, em especial, puderam atestar, em nível de sugestão, que o problema identificado no Hemocentro requer estudos mais apurados e uma política capaz de fortalecer os bancos de sangue no que concerne à captação de doadores. Acrescido a isso, também foi observado que, em alguns pontos, falta um poder de governabilidade para trabalhar ações mais efetivas no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará.

Referências

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan. / jun. 2011.

DEBALD, Blausius Silvano. A docência no ensino superior numa perspectiva construtivista. In: SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL, 2003, Cascavel-PR. **Anais...** Cascavel, PR: [s.n.], 2003.

DOCHY, F. et al. Effects of problem-based learning: a meta-analysis. **Journal of Learning and Instruction**. Acesso em: 27 mar. 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

GUTIÉRREZ, M. G.; TEJADA, E. S.; CRUZ, J. R. A study of sociocultural factors related to voluntary blood donation in the Americas. **Rev. Panamer Salud Pública**, v. 13, n. 2/3, p. 85-90, fev. / mar. 2003.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, s. 2, p. 2133-2144, 2008.

RIBEIRO, L. R. C. et al. **Uma experiência com a PBL no ensino de engenharia sob a ótica dos alunos**. São Paulo: COBENGE, 2003.

VERTCHENKO, Stela Brener. **Doação de sangue: aspectos sócio-econômicos, demográficos e culturais na região metropolitana de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Stela Brener Vertchenko, 2005.

CAPÍTULO 2

PROJETO QUALIFICAR PARA CUIDAR NO FORTALECIMENTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TIANGUÁ-CE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Paulo Romão Ribeiro da Silva
Mauro Serapioni*

Introdução

Atividades educativas para trabalhadores de saúde constituem-se como instrumentos da gerência para organização dos serviços e são comuns nos serviços de saúde. Acredita-se que quanto mais os trabalhadores de saúde forem capacitados melhor assistirão a população em suas necessidades de saúde.

Segundo preconiza o Ministério da Saúde, a Educação Permanente em Saúde é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde; tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004).

A educação consome cada vez mais espaço na vida das pessoas em um mundo, onde a rapidez das mudanças se conjuga com o fenômeno da globalização, possibilitando aumentar, conseqüentemente, o nível de participação dos sujeitos nas sociedades modernas. A evolução rápida do mundo exige contínua atualização dos saberes. Neste contexto, a educação age como mola mestre para transformação dos paradigmas dos indivíduos, possibilitando-lhes a compreensão do que ocorre na sociedade, ampliando-lhes, assim, a visão do mundo no qual estão inseridos (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010).

A Educação Permanente em Saúde - EPS passa a ser uma política pública em 2004 (Portaria nº.198/GM 2004) e preconiza: atividades educativas transformadoras das práticas em saúde para os trabalhadores da área; valorizar a problematização dos processos de trabalho e a construção de conhecimentos, através da participação dos sujeitos. A EPS reconhece o potencial educativo do cotidiano do trabalho, apreendendo-o como fonte de aprendizado e reflexão, através da construção de consensos direcionados para a efetivação do Sistema Único de Saúde - SUS.

A experiência, ora apresentada, teve como objetivo descrever a Experiência da Qualificação Profissional dos Servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Tianguá, buscando fortalecer a Política de Educação Permanente em Saúde e a valorização profissional para os servidores.

Métodos

Trata-se de um relato de experiência do trabalho desenvolvido, na Secretaria Municipal de Saúde de Tianguá, no Estado do Ceará, em parceria com a Universidade Patativa do

Assaré, no período de seis meses, envolvendo todos os profissionais lotados nesse órgão municipal.

Hoje, a pasta conta com 532 servidores, com diversos tipos de vínculos empregatícios. Neste projeto-experiência, foram envolvidas todas as categorias profissionais. Dentre elas, estavam: Enfermeiros, Médicos, Odontólogos, Psicólogos, Fisioterapeutas, Educadores Físicos, Assistentes Sociais, Nutricionistas, Técnicos de Enfermagem, Auxiliar de Saúde bucal, Agentes Comunitários de Saúde, Agente de Combate a Endemias, Auxiliar de Serviços Gerais e Vigilantes.

As propostas metodológicas adotadas foram específicas à cada categoria. A abordagem da experiência foi construída através de demandas solicitadas à gestão pelos profissionais, visando melhor definir a metodologia utilizada na abordagem dos temas.

Os espaços de troca e aprendizado para oferecer atividades de Educação Permanente aos servidores ocorreram em horários factíveis e datas pré-estabelecidas, sem prejuízos nos cronogramas de trabalho dos participantes.

Resultados

As atividades aconteceram no período de março a Agosto com a promoção de 16 encontros. A abertura envolveu todos os profissionais. Inicialmente, foi proferida uma palestra de motivação e, no segundo momento, houve a abordagem sobre o tema de humanização na saúde em diferentes turnos.

Os demais encontros foram realizados por categorias, conforme o cronograma planejado pelos autores do projeto. Na proposta metodológica, foram abordados os seguintes temas: Visita Domiciliar Qualificada para Agente Comunitario de Saúde- ACS e Agente Combate a Endemias - ACE; Relação Interpessoal para os Profissionais de Saúde; Organização dos

Processos de Trabalho para os Gerentes Da Estratégia Saúde da Família - ESF; Acolhimento da Demanda Espontânea para Gerentes Administrativos e Técnicos de Enfermagem; Atualização em Sala de Vacina para Técnicos de Enfermagem e Prevenção de Acidentes de Trabalho e uso de Equipamento de Proteção Individual - EPI para Auxiliar de Serviços gerais e Vigias.

Os achados desta experiência vão de encontro aos estudos de Guimarães, Martin e Rabelo (2010), quando referem que a atividade de Educação Permanente em Saúde é uma ferramenta valiosa para o diagnóstico das necessidades de capacitação dos profissionais da saúde. Tal ferramenta permite explorar as necessidades do ponto de vista dos trabalhadores, em função dos problemas identificados em sua prática diária.

Segundo Oliveira (2007), a Educação Permanente também pode ser considerada como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é elaborada a partir dos problemas apresentados nas experiências que as pessoas já trazem na sua vivência profissional.

Para Silva (2011), a Educação Permanente busca transformar as práticas profissionais existentes, através de respostas construídas a partir da reflexão de trabalhadores, estudantes e demais atores sociais. Assim, esta proposta pode ser entendida como 'aprendizagem-trabalho', pois acontece a partir do cotidiano das pessoas e das organizações. Para tanto, parte dos problemas enfrentados na realidade, a partir de conhecimentos e experiências dos sujeitos.

Conclusão

Neste sentido, torna-se legítima a Educação Permanente em Saúde na transformação do processo de trabalho para a

melhoria das práticas de saúde nos serviços. Ferramenta essa capaz de conduzir as relações trabalhadores-usuários, com propostas pedagógicas problematizadoras, pautadas na melhor qualidade de vida e na promoção da saúde. Por ser um processo que envolve resultados em longo prazo, a Educação Permanente em Saúde revela-se como um caminho para a disseminação de capacidade pedagógica, para ressaltar o potencial educativo no espaço institucional (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010).

A partir da realização das atividades de Educação Permanente em Saúde, com os profissionais de saúde, que atuam na Atenção Primária à Saúde, foi possível perceber as necessidades dos profissionais estarem atualizando seus conhecimentos acerca de suas práticas, aliadas à teoria, bem como das atividades que desenvolvem dentro das Estratégias de Saúde.

A Gestão Municipal toma a Educação Permanente como parte integrante do dia a dia do trabalho, reconhecendo-a como fonte de aprendizado. Inclusive, algumas equipes utilizam o espaço de reunião de equipe para discussão de temas emergentes das necessidades dos trabalhadores, fonte de coletas de dados para a construção da abordagem metodológica.

As atividades desenvolvidas no Projeto Qualificar para Cuidar provavelmente não terão resultados imediatos. Mas, com o interesse e a persistência por parte dos trabalhadores da saúde, na busca de novos conhecimentos, desafios e aprendizados contínuos e constantes, poderão integrar saberes à melhoria da assistência prestada aos usuários.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 198 / GM / MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

GUIMARÃES, E. M. P.; MARTIN, S. H.; RABELO, F. C. P. Educação Permanente em Saúde: reflexões e desafios. **Cienc. Enferm.**, Concepción ago, v. 16, n. 2, 2010.

OLIVEIRA, M. A. N. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 585-589, 2007.

RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. L. C.; TORRES, H. C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, v. 44, n. 2, p. 531-537, 2010.

SILVA, L. A. A. et al. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, 2011.

CAPÍTULO 3

IMPLANTAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA FISIOTERAPEUTAS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

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

Introdução

A Fisioterapia tem cerca de 42 anos, sendo assim uma das profissões mais jovens da área da saúde (CALVALCANTE *et al.*, 2011), o seu objetivo é a prevenção e o tratamento de lesões que comprometem a funcionalidade do indivíduo (MOREIRA; NOGUEIRA; ROCHA, 2007). Dependendo de sua especialização, o fisioterapeuta pode prestar atendimento a pacientes em condições clínicas graves, em estado terminal e até mesmo em situações de risco de vida (BRAZ; MARTINS; JUNIOR, 2009).

Os profissionais de Fisioterapia vêm atuando em diversos campos e estabelecimentos de saúde. Dentre estes, o hospitalar que, inicialmente, se restringia ao atendimento de fisioterapia respiratória. No entanto, nos últimos anos, eles estão se tornando indispensáveis em todos os hospitais, principalmente na composição das equipes de terapia intensiva (ALVES, 2012). A atuação da Fisioterapia na rede hospitalar vem sendo progressiva, com a integração junto à equipe multiprofissional no tratamento de pacientes nas unidades,

sendo reconhecida em diversos países desenvolvidos (BORGES *et al.*, 2009; GODOY *et al.*, 2011).

As intervenções fisioterapêuticas na rede hospitalar estão crescendo e evoluindo a cada dia, com a ampliação da atividade em diversos campos, como: atendimento a pacientes críticos que precisam ou não de suporte ventilatório, assistência na recuperação de pós-operatório, prevenção e reabilitação das funções motoras e respiratória, equilíbrio e coordenação, proporcionando uma melhor qualidade de vida para o paciente (SABETZKI; CICOTOSTE, 2008). Tais cuidados resultam na diminuição do tempo de hospitalização, na redução do risco de infecções hospitalares, na diminuição dos custos e na liberação mais rápida e segura das vagas dos leitos hospitalares, proporcionando qualidade na internação de cada paciente (SABETZKI; CICOTOSTE, 2008).

A recente conquista alcançada pela Fisioterapia no âmbito hospitalar diz respeito às Unidades de Terapia Intensiva. Segundo a Resolução da ANVISA - RDC 07, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, é obrigatório tais unidades serem cobertas, no mínimo, 18 horas com atendimento fisioterápico e a formalização de um coordenador de equipe de fisioterapia responsável (BRASIL, 2010).

Portanto, o fisioterapeuta, que trabalha em unidades hospitalares, está sendo cada vez mais solicitado tanto nas Unidades de Terapia Intensiva, como nas enfermarias, e isso vem exigindo desses profissionais uma melhor formação e qualificação para plena atuação no ambiente hospitalar. Faz-se necessário que o fisioterapeuta profissional seja habilitado por uma sólida formação e bagagem prática que garantam uma condução especializada na resolução de casos complexos, caso contrário, a efetividade de seu trabalho poderá ficar

comprometida, aumentando os riscos ao paciente (ALVES, 2012).

A ANVISA, através da RDC 7, define que as instituições hospitalares devem contemplar a educação continuada de forma que seja um processo permanente de aquisição de informação pelo trabalhador, conhecimento obtido formalmente. Assim, é imprescindível a educação continuada para todos os profissionais de saúde, inclusive para o fisioterapeuta (BRASIL, 2010).

Hoje em dia, a continuidade da educação na área da saúde é uma preocupação mundial, pois contribui para transformar a prática dos trabalhadores, possibilitando melhorar a qualidade dos serviços, influenciando nos processos de trabalho, como também na melhora do desenvolvimento pessoal e da instituição em que se trabalha, melhorando a qualidade da assistência prestada à população (NIETSCHE *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2010).

A necessidade de estar atualizado, de adquirir conhecimentos, é decorrente também das grandes mudanças tecnológicas acontecidas ao longo do tempo, fazendo com que se busque estratégias para capacitar os profissionais que atuam na assistência à população. Considerando a velocidade com que esses conhecimentos tecnológicos se renovam a cada dia na área da saúde, esse avanço tecnológico se relaciona com a demanda crescente e às necessidades de saúde da população, fazendo com que o processo de educação permanente seja voltado para um desenvolvimento dos profissionais na realidade do seu trabalho (MORAIS FILHO *et al.*, 2013).

Em todas as áreas da saúde, o processo de Educação Permanente em Saúde - EPS está além do aperfeiçoamento técnico, pois possibilita aos profissionais a busca de sua autonomia, cidadania, bem como resgatar sua multidimensionalidade. Portanto, esse processo pode ser

caracterizado pelo cuidado que as instituições têm com seus profissionais, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas, gestões e as instituições formadoras (JESUS *et al.*, 2011).

Além disso, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 2004, a Portaria nº 198/GM, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), uma política de saúde que tem por objetivo transformar e qualificar as ações e serviços no setor de saúde (BRASIL, 2004).

É nesse contexto da ampliação da Educação Permanente em Saúde que se insere a Fisioterapia do Hospital São José, profissão que, assim como as demais da área de saúde, necessita constantemente adquirir novos conhecimentos, pois os fisioterapeutas são responsáveis pelo diagnóstico e por procedimentos em pacientes gravemente enfermos, como: ventilação, monitoração respiratória, avaliação de doenças musculoesqueléticas, neurológicas, metabólicas e cardiovasculares. Acrescido a isso, são responsáveis pela prevenção e tratamento dos efeitos da imobilização prolongada, como também pela reabilitação motora dos pacientes acamados, pelo restabelecimento da postura e deambulação desses pacientes, devolvendo-lhes a capacidade de realização de suas Atividades de Vida Diária - AVDS (WALSH; GENTILE; GRENIER, 2011).

Uma gestão voltada para aquisição de conhecimento está corroborando com as normativas que regem os estabelecimentos de saúde. Gestão de conhecimento faz-se de forma contínua e dinâmica, na conversão do conhecimento para a aquisição de respostas rápidas e assertivas na tomada de decisão (ROCHA *et al.*, 2012).

A atual gerência do serviço de Fisioterapia do Hospital São José (HSJ), preocupada com a capacitação dos profissionais, que compunham a equipe, observando a pouca oferta de curso

específicos da Fisioterapia, chegou aos seguintes questionamentos: - Quais as principais dificuldades que o profissional de Fisioterapia apresenta? - Qual a temática relevante que gere interesse nos componentes do serviço de Fisioterapia? - Sabendo do potencial dos fisioterapeutas, como utilizar a gestão de conhecimento para beneficiar o serviço? A estruturação e implantação de um projeto de educação permanente no setor de Fisioterapia do HSJ são viáveis?

Assim, o artigo, ora apresentado, tem como objetivo relatar a experiência da implantação do projeto de educação permanente para o núcleo de Fisioterapia do Hospital São José de Doenças Infecciosas - HSJ.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência sobre a implantação da educação permanente para fisioterapeutas do Hospital São José de Doenças Infecciosas.

Esse hospital foi criado pela Lei nº 9.387 de 31 de julho de 1970, com o início das atividades em 31 de março do mesmo ano. Hoje, o corpo funcional é composto por 700 servidores, sendo 19 fisioterapeutas, possui uma capacidade de internamento de 120 leitos e 8 leitos de UTI. O HSJ tem como missão: Prestar assistência qualificada e humanizada em doenças infecciosas, sendo também instituição de ensino e pesquisa.

O projeto teve a participação de 16 fisioterapeutas que compõe a equipe do Hospital São José e três residentes de fisioterapia que compunham a equipe de Residência Multiprofissional Hospitalar da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP. Dos 19 fisioterapeutas do hospital, 12 são servidores efetivos e sete contratados por cooperativa, distribuídos em uma carga horária de 24 horas intensivas na

Unidade de Terapia Intensiva e as demais 12 horas no atendimento diário nas enfermarias.

O projeto iniciou-se em janeiro de 2015, quando foi promovida uma reunião com a equipe sobre a importância da implantação da educação permanente para o grupo, suas necessidades, os temas mais relevantes para eles e quais as pessoas que ministrariam as palestras.

As aulas iniciaram em fevereiro de 2015, ocorrendo mensalmente até setembro de 2015. Foram escolhidos dois dias no mês para ser ministrado o mesmo tema. A proposta era de alcançar o maior número de profissionais, pois a maioria dos fisioterapeutas do hospital tem carga horária de 20 horas semanais, possuindo outras fontes de renda.

No curso, foram ministrados os temas dispostos no quadro a seguir:

Quadro 1 . Temáticas ministradas no curso ofertado em 2015

MÊS	CONTEÚDO	PALESTRANTE
Fevereiro	Monitorização da Ventilação Mecânica (módulo I)	Ms. Érika Augusta Batista Lopes
Março	Monitorização da Ventilação Mecânica (módulo II)	Esp. Isabel Cristina Veras Aguiar
Abril	Pressão Positiva Expiratória Final-PEEP Ideal	Esp. Isabel Cristina Veras Aguiar
Maior	Recrutamento	Ms. Érika Augusta

	Alveolar	Batista Lopes
Junho	Ventilação mecânica não invasiva	Ms. Timóteo Vasconcelos Queiroz
Junho	Insuflação de gás traqueal - TGI	Ms. Erika Augusta Batista Lopes
Julho	Monografia: Fisioterapia na redução de complicações pulmonares e motoras	Esp. Francisco Cleiton Ribeiro Freitas
Julho	Monografia:	Esp. Maria Ester Coelho
Agosto	Fisioterapia baseada em evidência	Ms. Riany Senna
Setembro	Ventilação Mecânica	Esp. Ana Karine Castelo Branco de Paula Gomes; Esp. Isabel Cristina Veras Aguiar e Ms. Timóteo Vasconcelos Queiroz

Fonte: Adaptado do programa de capacitação para fisioterapeutas (2015).

A certificação foi emitida mediante a participação mínima, ou seja, presença de (70%) da carga horária executada. Ao final do curso, foi aplicado um questionário profissionais do hospital para saber a opinião de cada um em relação ao projeto. A proposta era de obter o *feedback* do projeto e possibilitar

melhorias no futuro.

O questionário estava composto de seis perguntas: - Os temas foram relevantes para você? - O projeto lhe ajudou na sua prática profissional? - Qual a avaliação que você faz sobre os palestrantes? - Você veio para todas às aulas? Se não, qual o motivo? (tempo, outro emprego, falta de interesse?) - O que você achou do seminário? - Você acha importante que continuemos com o projeto?

Tais perguntas tinham como objetivo avaliar a importância do projeto e as dificuldades encontradas para a sua implantação. As respostas foram traduzidas de acordo com a Escala de Likert - um tipo de escala de resposta psicométrica usada habitualmente em questionários -, adotando então a seguinte ordem: muito relevante, relevante, tanto faz, pouco relevante e sem relevância.

O projeto culminou na realização, em outubro de 2015, do II Encontro Anual de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Hospital São José - II MOVERES. Aberto ao público, o evento foi realizado, no auditório do Hospital, para todos os fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais inscritos, incluindo ainda profissionais de outras categorias do hospital. Com a participação efetiva da equipe de fisioterapia do HSJ, tanto na organização do evento quanto como ouvinte, o fato marcante foi a equipe compondo o quadro de palestrantes.

O II MOVERES ocorreu em um único dia e contou com a apresentação de oito palestras, com temáticas voltadas para Fisioterapia e Terapia Ocupacional, nos dois períodos, com áreas de interesse intercaladas, permeando a atuação destas duas categorias profissionais. Houve exposição de *banners* de atividades desenvolvidas no HSJ. Foram relatados casos clínicos, com resolução favorável pelo fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, evidenciando assim a forma transdisciplinar dos atendimentos no HSJ. O evento contou com três palestrantes

convidados e seis palestrantes da própria equipe de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do HSJ.

Resultados e Discussão

A adesão ao projeto foi expressiva, com quase a totalidade dos fisioterapeutas, sendo registrada apenas a ausência de dois fisioterapeutas por incompatibilidade de horário. A assiduidade ao curso foi em torno de (70%), que demonstrou a motivação e empenho da equipe em se atualizar.

Em relação a temática, (100%) dos participantes a colocaram na categoria de muito relevante, atestando então que os conteúdos abordados eram de grande interesse, servindo para sanar dúvidas ou porque apresentavam dados mais atuais. Vale salientar que a gestão teve a preocupação de buscar apoio de membros da equipe para apontar suas necessidades e anseios, tal fato oferece um *feedback* positivo para a melhoria do serviço.

Na análise das respostas sobre as melhorias no serviço, foi identificado que (90%) dos participantes conseguiram visualizar que o conhecimento foi muito relevante para sua prática, abalizando então a premissa de que conhecimento gera conhecimento e este leva a melhoria no fazer, no saber fazer. Ratificando assim a importância da junção ensino e trabalho. Este dado aponta para a decisão assertiva da gestão, em fazer a pesquisa das demandas do serviço ao elaborar o conteúdo programático das capacitações.

No questionamento sobre a qualificação dos palestrantes, obteve-se o índice de (90%) para a categoria de muito relevante, demonstrando uma boa aceitação dos participantes em relação a metodologia aplicada ao ministrar as aulas. Acrescido a este dado, tem-se que os palestrantes das capacitações fazem parte do quadro funcional do HSJ,

autenticando a qualidade do corpo clínico. A gestão do conhecimento traz o conceito de que os servidores têm capacidades diferentes e podem ter uma parcela de contribuição do processo de aprendizado de toda a equipe. O conhecimento deve ser compartilhado, conhecimento parado é morto.

Em relação ao Encontro Anual de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, MOVERES, tem demonstrado um crescimento exponencial, comprovado pelo número de inscritos. Foi identificado uma aprovação unânime com 100% para a relevância do mesmo para o serviço de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do HSJ. O II MOVERES foi considerado muito expressivo, com cerca de mais 100 inscritos, lotando a capacidade do auditório do hospital, tendo a equipe responsável pelo evento recebido vários elogios do público, quanto ao conteúdo das palestras, aos palestrantes e à sua organização.

Ao lançar um olhar mais elucidativo, pode-se observar que o evento, em sua segunda edição, teve suas inscrições encerradas dias antes do início por falta de vagas no auditório. Verificou-se que os profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional sentiram-se incentivados e estão sendo multiplicadores do saber.

Conclusão

A implantação do projeto de educação permanente para fisioterapeutas no Hospital São José foi uma experiência positiva que vislumbra a possibilidade de unir ensino, pesquisa e prática profissional. A busca por atualização e aperfeiçoamento traz para o serviço consequências favoráveis, sendo o paciente o seu maior beneficiário.

Constatou-se que a gestão voltada para o conhecimento tem conceitos modernos para a gerência, mais que o retorno do

incentivo ao conhecimento é o próprio aprendizado e este possibilita a realização de tarefas, com um poder decisório indispensável, um direcionamento assertivo no conduzir um atendimento de qualidade. O processo de educação permanente é contínuo e há um longo caminho a ser percorrido. Porém, a semente já foi plantada, com o desejo de aprender e mostrar o que foi aprendido já estão sendo vistos na prática e na participação de eventos.

Em relação às adversidades, a falta de tempo permanece como maior e importante entrave ao processo de educação permanente. Frente a isso, cabe ao gestor a árdua tarefa de encontrar um meio que possibilite a capacitação e/ou atualização dos profissionais e, ao mesmo tempo, concilie a problemática do tempo. Em síntese, o que traria maior incentivo para tais profissionais investirem seu tempo em agregar conhecimento às atividades tão bem desempenhadas por ele?

Referências

ALVES, A. N. Importância da atuação do fisioterapeuta no ambiente hospitalar. **Revista de Ensaios, Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, São Paulo, v. 16, n. 6, p.173-184, 2012.

BAILEY, P.; THOMSEN, G. E.; SPUHLER, V. J.; BLAIR, R.; JEWKES, J.; BEZDJIAN, L. et al. Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. **Crit Care Med.**, v. 35, n. 1, p. 139-145, 2007.

BORGES, V. M. et al. Fisioterapia motora em pacientes adultos em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Porto Alegre, v. 21, n. 4, p. 446-452, 2009.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) **Resolução-RDC nº 7, de 24 de Fevereiro de 2010**. Brasília: ANVISA, 2010.

BRAZ, P. R. P.; MARTINS, J. O. S. O. L.; JUNIOR, G. V. Atuação do fisioterapeuta nas unidades de terapia intensiva da cidade de Anápolis. **Anuário de Produção Acadêmica Docente**, Goias, v. 3, n. 4, p. 119-129, 2009.

CALVALCANTE, C. C. L. et al. Evolução científica da fisioterapia em 40 anos de profissão. **Fisioterapia e Movimento**, v. 24, n. 3, p. 513-522, 2011.

Disponível em: <<http://www.uniamerica.br/arquivos/2seminario->

fisioterapia/pdf/4-Stefani-Martins-Camila-de.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 43. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS. **Site**. Disponível em: <http://www.hsj.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=658&Itemid=196>. Acesso em: 02 abr. 2016.

JERRE, G. et al. Fisioterapia no paciente sob ventilação mecânica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 399-407, 2007.

JESUS, M. C. P.; FIGUEIREDO, M. A. G.; SANTOS, S. M. R.; AMARAL, A. M. M.; ROCHA, L. O.; THIOLENT, M. J. M. Permanent education in nursing in a university hospital. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, USP, v. 45, n. 5, p. 1229-1236, 2011.

MORAIS FILHO, L. A.; MARINHO, C. S. R.; BACKES, V. M. S.; MARTINI, J. G. Educação permanente em saúde: uma estratégia para articular ensino e serviço. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 14, n. 5, p. 1050-1060, 2013.

MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F. N. N.; ROCHA, M. A. S. Leitura fenomenológica mundana do adoecer em pacientes do serviço de fisioterapia do núcleo de atenção médica integrada da Universidade de Fortaleza. **Estudos de Psicologia**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 191-203, 2007.

MORRIS PE, Goad A.; THOMPSON, C.; TAYLOR, K.; HARRY, B.; PASSMORE, L. et al. Early intensive care unit mobility therapy in treatment of acute respiratory failure. **Crit Care Med.**, v. 36, n. 8, p. 2238-2243, 2008.

NIETSCHKE, E. A.; BACKES, V. M. S.; FERRAZ, F.; LOUREIRO, L.; SCHMIDT, S. M. S.; NOAL, H. C. Política de educação continuada institucional: um desafio em construção. **Rev Eletr Enf. [Periódico na Internet].**, dez. 2009.

ROCHA, E. S. B.; NAGLIATE, P.; FURLAN, C. E. B.; ROCHA, K. J.; TREVIZAN, M. A.; MENDES, I. A. C. Gestão do conhecimento na saúde: revisão sistemática de literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]**, mar. / abr. 2012. Acesso em: 02 abr. 2016.

SABETZKI, S. M.; CICOTOSTE, C. L. A importância da fisioterapia em UTI no período noturno. In: SEMINÁRIO DE FISIOTERAPIA DA UNIAMERICA: INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2., 2008, Foz do Iguaçu-PR. **Anais...** Foz do Iguaçu: [s.n.], maio 2008.

SILVA, L. A. A.; FERRAZ, F.; LINO, M. M.; BACKES, V. M. S.; SCHMIDT, S. M. S. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 3, p. 557-561, 2010.

SILVÉRIO, J. B. Programa de educação permanente para médicos de família. **Rev Med Minas Gerais.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 560-566, 2008.

WALSH, B. K.; GENTILE, M. A.; GRENIER, B. M. Orienting new respiratory therapists into the neonatal/pediatric environment: a survey of educators and managers. **Respir Care.**, v. 56, n. 8, p. 1122-1129, 2011.

CAPÍTULO 4

EXPERIÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE IGUATU: RELATO SOBRE EFETIVAÇÃO E DESAFIOS MUNICIPAIS E REGIONAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

*Lana Carina Viana de Lavor
Carlos Garcia Filho*

Introdução

Mudanças na abordagem do processo saúde-doença em direção à integralidade, humanização e qualidade são fundamentais para a consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS. Para atingir esses objetivos, é imperativa a transformação do processo de ensino-aprendizagem nas profissões da saúde, tradicionalmente, voltadas à 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 problematizadora do processo de formação.

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).

Como crítica à formação biologicista e flexneriana (modelo Flexner de formação médica dos profissionais de saúde, o Ministério da Saúde publicou, em 2004, e revisou, em 2007, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS, que objetiva inovar na formação dos profissionais de saúde, inserindo o cotidiano do trabalho no processo de formação e fortalecendo seu carácter crítico e reflexivo (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 Educação Permanente em Saúde deve embasar-se em um processo pedagógico capaz de contemplar 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.

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 - conforme designaram Ceccim e Feuerwerker (2004) -, considera como quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.

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. É nessa perspectiva, de descentralização da Educação Permanente em Saúde, que a Escola de Saúde Pública de Iguatu - ESPI emerge como dispositivo instituinte de novas práticas, envolvendo gestores, trabalhadores e usuários, em processos formativos direcionados para o SUS.

O objetivo desse relato de experiência é descrever o processo de implantação e consolidação da ESPI, instituição responsável por coordenar a educação permanente nesse município e realizar sua articulação em nível regional, portanto, mediadora da PNEPS.

Tratamento Metodológico

Trata-se de um relato de experiência sobre Educação Permanente em Saúde em um município cearense, com mais de

100.000 habitantes e sede de Microrregião de Saúde. Para reconstituir a trajetória da ESPI, os autores realizaram estudo documental, baseado em relatórios e legislação referente à instituição; aplicaram entrevista semi-estruturada aos três gestores, responsáveis pela sua direção entre 2005 e 2015; e sistematizaram anotações realizadas entre 2009 e 2015, período em que estiveram engajados em atividades de ensino-aprendizagem e coordenação nessa instituição.

Para interpretação dos discursos dos sujeitos, foram realizados os procedimentos de análise do discurso, como propostos por Orlandi (1999) e Minayo (2008). Essa abordagem integra as áreas da Psicanálise, da Linguística e da História para estudar o discurso de maneira crítica. Esse é entendido como mediador por meio da linguagem entre o homem e a realidade social e natural para produção de significado.

Essa pesquisa é parte do projeto "Articulação entre Epidemiologia e Planejamento em Saúde: estudo interdisciplinar de caso em Iguatu-CE". O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual do Ceará-UECE, obtendo o Parecer nº 634.119 favorável pelo CEP/UECE.

Resultados e Discussão

Situação sanitária e organização dos serviços de saúde

O município de Iguatu está localizado na região Centro Sul do Estado do Ceará. A área do município é de 1.029,214 km². A população atingiu 101.386 habitantes em 2015. Comparando-se com a situação em 1983, observa-se crescimento de (40%). Predominam os habitantes que se declaram como pardos (59,5%) e brancos (36,2%). A média de moradores por domicílio na zona urbana (3,33) é menor que na zona rural (3,38). A maioria dos moradores (77,34%) concentra-se na zona urbana (IBGE, 2015).

O perfil de mortalidade em Iguatu é caracterizado pelo avanço das doenças crônicas não transmissíveis e pela diminuição das doenças infectocontagiosas. A mortalidade infantil foi reduzida e concentra-se no período neonatal precoce.

A transição epidemiológica acompanha a transição demográfica. As doenças do aparelho circulatório e neoplasias mantêm sua posição de destaque como as principais causas de mortalidade. A mortalidade por causas mal definidas diminuiu de (33,8%) em 1996 para (1,5%) em 2011. Esse indicador revela melhoria expressiva no Sistema de Informações de Mortalidade - SIM nesse município (DATASUS, 2015).

O desenvolvimento do SUS em Iguatu revela pioneirismo e capacidade de inovação. O município foi nacionalmente pioneiro na implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS, do Programa Saúde da Família - PSF e do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS.

A Estratégia de Saúde da Família é o principal eixo de organização da rede de serviços de saúde de Iguatu. Há 33 equipes que garantem (100%) de cobertura da Atenção Básica. Três Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF fazem apoio

matricial às equipes da Atenção Básica.

Quanto à atenção secundária, a rede de atenção às urgências e emergências conta com um Hospital Regional e uma Unidade de Pronto Atendimento. A atenção pré-hospitalar é realizada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. O município conta também com um hospital filantrópico de retaguarda em clínica médica e cirúrgica e um Centro de Especialidades Odontológicas e Policlínica regionais. A rede de atenção psicossocial é composta por Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III, CAPS álcool e drogas, CAPS infantil, Unidade de Acolhimento Infantil e Residência Terapêutica.

Contextualização da implantação da ESPI

O principal dispositivo de gestão e de formação da Educação Permanente em Saúde do município é a Escola de Saúde Pública de Iguatu - ESPI, instituída pela Lei Municipal n.º 1.020/2005, de 19 de maio de 2005, que regulamenta como objetivos da instituição:

- I - Formar, capacitar, reciclar e atualizar recursos humanos, na área da saúde pública;
- II - Desenvolver, apoiar e fomentar estudos e pesquisas para aprimoramento de novas tecnologias na área da Saúde. (IGUATU, 2005, p18.).

A Lei n.º 1.731, de 5 de novembro de 2012, acrescentou como objetivo: “III - Formar profissionais técnicos de nível médio.” Observa-se, no Relatório de Gestão de 2014 da ESPI, que o seu objetivo prioritário é definido de modo mais abrangente:

[...] favorecer o desenvolvimento da população no município de Iguatu e demais municípios da

17º e 18º Região de Saúde do Estado do Ceará, para disseminação de práticas de promoção e produção de saúde, através da construção de novas tecnologias para o desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes, possibilitando novos sentidos individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado, a partir da necessidade dos serviços, da autonomia dos sujeitos, fortalecendo uma educação de qualidade para todos. (CEARÁ, 2012, p21.).

Essa ampliação do papel da ESPI nas redes municipal e regional de saúde reverbera no contexto histórico de sua implantação. Todos os entrevistados concordam que a iniciativa dependeu do protagonismo de um secretário de saúde, que liderou o processo e aglutinou outros atores, como a 18ª Coordenadoria Regional de Saúde e os municípios da região. Para um dos entrevistados, a gestão municipal compreendia a escola de saúde pública como uma etapa para a implantação de um curso de medicina no município. Portanto, parte-se da dimensão pessoal e tática para a coletiva e estratégica. A ESPI deixa de ser considerada como uma ponte para a instalação de um curso de medicina e se torna uma instituição formadora para o SUS regional. Com isso, o processo decisório deixa de ser restrito à gestão municipal, sendo submetido a pactuações no Conselho Municipal de Saúde, na Comissão Intergestores Regional e na Comissão de Integração Ensino Serviço.

Institucionalização e consolidação da ESPI

A qualidade da infraestrutura da instituição mostra avanços lentos, mas consistentes. Um dos entrevistados relata que, em 2005, a ESPI ocupava parte das instalações de um prédio alugado e utilizado também pela Secretaria Municipal

de Saúde. Em 2012, o credenciamento no Conselho Estadual de Educação, necessário para a realização de cursos técnicos, exigiu reformas e aquisição de equipamentos, melhorando a estrutura disponível. Em 2015, a ESPI muda sua sede para o campus da Universidade Estadual do Ceará - UECE, em Iguatu, ocupando parte de suas instalações. Embora o campus necessite de modernização de sua estrutura, não se observa mais a improvisação necessária para transformar um prédio comercial alugado em uma escola.

O direcionamento dos processos formativos também sinaliza a ampliação do escopo da instituição. Um dos gestores recorda que a preocupação inicial era formar um quadro de professores que seria compartilhado entre a ESPI e o futuro curso de medicina. Em 2007, uma articulação com o Ministério da Saúde - MS e a Organização Panamericana da Saúde - OPS viabilizou a concessão de dez bolsas de estudos para profissionais a serviço do município cursarem o Mestrado Profissional em Saúde da Criança. Simultaneamente, a ESPI buscou parcerias com o Conselho Regional de Medicina e a Sociedade Cearense de Medicina de Família e Comunidade para a realização de um curso de aperfeiçoamento em saúde da família para os médicos do município. Esse mesmo gestor aponta que esse curso tinha como objetivo preparar os profissionais para a prova de título de especialista da Sociedade.

Após dois anos, os mestres estavam formados, contudo a maioria dispersou-se e não permaneceu no quadro de servidores da ESPI. De fato, apenas três continuavam ligados à instituição em 2015. Na perspectiva dos pesquisadores, essa dificuldade em reter os egressos do mestrado relaciona-se ao vínculo empregatício precário com a ESPI. Segundo o Relatório de Gestão de 2014, dos 45 servidores, sete são efetivos, sendo apenas dois de nível superior. Por outro lado, os 23 professores

são contratados como horistas e o suporte pedagógico é responsabilidade de nove bolsistas.

Quanto ao desempenho desses profissionais, ocorre uma divergência entre os discursos dos gestores. Para um deles, caracteriza-se por envolvimento, competência e disponibilidade. Enquanto outro dirigente, o qualifica como sem envolvimento, disponibilidade ou motivação. Uma possibilidade que os pesquisadores visualizam para compreender essa situação é o lapso temporal entre as gestões, que se deram em contextos diferentes. A primeira ocorreu em período de institucionalização da escola. A segunda, em período de estagnação. As reduzidas perspectivas de melhoria das condições de trabalho influenciaram negativamente no desempenho dos profissionais.

A seleção dos dirigentes da ESPI foi baseada em critérios técnicos, com o perfil caracterizado por experiência acadêmica e na gestão da educação em saúde. Todos se mostraram articuladores competentes da política municipal e regional de educação em saúde. Destaca-se que a lógica do apadrinhamento nos cargos comissionados, ainda frequente na gestão pública brasileira, não ocorreu na instituição. A pequena rotatividade dos diretores, foram 4 em 10 anos, corrobora essa observação e aponta para uma continuidade da gestão. Os pesquisadores consideram que esse foi um dos fatores essenciais para o avanço da instituição.

As fragilidades do quadro profissional mínimo foram superadas parcialmente pela capacidade de negociação, articulação e captação externa de cursos e recursos financeiros pelos diretores. Os gestores relatam que as parcerias com a Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP-CE, UECE e Universidade Regional do Cariri - URCA foram essenciais para manter a escola ativa. Embora em muitos desses cursos, a ESPI tenha colaborado apenas com a cessão de suas instalações, os

pesquisadores observam que, no contexto regional, a garantia de um espaço minimamente adequado para a execução da PNEPS constitui-se como um forte avanço, superando a carência de estrutura adequada para realização das atividades além de fragilidade organizacional e financeira para que os profissionais se deslocassem para participar de cursos na capital. Um dos gestores corrobora essa observação ao considerar que a ESPI estimulou o aperfeiçoamento dos profissionais do SUS da região, portanto ultrapassando seu objetivo inicial.

O papel desempenhado pela escola na realização das atividades formativas indica um avanço em sua autonomia. Na especialização em saúde da família, a ESPI apenas cedeu as instalações físicas para a ESP-CE, instituição executora externa. Na residência multiprofissional em saúde da família e saúde mental, as atividades formativas apresentaram compartilhamento de responsabilidade entre as duas instituições, embora o projeto inicial e a direção estivessem sob o controle da ESP-CE. Na residência médica em psiquiatria e ginecologia e obstetrícia, as atividades formativas foram deslocadas totalmente para a ESPI e a participação da ESP-CE resumiu-se ao monitoramento, avaliação e certificação do processo. Nos cursos técnicos em enfermagem, vigilância em saúde e análises clínicas, a autonomia pedagógica da ESPI foi total, inclusive para certificação dos egressos, posicionando-se entre as Escolas Técnicas do SUS-ETSUS. A autonomia pedagógica, contudo, não foi acompanhada da autonomia financeira, pois os cursos técnicos dependeram de recursos captados na Secretaria Estadual de Saúde - SESA.

A capacidade de articulação externa dos gestores e profissionais da ESPI, inclusive para captação de recursos, aproximou essa instituição da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, especialmente, quanto à elaboração de projetos

inovadores e suporte à gestão. Dentre essas ações, destaca-se seu papel na articulação das conferências municipais de saúde, fóruns temáticos e jornadas científicas. Destaca-se também o papel da ESPI no suporte ao planejamento municipal em saúde.

A partir de 2014, a ESPI iniciou o acompanhamento de todos os projetos de pesquisa desenvolvidos no SUS municipal. Entre 2014 e 2015, foram realizados 36 projetos de pesquisa por Instituições de Ensino Superior públicas e privadas, todos foram avaliados previamente pela equipe da escola para emissão de parecer sobre o acesso ao campo. Essa medida buscou tanto regular e monitorar as pesquisas, preservando os direitos de usuários e trabalhadores do SUS, em grande parte sujeitos das mesmas, quanto identificar quais resultados dessas investigações poderiam ser utilizados para o aprimoramento da gestão municipal.

Potencialidades da ESPI

A portaria que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde- 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. Aponta 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 reafirma 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, implica 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 pontos críticos a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão. Isso possibilita 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).

Observa-se que a ESPI, embora com implantação focada em demanda específica, no caso, a viabilização de um curso de medicina, seguiu as orientações da PNEPS em seu desenvolvimento, tornando-se, efetivamente, um importante ator para identificar, organizar e atender as demandas de formação do SUS regional. Os princípios da descentralização, planejamento ascendente e controle social foram seguidos, mesmo com as dificuldades para manter uma equipe técnica mínima e sem garantia de continuidade do financiamento de suas atividades. De certo modo, as adversidades forçaram aos gestores a buscar articulação regional e interinstitucional para manter o funcionamento da instituição.

Considerando a situação atual da ESPI, constata-se que a implantação de um dispositivo de gestão capaz de efetivar as mediações entre as instituições formadoras e os cenários de práticas sob perspectiva integral foi necessário para o avanço do processo de educação permanente na rede de saúde municipal e regional. Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde,

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.

Na visão de um dos entrevistados, o papel da ESPI na formação para o SUS é singular: “os cursos particulares de nível médio e superior procuram atender às demandas do mercado, e as faculdades públicas tradicionais continuam a ofertar seus cursos; mas o SUS tem necessidades específicas, que não são atendidas (Gestor 3).” Nesse sentido, observa-se, novamente, uma aproximação com os pressupostos da PNEPS. Essa perspectiva de futuro pode ser complementada pela de outro entrevistado: “que seja uma instituição formadora ancorada nos princípios da ética que fundamenta a ação de saúde como uma prática transformadora da vida de toda a coletividade (Gestor 2).”

Considerações Finais

A lógica da Educação Permanente em Saúde, em âmbito municipal, deve ser embasada na articulação entre ensino, gestão, atenção e controle social de modo descentralizado, multiprofissional e ascendente. Contudo, em muitos casos, a gestão municipal é caracterizada pelo autoritarismo, improviso, centralização e controle social pouco efetivo. O município de Iguatu, por meio da ESPI, apresenta interesse político e técnico de avançar na implementação local e regional da PNEPS, de maneira colaborativa e democrática, articulando a rede municipal de saúde às instituições formadoras. Observa-se sucesso nessa iniciativa, reconhecida por profissionais, gestores e usuários.

Os principais desafios, que se impõe à essa instituição,

atualmente, são a necessidade de ampliar a programação de recursos financeiros para manutenção de suas atividades; de instituir vínculos mais seguros a seu corpo técnico e docente; de utilizar de maneira efetiva o conhecimento produzido sobre o SUS local e regional para sua transformação; e de permanecer como protagonista da articulação da educação permanente, em nível regional.

A superação dos desafios elencados aponta a necessidade de construção coletiva e participativa de um conjunto articulado de dispositivos para gestão da educação permanente do município que possibilitem a implantação de um sistema de saúde escola em Iguatu, portanto progredindo para uma institucionalização mais abrangente da Educação Permanente em Saúde.

Referências

BÓGUS, C. M. A educação popular em saúde como possibilidade para o incremento do controle social no setor saúde. São Paulo: Editora Instituição, 2007. (Série o Mundo da Saúde).

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.

_____. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS:** Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Polos de Educação Permanente em Saúde. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS. **Informações de Saúde.** Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 08 jul. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Banco de Dados Agregados do Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA.** Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/default.asp?z=t&o=1&i=P>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

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. 605-610, set. / out. 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento:** Pesquisa Qualitativa em Saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de Discurso:** princípios e procedimentos. Campinas: Pontes, 2013.

CAPÍTULO 5

PRÁTICAS EDUCATIVAS NA CASA DA GESTANTE VISANDO À PROMOÇÃO DA SAÚDE E À PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA SAÚDE MATERNO-INFANTIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Sabrinna Araújo Coimbra
Maria Salete Bessa Jorge*

Introdução

A gravidez é um evento de muita significação na vida da mulher e permeada por valores e transformações que se constituem como ímpares, sendo experimentados de formas diferentes pelas mulheres (CARVALHO *et al.*, 2006). É caracterizada como um período de mudanças físicas e emocionais que determinam o acompanhamento pré-natal, e em serviços de saúde torna-se prioridade do acolhimento à mulher, o oferecimento de respostas e de apoio aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias, fantasias ou, simplesmente, à curiosidade de saber sobre o que acontece com o seu corpo (BRASIL, 2003).

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - PHPN, por meio da Portaria GM nº 569, de 1º de junho de 2000, que tem como objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e ao recém-nascido, na

perspectiva dos direitos de cidadania. Esse programa coloca a humanização da atenção obstétrica e neonatal como elemento primordial para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (BRASIL, 2000).

A Rede Cegonha reforça a proposta do PHPN de adoção de estratégias destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal, bem como na assistência à criança até dois anos de vida (BRASIL, 2007).

Para o Ministério da Saúde (1989), a Educação em Saúde é uma prática centrada na sociedade e um processo que contribui para a formação e desenvolvimento da visão crítica das pessoas, a respeito de sua saúde, instigando a busca de soluções e a organização para a ação coletiva. Essa definição nos faz refletir que o modelo tradicional de cuidado, pautado na mudança de hábitos individuais, tendo como fundamento pedagógico a transmissão dos conteúdos, precisa ser repensado, pois talvez não atenda às necessidades da população, já que vem sendo utilizado, ao longo da história pelos profissionais de saúde, sem surtir mudanças importantes na saúde das pessoas (BACKES *et al.*, 2008).

Desse modo, partilhar saberes no intuito de prevenir, promover e recuperar a saúde, através de ações educativas, dão base à Educação em Saúde, tornando-a uma prática educativa positiva porque é construída junto com a comunidade e não para ela, instrumentalizando-a e fomentando a percepção dos motivos e soluções para os problemas de saúde de maneira crítica (SANTOS, 2009; ACIOLI, 2008).

É durante o pré-natal, que um espaço de educação em saúde deve ser criado, a fim de possibilitar o preparo da mulher para viver a gestação e o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz. Nesse momento, entende-se que o processo educativo é fundamental não só para a aquisição de

conhecimento sobre o processo de gestar e parir, mas também para o seu fortalecimento como ser e cidadã (RIOS, 2007).

As práticas educativas referem-se às atividades de educação em saúde, voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, visando à melhoria da qualidade de vida e saúde. Educação em Saúde não consiste apenas em processos de intervenção na doença, mas também processos de intervenção para que o indivíduo e a coletividade disponham de meios para a manutenção ou recuperação do seu estado de saúde, no qual estão relacionados os fatores orgânicos, psicológicos, socioeconômicos e espirituais (PEREIRA, 2003).

Na medida em que a gestante é fortalecida por meio de ações em educação em saúde, torna-se mais segura para a realização de um pré-natal, tendo em vista, as informações e orientações pertinentes à gestação, parto e puerpério e, em consequência desse processo, enfrentará seu ciclo gestacional com maior segurança, prazer e harmonia, pois a ausência de informação pode provocar o surgimento de preocupações desnecessárias (CATAFESTA *et al.*, 2009).

O preparo da mulher para o momento de parir é uma importante etapa no processo de cuidar da mulher/mãe, pois dar a luz de forma natural a um bebê saudável é uma das experiências mais intensas da vida de uma mulher. A boa vivência desse momento, a qualidade da atenção prestada durante a gravidez, o parto e o momento após o nascimento podem ter efeitos marcantes sobre a vida da mãe e do bebê. Uma assistência humanizada ao parto e ao nascimento fundamenta-se no respeito, na dignidade e na autonomia das mulheres e das crianças.

Diante do exposto, fica clara a importância da realização de atividades de promoção e proteção à saúde das gestantes, bem como a prevenção de doenças, devido à vulnerabilidade

desse momento vivenciado. Com base nesses fatos, os objetivos do presente estudo foram relatar a experiência de um trabalho educativo e humanizado de promoção e proteção à saúde e prevenção de doenças, realizado com gestantes, em um trimestre de gravidez, na Casa da Gestante de Tianguá.

Descrição da Experiência

Trata-se de um relato de experiência de atividades educativas, realizadas com gestantes cadastradas e acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Tianguá, estado do Ceará, na Casa da Gestante desse município, de janeiro a dezembro de 2015.

A Casa da Gestante foi implantada em 2013 com objetivo de oferecer atendimento às mulheres em início de trabalho de parto ou com algum agravo de saúde que possa comprometer sua vida ou a do bebê, em especial, as gestantes que moram distante do hospital de referência em obstetrícia. Localizada vizinha ao hospital, a instituição dispõe de 10 leitos, cozinha, sala de TV, computador com acesso à internet, ou seja, toda uma estrutura para que a gestante possa ficar com acompanhante, possibilitando assim ambiente confortável e aconchegante para a futura mãe. E, principalmente, que a gestante seja acompanhada pelos obstetras e equipes de enfermagem, garantindo cuidado continuado e integral à sua saúde e à da criança, nesse momento tão importante de sua vida.

As participantes eram informadas das ações durante as consultas de pré-natal na na Unidades Básicas de Saúde - UBS e/ou hospital. As atividades aconteciam às quintas-feiras, entre às 14 e 16 horas. Os temas abordados foram: planejamento familiar; importância do pré-natal; imunização do bebê e da gestante; evolução do feto; mudanças fisiológicas - mamas e

aparelho ginecológico; principais queixas na gestação; amamentação, aleitamento materno e alimentação complementar; parto, pós-parto e cuidados com o recém-nascido.

As atividades educativas consistiram na abordagem dos variados temas relacionados à gestação e ao recém-nascido, em forma de palestra ou dinâmica de grupo, com a utilização de material de apoio, como cartilhas, cartazes com imagens autoexplicativas e demonstração de alguns métodos contraceptivos. A cada encontro era abordado um tema, possibilitando que as gestantes participassem da discussão de diferentes temáticas.

Antes de encerrar a atividade, as gestantes eram estimuladas a avaliarem a ação que havia sido realizada, expressando pontos a serem melhorados e sugestões para os encontros seguintes. E finalmente, realizavam à Casa da Gestante e ao Centro de Parto do hospital estudado nesse relato.

Relato da Experiência e Discussão

O trabalho educativo realizado com as gestantes envolveu temas sobre gestação e puerpério, de acordo com as necessidades identificadas pelo grupo, a fim de sanar as dúvidas que surgiam. Durante o ano da experiência, foram realizados 15 encontros com a média de 20 gestantes em cada momento.

Muitas dúvidas surgiram, sendo as principais relacionadas às mudanças que acontecem no corpo da mulher, vacinas e cuidados com o recém-nascido e o processo do parto que causava mais ansiedade nas gestantes participantes, em especial, para as primíparas. Todas mostraram-se bastante interesse a respeito desse assunto e buscaram entender sobre o início do trabalho de parto, mecanismos do parto normal e

parto cesárea, fato que conferiu maior tranquilidade às gestantes, após as informações dadas.

Houve a discussão sobre o direito a um acompanhante durante o trabalho de parto, ocasião em que se observou que algumas mulheres não reconheciam esse direito, mostrando fragilidade na consulta de pré-natal na Atenção Primária à Saúde. A participação de um acompanhante pode trazer conforto e segurança para a parturiente, tendo em vista que o parto se caracteriza como um fenômeno de intensidade emocional e física, que pode evocar sentimentos e sensações diferentes como medo, angústia e alegria (MOTTA, 2005).

A Organização Mundial de Saúde - OMS recomenda assegurar o livre acesso de um acompanhante da parturiente, durante o trabalho de parto, parto e puerpério e o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes. Essa recomendação foi classificada como uma prática comprovadamente útil e que deve ser estimulada, com base nas evidências científicas sobre o apoio durante o nascimento (BRUGGEMANN, 2007).

Algumas gestantes se mostraram surpresas sobre os benefícios do aleitamento materno para os recém-nascidos, mas, a maioria expressou o desejo de amamentar e as que não estavam na primeira gestação, deram depoimentos sobre as vantagens e desvantagens que sentiram durante a amamentação. Enriquecendo o momento, o facilitador aproveitava as falas para desmistificar alguns mitos sobre aleitamento materno.

Observou-se que as gestantes solteiras e/ou adolescentes não engravidaram por vontade própria ou em comum acordo com o parceiro. Esse dado foi usado para a inclusão de assuntos a respeito de métodos contraceptivos no cronograma das atividades educativas.

Considerações Finais

As atividades educativas são importantes, pois promovem a educação em saúde e permitem a troca de saberes entre os facilitadores e participantes, sendo atribuições dos profissionais de saúde a capacitação do indivíduo, o estímulo e a promoção ao autocuidado.

Podemos identificar que as gestantes compreendem o processo de educação em saúde, como sendo de relevância para o bom seguimento da gestação e dos cuidados com o bebê. Mostraram-se participativas, aderindo a todas as atividades propostas, relatando experiências e esclarecendo suas dúvidas, podendo assim criar um vínculo entre os profissionais e gestantes.

Com a realização de atividades educativas, a qualidade do pré-natal será mais garantida. Essa prática deve estar presente na assistência à saúde durante o período do pré-natal, pois, segundo a literatura, percebe-se a melhora de todo o processo e diminuição dos eventos negativos que poderiam vir a ocorrer por falta de orientação e, ainda, melhora no quadro emocional da gestante, maior valorização do período vivenciado, e desenvolvimento saudável ao longo da gestação.

Assim, acredita-se que se os profissionais atuarem como agentes de mudanças, através da educação, e buscarem criar espaços para a realização de discussão sobre as práticas de saúde, proporcionarão melhorias não só na assistência durante o pré-natal, mas também em todos os processos envolvendo saúde-doença no organismo de cada indivíduo, respeitando, no entanto, suas singularidades.

Conclui-se de que há necessidade de implantar e implementar ainda mais o processo educativo com ações para as gestantes, sejam individuais ou grupais, com objetivo de promoção da saúde. Tais ações refletirão positivamente nos

indicadores da saúde materno-infantil, em melhorias na qualidade da atenção primária em relação a criação de vínculos e na adesão ao pré-natal.

E finalmente, pode-se atestar que a visita ao serviço que a gestante está vinculada traz segurança, tornando o processo de gravidez mais tranquilo e humanizado.

Referências

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-21, 2008.

BACKES, V. M. S.; LINO, M. M.; PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S.; CANAVEN, B. P. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 858-865, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569/GM, de 1 de junho de 2000.** Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] União, seção 1, p. 4. Brasília, Distrito Federal: 2000.

_____. **Lei 11.634, de 27 de dezembro de 2007.** Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial [da] União, seção 1, p. 2. Brasília, Distrito Federal; 2007.

_____. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Divisão Nacional de Educação em Saúde.** Educação em Saúde: diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

BRUGGEMANN, O. M.; OSIS, M. J. D.; PARPINELLI, M. A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 44-52, 2007.

CARVALHO, Q. C M.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; OLIVEIRA, M. M. C.; LÚCIO, I. M. L. Malformação congênita: significado

da experiência para os pais. **Rev. Ciênc. Cuid. Saúde.** Maringá-PR, v. 5, n. 3, p. 389-97, 2006.

CATAFESTA, F.; ZAGONEL, I. P. S.; MARTINS, M; VENTURINI, K. K. A transição puerperal: o desvelamento pelo método de pesquisa-cuidado. *Rev.Esc Anna Nery.* Rio de Janeiro. 2009; 13 (3):609-16.

IGUATU, Lei Municipal n.º 1.020/2005, de 19 de maio de 2005.Dispõe sobre a criação da Esola de Saúde pública do Iguatu. Diário Oficial do Município

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, aborto e puerpério:** Assistência Humanizada à mulher. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2003.

MOTTA, C. C. L.; CREPALDI, M. A. **O pai no parto e apoio emocional.** Paidéia, Ribeirão Preto, SP, v.15, n.30, p.105-18, 2005.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad Saúde Pública.** Rio de Janeiro.;19(5):1527-34. 2003.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde.**Rev. Cienc Saúde Colet.** Rio de Janeiro.;12(2):477-86. 2007.

SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto & Contexto Enferm.**Florianopolis.18(4):652-60.2009.

PARTE 2

EXPERIÊNCIAS COM USO DE FERRAMENTAS DE GESTÃO



CAPÍTULO 6

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E *FEED BACK* FUNCIONAL: A EXPERIÊNCIA DA POLICLÍNICA REGIONAL DE QUIXADÁ-CE

*Elisfabio Brito Duarte
Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão*

Introdução

As Policlínicas Regionais de Saúde são unidades criadas pelo Governo do Estado do Ceará, através do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde - PROEXMAES do Estado do Ceará. O Programa é fundamentado em indicadores epidemiológicos, como: mortalidades por doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas, mortalidade materna e neonatal e respectivas patologias traçadoras, além de considerar as lacunas de assistência e o envelhecimento populacional.

O objetivo estratégico 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 do Estado. As ações que embasam o Programa deverão repercutir de forma positiva no conjunto dos indicadores da saúde do estado e na consequente melhoria da qualidade de vida da população (CEARÁ, 2011).

As unidades integrantes do Programa contam com infraestrutura adequada para atender as principais especialidades médicas de interesse epidemiológico e com

serviços de suporte ao diagnóstico e reabilitação. São oferecidas as seguintes especialidades médicas: Oftalmologia, Otorrino, Clínica Geral, Cardiologia, Ginecologia, Mastologia, Cirurgia Geral, Gastroenterologia, Urologia, Traumatologia-ortopedia, Endocrinologia, Angiologia e Neurologia.

Como serviços de apoio técnico, estão: Enfermagem, Farmácia Clínica, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Assistência Social e Ouvidoria.

Os serviços de apoio diagnóstico-terapêutico são: Tomografia Computadorizada, Eletroencefalograma, Radiologia Convencional, Mamografia, Ultrassonografia, Endoscopia Digestiva, Ecocardiografia, Ergometria, Eletrocardiograma, Audiometria e coleta de Patologia Clínica.

O modelo de gestão dessas unidades dá-se através de Consórcios Públicos de Saúde, cujos entes são os gestores municipais das regiões de saúde e o Governo Estado, aos quais cabem o financiamento, suporte e gestão das unidades de saúde (CEARÁ, 2011).

A Avaliação de Desempenho foi originalmente estruturada para mensurar o desempenho e o potencial do trabalhadores e trata-se de uma avaliação sistemática, feita pelos gestores, gerentes ou outros hierarquicamente superiores, familiarizados com os processos, as rotinas e demandas do trabalho. Ela é tradicionalmente definida como o processo que busca mensurar objetivamente o desempenho e fornecer aos colaboradores informações sobre a própria atuação, de forma que possam aperfeiçoá-la, sem diminuir sua independência e motivação para a realização do trabalho. O desempenho reflete-se no sucesso da própria organização e talvez por isso é característica mais óbvia a ser medida (CHIAVENATO, 2010; GIL, 2010).

A experiência aqui apresentada é sobre a implementação

de um modelo de Avaliação de Desempenho - AD em uma unidade de saúde, na busca de qualificar a prática profissional. O alvo é a progressão conjunta do servidor, dos processos de trabalho adotados e, conseqüentemente, da instituição.

Muitas das metodologias de avaliação evidenciam sua precária objetividade, provocando efeitos negativos. A subjetividade do processo pode ser atribuída a várias causas: julgamento, avaliadores, processo, política da organização e inflexibilidade do método. Para tanto, foi delineado fatores de mensuração objetivas, que vão desde à assiduidade até avulsão de desempenho.

A gestão eficaz e estratégica das organizações não pode ser dissociada do processo de gestão de pessoas e esse, por sua vez, tem na AD seu momento culminante. Portanto, a qualificação do serviço público, no caso, o SUS, não pode prescindir de sua utilização.

Método

A Avaliação de Desempenho, com *feedback* funcional junto aos colaboradores, tem sido uma valiosa ferramenta quanto à moderna metodologia de gestão de pessoas nas instituições de saúde. Tem por objetivo promover a qualificação da atuação funcional na Unidade, de forma a potencializar a prestação do serviço aos usuários.

Os atores envolvidos nessa experiência foram os integrantes do corpo funcional de uma policlínica regional de saúde no interior do estado do Ceará, em um total de 85 profissionais. A experiência segue em curso, tendo iniciado no ano de 2014.

Adotou-se um processo metodológico, no qual os profissionais são avaliados em múltiplas dimensões do trabalho. É válido ressaltar a complexidade que se constitui

todo processo de mensuração da atividade humana. Dessa forma, cada colaborador tem sido avaliado semestralmente, recebendo conceituação que varia nos níveis: “satisfatório”, “regular” e “insatisfatório”.

Buscou-se promover uma avaliação que considere as principais variáveis da atuação profissional, com destaque para as seguintes áreas: Conhecimento / Habilidade Técnico-Profissional; Pontualidade / Assiduidade; Iniciativa / Proatividade; Relacionamento Interpessoal Interno; Relacionamento com o Público (usuários); Disciplina / Ética Profissional; e Apresentação Pessoal.

Os resultados das avaliações são registrados em instrumento próprio, passando a compor uma base de informações que podem ser monitoradas ao longo do tempo do exercício profissional de cada colaborador.

O desempenho dos colaboradores é informado a cada um, através de entrevista de *feedback*, sigilosa e individual, momento em que a direção da Unidade promove um processo de escuta qualificada e interação dialogada a respeito do resultado alcançado pelo profissional em cada área avaliada.

Contextualização do Cenário: Desafios

Na Gestão Pública, de forma geral, tem sido possível observar sinais de fragilidade quanto à execução da política de gestão de pessoas como estratégia capaz de influenciar, positivamente, o clima organizacional das instituições. Esse fenômeno também se verifica na área da Saúde Pública, ocorrendo raros registros de processos de gestão de sistemas e serviços de saúde que relatem a adoção de uma profícua política de gestão de pessoas diretamente relacionada ao alcance de resultados substanciais, bem como à potencialização positiva do clima organizacional nas unidades de saúde.

Em geral, observa-se uma conjuntura de condução ineficaz aos processos de gestão do trabalho, ocasionando uma fragilidade sistêmica, na medida em que grande parte das instituições de saúde, ignorando os princípios trazidos à luz pela abordagem comportamental nas organizações, deixa de ter no seu corpo funcional um grande diferencial quanto à consecução dos resultados pretendidos.

Gestão de pessoas é conceituada, por Dutra (2002, p. 17), como um “conjunto de políticas e práticas que permitem a conciliação de expectativas entre a organização e as pessoas para que ambas possam realizá-las ao longo do tempo”. Chiavenato (1999) entende que:

Gestão de pessoas ou administração de Recursos Humanos - ARH é o conjunto de decisões integradas sobre as relações de emprego que influenciam a eficácia dos funcionários e das organizações. (CHIAVENATO, 1999, p. 8).

A gestão de pessoas é o processo relacionado à maneira pela qual as organizações administram as situações que

envolvem seu corpo de colaboradores. Esse processo tem impacto importante nas relações intraorganizacionais e tem estreita ligação com as questões comportamentais manifestadas pelos colaboradores, entre elas: a questão da motivação como elemento potencializador de resultados. “A motivação no trabalho leva os recursos humanos, além de buscarem satisfações pessoais, a realizarem os objetivos da organização”. (BERGAMINI, 1997, p. 9).

O processo de gestão de pessoas deve ter na Avaliação de Desempenho - AD, um de seus pontos culminantes. A aplicação de um bom sistema de AD é visto como:

Componente organizacional que impacta no desempenho humano das organizações, pois refere-se a variáveis do ambiente interno capazes de afetar o desempenho de forma positiva ou negativa, tanto no desempenho real quanto ao uso (ou não uso) adequado que o gestor de pessoas faz dos resultados do processo de AD [avaliação de desempenho] (PHILADELPHO; MACÊDO, 2007, p. 12).

Em nossa realidade, porém, observa-se que, no âmbito do setor público, de forma geral, essa providência é pouco utilizada, havendo muitos casos de utilização burocratizada ou não dialética, através de um processo de *feedback* permanente com o corpo de colaboradores. Essa fragilidade de gestão pode ser considerada como uma das maiores vulnerabilidades práticas da construção social do nosso sistema de saúde. Principalmente, porque em se tratando de um sistema social da abrangência e complexidade do Sistema Único de Saúde - SUS, o elemento humano é o componente central para a plena efetividade das ações e serviços de saúde.

A Experiência Viva: Resultados e Discussões

Tem sido gratificante constatar que esse processo de trabalho se verifica exitoso, na medida em que se trata de uma estratégia de gestão centrada nas pessoas. Não obstante, o fato de não existir premiações estabelecidas, o grande ganho que passa a ser perseguido pelos colaboradores é continuar bem avaliado ou obter melhores resultados na próxima “roda de conversa”.

Nessa experiência prática, houve uma aproximação das modernas metodologias de gestão do trabalho, descritas na literatura contemporânea, as quais têm os aspectos comportamentais como foco de diferencial técnico.

Conforme observa Cury (2006):

É oportuno, agora, lembrar que Elton Mayo, nos relatórios de Hawthorne, acenturara que o aumento da produtividade observado não resultara das modificações das condições físicas do trabalho e nem da concessão de incentivos materiais, mas sim, do fato de os empregados da fábrica sentirem-se parte importante da organização, em virtude da atenção recebida de seus supervisores e dos condutores das pesquisas (CURY, 2006, p. 24).

Ainda segundo Cury (2006), observa que os trabalhadores do experimento em questão não se viam isoladamente como indivíduos ou trabalhavam juntos apenas no sentido físico. Pelo contrário, aquele estudo evidenciou que esses trabalhadores tornaram-se membros participantes de uma equipe de trabalho coesa, caracterizada pela afinidade e bom relacionamento. A tal ponto, de serem facilmente destacados,

naquela ambiência laboral, sentimentos de sociabilidade, competência e realização.

Desse modo, as conclusões das experiências de Hawthorne destacaram a necessidade de a administração estudar e compreender as relações entre as pessoas. Destarte, o fator mais importante para a produtividade da organização foi encontrado nas relações interpessoais que se criavam no serviço e não somente nas condições de pagamento e trabalho. (CURY, 2006, p. 24).

As entrevistas de *feedback*, pelo seu caráter dialético, têm sido muito ricas em significado para todos os envolvidos, funcionando como uma verdadeira consultoria interna, uma espécie de controle da qualidade, legitimamente apropriado pelo grupo. Nessas ocasiões, gestores e trabalhadores pensam juntos sobre como qualificar o trabalho e potencializar os resultados institucionais pretendidos.

Trata-se de uma realização dos princípios da gestão estratégica e participativa e da humanização do processo de gestão que fomentam a corresponsabilidade do processo de fazer saúde.

O princípio da gestão por resultados tem sido contemplado, pois tanto a Unidade tem metas quantitativas e qualitativas pactuadas com as demais instâncias do SUS, quanto os profissionais também firmam compromissos de alcançar e manter níveis aceitáveis de desempenho.

A aplicação da AD com *feedback* promove ainda a própria qualificação do trabalho, uma vez que através dela surgem elementos capazes de potencializar a prática profissional, tanto por parte dos gestores, como por parte dos colaboradores.

A ênfase na participação solidária dos colaboradores os coloca na vanguarda do processo de gestão da Unidade. Eles não são avaliados numericamente, de forma fria, distante e impessoal. Pelo contrário, são protagonistas dos próprios resultados e, de certa forma, participam do seu processo de formulação. Ademais, esse tipo de gestão promove empoderamento funcional.

O processo é sustentável ao longo do tempo, não apenas por conta dos seus efeitos benéficos, mas também considerando que a prática da promoção de avaliações periódicas dos servidores públicos é obrigação legal da Administração Pública.

Nesse caso, observou-se que, no ano de 2015, houve mais profissionais que melhoraram seu desempenho em relação aos resultados do ano passado (14%), do que os que apresentaram piora nesses resultados (6%).

Independentemente da situação específica de cada profissional, o que se pode vislumbrar é que a maior motivação de quem foi bem avaliado é continuar nessa situação na avaliação do semestre seguinte. Por outro lado, o engajamento de quem obteve resultados menos expressivos é no sentido de alcançar melhor desempenho. Essa motivação, como elemento transversal a todos, é o grande legado prático de nossa experiência.

Pontos de Reflexão

Avaliar sistematicamente e de forma participativa os profissionais rompe com a tradicional e notória dificuldade e/ou omissão administrativa observada nas unidades públicas de saúde.

A AD conduzida de forma estratégica e participativa tem uma tripla finalidade: o desenvolvimento funcional, o êxito institucional e a qualidade dos serviços recebidos pelos usuários

do SUS. Nesse sentido, as experiências de gestão eficaz das unidades de saúde passam pelos processos de gestão de pessoas, os quais têm na Avaliação de Desempenho seu momento culminante.

A qualificação da atenção prestada aos usuários do SUS pode ser, em muito, facilitada com a adoção dessa estratégia, visto que profissionais respeitados e realizados tendem a promover atendimento igualmente respeitoso e de forma a realizar os usuários.

Nesse sentido, é pertinente a percepção de Demo para quem:

Para dar valor às pessoas, as organizações devem ir além da noção de recursos humanos em direção à noção de capital humano, ou seja, entendendo capital humano como a noção que vê pessoas não como recursos perecíveis a serem consumidos, mas como bem de valor a ser desenvolvido (DEMO, 2010, p. 34).

Ressalte-se, por fim, que a adoção de estratégias, como estas, é de difícil realização em face, não apenas de pouca tradição prática nessa área, mas também devido a sua complexidade. Esse tipo de rotina operacional requer preparo e condução técnica, sob pena de agravar tensões preexistentes ou aflorar dificuldades latentes. A Avaliação de Desempenho deve ser profissional, impessoal e justa, além de ter por objetivo supremo promover o servidor público e o seu serviço, por conseguinte. Do contrário, podem ocorrer graves disfunções como a prática de assédio moral, assim como o efeito contraproducente de segregar, ao invés de trabalhar a coesão do grupo, ou fragilizar, ao invés de edificar as pessoas.

Referências

BERGAMINI, C. W. **Motivação nas organizações**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **Regulamento operative**. PROEXMAES, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/rede-em-construcao/proexmaes/regulamento-operativo#>>. Acesso em: 5 out. 2015.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gerenciando Pessoas**. São Paulo: Makron Books, 2010.

CHIAVENATO, I. **Administração nos novos tempos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999. p. 8-173.

CURY, A. **Organização e métodos: uma visão holística**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

DEMO, G. **Políticas de gestão de pessoas nas organizações: papel dos valores pessoais e da justiça organizacional**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 173p.

DUTRA, J. S. **Gestão de pessoas: modelo, processos, tendências e perspectivas**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, C. A. **Gestão de Pessoas**. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2010.

PHILADELPHO, P. B. G.; MACEDO, K. B. Avaliação de desempenho como um instrumento de poder na gestão de

pessoas. **Rev.Aletheia**, Canoas, n. 26, dez. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942007000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1 mar. 2016.

CAPÍTULO 7

EFETIVAÇÃO DA OUVIDORIA DE UM CONSELHO DE CLASSE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Carolina Maranhão Marques Lacerda
Andrea Caprara*

Introdução

A implementação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde - SUS tem como característica fundamental a participação popular em todos os níveis de atendimento à saúde. Sua consolidação está diretamente relacionada à capacidade dos governos de exercerem democraticamente a gestão, com controle e participação popular nas definições e fiscalização da política de saúde (ANTUNES, 2008).

O desenvolvimento das ouvidorias públicas nos Conselhos Regionais das categorias de saúde é instrumento de participação popular e ferramenta de gestão, pautadas nos princípios éticos e constitucionais da administração pública e do Sistema Único de Saúde. Com estes princípios, estão sendo gradativamente implantadas em todas as representações de grupos da sociedade brasileira, visando assegurar os direitos dos pacientes. As atividades de ouvidoria podem melhorar a qualidade dos serviços de saúde quando presentes de forma adequada no sistema de gestão.

O objetivo do presente estudo foi relatar a experiência do papel da ouvidoria e sua contribuição para a gestão da saúde pública. O estudo baseou-se em pesquisa qualitativa, observacional. A unidade de análise foi a ouvidoria do

Conselho Regional de uma categoria de trabalhadores de saúde no Estado do Ceará no ano de 2015.

A Ouvidoria do Conselho, foco deste estudo, tem um papel fundamental enquanto representante dos interesses dos usuários junto aos prestadores de serviço de saúde. Foi criada para orientar e sugerir mudanças no tratamento dispensado, pelas unidades de saúde pública, filantrópicas e privadas. Com ela, o usuário pode se manifestar e expressar as suas reivindicações, reclamações, denúncias, elogios e sugestões. Promove um espaço propício ao acolhimento, tratamento e encaminhamento das manifestações da população aos gestores, possibilitando intercâmbio entre as instituições públicas e privadas, através das ouvidorias.

Primordialmente, a Constituição Federal de 1988 consagrou o princípio da participação popular na administração pública como inerente à democracia. O artigo 37, § 3º, com redação dada pela Emenda Constitucional n. 19/98, estabeleceu que: A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. (...) § 3º A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta especialmente:

- I - as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviço de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços;
- II - o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo...;
- III - a disciplina de representação contra o exercício negligente ou abusivo do cargo,

emprego ou função na administração pública. (BRASIL, 1998, p14.).

O serviço de Ouvidoria do Conselho, ora relatado, foi criado em 2008, por meio da Decisão Coren nº 008/2008, publicado no Diário Oficial do Estado, em 15 de dezembro de 2008. No seu Artigo 1º fica instituído, em nível de apoio e assessoramento imediato à Diretoria do Conselho, o cargo em comissão de livre nomeação e exoneração: Ouvidor. A Ouvidoria tem por objetivo a promoção da qualidade dos serviços prestados pela instituição, contando com a participação dos funcionários, dos Conselheiros e dos colaboradores, visando o fortalecimento dos profissionais de enfermagem.

Neste caso, a Ouvidoria tem a premissa de ser um órgão para auxiliar na promoção da excelência dos serviços prestados pela instituição, trabalhando em parceria com os profissionais de enfermagem e a sociedade civil organizada ou não. Desta forma, visa trazer um olhar externo a essa instituição, com intuito de promover a crítica construtiva, formulando propostas capazes de provocar mudanças e transformações que tenham na sua finalidade promover um serviço eficaz e eficiente à população de um modo geral. (BRASIL, 1998).

A Ouvidoria do Coren tem como meta principal atuar enquanto instrumento de mediação dentro do processo de participação popular, criando novos espaços dentro da instituição - espaço físico, implantação de sistema próprio, pesquisa de satisfação, etc. - e ampliando os já existentes. (COFEN, 2015). Assim, os profissionais de enfermagem e/ou cidadão poderão manifestar, por meio de sugestões, elogios, reclamações, críticas e denúncias, suas contribuições em relação ao trabalho do Conselho de Enfermagem, tornando-o mais eficiente e eficaz na defesa dos usuários do sistema de saúde público ou privado, bem como na luta por colaboração na

construção de uma entidade mais forte e cada vez mais parceira dos seus inscritos. Esta Ouvidoria é hoje um poderoso canal por meio do qual o profissional de enfermagem e os cidadãos podem participar de forma efetiva do controle social, promovendo também uma mediação eficaz na busca de soluções de conflitos.

O presente relato objetiva descrever a experiência de um ouvidor e como ocorre sua contribuição para a gestão da saúde pública. Com esta perspectiva, justifica-se, então, como uma oportunidade de divulgação das ações da ouvidoria de um Conselho de Classe, para a disseminação de informações por ser um elemento de contribuição eficaz e de valor estratégico, atuando como instrumento de fortalecimento da cidadania e da acessibilidade de informações, buscando a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Método

Esta investigação consistiu-se de um relato de experiência que descreve a vivência da autora, na oportunidade do primeiro ano como Ouvidora de uma Autarquia. Trata-se de um olhar plural, através da abordagem da problemática desenhada a partir de métodos descritivos e observacionais.

O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica. A experiência vivenciada que, resultou na redação deste relato, aconteceu de janeiro a dezembro de 2015, em uma Autarquia Federal, no Setor da Ouvidoria do Conselho de Classe, ora estudado.

Buscando ampliar o acesso do usuário ao sistema de saúde, através da capacidade de escuta e fortalecendo os

processos de gestão democrática, a ouvidoria do Conselho Regional de Enfermagem vem implementando suas atividades de ouvidoria de forma articulada com a Política de Gestão Estratégica e Participativa da entidade.

Houve a utilização de um diário de campo para registro das atividades desenvolvidas pela então ouvidora, anotando as manifestações a respeito da dinâmica de funcionamento da ouvidoria do Conselho de classe. Para tanto, foram considerados a natureza das manifestações e o levantamento de subsídios para qualificar o funcionamento da ouvidoria, como ferramentas de gestão e proposição de ações para o aprimoramento da gestão democrática no campo da saúde pública. O desenho da pesquisa não abrangeu a análise do teor das manifestações, o que poderá ser feito em estudos futuros.

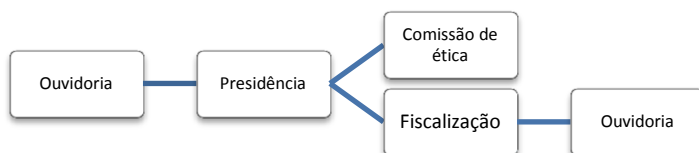
Descrição da Experiência

Ao recebermos as manifestações, estas são protocoladas e despachadas à Presidência, conforme preceitua a Resolução Cofen Nº 374/2011 (Figura 1) e o presidente decide para onde será encaminhada a manifestação, podendo ser para o Departamento de Fiscalização ou para a Comissão de Ética. Quando é despachado para a Fiscalização, o setor fiscal precisa ir ao local, onde ocorreu o fato, e realizar averiguação da denúncia e emitir um relatório circunstanciado, e este, por sua vez, retorna para o Presidente analisá-lo e, só depois, encaminhá-lo para o setor da Ouvidoria enviar uma resposta ao manifestante. Quando o Presidente despacha a manifestação para a Comissão Permanente de Ética, mais especificamente, denúncias de cunho ético, a tramitação ocorre de forma diferente, não retornando mais para o setor da Ouvidoria, conforme detalhado a seguir. (Figura 1).

Figura 1 . Processo de Trabalho da Ouvidoria do Conselho de Classe, conforme preceitua a Resolução N° 374/2011

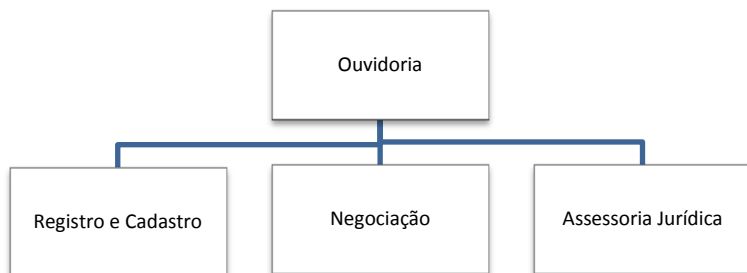
Fonte: Ouvidoria / Conselho, 2015.

Quando o setor de Ouvidoria recebe as manifestações pelo sistema Vox de Ouvidoria (site do Conselho de Classe), a



Ouvidora abre este sistema diariamente, lê a manifestação e é possível encaminhá-la para outros setores, como exemplo os setores de Negociação, Assessoria Jurídica e Registro e Cadastro. Desta forma, o processo de trabalho é mais ágil, pois as manifestações são direcionadas para o e-mail previamente cadastrado destes setores, que, por sua vez, as respondem e as reenviam para a Ouvidoria, de maneira automática. A Ouvidora lê as resposta e as encaminha para o(s) manifestante(s), finalizando a demanda. Com este fluxo, o processo de trabalho dessa Ouvidoria torna-se mais ágil, com o tempo de resposta chegando a ser no máximo cinco dias, de acordo com o que se apresenta a seguir. (Figura 2).

Figura 2 . Fluxograma de distribuição das manifestações recebidas pelo Sistema Vox (outros setores)



Fonte: Ouvidoria / Conselho, 2015.

Por ser um processo protocolar, passa pelos níveis hierárquicos superiores e só chegam à Ouvidoria os casos que necessitam de uma intervenção mais acurada. As funções atribuídas à Ouvidoria, mais destacadas neste relato, enfatizam a tarefa de acolher e escutar os cidadãos. Para a autora, a Ouvidoria produz relatórios que ajudam ao Conselho de classe buscar melhorias para os usuários e que ambos, Conselho e Ouvidoria, são mecanismos de participação popular e fiscalização da administração pública.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou, no ano de 2013, a Resolução nº 444, que estabelece as formas de recebimento das demandas que podem ser: visita pessoal à Ouvidoria, linha telefônica exclusiva para o atendimento, endereço eletrônico (e-mail), site da instituição ou mesmo correspondência. A análise da natureza das manifestações confirma tendência observada neste estudo, ao apontar que o volume das manifestações de cunho gerencial, é superior em relação ao das demais manifestações.

Objetivando adotar procedimentos uniformes para o funcionamento do Sistema Cofen/Conselho Regionais, foi implantado, em 2015, o Sistema VOX de Ouvidoria, programa

desenvolvido pelo Conselho Federal da categoria, visando acelerar o tempo de envio da resposta ao manifestante. Ao receberem uma manifestação de cunho não ético, já a encaminham ao setor responsável para emitir a resposta, como exemplo: os profissionais perguntam qual a documentação necessária para realizar sua inscrição no Conselho, então a Ouvidoria encaminha para o Setor de Registro e Cadastro que anexa a resposta, envia para o setor de Ouvidoria que, por sua vez, “finaliza” a manifestação enviando a resposta ao manifestante.

Com o objetivo de deixar ainda mais claro o público que busca pelos serviços dessa entidade, foi colocado no Sistema Vox o item “Colaborador” que são os funcionários do sistema, conselheiros do Sistema Cofen/Conselhos Regionais. Acrescido a isso, foi incluído também o item “Profissional de Enfermagem”, pois muitas vezes não é possível identificar a categoria profissional ou o manifestante não quer identificar a sua categoria. A demanda da comunidade externa, em sua maioria, abrange assuntos “Denúncias” e “Pedido de informação”.

O interessado registra sua manifestação e poderá, caso solicitado, tramitar o processo de forma sigilosa, sendo seu nome não divulgado no momento da averiguação. Importante salientar que a Ouvidoria do Coren dará um tratamento diferente as denúncias anônimas, com foco na observação do fato relatado e não na autoria da denúncia. Antes da instauração de qualquer procedimento formal, é necessária a adoção de procedimentos preliminares que permitam verificar a admissibilidade das alegações.

É importante enfatizar que a prática da deleção anônima advém da insegurança e do medo do denunciante, em identifica-se, ao informar irregularidades de que tem conhecimento.

Uma manifestação dessa natureza recebe um número de protocolo e é tramitada para o setor da Presidência, responsável pelo seu despacho para a Fiscalização que fará uma averiguação *in loco* e emitirá um relatório circunstanciado da situação observada ou dos depoimentos coletados. Em seguida, o relatório é enviado novamente para o presidente do Conselho de Classe que poderá remetê-lo para o setor da Ouvidoria a fim de enviar resposta ao manifestante, ou despachá-lo para um conselheiro relator, encarregado de emitir Parecer de Admissibilidade, sugerindo ou não, abertura de processo ético.

Por meio de avaliação participativa, o Parecer de Admissibilidade, emitido pelo conselheiro relator, é apresentado ao Plenário do Conselho de Classe, em reunião ordinária de plenário, que acontece uma vez por mês na sede da instituição. De forma eventual, são promovidas reuniões extraordinárias para apreciação de pareceres emitidos pelos conselheiros relatores.

Quando o presidente de Conselho de Classe despacha manifestação para a Comissão Permanente de Ética, esse setor realiza a coleta de depoimentos das partes e devolve ao presidente que nomeia, por meio de portaria, o conselheiro relator para emissão de Parecer de Admissibilidade, conforme descrito anteriormente.

Depois de passar pelo crivo da presidência do Conselho de Classe, o relatório sobre a manifestação, encaminhada ao setor da Ouvidoria, é trabalhado para ser enviado como resposta aos manifestantes. As respostas da Ouvidoria são emitidas, por meio de Ofício, constando da data do recebimento da denúncia (manifestação), número de protocolo, assunto demandado, dia em que a Fiscalização realizou a averiguação no local e da resposta, sucinta, emitida pela setor Fiscal e aprovada pelo presidente.

A Ouvidoria do Conselho de Classe recebe e

encaminha elogios, pedidos de informação, sugestões, reclamações e denúncias, formuladas pelos profissionais de enfermagem e pela comunidade, conforme previsto no regimento e apresentado no portal: www.coren-ce.org.br.

Os principais tipos de manifestações, recepcionadas pela Ouvidoria do Conselho de Classe, costumam ser assuntos bastantes subjetivos, tais como: Reclamações sobre a deficiência de colaboradores no Setor de Atendimento do Conselho de Classe; - Demora excessiva no atendimento telefônico; - Dimensionamento inadequado de profissionais de enfermagem em instituições de saúde; - Falta de condições de trabalho para a equipe de enfermagem nas instituições de saúde; - Solicitação de parecer, por exemplo: lavagem de globo ocular, enfermeiro com ambulatório, coleta de gasometria arterial, enfermeiro com atuação em clínica de estética. Além disso, são encaminhadas solicitações do tipo: - pedido de informação em geral, como emitir certidão negativa pelo site; como proceder para fazer negociação; boleto de anuidade que não foi enviado ao domicílio do associado; emissão de carteira, inscrição secundária, transferência interestadual; emissão de boleto pelo site; qual a documentação necessária para inscrição, emissão de carteira, inscrição secundária; qual a carga horária do técnico de enfermagem, mudança de senha para a utilização do autoatendimento no site; alteração de e-mail já cadastrado, etc.

É possível observar que a Ouvidoria continua a ser utilizada como canal para a melhoria da gestão, uma vez que se comprova a sua atuação no processo de interlocução entre os profissionais de enfermagem/cidadão e o plenário do Conselho de Classe, de modo que as manifestações decorrentes do exercício da cidadania provoquem contínua melhoria dos serviços prestados. Mas, esse Setor objetiva minimizar os problemas internos. No entanto, a Ouvidoria ainda necessita de apoio de outros departamentos para que, então, possa aumentar

a celeridade dos processos institucionais e, conseqüentemente, contribuir para que a instituição seja cada vez mais acreditada.

A Ouvidoria do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará é um elo de comunicação entre os Conselheiros/Colaboradores e os profissionais de enfermagem/cidadãos. Como mecanismo institucional de participação, ela media as manifestações individuais dos cidadãos, dissemina informações e contribui para a transparência das ações e serviços prestados pelo Conselho.

Nesse sentido, a Ouvidoria, então pesquisada, trabalha em consonância com os princípios constitucionais da administração pública (Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência) e conforme a Resolução do Cofen Nº 444/2013 (BRASIL, 2013).

A Ouvidoria procurou aproximar-se dos profissionais de enfermagem/cidadão, buscando propiciar-lhes maior acesso ao serviço, apropriando-se, assim, do conceito de Ouvidoria Ativa, que vem sendo praticado em quase todas as redes do SUS. O setor tem claro seu papel como ferramenta de gestão e como parte de uma rede nacional de ouvidorias.

Essa Ouvidoria pretende utilizar como recurso uma série de indicadores institucionais. Atualmente, tem como desafio a implantação do Tempo Médio de Ouvidoria (TMO), como parte integrante das metas da instituição. Além disso, controlar internamente a resolubilidade e a qualidade das respostas. A Ouvidoria do Conselho de Classe disponibiliza fechamentos trimestrais, por meio de relatórios, que são enviados para apreciação da Presidência e do plenário do Conselho de Classe, além de extratos periódicos quando solicitados. Para o ano de 2016, a previsão é de criar algum tipo de mural ao cidadão, com números gerais e evolução do setor.

Paralelamente a isso, vem sendo estudado o processo de “padronização”, através da criação de Procedimentos

Operacionais Padrão - POPs e outros manuais. Nessa perspectiva, estão planejando, internamente, ações e medidas que serão tomadas para melhoria do serviço. Uma das metas atuais da Ouvidoria é a execução de uma reunião trimestral para discussão de casos e análise de procedimentos.

É percebido que a Ouvidoria é um instrumento de controle social e de atendimento aos profissionais de enfermagem e cidadãos, por esse motivo deve divulgar ainda mais o serviço prestado, expandindo tais informações para conhecimento de todos. A voz dos profissionais precisa ter repercussão, promovendo maior equidade nas relações que envolvem os profissionais de saúde.

A divulgação existente na Ouvidoria do Conselho de Classe ainda é insuficiente. Faz-se necessário otimizar os recursos audiovisuais, como confecção de cartazes, *banners*, cartilhas e a divulgação na revista institucional do Coren, possibilitando maior visibilidade. Inclusive, implementar outras medidas, como: caixas de coleta de sugestões, disponibilizando formulários próprios e suficientes às demandas. Com essa simples idéia para “sugestão”, a expectativa é de que o usuário possa contribuir de maneira mais ativa para a melhoria dos serviços.

A maioria das manifestações está relacionada à Autarquia, sendo referente às informações insuficientes emitidas pelos trabalhadores do Conselho de Classe, ou o atendimento demorado do serviço telefônico. Apesar de muitas insatisfações, percebe-se que alguns trabalhadores de enfermagem se sentem satisfeitos com os serviços da Ouvidoria.

O número de reclamações é consideravelmente maior em relação a outras demandas, como denúncias, elogios, etc. A assessora do Setor de Ouvidoria do Conselho vem estipulando novas metas e métodos de trabalho, visando maior eficácia ao serviço. Um bom exemplo da nova conduta empregada é a

explicação de todo o processo de trabalho do setor da Ouvidoria, ou de outro setor do Conselho de Classe.

As ouvidorias diferenciam-se pela intensidade de ações. Porém, devem garantir, aos profissionais de enfermagem ou cidadãos, o recebimento de suas manifestações e o envio das respostas cabíveis, assim como a possibilidade de participarem na avaliação dos resultados obtidos, a partir da leitura dos relatórios anuais do setor da Ouvidoria do Conselho de Classe e de outras publicações, como o presente relato, por exemplo.

A Ouvidoria é um canal que possibilita aos gestores aperfeiçoar a qualidade do atendimento do Conselho de classe, assim como trabalhar para o desenvolvimento de condições dignas de trabalho aos profissionais de Enfermagem.

O usuário precisa entender que a Ouvidoria é o canal para que os profissionais de enfermagem possam procurar para contestar, reclamar ou sugerir e não para serem ou ficarem omissos.

Entretanto, é necessário considerar que, em alguns casos, a manifestação do usuário não é pertinente de averiguação do Conselho. Porém, o simples ato da escuta faz com que ele se sinta reconhecido como cidadão, que teve seu “direito” respeitado. Todavia, esclarecer dúvidas, mas levando em conta também que cada demanda possui sua especificidade, seus critérios e grau de resolubilidade. Um dos aspectos de satisfação é a percepção do próprio usuário sobre o atendimento de sua necessidade.

O Ministério da Saúde reforça a concepção de ouvidoria como ferramenta de gestão e como instrumento de visibilidade do Estado (BRASIL, 2010).

Pereira (2002) estabelece três tipos de ouvidorias: ineficiente, burocrática e eficaz. É considerada ineficiente aquela que recebe as manifestações, envolve usuários e trabalhadores no processo de qualificação, porém, não consegue alterar

situações indesejadas na instituição. A ouvidoria burocrática caracteriza-se por acolher manifestações no sentido de “aplar os problemas institucionais”. A ouvidoria eficaz desenvolve estratégias junto aos gestores e trabalhadores para reordenar as políticas públicas, de acordo com as necessidades da população.

Considerações Finais

A partir do exposto, é possível observar que a Ouvidoria está alcançando maior reconhecimento e relevância. Todavia, um ponto que merece destaque está relacionado à celeridade na resolução das demandas apresentadas à Ouvidoria, uma vez que todas são tramitadas para a Presidência, em cumprimento a Resolução específica, e, posteriormente, muitas delas são demandadas ao setor Fiscal para averiguação da denúncia e emissão de relatório circunstanciado, aumentando o tempo de espera de resposta por parte dos manifestantes, conforme processo de trabalho já descrito anteriormente.

A Ouvidoria ainda precisa ter uma maior divulgação das atividades propositivas que são prestadas. Com isso, esse setor será “acreditado” pelos manifestantes, e/ou terá ampliada a credibilidade desse serviço de mediação prestado pela Ouvidoria do Conselho de classe. É imprescindível que haja mais celeridade no envio das respostas. Contudo, apesar das deficiências apresentadas, é possível observar que este setor está alcançando maior reconhecimento e relevância, inclusive, atualmente, encontra-se consolidado.

Com a apresentação do Relatório Anual da Ouvidoria, mediante a explanação por meio de gráficos e quadros que configuraram as atividades do setor no ano de 2015, no plenário do Conselho de Classe, será possível a elaboração e sistematização desses dados que ajudarão a realizar diagnósticos e formular propostas aos gestores sob a forma de

sugestões. Não restam dúvidas de que os números e os percentuais, apresentados no relatório, representam a consolidação da Ouvidoria do Conselho de Classe diante dos profissionais de enfermagem e cidadão, demonstrando a importância inequívoca do papel da Ouvidoria ao possibilitar o exercício da cidadania a partir dos diferentes pontos de vista e de interesses. Dessa forma, conclui-se que a atuação da Ouvidoria do Conselho de Classe ocorre de forma autônoma e transparente, assim como prioriza os princípios constitucionais da administração pública.

A Ouvidoria continua a ser utilizada como canal para a melhoria da gestão, uma vez que atua no processo de interlocução entre os profissionais de enfermagem/cidadão e o plenário do Conselho de Classe, possibilitando que as manifestações decorrentes do exercício da cidadania provoquem contínua melhoria dos serviços prestados. Hoje, a Ouvidoria do Conselho de Classe encontra-se efetivada. A implantação da ouvidoria é um avanço no campo da gestão democrática. No entanto, muitos desafios precisam ser superados para que as ouvidorias cumpram seu papel de fato.

Referências

ANTUNES, L. R. Ouvidorias do SUS no processo de participação social em saúde. **Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 26, p. 238-241, 2008.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Emenda Constitucional nº 19/1998**. Brasília: Senado Federal, 1988). Disponível em: <www.presrepublica.jusbrasil.com.br/.../constituicao-da-republica-federativa-do-brasil>.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Osvaldo Cruz. **Relatório de atividades da Ouvidoria Geral da Fiocruz**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 444/2013**. Aprova Manual de Ouvidoria. Orientações para implantação de ouvidorias do sistema Cofen/Conselhos. Brasília: COFEN, 2013. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2013/09/ANEXO-RESOLUCAO-444-MANUAL-OUVIDORIA1.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 374/2011**. Normatiza o funcionamento do sistema de fiscalização do exercício profissional da enfermagem e dá outras. Brasília: COFEN, 2011. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3742011_6590.html>. Acesso em: 20 mar. 2016.

PEREIRA L. H. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. **Sociologias**, v. 7, p. 82-121, 2002. Doi:10.1590/S1517-45222002000100004.

CAPÍTULO 8

TRAJETÓRIA DO PMAQ EM JAGUARIBARA-CE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Vanuza Cosme Rodrigues
Maria Helena Lima Sousa
Ianny de Assis Dantas*

Entendendo a Proposta

O Sistema Único de Saúde - SUS, como Política de Saúde do Brasil, vem há mais de 20 anos promovendo mudanças significativas na organização dos serviços de saúde. São diversas estratégias, programas e legislações que se somam e contribuem para que o SUS esteja se consolidando em nível federal, estadual e municipal.

Mediante as várias estratégias de organização dos serviços de saúde, o SUS vem fazendo intervenções significativas no espaço da atenção primária à saúde, por entender que é nesse espaço complexo, que as mudanças acontecem, ou seja, a atenção passa a ser na promoção da saúde e não, centrada na doença. Essa ideia é entendida pela Portaria nº 2.488, de 2011, quando coloca que a atenção primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ou seja, buscando está cada vez mais próximo da vida das pessoas e da coletividade, deve ser o primeiro contato dos usuários com o serviço de saúde, configurando-se como a principal porta de entrada e como centro de comunicação, com toda a rede de atenção à saúde. Logo, é premente que a atenção

primária se oriente pelos princípios doutrinários e as diretrizes organizativas do SUS (BRASIL, 2012).

Dentre algumas estratégias, a Portaria nº 1.654 do Ministério da Saúde, publicada em 19 de julho de 2011, criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e vinculou pela primeira vez o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas Equipes de Atenção Básica (EAB). Essa medida representa um processo profundo de mudança na lógica do repasse de recursos para a Atenção Básica (AB) e anuncia mudanças semelhantes no financiamento do Sistema Único de Saúde como um todo. (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2011).

Mas, essa legislação foi revogada pela Portaria nº 1.645, de 06 outubro de 2015, a qual dispõe sobre PMAQ-AB e traz no Art. 2º que esse programa tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2015).

Esse programa também está amparado pela Política Nacional da Atenção Básica - PNAB, como um componente que poderá contribuir para mudanças nos processos de trabalho, gestão e participação social no cotidiano dos serviços de saúde. A PNAB relata que o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade tem como objetivo ampliar o acesso e a qualidade do cuidado no âmbito da atenção básica. O programa tem a ação de monitorar e avaliar a atenção básica, disponibilizando um incentivo financeiro para as gestões municipais que aderirem ao programa. Porém, o incentivo de qualidade é variável e está condicionado aos resultados alcançados pelas equipes e gestão municipal, sendo transferido a cada mês, e tendo como base o número de equipes

cadastradas no programa e os critérios definidos na portaria do PMAQ (BRASIL, 2012).

Existe todo um arcabouço legal que ampara a operacionalização do PMAQ no Brasil. No Art. 3º da Portaria nº 1.645/2015, são mencionadas as diretrizes que embasam o PMAQ e no Art. 4º, traz que é composto por 3 (três) Fases e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo, sendo cada ciclo de 24 meses. As fases são: adesão e contratualização; certificação e recontratualização. Já o Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento é composto pelos seguintes elementos: autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal presencial e/ou virtual (BRASIL, 2015).

A Portaria também traz os objetivos do PMAQ, que são evidenciados nas seguintes diretrizes:

- I - definir parâmetro de qualidade, considerando-se as diferentes realidades de saúde, de maneira a promover uma maior resolutividade das equipes de saúde da atenção básica;
- II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;
- III - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;
- IV - envolver e mobilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção

básica;

V - desenvolver cultura de planejamento, negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI - estimular o fortalecimento do modelo de atenção previsto na Política Nacional de Atenção Básica, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e

VII - caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos. (BRASIL, 2012, p.3).

Entende-se que, para atingir esses objetivos, o PMAQ promoveu uma mudança profunda no financiamento da Atenção Básica, vinculando parte importante do repasse de recursos à implantação de “padrões” que indicariam a ampliação do acesso aos serviços, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção e o investimento no desenvolvimento dos trabalhadores (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2011).

Essas mudanças precisam acontecer dentro de um espaço vivo, onde as transformações vão acontecendo ao longo do tempo. Nessa perspectiva, os municípios brasileiros já tiveram a oportunidade de aderir ao terceiro ciclo do PMAQ, pois o programa precisa ser contínuo para que os objetivos possam ser alcançados.

A literatura informa que houve um aumento no número de adesão do 2º ciclo do PMAQ em relação ao primeiro, pois:

Encerrada a etapa de adesão do 2º ciclo do PMAQ-AB, 5.070 (91%) municípios concluíram a contratualização, antes, no 1º ciclo, eram 3.972, evidenciando um grande incremento da adesão municipal (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014, p. 27).

Esse incremento deve-se ao interesse dos municípios em atingir os objetivos do PMAQ, os quais consistem em:

Induzir a mudanças tanto no modelo de atenção quanto de gestão, impactar na situação de saúde da população, promover o desenvolvimento dos trabalhadores e orientar os serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014, p. 27).

Nesse sentido, Jaguaribara, cidade localizada no Estado do Ceará, foi um dos municípios que aderiu ao PMAQ desde o 1º ciclo, sendo percebidas as mudanças que vêm acontecendo na atenção primária desde a sua implantação, contribuindo com a organização desse nível de atenção e possibilitando à população ter acesso a um serviço de saúde com integralidade, equidade e qualidade.

Portanto, esse trabalho tem como objetivo relatar a trajetória da adesão, contratualização e recontratualização do PMAQ, no período de 2011 a 2015, nesse município. Entende-se que o desenvolvimento desse programa e seus resultados compõem uma experiência valiosa que merece ser compartilhada, sobretudo, devido à relevância e as mudanças proporcionadas pelo PMAQ no âmbito da Atenção Básica.

A Experiência Contextualizada

Trata-se de um relato de experiência sobre o processo de adesão e contratualização, certificação e recontratualização do PMAQ, no município de Jaguaribara, no período de 2011 a 2015.

Jaguaribara localiza-se no vale do Jaguaribe, mais precisamente na Região do médio Jaguaribe, com população estimada, em 2015, de 11.102 habitantes. No Plano Diretor de Regionalização, ficou definido que o município está adscrito na 10ª Coordenadoria Regional de Saúde de Limoeiro do Norte, fazendo parte de uma Região de Saúde composta por 11 municípios.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde, Jaguaribara tem quatro Equipes de Estratégia Saúde da Família, com 26 Agentes Comunitários de Saúde- ACS e cinco Agentes de Combate a Endemias - ACE. Conta com o Hospital Municipal Santa Rosa de Lima para atender e realizar procedimentos médicos de média complexidade. Quanto aos procedimentos da atenção secundária, no que diz respeito à clínica médica e materno infantil, são encaminhados para o Hospital de Limoeiro do Norte que, por ser polo, é responsável por oferecer esse tipo de cobertura de saúde para toda a região. Além desse serviço, o município conta com o apoio da Policlínica, que atende diversas especialidades, e o Centro de Especialidades Odontológicas Regional, ambos com serviços de saúde consorciados com os demais municípios da região. No que se refere à atenção terciária, foram estabelecidos acordos com o município de Fortaleza para realizar atendimentos e procedimentos necessários aos pacientes desse nível.

Semelhante a muitos municípios brasileiros, Jaguaribara vem tentando reorganizar a Atenção Primária à Saúde, entendendo-a como um conjunto de estratégias, voltadas à pessoa, à família e à comunidade. Estratégias essas que compreendem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a

redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de promover uma assistência integral que considera em seu processo os determinantes e condicionantes do processo saúde/doença das populações (BRASIL, 2012).

Para tanto, o município de Jaguaribara está aderindo a programas, ações e estratégias ministeriais, como ferramentas fundamentais para contribuir com a efetivação da Atenção Primária à Saúde. Assim, um dos principais programas que o município de Jaguaribara aderiu foi PMAQ, criado pela Portaria nº 1.654 do Ministério da Saúde, publicada em 19 de julho de 2011, que tem o objetivo primordial de ampliar a capacidade da gestão tripartite: federal, estadual e municipal do SUS e proporcionar melhor acesso e qualidade da assistência oferecida pelos serviços de Atenção Primária à Saúde, em face das necessidades locais. Assim, o PMAQ instituiu recursos financeiros adicionais para os municípios aderentes, que estão sujeitos a atingir padrões de acesso e qualidade que melhoram à Estratégia Saúde da Família- ESF, e se operacionaliza em ciclos de adesão /contratualização, desenvolvimento e avaliação externa (BARRETO, 2015).

Nesse contexto, Jaguaribara iniciou a experiência com o PMAQ em 2011, com a adesão de uma Equipe da Atenção Primária de Saúde - APS (no 1º ciclo do programa, tendo a adesão de quatro equipes da AB (IDEM) e três equipes de Saúde Bucal - SB, no 2º ciclo e recontratualização de quatro equipes de APS e três equipes de SB, em 2015, no 3º ciclo.

Portanto, pretende-se relatar o caminho percorrido para a implantação e continuação do PMAQ em Jaguaribara, demonstrando as lutas, idas e vindas, construções e reconstruções dessa experiência, pois, em alguns momentos, os entendimentos e os objetivos se distanciam entre gestão, profissionais e usuários de saúde, sendo necessária uma gestão copartícipe e estratégica, além de uma equipe de saúde

organizada para que os reais objetivos não se percam no meio da caminhada.

A Realidade em Discussão

Com o lançamento do PMAQ em 2011, Jaguaribara vem aderindo a esse programa, como estratégia de reorganizar a atenção primária em seu território, pois entende que a Atenção Primária de Saúde- APS é a coordenadora do sistema de atenção à saúde, portanto necessita de mudança, principalmente nos processos de trabalhos para que o cuidado seja realmente ordenada pela APS.

Como estratégia, fez adesão ao PMAQ em 2011, de apenas uma equipe AB, juntamente com uma equipe de SB, no primeiro ciclo. Entende-se que, nesse ciclo, o município aderiu apenas a (25%) das suas equipes da AB, pois os gestores e profissionais compreenderem que as mudanças fazem parte de uma experiência processual.

Nesse período, o programa foi discutindo incansavelmente pelos gestores e profissionais de saúde, com o intuito de aderir ao PMAQ de forma clara. Todos consentiram a adesão e começaram a trabalhar na proposta do programa, visando melhorar os processos de trabalho, bem como a qualidade de vida da população descrita.

No momento da avaliação externa, 3ª fase desse ciclo, os profissionais receberam os entrevistadores e obtiveram a certificação, que estava pautada em (10%) da autoavaliação, (20%) do monitoramento dos indicadores e (70%) da avaliação externa. No caso da equipe de Jaguaribara, o desempenho final foi acima da média, o que significou a ampliação de (20%) para (60%) do componente da qualidade do Piso da Atenção Básica Variável.

Esse resultado foi importante para o município, tendo em vista a oportunidade de fazer uma autoanálise da efetivação

do PMAQ, na compreensão de que as ações e serviços prestados precisavam melhorar na perspectiva do programa, porém muitos avanços foram possíveis. Para a equipe ficou o sentimento de que o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade é uma estratégia importante para que a APS cumpra o seu papel de coordenadora da rede e ordenadora do cuidado à saúde no município.

No primeiro ciclo, com a adesão somente de uma equipe, desencadeou-se uma divergência nos processos de trabalho para com as demais equipes, porém foi uma situação que despertou demais profissionais para aderir ao PMAQ nos próximos ciclos.

Em 2013, novo ciclo foi lançado pelo Ministério da Saúde e a gestão municipal estava com interesse em fazer adesão de todas as equipes nesse ciclo. Acreditava-se que, com adesão de (100%) das suas equipes da AB e SB ao PMAQ, os processos de trabalhos seriam aliados em todo o município. Nessa perspectiva, seria um grande avanço nos serviços de saúde de Jaguaribara, perante a concepção de que a APS pode ter resolutividade de (85%) dos problemas de saúde da população.

Vê-se no PMAQ um dispositivo que pode contribuir para que a Atenção Primária à Saúde seja o espaço de maior qualidade na assistência à saúde da população, uma vez que o programa visa mudança de modelo de atenção, bem como de financiamento das ações e serviços de saúde (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Essa discussão foi realizada com a participação de gestores e profissionais de saúde, vislumbrando a necessidade de a APS avançar no município com a adesão ao segundo ciclo. Porém, foi colocada em pauta a solicitação dos profissionais para receber incentivo do recurso do PMAQ, conforme o desempenho de cada equipe.

Após muitas discussões, idas e vindas, a gestora do município fez um acordo verbal, em 2013, para transferir (50%) do recurso do PMAQ para os profissionais mediante desempenho de cada equipe, enquanto os outros (50%) do recurso seriam destinados para investir na qualificação da APS. Esse incentivo passaria a vigorar a partir do 2º ciclo.

Nesse cenário, tinha-se a percepção da importância da gestão participativa, como um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, e, assim, contribuir para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho. Acredita-se na cogestão como um modo de administrar, que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo portanto uma diretriz ético política que visa democratizar as relações no campo da saúde. (BRASIL, 2009, p. 10).

Com esse pensamento, no segundo ciclo do PMAQ, o município fez adesão das quatro equipes da AB e das três de SB, significando (100%) de adesão ao PMAQ em Jaguaribara. Com essa adesão, todos os profissionais da APS trabalharam aliados na mesma compreensão, buscando realizar ações que venham ao encontro das reais necessidades da população.

Após esse momento, os profissionais e gestores adentraram na legislação do PMAQ e foram direcionando as ações da APS, conforme orientações do programa, tendo como objetivo principal fortalecer a Atenção Primária à Saúde, como “porta de entrada” preferencial do SUS, garantindo o acesso os serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Segundo Departamento da Atenção Básica - DAB do Ministério da Saúde, no segundo ciclo, a certificação das equipes participantes do PMAQ também foi estruturada em três eixos de avaliação: autoavaliação; monitoramento dos indicadores; e avaliação externa.

Em Jaguaribara a maior parte das equipes recebeu

conceito acima da média nesse ciclo, sendo duas equipes de SB, com desempenho muito acima da média e uma equipe, com desempenho acima da média. Tais conceitos implicaram o recebimento de (100%) e (60%), respectivamente, do teto máximo do recurso do PMAQ. No caso das equipes da AB; duas atingiram desempenho acima da média e duas tiveram desempenho mediano, significando uma ampliação de (60%) e (20%), respectivamente, do componente da qualidade do Piso da Atenção Básica Variável.

Esses resultados mostram que existem disparidades na organização dos serviços de saúde de Jaguaribara, seja nos processos de trabalho, na gestão e estrutura, no acesso e acolhimento, na resolutividade e/ou na oferta de serviços, o que indica a necessidade de um alinhamento maior na organização dos serviços de saúde em toda a Atenção Primária à Saúde.

Gestores e profissionais têm conhecimento das potencialidades e fragilidades de cada espaço. Portanto, faz-se necessário um plano de intervenção para que todos os dispositivos da APS sejam aliados e desempenhem seu papel no município satisfatoriamente, o que requer o empenho de todos os envolvidos.

Após esses resultados e todas as discussões, os profissionais de saúde retornaram com a pauta referente ao pagamento do incentivo por desempenho, conforme acordo verbal anterior. Nesse momento, a gestora da saúde havia mudado, impulsionando a necessidade de mais reuniões para aprofundarem as discussões sobre a lei que amparasse o repasse do incentivo do PMAQ para os profissionais que fazem parte das equipes de AB e SB, certificadas no segundo ciclo.

Entre tantas idas e vindas, foi perceptível a cautela da gestão do município em aprovar essa legislação, pois concorda com Barreto (2015), quando coloca que o pagamento por

desempenho:

[...] deve ser utilizado com cautela e sua aplicação precedida pelo planejamento rigoroso do modelo a ser implantado, observando-se: o agente-alvo do esquema; objetivos pretendidos e metas a ser buscadas; forma de mensuração dos resultados, para o monitoramento e avaliação frequente dos resultados; modalidade de recompensas, quanto à frequência, valor e nível de incentivo buscado; bem como a consideração dos fatores institucionais e contextuais, os quais podem afetar de forma significativa os resultados obtidos. Por fim, deve-se considerar também a possibilidade do P4P produzir efeitos não planejados, indesejáveis ou adversos, os quais podem eventualmente superar os benefícios pretendidos. (BARRETO, 2015, p. 16).

Os momentos foram intensos, mas a gestão do município entende que gestão:

É um campo de ação que tem por objeto o trabalho humano que, disposto sob o tempo e guiado por finalidades, deveria realizar tanto a missão das organizações como os interesses dos trabalhadores. (BRASIL, 2009, p. 16).

Os profissionais envolvidos chegaram a condicionar a aprovação da Lei do pagamento do incentivo à adesão ao terceiro ciclo do PMAQ, pois compreendiam que já deveriam estar recebendo esse recurso desde a certificação do segundo ciclo.

Com o objetivo de alinhar as finalidades da organização e interesses e desejos dos trabalhadores, a gestão do município aprovou a Lei nº 873/2015, de 21 de julho de 2015, dispondo

sobre a instituição, no município de Jaguaribara, do Prêmio de Desempenho e Qualidade na Atenção, baseado no PMAQ/AB. No inciso 2 do Art 10º, diz que 50% do recurso recebido pelo PMAQ, serão repassados para os profissionais, mediante resultado do desempenho do PMAQ e resultados de indicadores, que estão no anexo dessa Lei.

Para tanto, foi criada uma comissão do PMAQ, a qual fica responsável em analisar, mensalmente, os indicadores por equipe e por trabalhador, o que irá definir o valor do repasse financeiro para cada trabalhador da AB e SB.

A aprovação trouxe um despertar para as categorias, pois foi um fator motivacional para insistir na proposta do PMAQ, visto que é nesse projeto que se tem uma possibilidade de reorganização da APS.

Vale salientar que essa condição não é ímpar. Para que todas as mudanças aconteçam, é imprescindível a implementação de um conjunto de fatores que agrega co-gestão, educação permanente, infraestrutura, dentre outros.

Atualmente, o município de Jaguaribara aguarda a fase da Avaliação do PMAQ, visto que renovou o contrato das quatro equipes de AB e as três da SB e contratualizou a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF.

Mesmo a realidade sendo dinâmica, percebe-se que é possível ter avanços no desempenho das equipes do município de Jaguaribara no terceiro ciclo em relação ao segundo. Porém, é fundamental que todos precisam superar os desafios diários e efetivar a legislação do PMAQ continuamente.

Reflexões em Questão

O PMAQ é uma estratégia fundamental para a melhoria do processo das ações de gestão do trabalho e da assistência à saúde no SUS. O programa enfatiza a possibilidade de

aproximar os profissionais com os princípios do SUS na AB, bem como, desperta a consciência crítica do trabalhador em todas as fases do programa. Além disso, insere os usuários como atores no processo de avaliação da organização dos serviços de saúde.

É salutar ainda ressaltar a importância da cogestão nesse processo, tendo em vista a necessidade da corresponsabilidade nos conhecimentos, habilidades e atitudes da organização dos serviços de saúde.

Trazer essa experiência do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade do município de Jaguaribara é refletir nos avanços e conquistas da Atenção Primária à Saúde, principalmente pela possibilidade de reorganizar as ações e serviços nesse espaço, além de entender a importância da motivação profissional para a qualidade da atenção destinada para a saúde da população.

Referências

BARRETO, J. O. M. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1497-1514, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. 1. ed. Brasília: Diário Oficial da União, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1. ed. Brasília: Diário Oficial da União, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.645, de 02 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília: Diário Oficial da União, out., 2015. p. 668.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília: Diário Oficial da União, jul., 2011. p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da União, out., 2011. p. 48-55.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, v. 38, n. especial, p. 358 -372, 2014.

PINTO, H. A.; SOUSA, 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. **Rev. da PUC.**, São Paulo. Disponível em: <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/artigo_pmaq_revista.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2016.

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JAGUARIBARA. **Plano Municipal de Saúde - PMS.** Jaguaribara: Secretaria de Saúde de Jaguaribara, 2015. 45p.

CAPÍTULO 9

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA APLICAÇÃO DO PLANO OPERATIVO EM UMA FARMÁCIA HOSPITALAR DE UM HOSPITAL PÚBLICO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

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

Introdução

O Planejamento consiste em fazer planos, estabelecendo o que fazer, quando fazer, como fazer, quem fazer e em que sequência fazer. É uma atividade que está presente no dia a dia de qualquer ser humano, embora não de forma estruturada, como se faz necessário quando está em jogo o futuro de uma organização (BARROS NETO, 2002). Sendo assim, administrar os materiais de uma instituição é de fundamental importância para as organizações de saúde. Independentemente do seu porte, é uma necessidade de se reduzir custos com estoques de produtos e, ao mesmo tempo, proporcionar um nível ideal de (100%) no atendimento ao paciente, não deixando faltar qualquer insumo em sua atividade produtiva (COSTA, 2010).

A Farmácia é uma unidade estratégica e é responsável por adquirir, armazenar, dispensar e controlar insumos que são

fundamentais para o processo assistencial em todos os hospitais. Para ressaltar a relevância da Farmácia no contexto hospitalar, vale destacar que o gasto com esses insumos pode comprometer de (40) a (60%) das despesas dos hospitais e a segurança da assistência passa diretamente pela qualidade e segurança dos insumos utilizados. Nesse sentido, o Serviço de Farmácia deverá ter o paciente como a razão do seu trabalho e da existência do hospital, devendo caracterizar sua missão, sua importância no contexto assistencial e conhecer sua atividade (BEZERRA, 2007). A dispensação é o ato farmacêutico de distribuir um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente com a apresentação de uma prescrição elaborada por um profissional autorizado (ANGONESI; RENNO, 2011).

A prescrição médica deverá ser avaliada, através do cumprimento das exigências legais. A Lei nº 5.991/73 dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos. Portanto, para implementar um modelo de dispensação é necessário que seja disponibilizado uma equipe de pessoas capacitadas, infraestrutura adequada e procedimentos descritos e integrados à rotina da farmácia (BEZERRA, 2007). A dispensação e/ou distribuição de insumos farmacêuticos deverá ser realizada, com a ajuda dos auxiliares de farmácia, sob a responsabilidade do farmacêutico. Para tanto, é necessário que os auxiliares sejam capacitados para realizar esse serviço e identificar as situações nas quais somente o farmacêutico pode tomar a decisão (BEZERRA, 2007).

O Conselho Federal de Farmácia - CFF, em sua Resolução nº 208, define Farmácia Hospitalar, como uma unidade hospitalar de assistência técnico-administrativa, dirigida por profissional farmacêutico, integrada funcional e hierarquicamente às atividades hospitalares (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 1997). As organizações hospitalares

começam a visualizar a Farmácia, como componente sistêmico importante ao sucesso das instituições (REIS; GOMES, 2001).

Em 21 de maio de 1995, foi criada a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar - SBRAFH, impulsionado assim o desenvolvimento desse segmento profissional (THOMAZ, 2007). Na concepção dessa Sociedade, Farmácia Hospitalar é

Uma unidade clínica, administrativa e econômica, dirigida por profissional farmacêutico, ligada hierarquicamente à direção do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades de assistência ao paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR, 1997, p.26.).

As atividades desenvolvidas na farmácia hospitalar deverão contar com suporte de sistemas informatizados, de forma a permitir a consolidação dos dados, transformando-os em informação para a ação. Tais ações resultarão certamente em uma melhor gestão do serviço, diminuição do tempo gasto nas tarefas, maior confiabilidade e agilidade no atendimento aos pacientes, em síntese, maior qualidade assistencial (BEZERRA, 2007).

A Farmácia Hospitalar deve sempre buscar cooperar e relacionar-se com todos os serviços do hospital, que têm atividades interligadas a sua rotina, evitando esforços duplicados, alcançando maior eficácia na execução das tarefas, pois a farmácia hospitalar não é uma área isolada, mas, sim, um serviço importante quando associado aos outros setores na assistência ao paciente hospitalizado. Os bons resultados são atingidos na administração da farmácia hospitalar quando existe um planejamento adequado, controle de estoque eficiente e recursos humanos capacitados (REIS; GOMES, 2001).

A formação dos profissionais para atuarem na área de saúde tem sido considerada como instrumento para mudanças e transformações em uma sociedade. As transformações sociais e educacionais têm repercussões nos modos de produzir, nos diferentes campos do saber e de produção de bens e serviços (RICALDONI; SENA, 2005). Dessa forma, a Educação Permanente - EP dos profissionais deve constituir parte do pensar e do fazer dos trabalhadores, com a finalidade de propiciar-lhes o crescimento pessoal e profissional, bem como contribuir para a organização do processo de trabalho, através de etapas que possam problematizar a realidade e produzir mudanças capazes de fomentar o alcance ou a aproximação dos objetivos (LINO *et al.*, 2009).

A Educação Permanente em Saúde - EPS apresenta-se como objeto de transformação do processo de trabalho, sendo referida como educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diversos serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população (PINTO *et al.*, 2008). Com o intuito de tornar a EPS um compromisso a ser assumido, possibilitando mudanças na lógica de formação dos profissionais de saúde, foi publicada em 13 de fevereiro de 2004, através da portaria n.º 198, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004). Dessa forma, entendemos que o auxiliar de Farmácia, para oferecer uma assistência integral e resolutive, necessita participar dos processos de Educação Permanente, permitindo-lhe reflexões críticas sobre suas competências nos cenários de prática/trabalho cotidiano, trazendo contribuições na organização do processo e na qualidade do produto do trabalho em saúde (COTTA, 2013).

Atualmente, uma das tendências é que o trabalho seja desenvolvido em equipe, uma vez que as habilidades individuais são complementares para auxiliarem às pessoas a alcançarem os propósitos estabelecidos na atenção à saúde. E,

por conseguinte, possam (re)construir, nos espaços de formação e de capacitação contínua, uma nova visão sobre a integração no trabalho, sendo, então, o papel da EPS considerado como um dos mais relevantes instrumentos para a garantia de um cuidado humanizado (ANGONESI; RENNO, 2011).

As ferramentas da qualidade são instrumentos usados no auxílio da inserção em programas de qualidade. Dentre elas, está o diagrama de causa e efeito, também denominado diagrama espinha de peixe por sua aparência, que auxilia no mapeamento dos fatores, julgados como capazes de afetar uma meta planejada. É uma ferramenta que está vinculada ao relatório de anomalias e que representa graficamente os fatores que produziram a anomalia. Cada diagrama tem uma seta central direcionada para o nome do problema e setas secundárias ou ramos que estão apontando para a seta central. Os ramos são as causas/consequências potenciais do problema. As causas são divididas por categorias, como equipamentos, pessoal, método, materiais e ambientes (SCHOLTES, 1992). Para construir um diagrama, é necessário reunir os envolvidos na anomalia e anotar tudo o que é falado por todos em relação às causas/consequências potenciais do problema. Ao final, agrupam-se as causas relatadas e selecionam-se as repetidas, lançando-as no diagrama (FERNANDES, 1999).

O objetivo principal desse trabalho foi relatar os resultados da aplicação do plano operativo em uma Farmácia Hospitalar de um hospital público no município de Fortaleza.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com base na análise situacional de um setor do serviço de farmácia, através da realização de reuniões e oficinas, com a equipe de

colaboradores e gestores, em uma instituição hospitalar no município de Fortaleza, estado do Ceará.

Breves considerações sobre o Planejamento Estratégico Situacional

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional - PES, proposto por Mattus (1993). Trata-se de um método de planejamento orientado por problemas, envolvendo principalmente os problemas mal estruturados e complexos que, por definição, são aqueles para os quais não existe solução normativa. Os problemas são abordados em suas múltiplas dimensões, tais como, política, econômica, social e cultural, dentre outras. As soluções dependem muitas vezes de recursos em outras esferas e da interação dos diversos atores envolvidos. O método PES prevê quatro momentos para o processamento técnico-político dos problemas (ALVES, 2008):

1. Momento explicativo - É o momento em que se realiza a seleção, a compreensão e a análise do problema (ALVES, 2008). Trata-se da situação inicial do plano e conta com a participação ampla de todos os atores envolvidos para análise dos problemas que os afetam (LACERDA, 2015);

2. Momento normativo - Neste momento, parte-se dos pontos críticos para estruturar o plano de intervenção. Nele, são elaboradas propostas de ação, com a construção de planilhas de programação de ações (ALVES, 2008);

3. Momento estratégico - Neste momento, é analisada e construída a viabilidade do plano nas dimensões política, econômica, cognitiva e organizativa, bem como são definidas estratégias para quando forem identificadas interferências negativas que inviabilizam o processo. Esse é o momento de pensar como deve ser a articulação entre o “deve ser” (desejo) e

o “pode ser” (realidade) (ARTMANN, 2012);

4. Momento tático-operacional – É o momento de gestão do plano, através da criação de um sistema de alta responsabilidade, em que as pessoas assumem compromissos de executar tarefas específicas, em tempos bem definidos (HUERDAS, 1996).

O sucesso na execução do plano precisa de um sistema de direção altamente comunicativo, com clara definição de responsabilidades e dispositivos de monitoramento e avaliação, mas pode ainda ocorrer a necessidade de alguns reajustes institucionais, como gestão colegiada do plano, envolvimento de gerências formais com as operações, entre outros (ALVES, 2008). Na visão do PES, planejamento e gestão são inseparáveis, podendo se fundir no que poderia ser designada gestão estratégica. Diante da complexidade do método, foram realizadas algumas adaptações para facilitar a participação dos profissionais nas oficinas e a busca do consenso na seleção dos problemas. Ainda que consideremos necessária a manutenção de certo grau de sistematicidade e rigor metodológico, observamos que é importante que os participantes não se deixem aprisionar ou subordinar pelos aspectos formais do método (ALVES, 2008).

Após definido o foco do plano operativo, foram elencados os principais problemas envolvidos, através de um *Brainstorming* (chuva de idéias) e também através de uma pontuação dada pelos participantes nas oficinas. Os problemas foram avaliados com base na i) Magnitude/Tamanho; ii) Transcendência/Interesse; iii) Vulnerabilidade/Reversão; iv) Urgência/Espera e v) Factibilidade/Recursos. Para cada problema foi dado uma nota de zero até quatro pelos participantes, sendo somadas pela equipe que, após a consolidação dos dados, enumerou os quatro que receberam maior nota e considerou-os como os mais impactantes. Após o

somatório, para esse problema, foram desenvolvidas as matrizes dos momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional do Plano Operativo. Depois da priorização do problema, foram identificados três descritores, ou seja, as evidências que revelam que aquela situação priorizada é um problema.

A partir da realização de oficina para apresentação do problema e dos descritores, pode ser construída a imagem-objetivo, ou seja, onde se deseja chegar com a resolução do problema. Para isso, foi utilizada uma ferramenta de Gestão, conhecida como "espinha de peixe", sendo então listados o problema, a imagem-objetivo, os descritores, além das causas e consequências convergentes que foram identificadas através das perguntas:

- Para a causa: Por que isso ocorre?
- Para a consequência: O que isso gera ou provoca?

Após a explicação do problema, foi desenvolvida a matriz do momento normativo a partir da causa convergente e da consequência convergente, sendo definido, portanto, o objetivo geral. A partir das causas e consequências secundárias, foram definidos os objetivos específicos e estabelecidas as operações e ações, conforme descrito na matriz do momento normativo.

Depois de estabelecidas as operações e ações do plano, foram analisadas a viabilidade e factibilidade por meio da matriz do momento estratégico, a fim de que as ações propostas se tornassem exequíveis. Portanto, para cada objetivo específico, desenvolveu-se uma análise estratégica referente ao problema. A matriz do momento estratégico também foi realizada através de reuniões com as equipes.

O Plano Operativo teve seu detalhamento a partir do estabelecimento dos objetivos específicos, operações e ações,

inclusive das estratégicas. Para finalizar o plano, houve a necessidade de estabelecer os indicadores de monitoramento e avaliação para o acompanhamento de sua execução. Esses indicadores foram definidos por meio do protocolo de indicadores: nome da operação, cálculo do indicador, periodicidade da coleta e fonte de verificação, sendo chamado de matriz do momento tático-operacional, que também foi realizado através de reuniões. A matriz tático-operacional foi definida com base nas informações: objetivos específicos, operações, ações, recursos financeiros, responsabilidades, prazos para as ações e indicador de avaliação.

Resultados

O Plano Operativo foi desenvolvido no serviço de farmácia do Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara, com foco na Central de Prescrição.

Momento Explicativo: O tema foi identificado e priorizado, com base nas explicações apresentadas pela equipe e reconhecidas como prioridade para a instituição. O momento explicativo ocorreu em uma oficina e, para melhor detalhamento, foi dividido em três fases.

Oficina: Foi realizada uma oficina com os atores envolvidos, convidados verbalmente, tendo a seguinte composição: representante da Diretoria Técnica - DITEC, Farmacêutico da Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF, Coordenador Administrativo da Central de Produção e Distribuição - CPD, Farmacêuticos Clínicos das Unidades Assistências e Auxiliares de Farmácia da CPD e Farmácias Satélites, totalizando em 10 participantes. A oficina foi realizada com tranquilidade, com a exposição do seu objetivo e da importância da realização desse estudo para a melhoria dos

processos de trabalho no serviço de farmácia. Posteriormente, foi realizado o alinhamento com os gestores locais, explicando como se daria o planejamento e implementação no serviço, a partir de cada problema priorizado, com o objetivo de que todos estivessem envolvidos na construção desse processo.

Após definido o foco, foram elencados os principais problemas apresentados, através de um *Brainstorming* (chuva de ideias):

- Estrutura Física inadequada para desenvolvimento das rotinas.
- Ausência de treinamento e capacitação da equipe de Farmácia.
- Distribuição dos Medicamentos de Dispensação Diferenciada (não padrão, portarias, medicamentos de alta vigilância, alto custo e uso restrito).
- Atraso no horário de liberação das prescrições médicas.

Os problemas elencados foram produtos da discussão na oficina realizada com a equipe de colaboradores, mediante a pontuação dada pelos participantes. Nessa ocasião, todos os problemas foram avaliados com base na Magnitude/Tamanho, Transcendência/Interesse, Vulnerabilidade/Reversão, Urgência/Espera e Factibilidade/Recursos. Para cada problema, os participantes atribuíram uma nota de zero a quatro, sendo somadas pela equipe. Depois da consolidação dos dados, houve a seleção dos quatro que receberam maior nota, sendo considerados como os mais impactantes. Após o somatório, o problema priorizado foi "Ausência de treinamento e capacitação da equipe de Farmácia". Para esse problema, foram desenvolvidas as matrizes dos momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional do Plano Operativo.

Fase I - Matriz de Priorização de Problemas: com o

problema priorizado, iniciou-se outro momento da fase I, chamado de **Relação dos Descritores**, sendo identificados os descritores, ou seja, as evidências reveladoras de que aquela situação priorizada é um problema. Ao problema "Ausência de treinamento e capacitação da equipe de Farmácia", os participantes definiram os seguintes descritores:

- Separação dos insumos da prescrição médica com erro.
- Atraso no preparo dos medicamentos prescritos.
- Retrabalho e reclamações de colaboradores, clientes e/ou outros profissionais de saúde.

Esses descritores foram produtos da primeira oficina realizada anteriormente e auxiliaram na apresentação do problema priorizado "Ausência de treinamento e capacitação da equipe de farmácia para a Central de Prescrição em uma unidade Hospitalar. A partir disso, houve a construção da imagem-objetivo, ou seja, onde se deseja chegar com a resolução do problema, que foi uma "Equipe Treinada e Capacitada para as atividades desenvolvidas pela Assistência Farmacêutica Hospitalar". Nesse sentido, optou-se pela utilização da ferramenta de Gestão "espinha de peixe", listando então o problema, a imagem-objetivo, os descritores, as causas e consequências convergentes.

A partir de cada descritor, foi solicitado aos participantes que falassem uma causa e uma consequência para cada um, utilizando as seguintes perguntas:

- Para a causa: Por que isso ocorre?
- Para a consequência: O que isso gera ou provoca?

Fase II - Espinha de Peixe: definida como causa convergente a "Inexistência de um programa de qualificação continuada de recursos Humanos para a Assistência

Farmacêutica Hospitalar” e como consequência convergente o “Aumento dos gastos com Medicamentos e Material Médico Hospitalar, e/ou serviços de baixa qualidade e inseguros para os paciente e clientes”, sendo denominada por Momento Explicativo.

Na sequência, **Fase III - Momento Explicativo:** foi realizado uma revisão do objetivo deste momento e dos resultados obtidos, no sentido de dar maior clareza à escrita do problema, descritores, causas, consequências e imagem-objetivo.

O **Momento Normativo** foi descrito após a explicação do problema “Ausência de treinamento e capacitação da equipe de Farmácia para o a Central de Prescrição em uma Unidade Hospitalar”, sendo desenvolvida a matriz do momento normativo.

A partir da causa convergente: “Inexistência de um programa de qualificação continuada de recursos humanos para a Assistência Farmacêutica Hospitalar” e da consequência convergente: “Aumento dos gastos com Medicamentos e Material Médico Hospitalar, e/ou serviços de baixa qualidade e inseguros para os paciente e clientes”, pode-se definir o objetivo geral: “Treinar e capacitar a equipe de colaboradores para as atividades desenvolvidas pela Assistência Farmacêutica Hospitalar, tornando o processo seguro e de qualidade”.

Com as causas e consequências secundárias, elegidas pelos participantes, foram definidos os objetivos específicos e estabelecidas as operações e ações, conforme a matriz do momento normativo descrita no quadro 1, a seguir.

Quadro 1 . Matriz do Momento Normativo

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	OPERAÇÕES	AÇÕES
Implantar um modelo de endereçamento para os Medicamentos e Materiais Médicos Hospitalares de forma a garantir a guarda desses insumos em locais pré-definidos no físico e no sistema de almoxarifado da instituição.	Desenvolver o sistema de endereçamento no sistema de Almoxarifado. Cadastrar os produtos nesse sistema. Armazenar os insumos conforme definido no sistema de almoxarifado.	Definir qual a lógica de armazenagem desejada.
		Definir qual o formato a ser inserido no sistema de almoxarifado que será utilizado.
		Definir o cronograma de implementação, priorizando a armazenagem dos insumos e treinamento da equipe no novo modelo proposto.
Treinar e capacitar à equipe de colaboradores da Central de Prescrição (CP), incluindo as rotinas do serviço e informações mínimas	Realizar treinamentos com a equipe. Realizar reuniões com a equipe interna e serviços que fazem interface com a Farmácia para	Definir o cronograma de treinamento e capacitação dos colaboradores da CP.
		Selecionar os temas prioritários a serem abordados.

necessárias para as atividades desenvolvidas voltadas para a Assistência Farmacêutica Hospitalar.	divulgação das mudanças no novo processo de Distribuição de Medicamentos e MMH.	Descrever os processos internos da CP para que os mesmos possam ser repassados no treinamento.
		Reunir os atores envolvidos e que fazem interface com o serviço de farmácia, para esclarecimento sobre as ações a serem implementadas na Central de Prescrição.

Fonte: Plano Operativo, Momento Normativo, 2015.

Foram estabelecidas as operações e ações do plano e analisadas a viabilidade e factibilidade por meio da matriz do momento estratégico. Na perspectiva de que as ações propostas, se tornem exequíveis, cada objetivo específico contou com uma análise estratégica referente ao problema.

A Matriz do **Momento Estratégico** também foi desenvolvida, através de reuniões com as equipes. Após estabelecidas as operações e ações do plano operativo para a central de prescrição em uma unidade hospitalar com seu objetivo, a próxima etapa consistiu na análise da viabilidade e factibilidade, por meio da matriz do momento estratégico. Esse momento é um diferencial do Planejamento Estratégico

Situacional, pois traz à reflexão as situações descritas no momento normativo (o que deve ser), mas que, por algum motivo, não estão em condições de serem executadas, representadas como déficit.

Construir mecanismos para viabilizar essas ações e operações é essencial para que o Plano torne-se exequível. É válido lembrar que para cada objetivo específico foi realizada a análise estratégica referente ao problema “Ausência de treinamento e capacitação da Equipe de Farmácia”. A imagem-objetivo escolhida foi “Equipe Treinada e Capacitada para as atividades desenvolvidas pela Assistência Farmacêutica Hospitalar”. Depois, obteve-se a matriz do momento estratégico.

O Plano Operativo para a resolução da "Ausência de treinamento e capacitação da equipe de Farmácia da Central de Prescrição em uma Unidade Hospitalar" possui como objetivo geral: "Treinar e Capacitar a equipe de colaboradores para as atividades desenvolvidas pela Assistência Farmacêutica Hospitalar tornando o processo seguro e de qualidade". Na busca da imagem-objetivo: "Equipe Treinada e Capacitada para as atividades desenvolvidas pela Assistência Farmacêutica Hospitalar", desenvolveu-se o detalhamento de como serão estabelecidos os objetivos específicos, operações e ações, inclusive, as estratégicas.

Para finalizar o Plano, foi realizada a construção de um último momento chamado de **Tático-Operacional**, sendo necessário estabelecer indicadores de monitoramento e avaliação para o acompanhamento de sua execução. Os indicadores foram definidos por meio do protocolo de indicadores. Esse momento foi chamado por matriz do momento tático-operacional, também realizado através de reuniões. Acrescido a isso, verificou-se todo um cenário favorável à atividade tático-operacional a ser desenvolvida,

tendo em vista que os recursos necessários para as ações já existem, tais como: decisão de fazer, sistema de informação disponível, profissional habilitado para inserir os dados, equipe capacitada para treinamento dos colaboradores.

O protocolo de indicadores descrito baseou-se nas informações abaixo:

- Nome da Operação.
- Nome do Indicador.
- Cálculo do indicador.
- Periodicidade da coleta;
- Fonte de verificação.

Foram definidas duas operações prioritárias: i) Armazenar os insumos, conforme definidos no sistema de almoxarifado, ii) Realizar treinamentos com a equipe. Para cada uma delas foi elaborado um indicador respectivo:

Indicador 1: Taxa de conformidade de produtos armazenados conforme endereçamento.

Indicador 2: Número de horas de treinamento/colaborador.

Para cada indicador, foi necessário definir uma forma de cálculo, conforme detalhamento a seguir:

Indicador 1: Número de itens armazenados (amostragem de 10%), de acordo com o local definido pelo endereçamento.

Indicador 2: Número de horas de treinamentos / colaborador / mês.

A periodicidade da coleta será mensal para ambos e a fonte de verificação será um Formulário de *Checklist* por amostragem (amostragem de 10%) e Folha de Frequência do treinamento, respectivamente, indicador 1 e 2. Para cada operação, foram definidas as ações prioritárias com seus

respectivos indicadores, forma de cálculo, periodicidade e fonte de verificação.

Discussão

O Planejamento é uma etapa fundamental e que alicerça a construção de qualquer processo de trabalho. Nesse caso, adotou-se o planejamento estratégico, com o uso do plano operativo como ferramenta para facilitar e dar objetividade as operações a serem realizadas com a proposição das ações de melhoria para o problema prioritário identificado (GUARDINI, 2012). A utilização da técnica do *Brainstorming*, com perguntas chaves, facilitou a identificação e priorização de problemas do Plano Operativo (PO). A metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES) é muito complexa, mas proporciona aos atores dos mais diferentes setores a possibilidade de contribuir com conhecimentos diversificados.

Foram elencados quatro problemas após a realização do *Brainstorming*, frutos da discussão na oficina realizada com a equipe de colaboradores, que foram priorizados com base nos critérios de Magnitude / Tamanho, Transcendência / Interesse, Vulnerabilidade / Reversão, Urgência / Espera e Factibilidade / Recursos. De início, o problema priorizado foi: "Ausência de treinamento e capacitação da equipe de Farmácia". Para este problema, foram desenvolvidas as matrizes dos momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional do Plano Operativo.

Na sequência, foram definidos os descritores: - Separação dos insumos da prescrição médica com erro, - Atraso no preparo dos medicamentos prescritos, - O retrabalho e reclamações de colaboradores, clientes e/ou outros profissionais de saúde. Houve a realização de oficina para

apresentação do problema e dos descritores: "Ausência de treinamento e capacitação da equipe de farmácia para a Central de Prescrição em uma unidade Hospitalar", sendo então construída a imagem-objetivo, ou seja, onde se deseja chegar com a resolução do problema, que foi uma "Equipe Treinada e Capacitada para as atividades desenvolvidas pela Assistência Farmacêutica Hospitalar". Nessa perspectiva, adotou-se a ferramenta de Gestão "espinha de peixe", sendo listado o problema, imagem-objetivo, descritores, causas e consequências convergentes. A causa convergente definida foi a "Inexistência de um programa de qualificação continuada de RH para a Assistência Farmacêutica Hospitalar" e como consequência convergente, o "Aumento dos gastos com Medicamentos / MMH, e/ou serviços de baixa qualidade e inseguros para os paciente e clientes".

Após a explicação do problema "Ausência de treinamento e capacitação da equipe de Farmácia para o a Central de Prescrição em uma Unidade Hospitalar", foi desenvolvida a matriz do momento normativo. A partir da causa convergente e da consequência convergente, definiu-se como objetivo geral: "Treinar e Capacitar a equipe de colaboradores para as atividades desenvolvidas pela Assistência Farmacêutica Hospitalar tornando o processo seguro e de qualidade". A partir das causas e consequências secundárias, foram definidos os objetivos específicos e estabelecidas as operações e ações, conforme Matriz do Momento Normativo.

O preenchimento do diagrama espinha de peixe representou mais uma das dificuldades apresentadas. Durante a oficina, foi permitido que os diversos atores relatassem os problemas que sentiam em relação à distribuição de insumos na Farmácia Hospitalar. Dessa forma, os problemas iam sendo listados na planilha de priorização de problemas. Por fim,

alguns problemas levantados foram sendo suprimidos da lista. Porem, durante o momento normativo, na determinação do objetivo geral e dos objetivos específicos, definiu-se que o objetivo geral seria: "Treinar e Capacitar a equipe de colaboradores para as atividades desenvolvidas pela Assistência Farmacêutica Hospitalar, tornando o processo seguro e de qualidade". Como objetivos específicos, foram priorizados apenas dois: "Implantar um modelo de endereçamento para os Medicamentos e Materiais Médicos Hospitalares de forma a garantir a guarda desses insumos em locais pré-definidos no físico e no sistema de almoxarifado da instituição" e "Treinar e capacitar à equipe de colaboradores da Central de Prescrição (CP), abrangendo inclusive rotinas do serviço e informações mínimas necessárias para as atividades desenvolvidas voltadas para a Assistência Farmacêutica Hospitalar".

O Momento Estratégico é um diferencial do Planejamento Estratégico Situacional, pois traz à reflexão as situações descritas no Momento Normativo (o que deve ser), mas, devido algum motivo, não estão em condições de serem executadas, representadas então como déficit (GUARDINI, 2012). Construir mecanismos para viabilizar essas ações e operações é essencial para que o Plano se torne exequível. Para cada objetivo específico, houve a implementação de uma análise estratégica referente ao problema "Ausência de treinamento e capacitação da Equipe de Farmácia", a imagem-objetivo escolhida foi "Equipe Treinada e Capacitada para as atividades desenvolvidas pela Assistência Farmacêutica Hospitalar". Para finalizar o Plano, foi necessário o estabelecimento de indicadores de monitoramento e avaliação para o acompanhamento de sua execução. Tais indicadores foram definidos por meio do protocolo de indicadores incluindo:

Nome da Operação, Nome do Indicador, Cálculo do indicador, Periodicidade da coleta e Fonte de verificação.

O monitoramento e a avaliação são fundamentais para que se garanta que qualquer projeto tenha sucesso. Nesse caso, não poderia ser diferente. Portanto, a sugestão desses indicadores passíveis de serem aprimorados durante o acompanhamento e avaliação desse plano, são fundamentais a fim de que tudo o que foi planejado se torne realidade, dando segurança e eficiência a essa melhoria no processo de trabalho desse serviço, pois só acreditando, planejando, implementando e avaliando os processos de trabalho é que se transforma problemas em soluções (ARTMANN, 2012).

O pressuposto do planejamento é estabelecer diretrizes claras a serem perseguidas, assim faz-se necessária a revisão permanente do plano em função do comportamento dos atores e da conjuntura. Na sua raiz metodológica, o planejamento estratégico situacional considera que o cenário pode alterar-se ao longo do tempo e que é fundamental a flexibilização das metas e das ações. É preciso estabelecer fluxos de informação, controle, análise, revisão do plano, articulações, entre programas e execução (MATUS, 1993, p.165).

Conclusão

O desenvolvimento de um plano operativo possibilita a uma equipe apropriar-se de ferramentas para a construção de um planejamento como, por exemplo, a construção da espinha de peixe, ou Diagrama de Ishikawa ou Diagrama de Causa e Efeito. Acrescido a isso, serve bastante para facilitar a

priorização do problema, a identificação da causas e consequências para o problema e, por conseguinte, a busca de soluções efetivas.

O serviço farmacêutico da unidade estudada priorizou a criação de uma Central de Prescrição, como estratégia de solução, focando em ações educativas, priorizando o treinamento e a capacitação da equipe na busca da qualidade e segurança dos resultados desse processo de trabalho. Além do treinamento, outras oportunidades foram sugeridas, como a realização do endereçamento dos produtos em seus locais de armazenamento, além da padronização e manualização das rotinas.

O processo de construção passou por várias etapas, desde o Momento Explicativo, Normativo, Estratégico até o Tático-Operacional, que foram fundamentais para os resultados obtidos. O projeto aplicativo é uma oportunidade de realizar ações planejadas, de forma dinâmica, construtiva e que busca propor soluções para o gestor, portanto uma ferramenta de Gestão valiosa para os serviços de saúde.

Referências

ALVES, A.F. et al. **Planejamento Estratégico como ferramenta de gestão para organização e integração da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária a Saúde.** CONGRESSO VIRTUAL DE ADMINISTRAÇÃO, 2008. Disponível em: <www.convibra.com.br>. Acesso em: 18 ago. 2015.

ANGONESI, D.; RENNO, P. Dispensação Farmacêutica: Proposta de um Modelo para Prática. **Revista de Ciências & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte – MG, v. 16, n. 9, p. 3993 - 3891, 2011.

ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multisetorial.** Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – UFMG, 2012. Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br>. Acesso em: 18 ago. 2015.

BARROS NETO, João Pinheiro. **Teorias da Administração.** São Paulo: Qualitymark, 2002.

BEZERRA, C. S. **Programa de Qualidade Total em Farmácia de um Hospital Privado de Fortaleza: Relato de Caso.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2007. Originalmente apresentada como Monografia, Escola de Saúde Pública, Fortaleza, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004.** Brasília, v. 141, n. 32, 2004. seção 1, p. 37-41. Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br>. Acesso em: 16 jun. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 300, 30 de janeiro de 1997.** Disponível em: <www.cff.org.br>. Acesso

em: 16 jun. 2015.

COSTA, R. C. **Análise do modelo de gestão de estoque de medicamentos:** em uma organização de saúde em Salvador. Salvador: Faculdade São Camilo, 2010. Originalmente apresentada como Monografia, Faculdade São Camilo, Salvador, 2010. Disponível em: <www.administradores.com.br>. Acesso em: 13out. 2015.

COTTA, R. M. M. et al. Debates atuais em Humanização e Saúde: Quem somos nós? **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, Viçosa, MG, v. 18, n. 1, p. 171-179, 2013.

FERNANDES, S. G. **Gerenciamento da Rotina do Trabalho do dia-a-dia.** Fortaleza: Hospital Gênesis, 1999.

GUARDINI, D. M.; SARTOR, V. B. **Plano operativo em foco:** análise do momento explicativo do planejamento estratégico situacional realizado em uma farmácia de referência distrital de Florianópolis. Florianópolis, SC: [s.n.], 2012. Disponível em: <www.gsp.cursoscad.ufsc.br>. Acesso em: 18 ago. 2015.

HUERTAS F. **Entrevista com Carlos Matus:** O método PES. São Paulo: FUNDAP, 1996.

LACERDA, J. T.; VEBER, A. P.; COLUSSI, C. F.; BARRETO, J. L.; CALVO, M. C. M. **Módulo Transversal - Gestão da assistência farmacêutica.** Florianópolis: UFSC, 2015. p. 39-67. Disponível em: <www.unasus.ufsc.br/gestaofarmaceutica>. Acesso em: 16 jun. 2015.

LINO, M. M. et al. Educação Permanente dos Serviços Públicos de Saúde de Florianópolis. **Rev. Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 115-136, mar. / jun., 2009.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Editora IPEA, 1993.

PINTO, V. P. T. et al. Análise do Processo de Educação Permanente para Profissionais do SUS: A experiência de Sobral-CE. **Revista de Políticas Públicas (Sanare)**, Sobral, v. 7, n. 2, 2008.

REIS, A. M. M.; GOMES, MARIA J. V. M. **Ciências Farmacêuticas Uma Abordagem em Farmácia Hospitalar**. Belo Horizonte, MG: Atheneu, 2001.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Educação Permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, nov. / dez. 2006.

SCHOLTES, P. R. **Times da Qualidade**: como usar equipes para melhorar a qualidade. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR. **Padrões Mínimos**. 1997.

THOMAZ, S. **Histórico sbrafh**: Dez anos de história. Disponível em: <www.sbrafh.org.br>. Acesso em: 16 jun. 2015.

CAPÍTULO 10

IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO EM UMA MATERNIDADE ESCOLA EM FORTALEZA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Andreia Paula de Oliveira Aguiar
Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos*

Introdução

Em agosto de 2008, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, por meio da Portaria nº 1.559, que discorre sobre a necessidade de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS, visando ao aprimoramento e à integração dos processos de trabalho.

Diversas normas e estratégias norteadoras para a descentralização do SUS nos estados e municípios são disponibilizadas para que gestores e gerentes adequem suas demandas e necessidades com foco na organização da rede assistencial de saúde.

Quando se dispõe de um sistema de saúde bem estruturado, com instrumentos normativos que racionalizam o acesso e com fluxos assistenciais bem definidos baseados nas linhas de cuidado, é possível construir uma rede assistencial com foco no usuário, na equidade, transparência e na segurança dos serviços prestados (BRASIL, 2008).

Historicamente diversas terminologias definem “regulação”, apresentando diferentes interpretações e

aplicabilidades nos mais variados setores. Conceitualmente, de forma ampla, regulação é um conjunto de ações que dirigem, ajustam, facilitam ou não, determinados processos e está intimamente relacionada ao ato de regulamentação (BRASIL, 2006).

Regulação no setor saúde é uma ação complexa, compreendendo um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias que envolve diversos atores e práticas, com o objetivo final de viabilizar condições para uma assistência equânime e integral dos usuários. Pode ser conceituada e classificada da seguinte forma: A regulação assistencial, definida no pacto pela saúde, nas diretrizes do pacto de gestão, consiste em um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles. A regulação do acesso caracteriza-se pelo estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime. A regulação da atenção à saúde tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde. As ações da regulação de atenção à saúde compreendem a contratação, a regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária (BRASIL, 2006).

O modelo regulatório adotado no SUS é burocrático do tipo estatal normativo e escalonado, com vários órgãos públicos envolvidos nesse processo: Ministério da Saúde, Conselhos de Saúde e Comissão Intergestores, além das funções do legislativo e judiciário. Nesse Sistema, a participação é tripartite: Estado, prestador de serviço e usuário, reunidos no espaço institucional do Conselho Nacional de Saúde, que tem como uma das

funções principais a formulação e o controle da execução da Política Nacional de Saúde (FARIAS, 2010).

As diversas dificuldades do setor saúde, na tentativa de alinhar os incentivos econômicos aos sanitários, vêm exigindo cada vez mais que os gestores assumam o compromisso de uma articulação mais integrada e solidária com a rede assistencial, facilitando o acesso do cidadão aos serviços públicos de saúde com equidade.

A primeira porta de acesso à saúde da população compreende as unidades básicas de saúde. Com a ampliação da atenção primária, percebemos um aumento significativo pela oferta de serviços para outras clínicas especializadas nos municípios, assim como a oferta de serviços não acompanhou a evolução desse processo, visando a reorganização do acesso. Há uma desproporção entre a oferta e a procura de atendimento de saúde, com milhares de usuários aguardando por consultas, cirurgias e leitos hospitalares, implicando em diversos prejuízos gerenciais e, principalmente, complicações assistenciais para a saúde da população. Diante a isso, se faz necessário uma intervenção imediata na reestruturação das redes de saúde.

A rede de atenção à saúde da mulher ainda se apresenta desarticulada e com baixa resolubilidade em todos os níveis de atenção, sobretudo pelas lacunas assistenciais e restrições observadas nas demandas geradas pelo sistema de saúde.

O Decreto nº 7508/2011, que regulamenta a Lei nº 8080/90, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, planejamento e assistência à saúde e articulação interfederativa. Esse decreto tem um importante papel na regulação da estrutura organizativa do SUS, visando sua transparência e segurança jurídica quanto à divisão e definição de responsabilidades entre os entes federados.

Está expresso no decreto o mapa de saúde, que se refere a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de

ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando investimentos, indicadores e capacidade instalada. Outro papel importante do decreto foi a criação das redes de atenção à saúde, definida como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados entre si, em níveis diferenciados e crescentes de complexidade.

A integralidade da assistência inicia-se e completa-se na rede de atenção à saúde, mediante o referenciamento do usuário dentro da rede contratualizada de oferta de serviços. O Decreto nº 7508/11 teve papel fundamental na construção desse processo de definição de redes assistenciais, responsabilizando especificamente todos os envolvidos no processo de contratualização assistencial. Esse processo é formalizado por meio de um instrumento celebrado entre o gestor do SUS contratante e o prestador hospitalar sob sua gestão, de forma que possam ser ofertadas vagas para o acesso de pacientes a determinados serviços ineficientes e ou deficitários em sua região de saúde (BRASIL, 2008).

O município de Fortaleza, através da sua Secretaria Municipal de Saúde, é responsável por instituir a contratualização dos serviços de saúde com os hospitais da rede. A Maternidade Escola Assis Chateaubriand apresenta-se como um dos hospitais que presta serviços à população do município, oferecendo atendimentos de urgência e emergência, assistência pré-natal de alto risco, além de diversos procedimentos clínicos e cirúrgicos, obstétricos e ginecológicos, demandados e referenciados pela rede de saúde local.

O Núcleo Interno de Regulação - NIR da Maternidade Escola foi idealizado na perspectiva de constituir a interface com as Centrais de Regulação do Município de Fortaleza e do Estado do Ceará para delinear o perfil de complexidade da assistência que essa instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar leitos de internação inter e intra hospitalar,

segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento.

Implantado no final de janeiro de 2015, o Núcleo Interno de Regulação propôs o fortalecimento de parcerias entre a assistência e a gestão no gerenciamento de leitos hospitalares, na articulação intersetorial entre as unidades assistenciais da maternidade escola, com foco na interalidade da saúde da mulher, despontando como produto final à organização da rede de referência e à construção de pactos entre as unidades, no sentido de coordenar fluxos assistenciais, visando garantir o acesso integral, humanizado e articulado na melhoria dos indicadores quantitativos e qualitativos da assistência prestada ao binômio mãe e filho.

Esse relato objetiva apresentar a experiência vivenciada por enfermeiros na implantação do Núcleo Interno de Regulação - NIR em um hospital de ensino e referência terciária em obstetrícia em Fortaleza, estado do Ceará. Nessa perspectiva, propõe-se a discussão da experiência vivenciada pela equipe do NIR durante o processo de implantação e organização do serviço do setor.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, na modalidade relato de experiência. Assume, como objeto de análise, o percurso trilhado pela equipe de enfermeiros, durante a implantação do Núcleo Interno de Regulação em um hospital público de nível terciário, que tem a função de referência municipal e estadual em assistência materno-infantil, no município de Fortaleza, no estado do Ceará, no período de janeiro a dezembro de 2015.

O percurso metodológico obedeceu cinco etapas, objetivando organizar o processo de planejamento de trabalho durante a implantação do serviço, seguindo a ordem:

- I. Diagnóstico situacional;
- II. Redimensionamento e treinamento dos recursos humanos do NIR;
- III. Planejamento do processo de trabalho, com ênfase no diagnóstico previamente identificado;
- IV. Sensibilização de gestores, gerentes e profissionais de saúde sobre a proposta de trabalho da equipe;
- V. Intervenção do NIR em ações específicas diagnosticadas e definidas como prioritárias, relacionadas a reorganização do fluxo de acesso de pacientes na maternidade.

A partir do diagnóstico situacional, foram identificadas as dificuldades, priorizadas as metas e escolhidos os responsáveis pela execução do trabalho, estabelecido com a implantação do NIR. Essa etapa facilitou uma intervenção mais factível e direcionada para o alcance dos resultados propostos, além do envolvimento da equipe no processo de modificação de culturas pré-existent, no que se refere ao alcance de melhorias nos processos de trabalhos relacionados ao gerenciamento do acesso de pacientes.

Implantado em janeiro de 2015, o Núcleo Interno de Regulação da maternidade foi proposto com o objetivo de reestruturar o serviço de regulação do acesso, por meio do gerenciamento interno de leitos, com a finalidade de produzir uma melhor adequação da internação dos pacientes. Para isso, leva em consideração a necessidade de otimizar a utilização dos leitos de obstetrícia, neonatologia e ginecologia, permitindo a interface entre as unidades assistenciais, o Núcleo Interno de Regulação e os complexos reguladores do Estado e Município.

Dentre as principais funções desempenhadas pelo NIR, merecem ser destacadas: - apoiar e acompanhar o fluxo do paciente nas unidades de internação, regulação interna dos leitos das unidades assistenciais, - gerenciar a superlotação hospitalar dos serviços de emergência e neonatologia,

monitoramento do Tempo Médio de Permanência (TMP), por meio do método Kanban; - promover o gerenciamento da agenda cirúrgica.

A construção das atividades desempenhadas pelo NIR demandou um tempo maior e assume-se esta como um processo que continua aprimorando ações baseadas nos indicadores gerados pelo serviço. O redimensionamento da equipe, com definição de responsabilidades e campos de atuação, possibilitou organizar as atividades previamente consensuadas e pactuadas com o grupo.

Nesse processo, buscaram-se fortalecer parcerias com os diversos hospitais materno-infantil e centrais de regulação, sendo efetivadas a partir de visitas da equipe do NIR a essas unidades. O objetivo era de facilitar a articulação com a rede assistencial de saúde do Estado e Município.

Resultados e Discussão

A primeira etapa da implantação do NIR deu-se através de um diagnóstico situacional e elaboração de um plano de trabalho, como descrito anteriormente. Tais ações permitiram identificar as principais dificuldades e potencialidades relacionadas a regulação do acesso de pacientes. Além disso, subsidiaram o planejamento das ações a serem implantadas e ou implementadas pelo NIR, consolidando um elo de articulação e comunicação entre a assistência e a gestão.

O diagnóstico situacional permitiu conhecer todas as demandas das áreas assistências que admitem e internam pacientes. Dentre essas, por exemplo, estão: o fluxo de acesso, as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde, gerentes e gestores relacionadas a superlotação da maternidade, a especificidade do perfil de cada unidade assistencial, as filas

de espera para a realização de cirurgias eletivas e as principais dificuldades de comunicação e falhas de acesso entre os profissionais de saúde das áreas assistenciais.

A partir dos resultados obtidos no diagnóstico situacional, foi possível traçar o planejamento dos processos de trabalho do NIR. Dessa forma, levou-se em conta que o NIR está centrado na otimização do fluxo de acesso de pacientes, na atuação diante das causas de superlotação da maternidade, no gerenciamento da oferta de leitos e na agenda cirúrgica. Assim poder promover o apoio para as unidades assistências, facilitando e colaborando para uma assistência mais resolutiva, humanizada e de qualidade.

A segunda etapa de estruturação do NIR constituiu-se no redimensionamento da equipe de trabalho, inicialmente composta por uma enfermeira e nove assistentes administrativos. Com essa nova proposta, foi possível ampliar esse número para duas enfermeiras e 13 assistentes administrativos no decorrer do ano de 2015, além de garantir uma cobertura de 24 horas diárias do setor de regulação.

Posteriormente, foram realizadas diversas reuniões para a construção coletiva do planejamento de trabalho do NIR. O objetivo pretendido era a aproximação da equipe por meio da identificação de afinidades e potencialidades profissionais, relacionando as ações de trabalho propostas com definição de competência e responsabilidades individuais e coletivas do grupo.

Em seguida, houve o treinamento da equipe nos sistemas de informação. Dentre esses, destacam-se: Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS -; Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS; Tabulação de dados - Tabwin -; Sistema de regulação da Prefeitura de Fortaleza - UNISUS -; Aplicativo para Gestão dos Hospitais Universitários - AGHU -; Cadastro Nacional de Saúde - CADSUS e Sistema de Gestão Hospitalar

utilizado pela Maternidade - MASTER.

Essa etapa foi primordial, pois foi observado o envolvimento da equipe no processo, se o clima organizacional estava coerente e ativo. É possível atribuir a melhoria dos processos de trabalho e dos indicadores hospitalares referentes a regulação assistencial ao empenho, dedicação, motivação e pró-atividade da equipe.

A implantação das atividades propostas no plano de trabalho ocorreu de forma gradual, à medida em que foi sendo construída e definida a estrutura organizacional do núcleo. É válido ressaltar que o mesmo ocorreu com o envolvimento de gestores, gerentes e profissionais de saúde na proposta de trabalho do NIR.

Na quarta etapa, ocorreu a definição do plano de trabalho, que foi constituído a partir dos anseios e perspectivas dos enfermeiros do NIR, sendo priorizadas ações intervencionistas. No Gerenciamento da Agenda Cirúrgica, por exemplo, elencaram as seguintes ações: -Padronização do fluxo ambulatorial de cadastramento de pacientes cirúrgicos; - Criação de banco de pacientes cirúrgicos por tipo de cirurgia, tempo de espera e caráter de urgência. É válido esclarecer que o banco de dados de pacientes cirúrgicos dispõe de dados dos pacientes por subespecialidade, identificação, diagnóstico, data da indicação do procedimento proposto, médico responsável e status da avaliação de risco pré-operatório. Também foram priorizadas as ações: - Redução do tempo de espera entre a indicação de terapia cirúrgica; - Organização e atualização de informações de pacientes cirúrgicos; - Agilidade do tempo de espera por cirurgia dos pacientes, com caráter de urgência e fortalecimento da parceria NIR/Residência Médica.

No Gerenciamento de Leitos, as ações priorizadas foram: Projeto piloto de gerenciamento de leitos, por meio do modelo Kanban, visando reduzir o tempo de permanência; Organização

do fluxo interno de pacientes, através do gerenciamento, controle e distribuição de leitos hospitalares, utilizando o Mapa Diário de leitos; articulação com as unidades assistenciais no gerenciamento interno de leitos.

De acordo com a Portaria n.º 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Gerenciamento dos leitos deve observar a integração da prática clínica no processo de internação e de alta, por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação, com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.

No Gerenciamento da Superlotação da Maternidade, foram consideradas como prioritárias as seguintes ações: Articulação com o complexo regulador do Estado e Município; Identificação do perfil de usuários, das principais demandas de serviços e os vazios assistenciais da unidade hospitalar; Identificação dos pontos de estrangulamento da assistência à saúde para orientar o planejamento dos processos regulatórios; Identificação das áreas de desproporção entre a oferta e a demanda geradas na maternidade; Definição do fluxo de informações entre as unidades solicitantes e unidades executantes; Incorporação de protocolos de acesso e fluxos de referência e contra-referência para a tomada de decisão; Definição da alocação de vaga e dos recursos necessários para o atendimento da demanda; Fortalecimento de parcerias entre as unidades hospitalares do município que executam os mesmos serviços.

Ainda quanto ao Gerenciamento da Superlotação, houve a priorização de outras ações, como: - Realização de visitas técnicas aos serviços de regulação das Secretarias de Saúde do Estado e do Município e sua rede hospitalar para a construção de um serviço excelência; - Planejamento de ações diárias

orientadas pelo mapa de leitos das unidades, identificando a demanda diária de entrada e saída de pacientes nos registros de altas hospitalares, com previsão do tempo de hospitalização, facilitando a rotatividade e gerenciamento da disponibilidades de leitos hospitalares; - Implantação e treinamento dos profissionais de saúde nos sistemas de informação específicos dos hospitais universitários, os quais serão utilizados para gerenciar e operacionalizar as funções da central de regulação.

A etapa seguinte ao planejamento, a intervenção do NIR ocorreu mais efetivamente a partir de ações específicas, previamente diagnosticadas e definidas como prioritárias, relacionadas a reorganização do fluxo de acesso de pacientes na maternidade.

De acordo com a análise dos relatórios gerenciais apresentados pelo setor de regulação e avaliação em saúde do referido hospital e sistemas de informações, no período de um ano, observaram-se significativas mudanças na série histórica dos indicadores hospitalares relacionados a regulação do acesso, admissão, altas e transferências de pacientes.

Essa expressiva melhoria dos indicadores, especialmente de regulação neonatal e obstétrica, após a implantação do Núcleo Interno de Regulação - NIR, em uma maternidade escola de assistência terciária,- a qual tem como valores: a ética, eficiência, equidade, humanização, e segurança do paciente, dentre outros -, levou ao reconhecimento sobre a importância de ter um serviço interno que gerencie e facilite o fluxo de pacientes, tornando-o um excelente parceiro para a gestão e assistência. O NIR teve o cuidado em priorizar metas e processos de trabalho que pudessem qualificar a assistência prestada pelos profissionais de saúde aos seus usuários.

O ano de 2015 foi desafiador. Porém, a integração entre gestores, gerentes e profissionais de saúde permitiu a ampliação do número de transferências neonatais, impactando

positivamente nos diversos serviços assistenciais e gerenciais da maternidade, especialmente o serviço de emergência. É válido ressaltar que as internações de gestantes só são possíveis quando o serviço de média e alta complexidade da neonatologia dispõe de leitos livres e disponíveis para admitir recém-nascidos- RNs. Dessa forma, o serviço de emergência e o de neonatologia da Maternidade Escola são interdependentes na oferta de vagas para rede hospitalar de Fortaleza.

Considerações Finais

Esse trabalho fomentou considerações importantes no que se refere à implantação e estruturação de um serviço de regulação do acesso no campo da saúde coletiva. Desse modo, pode-se considerar o Núcleo Interno de Regulação - NIR como uma experiência exitosa e que seu processo de estruturação serve de subsídio para outros serviços de saúde, na medida em que se obtiveram os resultados esperados.

Os resultados apontam para a importância de um serviço de apoio e gestão regulatória, implantado nos hospitais, viabilizando a intercomunicação gerencial na oferta de leitos hospitalares, assim como o fortalecimento de parcerias entre os diversos setores e serviços de saúde, entre os entes federados, estimulando a corresponsabilidade mútua na execução e consolidação desse projeto.

A implantação do Núcleo Interno de Regulação facilitou a organização dos processos de trabalho local, mediando a comunicação entre as equipes envolvidas no processo regulatório, com a definição de papéis e responsáveis, sensibilizando-os continuamente na prática de ações capazes de viabilizar o gerenciamento da oferta e demanda de usuários que buscam atendimento na maternidade, com foco no acesso materno-infantil adequado e oportuno.

Após a instalação do Núcleo de Regulação, puderam ser percebidas as mudanças nas concepções de gestores, gerentes e profissionais de saúde, sinalizadas pela melhoria dos indicadores e ampliação da oferta, além da quebra de paradigmas sobre a ineficiência do processo regulatório local.

Dessa forma, é possível reconhecer a necessidade de novos estudos de acompanhamento do impacto posterior à implantação do NIR, no gerenciamento interno de leitos e seus efeitos na redução da taxa de permanência hospitalar, dentre tantos outros indicadores historicamente modificados.

Essa experiência possibilitou compreender, apesar dos inúmeros percalços e dificuldades que a organização do acesso da rede materno-infantil impõe, a urgente necessidade de um setor que se comunique e se articule com os diversos serviços assistenciais do hospital. Ação essa proposta pelos Núcleos Internos de Regulação, facilitando a integralidade da assistência, adequação do perfil clínico hospitalar dos usuários, rapidez na oferta de vagas, rotatividade de leitos hospitalares e consequente avanços dos indicadores de saúde.

O Núcleo Interno de Regulação da Maternidade Escola Assis Chateaubriand passou a ganhar notoriedade pelos desafios assumidos, junto com a equipe, diante de todas as mudanças observadas após a sua implantação. Inclusive, possibilitou alteração no contexto histórico institucional, sinalizando para outras diversas intervenções que devem ser praticadas e instituídas para a garantia de uma assistência regulatória de qualidades.

A necessidade contínua de melhorias na construção dos processos de trabalho é uma constante, principalmente devido à fragilidade quanto ao acesso. No entanto, os profissionais da equipe do NIR possuem o compromisso com a transformação dessa realidade, reconstruindo passo a passo a cadeia regulatória interna, que seja capaz de viabilizar o acesso

integral, ágil, humanizado e articulado de gestantes e neonatos. Com isso, reforça-se o compromisso e a integração entre a rede terciária, secundária e primária, hierarquicamente, evitando prejuízos à assistência de seus usuários, respeitando eticamente os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde.

Referências

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-pl.html>>. Acesso em: 03 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72p.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Regulação em saúde**. Brasília: CONASS / Ministério da Saúde, 2007. 126p. [Coleção Progestores]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_10.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FARIAS, E. et al. Nova abordagem de gerenciamento de leitos associada à agenda cirúrgica. **Rev. Adm. Saúde**, v. 12, n. 47, p. 63-70, 2010.

CAPÍTULO 11

SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CEARÁ: UMA ANÁLISE NO PERÍODO DE 2008-2013

*Izabel Janaina Barbosa
Clarice Maria Araujo Chagas Vergara*

Introdução

O envolvimento da Auditoria, voltada para a questão da saúde pública, tem enfrentado muitas dificuldades, principalmente quanto ao estabelecimento de critérios por parte das entidades a serem auditadas.

A Auditoria constitui-se em uma das mais importantes ferramentas disponíveis para monitorar um sistema de gestão, desde que executada por profissionais devidamente capacitados e qualificados para o exercício da função de auditoria no sistema de saúde pública do SUS. Esse tipo de profissional precisa ter, além do conhecimento técnico-científico, atributos pessoais, como: imparcialidade, prudência e diplomacia para lidar com os problemas, utilizando-se de pareceres que são embasados por leis, portarias e resoluções.

O Sistema Único de Saúde - SUS foi criado em um momento muito especial. Entretanto, é um Sistema bastante complexo, exigindo aperfeiçoamento para que seus objetivos sejam alcançados. A análise do sistema requer conhecimentos específicos, que nem sempre estão acessíveis aos profissionais da Auditoria e aos próprios gestores públicos envolvidos, o que

dificulta significativamente uma análise bem acurada do Sistema.

O setor de saúde, em nosso país, vem nos últimos anos passando por profundas mudanças nas ações de atendimento em decorrência do crescimento da demanda populacional e, especialmente, em função do avanço da tecnologia, no qual o país não tem acompanhado em toda a sua plenitude. A universalização do atendimento público, através do Sistema Único de Saúde, constituiu-se em um grande avanço, entretanto faltam ações práticas capazes de torná-la a solução dos problemas. A definição da política de saúde pública, bem como as dificuldades para se estabelecer controles e mecanismos adequados de regulação inviabilizam a gestão do setor (PAIM; CICONELLI, 2007).

Vale ressaltar que a auditoria nas entidades que controlam o sistema de saúde pública é uma ferramenta indispensável para que haja uma gestão de qualidade. A corrupção tem sido sistemática e requer o máximo de controle por parte dos gestores para evitar a sua propagação. O auditor ou auditores precisam ter uma atuação constante e sequencial para inibir essa prática delituosa na área da saúde pública.

No entanto, o Sistema Nacional de Auditoria - SNA surge para as atividades de prestação dos serviços de saúde no país, como um verdadeiro sistema legítimo e independente, com características diferenciadas, complementar aos sistemas de controle antes já existentes (GUEDES *et al.*, 2012).

O processo de estruturação do SNA foi abordado a partir de documentos que lhe dão respaldo legal e de relatórios que contemplam uma análise das realizações desse sistema. No entanto, não se tem, aqui, a pretensão de esgotar essa abordagem, diante da existência de uma ampla legislação de natureza histórica, econômica, política e social complexa e em permanente transformação (MELO, 2007, p. 80)

O Ministério da Saúde tem na auditoria em saúde do SNA um mecanismo de controle interno, cuja função é controlar e fiscalizar as ações em não conformidades ao SUS. Portanto, ao socializar o SNA, com as informações sobre suas ações, via elaboração anual de relatórios de gestão, é uma forma de viabilizar a transparência e avaliação dos serviços de auditoria.

Conforme destaca Junqueira (2001), a auditoria nos serviços de saúde pública torna-se um instrumento de viabilização e de otimização dos serviços, além de propiciar um direcionamento adequado dos recursos que são alocados, e vem se consolidando como um verdadeiro alicerce de avaliação da qualidade nessa área. O momento atual em que se vive, com inúmeras especialidades nas áreas dos serviços públicos, requer a inserção da auditoria em seu dia a dia para que o gestor e a sociedade tenham de fato um serviço de qualidade e sem a interferência da corrupção.

Dessa forma, chegou-se ao seguinte questionamento: Como se dá a atuação do Sistema Nacional de Auditoria no município de Fortaleza-Ceará?

Com o desenvolvimento da contabilidade no Brasil e no mundo, a auditoria tem assumido um papel cada vez mais importante dentro das entidades. Inclusive, tanto o campo da auditoria quanto o de controle têm experimentado uma expressiva evolução nos últimos anos, permitindo um aumento de conhecimentos em todas as áreas que envolvem especificamente a saúde.

Houve um tempo em que pouco se sabia sobre os riscos de uma intervenção dentro de uma Instituição de Saúde, logo, prestar serviços de Saúde não envolvia avaliação de riscos; era uma ação livre de risco, que exercia a busca da Saúde e da Qualidade de

vida. (PAIM; CICONELLI, 2007, p. 85).

A administração do sistema de saúde pública de nosso país envolve diversos setores que precisam de maior controle e avaliação com muita frequência. Atualmente, vê-se com mais amiúde que o setor público se encontra impregnado de corrupção e de desmandos, com a administração exercida, geralmente, por pessoas sem a mínima qualificação para a função. Agravando ainda mais o quadro, há o desconhecimento desses "administradores" e da sociedade em geral quanto ao papel desempenhado pela auditoria nessa área, sobretudo no que ela representa para o SUS. Em virtude disso, percebe-se que a auditoria na área da saúde pública acaba existindo apenas no regulamento, só no papel.

As diretrizes do Sistema Único de Saúde ainda faltam muito para serem implementadas, sendo a descentralização uma das estratégias consideradas de grande relevância para definir o papel do Estado em termos de gestão pública. A Tecnologia da Informação, existente em nossos dias, não permite mais que os serviços públicos continuem sob as amarras da burocracia e guiado pelos interesses dos prestadores de serviços.

As instituições prestadoras de serviços de saúde, tanto públicas quanto privadas, têm dado muita ênfase à questão da auditoria, considerando-a como um dos temas de grande relevância, tendo em vista envolver não só o controle financeiro, como também auxiliar os gestores responsáveis pela área.

Os gestores da saúde pública do município de Fortaleza têm demonstrado certa preocupação quanto ao acesso da assistência que deve ser prestada à população, como também as atividades curativas e ações preventivas nas políticas de saúde. O Sistema Único de Saúde tem na assistência o seu papel primordial no sentido da prestação de um serviço não só

qualitativo, mas também quantitativo para as pessoas que dele necessitam.

Na cidade de Fortaleza, esses serviços e ações de saúde têm sido heterogêneos, abrangendo as unidades em áreas da periferia e das favelas, além das áreas centrais e nobres, apesar do crescimento da demanda de pacientes, fazendo com que haja insuficiência não só de profissionais de saúde como também de materiais, de equipamentos e até mesmo de espaços físicos. Daí, concluir-se que a qualidade e a quantidade da assistência serem discrepantes, fazendo com que a população sinta-se insatisfeita com a morosidade e desatenção que lhe são prestadas.

Cabe, portanto, uma atuação mais eficiente por parte dos poderes públicos constituídos, tanto em nível municipal, quanto estadual e Federal, no sentido de se estabelecer políticas públicas eficientes e resolutivas para atender com satisfação a essa demanda populacional que está cada vez mais carente de atendimento dos serviços públicos de saúde.

Embora com um longo caminho a percorrer e vários desafios a enfrentar, o SNA precisa ultrapassar o modelo histórico de controle interno vigente no Brasil, extremamente formal e centrado no emprego dos recursos financeiros. Seus maiores desafios podem ser assim sintetizados: 1) reconhecimento da sua força de trabalho; 2) aperfeiçoamento do seu princípio descentralizador e das políticas intersetoriais, através da adoção de metodologias mais eficazes, no sentido de buscar uma melhor integração entre as três esferas e a adequação das parcerias com órgãos internos e externos ao Ministério da Saúde; 3) um efetivo controle social. A integração desses três desafios delineará características menos racionalizadoras nas

normas, regulamentos, rotinas e procedimentos, viabilizando a otimização e resolutividade das ações do SNA. (MELO, 2007, p. 104).

Nesse relato, iremos discutir a experiência vivenciada ao analisarmos as auditorias realizadas pelo Sistema Nacional de Auditoria - SNA no município de Fortaleza, estado do Ceará, no período de 2008 a 2013. Assim, tentaremos descrever a origem das auditorias realizadas, demonstrar os tipos de instituições de saúde auditadas, apresentar as finalidades das auditorias realizadas, apontar as principais legislações utilizadas no embasamento das falsas constatações e, por fim, avaliar as recomendações finais dos relatórios em estudo.

Essa experiência partiu principalmente do desejo de um conhecimento maior sobre a auditoria, bem como a respeito das normas e procedimentos que a regulam. Buscou-se contribuir com as gestões organizacionais, tornando-se responsável por elementos essenciais, para a tomada de decisões relativas à situação patrimonial, financeira e administrativa de uma organização. A extrema importância da auditoria para instituições é demonstrada com os retornos para os gestores, através dos seus relatórios, dando a verdadeira segurança e controle para a eficiência dos processos.

Os serviços de auditoria na área da saúde pública têm sido de grande valia, apesar das dificuldades encontradas, em função da falta de critérios e das dúvidas apresentadas, pelo próprio sistema. É que o Sistema Nacional de Auditoria - SNA do SUS ainda requer a existência de uma estruturação melhor definida, com funções a serem desempenhadas e até mesmo quanto ao instrumento da glosa e toda sistemática legal para implementação de sua conjuntura.

A auditoria envolvida no setor de saúde é aplicada na

área privada por meio dos planos e convênios e no Sistema Único de Saúde, através do Sistema Nacional de Auditoria, nas três esferas de governo. Esse trabalho é realizado por meio de análise crítica, ética e sistemática da assistência prestada aos usuários, utilizando-se a conferência do atendimento e verificando se estão sendo cumpridos os padrões, indicadores e as normas previamente estabelecidos.

Metodologia

A experiência vivenciada foi na cidade de Fortaleza, no estado do Ceará, no período de 2008 a 2013, enfatizando as auditorias realizadas pelo Sistema Nacional de Auditoria na cidade em questão. Buscou-se, em síntese, investigar a contribuição que as auditorias poderiam oferecer à qualidade dos serviços. Nesse contexto, partiu-se do entendimento de que essa investigação requeria que se compreendessem todos os elementos envolvidos nessa avaliação, isto é, o conceito de qualidade nas instituições de saúde e as formas de geri-las. Procurou-se, assim, entender como a qualidade dos serviços de saúde passou a ser encarada como um diferencial competitivo; as dificuldades encontradas para mensurar e definir qualidade no âmbito da saúde; e o conceito de auditoria e dos pontos relacionados ao processo de avaliação e auditoria sob o enfoque da saúde, de modo a conhecer os vários componentes utilizados como parâmetro de avaliação pelo auditor.

Nesse contexto, o trabalho centrou-se em uma pesquisa documental, através de consulta ao Sistema Nacional de Auditoria - SNA, analisando as auditorias processadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS na cidade de Fortaleza, no período de 1º de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2013. Ocasão essa em que foi possível constatar a realização de 92 intervenções. Frente a isso, decidimos por estudar as

razões dessas avaliações, os procedimentos adotados e os resultados obtidos, através das mesmas, além do embasamento legal que as nortearam. A perspectiva era de investigar a efetiva relevância que os processos de auditoria podem ter sobre a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Avaliamos os motivos e as finalidades dessas auditorias, as unidades de saúde auditadas, as metodologias adotadas e os resultados obtidos nessas avaliações, buscando avaliar o papel e a relevância do processo de auditoria na melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

As informações coletadas, após receberem tratamento com o objetivo de sintetizá-las, foram apresentadas em tabelas e gráficos que poderão ser úteis para novos estudos. As considerações e exposições acerca do trabalho da auditoria na área da saúde mostram como esse trabalho pode contribuir para a melhoria dos serviços prestados aos usuários do Sistema Nacional de Auditoria – SNA.

Quando foi realizado o levantamento de documentos do Ministério da Saúde, referentes ao controle, avaliação e auditoria de procedimentos e serviços de saúde, sob a gestão do município - os serviços próprios, transferidos e os contratados e conveniados com o setor privado-, permitiu-se que, a partir do conteúdo explorado, tivéssemos a possibilidade de questionar o ambiente no qual os trabalhos em auditoria na área da saúde se desenvolveram e, desse modo, participar ativamente com sugestões para a implantação de mudanças.

As técnicas adotadas para o confronto de dados quantitativos compreenderam a análise de documentação, conferência de somas e cálculos, correlação entre as informações obtidas e evidências, conforme apresentou o Sistema Nacional de Auditoria.

As coletas de dados foram com base no processo de auditoria, enquanto as demais informações foram constituídas

pelas avaliações sistemáticas e rotineiras para efeitos de fiscalização, processadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS.

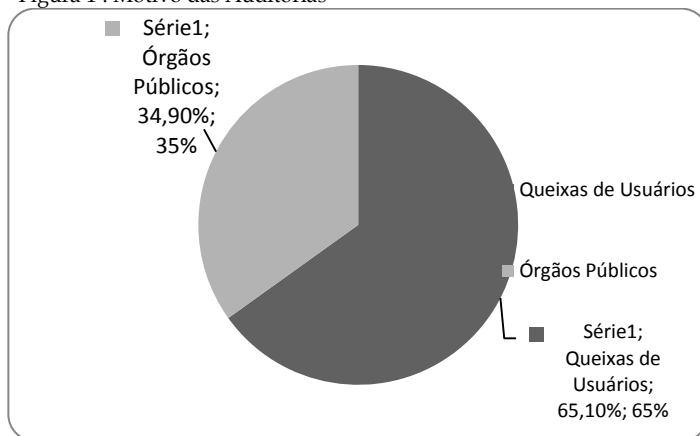
A técnica utilizada para a análise de dados consistiu no cruzamento dos dados quantitativos com as intervenções, ocorridas no período de 2008 a 2013, por meio de gráficos e quadros para melhor visualização dos resultados obtidos com a pesquisa.

Análise dos Resultados e Discussão

A partir da consulta realizada no site do Sistema Nacional de Auditoria – SNA, acerca dos procedimentos de avaliação, efetuados nas unidades de saúde de Fortaleza e de instituições que, de algum modo, operam na área, foi possível constatar a realização de 92 intervenções, no período de 2008 a 2013. Desse total; 56 constituíram um processo de auditoria, enquanto as demais constituíram avaliações sistemáticas e rotineiras para efeitos de fiscalização processadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS.

Na análise dos 66 processos de auditoria efetivados, observa-se que (65,10%), ou seja, 43, eram decorrentes de queixas de usuários, enquanto (34,9%), compreendendo aos 23 processos restantes, foram motivados por órgãos públicos, conforme se verifica no gráfico a seguir (Figura 1).

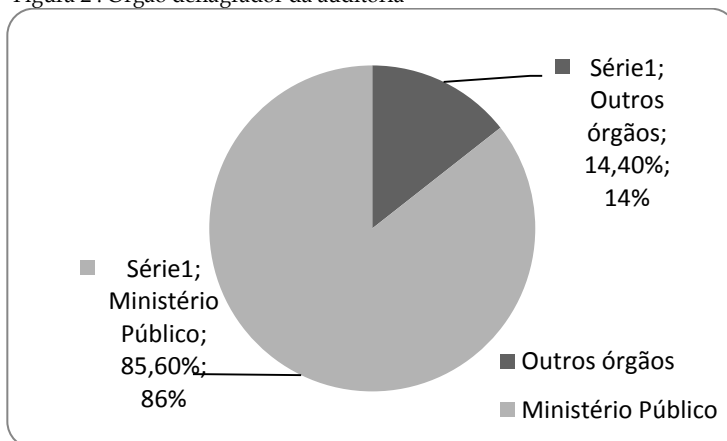
Figura 1 . Motivo das Auditorias



Fonte: Elaborado pelas autoras, a partir dos dados da DENASUS / SNA (2008 – 2013).

Entre os órgãos públicos que deflagraram os processos de auditoria, merece destaque a atuação do Ministério Público do Estado do Ceará que requereu 18 processos, como se observa no gráfico abaixo (Figura 2).

Figura 2 . Órgão deflagrador da auditoria



Fonte: Elaborado pelas autoras, a partir dos dados da DENASUS / SNA (2008 – 2013).

O Sistema Único de Saúde - SUS foi instituído como política pública desde 1988 e vem passando por reformas, visando garantir a saúde como um direito universal. Mesmo não se constituindo ainda prioridade dos governantes, seus princípios têm sido preservados. “O próprio Ministério Público reconhece o tanto que a nossa auditoria tem ajudado a fortalecer o SUS como política” (MELO, 2007, p.138).

Ao considerar o percentual de auditorias que teve como ponto de partida as queixas de usuários, pode-se concluir que estão mais atentos aos seus direitos e à qualidade dos serviços que devem receber.

Por outro lado, ao observar que tanto os processos de auditoragem decorrentes de queixas de usuário, quanto aos iniciados a partir de um órgão público foram deflagrados pelas instituições públicas. Percebe-se então que a auditoria, como um método de apuração e análise, conta com credibilidade diante a

essas instituições. Prova disso é o próprio Ministério Público que faz questão de requerê-lo com frequência, quando acionado por denúncia de irregularidade. Assim, é presumível que, caso não oferecessem resultados e não tivessem relevância na apuração dos possíveis desvios ou falhas, as auditorias não seriam solicitadas.

No que tange às instituições de saúde auditadas, foi possível verificar que a maioria delas era composta de hospitais públicos e particulares, sendo o restante do universo investigado, praticamente, dividido meio a meio entre postos de saúde municipais e estaduais e outras unidades de finalidades diversas, como, por exemplo: clínicas, laboratórios e farmácias. Os resultados podem ser expressos tanto em número como em termos percentuais, como mostra o quadro a seguir. (Quadro 1).

Quadro 1 . Tipos de Instituições de Saúde Auditadas

Tipo de Instituição de Saúde	Quantidade	%
Hospitais	44	66,6
Postos de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde	11	16,6
Postos de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde	6	9,9
Outros tipos de unidades de atendimento à saúde	5	22

Fonte: Elaborado pelas autoras, a partir dos dados da DENASUS / SNA (2008 - 2013).

Deve ser destacado aqui que os diversos tipos de instituições de saúde, incluindo-se os hospitais públicos, privados e a rede básica de saúde, possuem configurações

organizacionais específicas. Apesar disso, compartilham algumas características similares, a exemplo da autonomia dos médicos e da centralização do poder hierarquizado dessas organizações (SANTOS, 2007, p. 232).

No que concerne à metodologia adotada nos processos de auditoria, observou-se acentuada preponderância da clássica abordagem em duas etapas: uma analítica e outra operativa, posto que 56 processos avaliados apresentaram esse modelo. Fugindo essa regra, oito processos foram constituídos de uma única etapa, a fase analítica, compreendendo uma simples averiguação de preenchimento inadequado de documentos e fichas de controle que são exigidos pela lei.

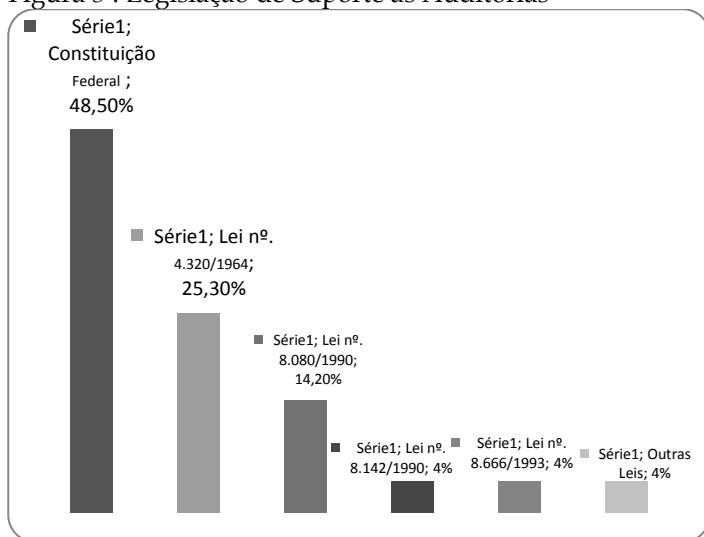
Por outro lado, no que diz respeito à legislação utilizada para embasar as auditorias, pôde-se constatar que, além da consulta ao site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, em busca das informações cadastrais do posto ou unidade de saúde auditada, houve uma preponderância de embasamento em alguns textos legais como, por exemplo, a Constituição Federal de 1998; as Leis nº. 8.080/1990, onde é instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde - SUS, criado e definido por esta Lei; A lei nº. 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências; A Lei nº. 4.320/1964, que estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Enquanto a Lei nº. 8.666/1993 regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências; Foram ainda levadas em consideração as Portarias do Ministério da Saúde; Resoluções de Diretoria

Colegiada da ANVISA, Resoluções de Comissões Intergestores Bipartite e Manuais de Orientações Técnicas do Ministério da Saúde e os Manual de Auditoria do SENASUS/SNA, entre outros.

A função principal do Sistema Nacional de Auditoria consiste na avaliação técnica, científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde, devendo sua ação ocorrer de forma descentralizada através dos órgãos estaduais e municipais, além da representação do Ministério da Saúde do governo federal que existe em cada estado da federação. O Departamento Nacional de Auditoria do SUS atua na auditoria do SUS, acompanhando as ações previamente propostas e analisando seus resultados (SANTOS; BARCELLOS, 2009).

Assim é que na Constituição Federal de 1988 foi mencionada como suporte legal para embasamento do processo de 46 auditorias realizadas. Já as leis nº 4.320/1964, nº 8.080/1990, nº 8.142/1990 e nº 8.666/1993 foram citadas como suporte legal para os processos de auditoragem, respectivamente, em 27 vezes, 38, 32 e 23 vezes, enquanto nas demais, devido às especificidades das ações exigidas, as leis usadas foram aquelas pertinentes à cada situação, como mostra os valores em percentuais expressos no gráfico abaixo (Figura 3).

Figura 3 . Legislação de Suporte às Auditorias



Fonte: Elaborado pelas autoras, a partir dos dados da DENASUS / SNA (2008 - 2013).

Na previsão da criação do Sistema Nacional de Auditoria, a Lei nº 8.080/90 procurou estabelecer quais as instâncias de gestão do SUS para acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, ficando o papel do SNA e sua competência de controle interno para serem efetivados pelo serviço de auditoria no SUS, regulamentando assim o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação dos estados e municípios. Em seus dispositivos, a Lei já prevê acordos entre os federados, com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços, de forma regionalizada, já com a definição de responsabilidades, indicadores e metas a serem alcançadas (ROSA, 2012).

No que diz respeito, exclusivamente, às auditorias que tiveram como origem a percepção da necessidade de avaliar e

melhorar práticas e serviços, observou-se que, além da legislação constitucional e ordinária, os auditores citaram ainda, em suas análises, várias recomendações da Organização Mundial de Saúde - OMS, do Conselho Federal de Medicina - CFM e da Organização Nacional de Acreditação - ONA, entre outras entidades. Nesse caso, sugeriram a adoção de normas e procedimentos relacionados com a contínua melhoria da qualidade dos serviços de saúde, por serem tais recomendações internacionalmente aceitas e reconhecidas em grande número de países.

Nesse contexto, vale destacar as menções feitas à Organização Nacional de Acreditação - ONA em 14 relatórios dos elaborados pelos auditores que deram curso às 18 auditorias, tratando da avaliação e melhoria das estruturas e serviços das unidades de saúde analisadas.

A publicação dos resultados das auditorias, através da emissão de relatórios, busca oficializá-los e socializá-los, no sentido de atribuir à sociedade uma condição de coparticipação nas ações estatais e de vigilância quanto à manutenção de determinados privilégios, como mencionado antes. Evita-se, com isso, a apropriação privada da política pública e a falta de vínculo com as reais necessidades da coletividade, estabelecendo uma confiança mútua entre o Estado, seus funcionários e os cidadãos, e, conseqüentemente, uma maior adesão às políticas de saúde compromissadas com o bem público. De certa maneira, isso divide a pesada responsabilidade do SNA, no controle do desenvolvimento das políticas públicas de saúde e constitui-se em uma forma de controle democrático (MELO, 2007, p. 186).

Já no que concerne às finalidades das auditorias, observou-se que as suas razões estão registradas, conforme foram agrupadas no quadro abaixo (Quadro 2).

Quadro 2 . Finalidades das Auditorias

Finalidades das Auditorias	Quantidade	%
Apurar irregularidade na compra de produtos/equipamentos	14	21,2
Apurar irregularidade na cobrança de procedimentos hospitalares	10	15,1
Apurar desvios no fornecimento de remédios em postos/farmácias	7	11
Apurar outros tipos de desvios no uso de recurso/instalações	11	16,6
Apurar inadequado cumprimento da legislação nos registros	7	10,6
Avaliar, sob um dado aspecto, a qualidade dos serviços	18	26,6

Fonte: Elaborado pelas autoras, a partir dos dados da DENASUS / SNA (2008 – 2013).

A auditoria em serviços de saúde sempre constituiu-se como um dos instrumentos de controle e de avaliação para a gestão do SUS. Tem como função fiscalizar as ações e serviços que são oferecidos à população, seus processos e resultados, bem como as condições de acolhimento, informação, comunicação e a aplicação dos recursos públicos. Para tanto, utiliza análise comparativa entre o que está sendo feito e os critérios técnicos, operacionais e legais,

Se caracterizando como a consolidação de um anseio antigo por parte de profissionais ligados à área de saúde, tendo como produto final a satisfação dos profissionais e serviços de saúde e do usuário, razão da existência de todo o sistema. (ROSA, 2012, p. 28).

Assim, pode-se concluir que a maior parte das auditorias tinha como escopo o uso do processo na sua forma mais tradicional, isto é, apuração de fraudes e/ou desvios de recursos, insumos e finalidades do serviço. Ao retomar 66 processos analisados, 48 tinham essa finalidade; sendo que as 18 auditorias restantes tinham como propósito a análise de serviços e a melhoria das atividades executadas pelas instituições, conforme apresenta o quadro a seguir (Quadro 3).

Quadro 3 . Síntese da Finalidade das Auditorias

Finalidades das Auditorias	Quantidade	%
Viés tradicional: apuração de irregularidades	48	72,0
Viés de mudança: avaliação da qualidade dos serviços	18	28,0

Fonte: Elaborado pelas autoras, a partir dos dados da DENASUS / SNA (2008 – 2013).

Mas, ao considerar o princípio da auditoria, quando essa era usada apenas para apuração de desvios e constatação de fraudes, verificou-se que o processo de auditoria ganhou maior importância no que diz respeito à qualidade dos serviços prestados. A prova disso é que, embora mais da metade de todas as investigações processadas tenham tido a finalidade de investigar supostos desvios e malversações, vê-se que cerca de um terço do total foi deflagrada com a finalidade de avaliar e promover melhorias nas instalações e na oferta de serviços de saúde, o que já representa um significativo avanço na utilização dessa ferramenta.

O mérito da auditoria do Sistema Nacional de Auditoria parece situar-se no Sistema Único de Saúde, como uma política de Estado que consegue promover a intervenção social objetivada, proporcionando modelos de atenção e gestão à saúde, adequados às demandas e às necessidades da população. Além disso, estabelece prioridades claras e específicas para os contextos diversos e explicita a maneira como os recursos estão sendo distribuídos, o que o aproxima dos princípios da nova gestão pública (MELO, 2007, p. 188).

Por outro lado, ao avaliar tais resultados de forma mais abrangente, pode-se considerar que apurar desvios por duplicidade de cobrança nos procedimentos hospitalares, no fornecimento irregular de medicamentos, aquisição e manutenção de equipamentos e na compra de produtos, requer procedimentos que visam um mesmo fim: a otimização de recursos. Já a apuração do inadequado cumprimento da legislação, no que diz respeito ao preenchimento de formulários e no que concerne ao uso indevido do nome / CPF de profissionais de saúde, compreende ações que repercutem, de imediato, na qualidade do atendimento prestado.

Ou seja, pode-se depreender que mesmo as auditorias realizadas sob o viés tradicional da apuração de irregularidades

acabaram trazendo alguma contribuição para os serviços ofertados aos usuários.

O processo da auditoria neste caso específico consistiu em verificar se existe algum inquérito administrativo sobre desvio, roubo ou desaparecimento de bens patrimoniais, solicitando justificativas e se já existem medidas adotadas. Cabe à auditoria obter os resultados já apurados e analisar as providências que estão sendo adotadas no inquérito administrativo referente ao roubo ou desaparecimento de bens patrimoniais (PAIM; CICONELLI, 2007).

A auditoria utiliza-se dos seus métodos para auxiliar a organização a alcançar seus objetivos, aplicando uma espécie de abordagem sistemática e disciplinada capaz de avaliar e melhorar a eficácia dos processos de gestão de riscos, controles e da governança corporativa (PAIM; CICONELLI, 2007).

Para superar os desafios, a auditoria terá que avaliar a perspectiva de um sistema, cuja complexidade interdisciplinar e multiprofissional requer um processo de construção do seu referencial, pois não é, de todo, impossível. Basta que se faça uma abordagem emancipatória, com ações concertadas e não sobrepostas, tendo como objetivo gerar impactos efetivos na qualidade dos serviços prestados no âmbito do SUS, além de preservar a utilização do dinheiro público de forma mais adequada (MELO, 2007).

Considerações Finais

A auditoria nos serviços de saúde pública torna-se de grande valia em termos de controle e avaliação dos serviços, além de fornecer subsídios para a garantia do equilíbrio entre os recursos, a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários.

Os serviços prestados pelo SUS crescem numa proporção muito significativa, existindo um imenso

quantitativo de instituições de saúde prestando esse tipo de serviço para atender a demanda e não há ainda roteiros e protocolos específicos que propiciem uma auditoria mais criteriosa e específica, o que acaba dificultando o trabalho da equipe de auditoria por não dispor de profissionais com essa especificidade.

A auditoria em saúde é uma forma de controle e avaliação da gestão da saúde. Tem como função fiscalizar as ações e os serviços que são oferecidos, seus processos e resultados, as condições de acolhimento, informação, comunicação em saúde e especialmente a aplicação dos recursos financeiros públicos. Utiliza-se de métodos comparativos entre o que está sendo feito e os critérios técnicos, operacionais e legais, transformando-se na consolidação final que é a satisfação dos profissionais que lidam com os serviços de saúde e dos usuários, que se constituem a razão da existência de todo o sistema.

Conforme citado anteriormente, o Sistema Nacional de Auditoria tem desempenhado seu papel no que se refere aos objetivos de controle financeiro e investigação dos serviços públicos de saúde relacionados ao SUS, sobretudo, quando se evidenciam as dificuldades nos dispositivos de controle. A auditoria, nesse campo de atuação, tem se constituído uma árdua tarefa, em face de sua abrangência e até mesmo pela escassez de material literário. Daí, a dificuldade de se traçar um paralelo entre a avaliação e a auditoria, dada a centralidade de suas práticas na administração pública.

Ao se analisar a regulamentação do SNA com a consolidação da auditoria nos serviços de saúde pública no SUS, pode-se perceber o quanto representa abrir espaços nos mais diversos “claustros” desse sistema. As concepções acerca do SNA, assim como seu objeto no interior do Ministério da Saúde, são de grande relevância, dado a auditoria envolver um

universo institucional do SNA e a sua relação com o campo da auditoria em saúde. São inúmeros os órgãos de controle externo e, particularmente, os serviços terceirizados de saúde que requisitam serem melhores compreendidos, dada as relações de poder entre os participantes. O SUS, por si só, já representa um universo de atividades na área da saúde pública que requer o maior controle em face da necessidade de um serviço de qualidade aos usuários e o controle orçamentário a ele destinado.

De fato, a regulamentação da auditoria em saúde pública, através do SNA, veio fortalecer o processo de implantação do SUS e consolidá-lo como política de Estado. Dessa forma, o controle das ações e serviços de saúde, assim como a identificação das causas provocadas pela não solução de certas necessidades e problemas com a política até então adotadas, possibilitou condições de preveni-los e até mesmo sugerir as transformações necessárias. O SNA, através de seus avanços, tem sido fundamental para demarcar esse sistema como único órgão especializado em avaliar os serviços e ações de saúde prestadas pelo SUS, e preservar o uso adequado da aplicação dos recursos financeiros.

A auditoria em saúde pública, aplicada pelo SNA, visa buscar uma estruturação e operacionalização do sistema com base em práticas interdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e intersetorial, uma vez que sinaliza sua constituição como um campo do conhecimento na busca por inovações que se sustentam em disciplinas da administração, do direito, do planejamento, das ciências sociais, das políticas de saúde, enfim, de outras disciplinas.

Não se deve olhar a auditoria apenas sobre o aspecto de controle financeiro e disciplinatório, mas também com uma visão empreendedora, educativa e preventiva, já que se enquadra dentro de um contexto amplo, pois envolve economia

de materiais, evita desperdícios, aperfeiçoa o atendimento, dentre outras melhorias.

O aprimoramento da especialidade do auditor na sua formação curricular é uma necessidade que se impõe para o mercado de trabalho, pois se trata de ampliar sua visão sistêmica da instituição e do paciente. O porquê disso é que as instituições de saúde já entenderam que, para ter a garantia do lucro, é necessária a existência da qualidade no atendimento dispensado ao usuário.

Portanto, é através da auditoria nos serviços de saúde que se consegue redução de gastos e uma assistência segura e com qualidade para os usuários.

Referências

GUEDES, Diego Nunes et al. O papel do Sistema Nacional de Auditoria e sua base legal na otimização da Gestão de serviços oferecidos pelo SUS. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XV, n. 104, set 2012. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12225>. Acesso em: ago. 2015.

JUNQUEIRA, W. N. G. **Auditoria médica em perspectiva: presente e futuro de uma nova especialidade**. Criciúma: Edição do Autor, 2001.

MELO, M. B. **O Sistema Nacional de Auditoria do SUS: estruturação, avanços, desafios e força de trabalho**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. Originalmente apresentada como Tese. Disponível em: <<http://arca.iciet.fiocruz.br/bitstream/iciet/4379/2/285.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

PAIM, C. R. P.; CICONELLI, R. M. Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. **RAS**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 36, p. 85-92, jul. / set. 2007.

ROSA, V. L. **Evolução da auditoria em saúde no Brasil**. Londrina, PR: [s.n.], 2012. Disponível em: <<http://web.unifil.br/pergamum/vinculos/000007/000007B1.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

SANTOS, L. C.; BARCELLOS, V. F. **Auditoria em saúde: uma ferramenta de gestão**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

SANTOS, S. R. **Cultura nas instituições de saúde e suas relações**

com a identidade individual. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 229-235, abr. / jun. 2007.

CAPÍTULO 12

INDICADOR DE QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Silvana Maria Nunes Rodrigues
Luilma Albuquerque Gurgel*

Introdução

Nas últimas décadas, os serviços de saúde estão voltados cada vez mais para a Gestão de Qualidade, com o propósito de aprimorar a assistência prestada à sua clientela. A busca pelos padrões assistenciais de qualidade nos serviços de saúde vem sendo mais intensamente compartilhada entre os profissionais de saúde, sobretudo os que atuam no âmbito gerencial, tendo em vista que a sociedade de um modo geral está exigindo qualidade dos serviços, garantia de segurança, profissionalismo ético; forçando as instituições a gerarem serviços focados na satisfação dos seus usuários.

No setor saúde, a qualidade é definida, por Donabedian (1992), como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo de risco ao usuário e um alto grau de satisfação por parte dos clientes, considerando-se essencialmente os valores sociais existentes

Na era da gestão da qualidade, as empresas aderiram à utilização das normas de sistema de gestão, Organização Internacional para Normalização - ISO, séries ISO 9000, que têm como objetivo a padronização de práticas em seus processos para atender, de maneira sistemática, as necessidades dos clientes (ILKAY *et al.*, 2012). Dentre essas normas, destacamos a ISO 9001, versão 2015, que teve como principal modificação a inserção da gestão de riscos no sistema de gestão da qualidade, conforme informações divulgadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT (NASCIMENTO, 2013).

A Gestão de Riscos, de acordo com a norma ABNT NBR ISO 31000 (2009), consiste em atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização, no que se refere a riscos, definindo ações para o gerenciamento dos mesmos. O Gerenciamento de Risco nas instituições de saúde tornou-se premissa básica e norteadora dos processos assistenciais para obter a certificação da Qualidade. A prova é tanto que hospitais incorporaram a segurança e a prevenção de danos ao paciente exatamente nos padrões, normas e critérios de avaliação definidos em Manuais de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação - ONA. A utilização desses padrões, como medida preventiva de ocorrências, deve estar presente em todos os âmbitos que envolvem os serviços de saúde, com sua aplicação, através das equipes assistenciais e administrativas de hospitais, clínicas, laboratórios, entre outros. Dessa forma, trará reflexos diretos na qualidade do atendimento, evitando ou prevenindo danos ao paciente, bem como à própria instituição de saúde.

O principal objetivo da política de gerenciamento de risco é monitorar a assertividade do trabalho, utilizando como parâmetro a possibilidade ou ocorrência de tais situações adversas, que são muitas, como: erro na administração de medicamentos, extravasamento de quimioterápico, úlcera por

pressão, quedas, acidente de trabalho, infecção hospitalar, diagnóstico errado, dentre outras. Muitas ações contribuem para o bom gerenciamento de risco e, dentre elas, destacam-se a instalação e a execução consciente de um bom sistema de gerenciamento de não conformidades com a análise minuciosa da relação causa-efeito e também da educação permanente (FMRP, 2015).

Nesse contexto, um marco importante na atenção à saúde do Brasil foi a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP, pela Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, cujo objetivo é prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde no país (BRASIL, 2014). Segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (OMS, 2009; BRASIL, 2013). Esses danos desnecessários são conhecidos como eventos adversos que indicam falhas na segurança do paciente e refletem o distanciamento entre o cuidado real e o cuidado ideal.

A Cultura de Segurança do paciente pontua a necessidade de conhecer os riscos inerentes à assistência e notificar a ocorrência dos mesmos com a finalidade de modificar os processos, evitando a recorrência de falhas. As notificações são relevantes e devem existir sempre que for detectado um risco ou que ocorrer um evento adverso. Notificar constitui-se uma ação de cidadania, de compromisso com os pacientes, com os profissionais de saúde e com a Instituição. Importante ressaltar que esses erros, na prática assistencial dos diversos profissionais da área da saúde, não são intencionais, mas sim decorrentes de uma série de falhas na forma como é prestada essa assistência. Ou seja, não se deve estabelecer julgamentos aos indivíduos envolvidos nos erros; mas averiguar o processo assistencial.

Os Serviços de Enfermagem, como parte integrante dos estabelecimentos de saúde, enfrentam inúmeros desafios, no sentido de atender as demandas dos clientes internos e externos, a fim de alcançar a excelência da qualidade assistencial. Sob essa ótica, a busca contínua pela melhoria da qualidade da assistência é considerada um processo dinâmico de identificação constante dos fatores intervenientes no processo de trabalho da equipe de enfermagem e requer do profissional enfermeiro a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar, sistematicamente, os níveis de qualidade dos cuidados prestados (FONSECA *et al.*, 2005).

Dentre essas estratégias, observa-se a crescente preocupação desses profissionais quanto à construção e validação de indicadores no intuito de auferir a qualidade assistencial, bem como possibilitar às instituições hospitalares a visualização do atendimento prestado com o atributo qualidade. Conceitua-se indicador como uma variável, característica ou atributo de estrutura, processo ou resultado, capaz de sintetizar ou representar o que se quer avaliar (MOURA *et al.*, 2009). Dessa maneira, o emprego de indicadores possibilita aos profissionais de saúde monitorar e avaliar os eventos que acometem os usuários, os trabalhadores e as organizações, apontando, como consequência, se os processos e os resultados organizacionais vêm atendendo às necessidades e expectativas dos usuários (TRONCHIN *et al.*, 2010). O presente trabalho relata a experiência da implementação de um indicador de qualidade assistencial em enfermagem de um ambulatório em um hospital de ensino.

Objetivo

Relatar a experiência da implementação de um indicador de qualidade assistencial em enfermagem de um ambulatório de quimioterapia em um hospital de ensino.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência da implantação de indicador de qualidade da assistência de enfermagem em unidade ambulatorial de assistência a pacientes oncológicos de uma instituição pública de ensino em Fortaleza, estado do Ceará.

O cenário é o Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC, caracteriza-se por ser uma instituição de ensino, no município de Fortaleza, que compõe o Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará. Integrado ao Sistema Único de Saúde - SUS, o HUWC desempenha importante papel na assistência à saúde no estado do Ceará, na formação de recursos humanos e no desenvolvimento de pesquisas na área de saúde.

Entre os serviços oferecidos na instituição, temos o Ambulatório de Quimioterapia, dando assistência aos pacientes onco-hematológicos, que fazem terapia antineoplásica. Além das infusões medicamentosas, são realizadas punção e manutenção de cateteres totalmente implantados.

Segundo a Resolução Normativa nº 211 (BRASIL, 2010), a quimioterapia ambulatorial é aquela em que ocorre a administração de medicamentos para o tratamento do câncer, além de medicações para controle das toxicidades. Essas medicações, independente da via de administração e da classe terapêutica, necessitam, conforme prescrição médica, serem administradas sob intervenção ou supervisão direta de profissionais habilitados dentro de estabelecimentos de saúde.

Essa unidade possui estrutura física composta por dois consultórios; um posto de enfermagem; dois apartamentos e

uma enfermaria com 6 poltronas; uma sala de preparo de medicações; um fluxo laminar, no qual ocorre a manipulação de antineoplásicos; uma sala para realização de punção lombar; uma recepção; uma sala para armazenar material de limpeza, um expurgo e banheiros para os pacientes, familiares e funcionários. O ambulatório funciona das 7 às 13 horas, atendendo os pacientes hematológicos e das 13 às 19 horas, os pacientes oncológicos.

Na parte de recursos humanos, dispõe-se de seis profissionais técnicos em enfermagem, uma profissional da limpeza, quatro profissionais assistente-administrativos, cinco profissionais de nível superior em enfermagem, quatro profissionais médico hematologista, quatro profissionais médico oncologista, quatro profissionais médicos residentes em Hematologia, quatro profissionais farmacêuticos e dois assistentes de farmácia. Os pacientes atendidos na área clínica são de diversas faixas etárias e de ambos os sexos, mas que possuem alguma doença oncológica.

Os dados para construção do indicador são obtidos, mediante o formulário de controle de extravasamentos, compreendem as seguintes informações: nome do paciente, data e horário em que ocorreu o evento; nome, volume e concentração da droga extravasada; data de retorno para avaliação; localização do acesso venoso, tipo de dispositivo utilizado e contatos telefônicos do paciente. A documentação, através desses formulários, teve início em 1º de janeiro de 2015 e permanece até o presente momento.

Discussão

Um indicador pode ser definido como um sinalizador que auxilia a verificar se os objetivos propostos foram ou não alcançados. A criação de indicadores é extremamente relevante

para a avaliação da qualidade, pois proporciona uma medida e permite o monitoramento e a identificação de oportunidades de melhoria de serviços e de mudanças positivas em relação ao alcance da qualidade. Esses podem ser genéricos, fazendo referência a um processo assistencial; ou específicos, inerentes a uma doença. Habitualmente, também podem ser utilizadas unidades numéricas expressas, através de um número absoluto ou a qualidade de um evento; ou ainda, a uma relação de dois eventos (MOURA *et al.*, 2009).

O Ambulatório de Quimioterapia é um serviço que pertence ao Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará e realiza tratamento quimioterápico para pacientes onco-hematológicos, em nível ambulatorial. Nas suas dependências, ocorre todo o processo de manipulação e administração de quimioterápicos e possui uma equipe multiprofissional especializada composta por recepcionista, médico oncologista e hematologista, enfermeiro, técnico de enfermagem, farmacêutico psicólogo, apoio e serviços gerais.

O Enfermeiro é o profissional responsável pela aplicação dos medicamentos e deve assistir ao paciente antes, durante e após a administração dos quimioterápicos antineoplásicos, com a função de coordenar e supervisionar todas as atividades no Serviço de Quimioterapia. Nesse serviço, a administração dos medicamentos é realizada por enfermeiros e técnicos de enfermagem, sendo dever de todos os profissionais que manipulam e/ou administram os medicamentos quimioterápicos, respeitar as normas de preparo, administração e descarte dos resíduos tóxicos.

Os quimioterápicos antineoplásicos são classificados de acordo com o potencial agressivo aos vasos e tecidos em vesicantes e irritantes. Os quimioterápicos vesicantes são responsáveis pelas reações mais graves, pois provocam irritação severa com formação de vesículas e destruição tecidual, quando

extravasados. Enquanto que os quimioterápicos irritantes provocam reação cutânea menos intensa, como dor e queimação, sem necrose tecidual ou formação de vesículas (LLOP; LLORENT, 1993).

A via intravenosa é a mais utilizada para a administração de quimioterápicos por garantir absorção e nível sérico adequados das diferentes drogas. Dentre os principais eventos adversos relacionados à administração intravenosa, o extravasamento destaca-se como a complicação aguda mais severa, causando extremo desconforto e sofrimento ao paciente e exigindo do enfermeiro habilidade clínica para diagnosticá-lo e intervir precocemente (CHANES *et al.*, 2008).

Os principais sinais e sintomas de extravasamento são: dor, eritema, edema local, diminuição ou ausência de retorno venoso, além de redução da velocidade de infusão ou mesmo sua interrupção (ADAMI *et al.*, 2001). Portanto, torna-se importante orientar o paciente a expressar queixas referentes à administração do quimioterápico, tais como: sensação de dor e queimação no local de inserção do dispositivo pelo qual está sendo administrado o quimioterápico. Assim, será possível a intervenção precoce na ocorrência de extravasamento.

O cuidado aos pacientes oncológicos compreende a implementação de medidas de proteção e segurança à saúde desses pacientes, pois o longo período, que abrange a terapêutica, a administração de fármacos antineoplásicos e outros medicamentos, requer atenção diferenciada por parte dos profissionais envolvidos na assistência devido a possibilidade de provocar reações indesejáveis. Nessa perspectiva, a assistência prestada exige avaliação e monitoramento freqüente das potenciais complicações (GOZZO *et al.*, 2015).

Em face dos problemas específicos, acometidos aos usuários, por essa unidade ambulatorial, que administra

quimioterápicos antineoplásicos e da premência em melhorar a qualidade da assistência, com foco na segurança do paciente, sentimos a necessidade de implementar um indicador de resultado da qualidade dos serviços de enfermagem. Para tanto, foi adotada a proposta do Grupo de Enfermagem do HUWC, que definiu e designou um indicador a ser trabalhado no Ambulatório de Quimioterapia: Incidência de Extravasamento de Droga Antineoplásica.

INDICADOR: incidência de extravasamento de droga antineoplásica

O extravasamento conceitua-se como a presença de drogas nos tecidos subjacentes decorrente de seu escape do vaso sanguíneo. As complicações associadas a esse evento dependem da droga, da quantidade extravasada, concentração do antineoplásico, da localização do extravasamento, do estado clínico do paciente, do período de detecção da ocorrência e do início da intervenção adequada. (BONASSA; GATO, 2012).

A definição compreende a relação entre o número de casos de extravasamento de drogas antineoplásicas em um determinado período e a somatória dos atendimentos ambulatoriais que receberam drogas antineoplásicas, multiplicado por 100, conforme a equação abaixo:

Incidência de Extravasamento de droga antineoplásica = $\frac{\text{Número de extravasamentos}}{\text{Número de pacientes que receberam drogas antineoplásicas}} \times 100$

O extravasamento de drogas antineoplásicas é subnotificado e as referências encontradas se reportam à administração através de acesso venoso periférico.

Considerações Finais

A melhoria dos serviços de saúde demanda o uso de estratégias para avaliação e monitoramento de eventos, como o

uso de indicadores de qualidade, com a finalidade de proporcionar reflexões e possível mudança de atitude, visando à segurança do paciente, que ocorrerá mediante o esforço e envolvimento da equipe multiprofissional.

A experiência no Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário Walter Cantídio, com o processo de implementação de indicadores de qualidade no cotidiano das ações de enfermagem, nos proporcionou uma série de reflexões.

A equipe de enfermagem, que construiu o indicador, vislumbrou um problema recorrente no ambulatório, desafiando a todos a rever os processos utilizados e a revisar quais as situações de risco para a ocorrência das não conformidades. É válido ressaltar, que a assistência à saúde sempre envolverá riscos, mas esses podem ser reduzidos quando são analisados e evitados.

A implementação do indicador, como rotina de registros, necessitou que a equipe, encarregada dos cuidados ao paciente, fosse sensibilizada a demonstrar a ocorrência do dano e reafirmar o compromisso do registro do evento adverso. Ressaltamos aqui a resistência em documentar as falhas, que sempre reportam aos profissionais e gestores a cultura da culpa. A cultura de segurança do paciente pontua a necessidade de conhecer os riscos inerentes à assistência e notificar a ocorrência dos mesmos, pois os erros quando ocorrem sinalizam a necessidade de modificar os processos e não, os profissionais.

Ressaltamos ainda que, apesar do registro cuidadoso dos dados, não houve um trabalho institucional voltado a garanti-los. A melhoria contínua deve ser uma preocupação de todos os envolvidos no processo: gestores e profissionais. A mudança só ocorrerá mediante um processo de educação permanente: a gestão deve embasar o plano de trabalho voltado à qualificação dos processos, através do conhecimento dos indicadores, e trabalhar o foco do problema desprovido de

atitudes meramente fiscalizatórias e punitivas e sim, proporcionar oportunidades de aprendizado tanto para profissionais, como para os gestores.

Consideramos que mensurar esses indicadores, ao longo de ano, foi uma experiência enriquecedora. Proporcionou-nos um olhar mais apurado sobre os riscos inerentes à atividade e trouxe informações mais consistentes da prática de enfermagem que essencialmente requer ampliar os conhecimentos, melhorar a ambiência e envolver o usuário do serviço no processo. Além de tudo, contribuiu para uma reflexão individual.

Trabalhar a segurança do paciente, através do uso de indicadores de qualidade, nos possibilitou enxergar além dos problemas que insistimos em repetir como existenciais. Exemplos disso, são: os problemas de estrutura, as fragilidades institucionais, problemas políticos, os aspectos culturais, dentre outros. Tudo isso nos proporcionou insistir em pequenas, mas importantes mudanças que podem ser instituídas e nos ajudam a executar um cuidado de enfermagem mais seguro e mais qualificado para o paciente oncológico.

Referências

ADAMI, N. P.; BAPTISTA, A. R.; FONSECA, S. M.; PAIVA, D. R. S. Extravasamento de drogas antineoplásicas: notificação e cuidados prestados. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 47, n. 2, p. 143-51, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT NBR ISO 31000. **Gestão de Riscos: Princípios e Diretrizes**. 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT NBR ISO 9001. **Sistema de Gestão da Qualidade: Requisitos**. 2008.

BONASSA, E. M.; GATO, M. I. R. **Terapêutica Oncológica para Enfermeiros e Farmacêuticos**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 211, de 11 de Janeiro de 2010**. Atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui a referência básica para a cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2010b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/texto.lei.php?id=1575>>. Acesso em: 8 abr. 2016.

CHANES, D. C.; DIAS, C. G.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Extravasamento de drogas antineoplásicas em Pediatria: Algoritmos para prevenção, tratamento e seguimento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 263-273, 2008.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN - 210/1998**. Dispõe sobre a atuação dos profissionais de

Enfermagem que trabalham com quimioterápico antineoplásicos. Brasília, DF: Resoluções COFEN, 1998. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2101998_4257.html>. Acesso em: 10 abr. 2016.

DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: WHITE, K. L.; FRANK, J. **Investigaciones sobre servicios de salud: uma antologia**. Washington: OPAS, 1992. p. 72-90.

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO. **Gerenciamento de risco traz mais segurança no atendimento à saúde no HEAB**. Disponível em: <<http://www.fmrp.usp.br/gerenciamento-de-risco-traz-mais-seguranca-no-atendimento-a-saude-no-heab>>. Acesso em: 05 abr. 2016.

FONSECA, A. S.; YAMANAKA, N. M. A.; BARISON, T. H. A. S.; LUZ, S. F. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 161-168, 2005.

GOZZO, T. O. et al. Conhecimento da Equipe de Enfermagem Acerca de Eventos Adversos do Tratamento Quimioterápico. **Cienc. Cuid. Saúde**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 1058-1066, abr. / jun. 2015. Disponível em: <<http://www.iso.org/tc176/sc02/public>>. Acesso em: 08 abr. 2016.

ILKAY, M. S.; ASLAN, E. The effect of the ISO 9001 quality management system on the performance of SMEs. **International Journal of Quality & Reliability Management**. 2012. doi:10.1108/02656711211258517.

CAPÍTULO 13

ESTRATÉGIAS PARA A EFICÁCIA NA UTILIZAÇÃO DAS VAGAS DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS OFERTADOS PELA POLICLÍNICA REGIONAL DE IGUATU-CEARÁ

*Cleivania Carvalho de Oliveira Alcantara
Maria Helena Lima Sousa*

Introdução

Uma das experiências mais inovadoras na saúde pública brasileira, garantindo a melhoria da saúde da população, foi a implantação dos Consórcios Públicos de Saúde, que consistem na união entre dois ou mais entes da Federação, sem fins lucrativos, com a finalidade de prestar serviços e desenvolver ações conjuntas que visem o interesse coletivo e benefícios públicos (SILVA *et al.*, 2014).

Para Teixeira *et al* (2003), o consórcio intermunicipal é uma iniciativa de municípios, localizados geograficamente em áreas adjacentes e regidos por leis ou preceitos próprios. Os municípios associam-se para gerir e prover conjuntamente serviços especializados e de apoio diagnóstico de maior inovação tecnológica às suas populações.

O estado do Ceará elegeu o modelo de gestão consorciada em saúde, por este ser o mais semelhante aos

princípios básicos do Sistema Único de Saúde - SUS, no que diz respeito à contribuição para o processo de regionalização e descentralização das ações e serviços em saúde. Além disso, esse modelo gerencia os serviços ambulatoriais especializados nas áreas de consultas médicas especializadas, terapias e exames complementares.

As Policlínicas Regionais do estado do Ceará são administradas pelos Consórcios Públicos Microrregionais, responsáveis pelo atendimento especializado de média complexidade. A Policlínica Manoel Carlos de Gouvêa, localizada na cidade de Iguatu, no Ceará, mesmo sendo regionalizada, encontra problemas cotidianos que, ao longo de seu funcionamento, vêm sendo solucionados, a fim de garantir a melhoria do acesso e qualidade no atendimento. O elevado absenteísmo, por exemplo, foi um dos problemas mais comumente detectados, diminuindo a eficácia na oferta de vagas de consultas e exames oferecidos pela policlínica.

Para o enfrentamento de problemas, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias que venham a contribuir com a organização do serviço, gerando resultados extremamente satisfatórios. É fundamental também que objetivos sejam traçados à medida que se definem as estratégias a serem utilizadas.

Assim sendo, o planejamento estratégico é uma ferramenta de trabalho que surge como condição indispensável para que sejam aprimoradas as tomadas de decisões na organização. As decisões devem ser tomadas com base nas estratégias adotadas, sendo fundamentais para a organização e direção da gestão, a partir de uma análise interna e externa do ambiente de trabalho.

Método

O presente estudo relata a experiência vivida na gestão da Policlínica Regional de Iguatu, no estado do Ceará, conhecida por Poli de Iguatu, cujo objetivo foi o enfrentamento de fatores que contribuem para a subutilização de vagas ofertadas para consultas e exames especializados, contribuindo assim para a diminuição da fila de espera por esses procedimentos. Ela presta serviço à população dos nove municípios que compõem o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Iguatu. Esse serviço funciona de segunda à sexta-feira das sete às 18 horas, oferecendo vagas em 13 especialidades médicas e diversos exames e procedimentos especializados. A distribuição das vagas dá-se de acordo com o critério populacional definido através do contrato do programa, assinado por todos os entes consorciados, conforme tabela 1.

Tabela 1 . Total de Vagas Ofertadas na Policlínica Regional de Iguatu por Critério Populacional, em 2015

MUNICIPIO	Iguatu	Acopiara	Cariús	Dep. Irapuan Pinheiro	Jucás	Mombaça	Piquet Carneiro	Quixelô	Saboeiro	Total
População	96.523	51.171	18.348	9.094	23.809	42.707	15.501	15.000	15.754	287.907
% População	33,53	17,77	6,37	3,16	8,27	14,83	5,38	5,21	5,47	100,00
Consultas Médicas Especializadas	942	499	179	89	232	417	151	146	154	2810
Outros procedimentos /mês	1.256	665	239	118	309	555	201	195	205	3743
SADT/MES	1.205	639	229	114	297	533	194	187	197	3595

Fonte: IBGE, Contrato de Programa do Consórcio, 2015.

Após um ano de funcionamento da Poli de Iguatu, foi observado que o aproveitamento das vagas estava bem abaixo das metas estabelecidas no contrato do programa vigente. O percentual de utilização das vagas ofertadas no primeiro ano de funcionamento do serviço foi de (61,90%) nos procedimentos de consultas e exames especializados, enquanto a meta estabelecida pelo contrato de rateio era no mínimo de (75%). Iniciou-se, então, um ciclo de discussão, no Colegiado Inter gestores Regional - CIR, com os secretários municipais de saúde que compõem o consórcio, para que pudessem propor a implantação de estratégias, capazes de proporcionar maior aproveitamento desse serviço. A principal queixa dos secretários foi em relação à dificuldade do acesso, pois os municípios consorciados ficam distantes do município sede da Policlínica, exigindo uma maior locomoção dos usuários ao serviço.

Diante desse diagnóstico, iniciou-se, no final de 2014, o processo de implantação da primeira estratégia, com o objetivo de aumentar a eficácia das vagas ofertadas. Foi levada à assembleia a necessidade da aquisição de micro-ônibus para a implantação do transporte sanitário do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Iguatu.

Alves (2010) refere-se ao transporte sanitário como:

O Transporte Sanitário Público, ou Transporte Secundário de Pacientes, é o transporte de pessoas portadoras de quadro de saúde agudo ou cronicamente enfermas avaliadas por profissionais de saúde em domicílio ou em unidades de saúde e que não possuem risco imediato de morrer, mas necessitam de encaminhamento a outra unidade de saúde, geralmente, de maior complexidade. Esse serviço inclui o transporte eletivo de portadores de necessidades especiais com

dificuldades de locomoção em veículo próprio ou transporte coletivo para realizar exames, consultas especializadas programadas, tratamentos de hemodiálise, dentre outros. (ALVES, 2010, p. 182).

Nesse contexto, buscando a solução para a melhoria do acesso dos pacientes ao nosso serviço, em fevereiro de 2015 foi implantado o Transporte Sanitário, com a aquisição de oito micro-ônibus, sendo dois com 31 lugares para municípios com população acima de 40.000 habitantes, e seis de 27 lugares para municípios, com população abaixo disso. Esses micro-ônibus foram entregues aos municípios, através de instrumento jurídico de Contrato de Programa. O transporte é feito diariamente entre os municípios consorciados e o município sede do equipamento de saúde.

A necessidade de implantação de uma nova estratégia deu-se após a implantação do sistema de regulação informatizado, o UNISUS WEB, implantado pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará que passou a regular todo o acesso aos serviços referenciados no estado do Ceará. Com a informatização da marcação, via centrais de marcação, foi possível avaliar outro parâmetro que retrata o não aproveitamento das vagas. Passou-se a avaliar o percentual de absenteísmo na Policlínica Regional de Iguatu.

Para Sá (2012):

O absenteísmo do usuário é um ato praticado de não comparecer às consultas e aos procedimentos agendados no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta prática gera desperdícios de recursos públicos, desorganiza a oferta de serviços, limita a garantia da atenção nos diversos níveis de assistência e retorno dos usuários faltosos ao fluxo de marcações de consultas e exames. (SÁ, 2012, p. 7).

Com o objetivo de otimizar a utilização das vagas ofertadas e não utilizadas ocasionadas pelo absenteísmo, foi pactuado institucionalmente, através da assembleia de prefeitos e CIR, o compromisso de realização de sobre oferta de vagas (*overbooking*) nas agendas já ofertadas. Para o funcionamento adequado dessa prática, é feito um esclarecimento prévio ao usuário no ato da marcação do procedimento, informando ao mesmo a possibilidade de não atendimento caso todos os pacientes marcados compareçam ao serviço. A marcação é feita em formulário diferenciado e com a instrução dos usuários sobre a possibilidade de não ser atendido.

Um estudo, realizado por Santos (2008), em um município baiano, indicou um percentual geral de absenteísmo de (27,45%). Quando se analisa o mesmo em relação à pactuação intermunicipal, identifica-se que, das consultas e procedimentos agendados, (40,62%) desses serviços não são realizados, contra (25,89%) de absenteísmo dos usuários do município sede. Outro dado encontrado no mesmo estudo é que as unidades, em que os usuários apontam como de melhor qualidade do serviço, têm menor índice de absenteísmo. Santos (2008) relata, também em seu trabalho, algumas causas de absenteísmo referidas pelos usuários, que, na grande maioria, estão relacionadas às barreiras sócio-culturais (39,28%) e às barreiras geográficas (35,71%).

Analizando o primeiro trimestre de 2015, após a implantação do UNISUS WEB, na Policlínica Regional de Iguatu, observa-se um percentual médio de absenteísmo no serviço de (19,10%) em consultas e (13,13%) em exames. Fato esse que chamou atenção para o enfrentamento desse problema com uma nova estratégia, já que a implantação do sistema de transporte coletivo, por si só, não tinha garantido um impacto relevante na eficácia da utilização das vagas ofertadas pelo serviço.

Concomitante à prática de *overbooking*, foi implantada mais uma estratégia: o “Projeto Acolhimento Ativo”, que consiste em acolher de forma humanizada e diferenciada os usuários do serviço de saúde, promovendo a satisfação dos usuários e acompanhantes com práticas de educação em saúde. Para isso, foram traçados os seguintes objetivos específicos: Promover satisfação dos usuários atendidos na Policlínica de Iguatu; Reduzir a ansiedade durante espera para consulta ou exames; Promover relaxamento aos pacientes; Despertar o interesse para a prática de atividade motora; Conscientizar a respeito de boas práticas de saúde e favorecer a socialização entre as pessoas na sala de espera.

Em síntese, o "Projeto Acolhimento Ativo" está alicerçado em:

- A proposta de um projeto de intervenção de acolhimento sistematizado e diferenciado, ou seja, de forma dinâmica e educativa, envolvendo vários profissionais de categorias diferentes com os usuários e seus acompanhantes desse serviço de saúde, surge pela necessidade de humanizar e acolher pessoas que necessitam do serviço de saúde.

- Em toda situação de atendimento prestado por profissionais de saúde, o acolhimento deve estar presente. Pressupõe atender a todos, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de dar respostas mais adequadas aos usuários, utilizando os recursos disponíveis para a resolução de problemas.

- Implica prestar atendimentos com interesse e responsabilização, orientando, quando for o caso, e estabelecendo articulações com outros serviços para a continuidade da assistência, garantindo, assim, a eficácia desses encaminhamentos. Merhy (2002) considera que nenhuma das propostas e experiências em processo no país dá conta, sozinha, de todos os aspectos envolvidos na problemática do modelo assistencial. São respostas parciais, que precisam ser conhecidas e articuladas.

A execução das ações acontece da seguinte forma: Por três turnos semanais, intercalados entre manhã e tarde escolhidos, considerando o maior número de ofertas de serviços, ou seja, maior número de pessoas presentes, ou no momento indicado como o mais conveniente para o acolhimento. Foi nomeado e adaptado pela equipe por “Acolhimento Ativo”, sendo promovido em dois momentos: uma roda de conversa informativa, abordando temas conforme calendário comemorativo do Ministério da Saúde, e uma atividade motora.

Resultados

Ao se analisar os resultados alcançados após um ano da implantação das estratégias, observa-se o êxito das intervenções. Na análise dos dados apresentados na tabela 2, verifica-se que, em 2014, foram ofertadas 82.833 vagas para consultas especializadas, exames e procedimentos de apoio técnico e de diagnóstico, como: fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros; e foram confirmados 51.276 atendimentos. O percentual geral de aproveitamento, no ano de 2014, foi de (61,90%) das vagas ofertadas. No ano de 2015, foram ofertadas 85.821 vagas com um total de procedimentos confirmados de 67.759, totalizando um percentual de aproveitamento de (78,95%). Registrou-se no período um aumento de (27,54%) no aproveitamento das vagas em relação ao ano de 2014.

O absenteísmo nas consultas registrado nos três primeiros meses do ano de 2015 foi de (19,20%), enquanto a média para o restante do ano foi de (10,98%), resultando numa diminuição de (57,18%). Na tabela 2,

Encontram-se os resultados alcançados com detalhes de cada percentual.

Tabela 2 . Número de Procedimentos ofertados, confirmados, % de utilização e % de absenteísmo, apresentados na Policlínica Regional de Iguatu – CE, nos anos de 2014 e 2015

Procedimento	ANO DE 2014			ANO DE 2015			
	Oferta	Confirmado	% Utilização	Oferta	Conformado	% Utilização	% Absenteísmo
Consultas	21.140	12.363	58,48	29.611	20.281	68,49	9,28
Exames	32.695	23.912	73,13	38.677	32.261	83,41	11,90
Apoio Técnico	28.695	15.001	51,73	17.533	15.217	86,79	21,18
TOTAL	82.833	51.276	61,90	85.821	67.759	78,95	14,45

Fonte: Relatório Gerencial do Consórcio 2014 e 2015.

Nota: o total referente a % de utilização e % de absenteísmo referem-se à média dos procedimentos.

Quando se avaliam o absenteísmo e o percentual de atualização, levando em consideração também os procedimentos de demanda interna, aqueles procedimentos marcados internamente sem oferta para os municípios, o percentual de absenteísmo fica em média (9,79%) no ano e o percentual de utilização passa para (84,63%) no ano. Isso ocorre porque nos procedimentos marcados internamente há uma melhor gestão das vagas e da fila.

A soma de todos esses resultados mostra que houve impacto favorável na eficácia da gestão da utilização das vagas, ofertadas pela Policlínica Regional de Iguatu, proporcionando assim o acesso aos serviços de saúde especializada na 18ª microrregião.

Ponto de Reflexão

As estratégias, usadas como ferramenta de gestão para melhorar a realização do trabalho e explicitar objetivos e compromissos compartilhados, transformam a situação atual

em uma nova situação; mobilizam vontades de melhorias; possibilitam tradução das políticas públicas definidas em práticas assistenciais no âmbito local e regional. Além disso, ajudam a racionalizar os esforços, o tempo e os recursos, dando coerência à ação da instituição, integrando e mobilizando o coletivo em torno de consensos.

Essa experiência mostrou que se podem aperfeiçoar recursos existentes e investirmos em ferramentas capazes de auxiliar no processo de consolidação das políticas públicas de saúde. Pode-se sim, aumentar o impacto das ações e aumentar a eficácia dos serviços existentes. A soma de diferentes intervenções pode mudar uma realidade, garantido o acesso aos serviços especializados de saúde, com diminuição das filas de espera e otimizando os recursos disponíveis.

Referências

ALVES, M. Atendimento de urgência: o transporte sanitário como observatório de saúde de Belo Horizonte. **Reme – Rev. Min. Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 181-187, abr. / jun. 2010.

MERHY, E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

SÁ, M. V. H. M. **Plano de Intervenção para Reduzir as Faltas dos Usuários ao Atendimento Especializado**. Recife, 2012.

SANTOS, J. A. **Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS: Um estudo em um município baiano**. Vitória da Conquista: UFBA, 2008. Originalmente apresentada como Monografia, Universidade Federal da Bahia, 2008.

SILVA, L. A.; NOGUEIRA, M. F. N.; SANTANA, W. W. M. **Consórcios Públicos de Saúde no Ceará: da implantação à gestão**. Fortaleza: Expressão gráfica e editora, 2014.

TEIXEIRA, L.; MAC DOWELL, M. C.; BUGARIN, M. Consórcios intermunicipais de saúde: uma análise à luz da teoria dos jogos. **Rev. Bra. Econ.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, jan. / mar. 2003.

CAPÍTULO 14

UTILIZAÇÃO DO SINAN COMO INSTRUMENTO DE SUPORTE PARA AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE DENGUE DO MUNICÍPIO DE JAGUARIBARA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Ianny de Assis Dantas
Andrea Caprara*

Introdução

A dengue é uma arbovirose provocada por um Favivírus, considerada uma doença grave, sendo a mesma prevalente em várias partes do mundo, com pandemias e epidemias isoladas atingindo regiões tropicais como o sudeste da Ásia, Pacífico Sul, África Oriental, Caribe e América Latina. Entre as doenças remetentes, é a que se constitui em um problema de saúde pública com abrangência mundial, cerca de 2,5 bilhões de pessoas encontram-se sobe o risco de se infectarem (CAPRARA, 2015).

O vírus é transmitido por meio da picada do mosquito fêmea, das espécies *Aedes Aegypti* e *Aedes Albopictus*, infectados. No Brasil, o *Aedes* é o único vetor da dengue. A doença apresenta um padrão sazonal, com maior incidência de casos nos primeiros cinco meses do ano, ou seja, período mais quente e úmido. A doença pode ser classificada como: Dengue, Dengue Sem Sinais de Alarme e Dengue Grave. Apresenta-se com quatro sorotipos: DENV-1, 2, 3 e 4, e sua sintomatologia é de caráter febril aguda, podendo causar infecções assintomáticas ou quadros febris inespecíficos (BRASIL, 2015).

Segundo as Diretrizes Nacionais para a Prevenção e

Controle de Epidemias de Dengue (BRASIL, 2009), ferramentas de controle do vetor devem ser possíveis e práticas, tendo em vista diversos fatores externos que dificultam a eliminação do vetor, destacando-se a rápida urbanização, aglomeração de pessoas, falta de saneamento básico, destino inadequado do lixo, mudanças climáticas, dentre outros. O envolvimento da comunidade e parcerias intersetoriais de órgãos públicos são elementos particularmente importantes para o controle do vetor, repercutindo na diminuição da frequência e magnitude de epidemias.

A Vigilância Epidemiológica - VIGEP é responsável por ações de controle e combate a dengue, sendo definida pela Lei nº 8.080/90, com a finalidade de proporcionar o conhecimento, detecção ou prevenção, de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde, seja individual ou coletiva (BRASIL, 1990). No que se refere a dengue, podemos observar que esse conceito está voltado para a promoção da saúde, não focalizando apenas na cura da doença, tendo uma visão integral do quadro em geral.

A Lei Federal nº 6.259/75 descreve a organização das ações de Vigilância Epidemiológica no país (BRASIL, 1975). Cada esfera de governo possui atribuições específicas, que foram instituídas, em 2013, pela Portaria nº 1.378/13, em todos os níveis, devendo estar organizada com uma estrutura básica, como: espaço físico, recursos materiais e humanos que permitam exercer com qualidade todas as atividades de promoção, vigilância, prevenção, e controle de doenças e agravos (BRASIL, 2013).

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 evitar possíveis epidemias, através de diversas ações, como: clínicas, laboratoriais e ambientais (BRASIL, 2011).

Um dos instrumentos de trabalho da VIGEP é o Sistema de Informação de Notificação de Agravos - SINAN, que foi

criado, em 1993, pelo Ministério da Saúde, sendo implantado de forma gradual nos entes federativos e tornando-se obrigatório a sua alimentação regular (BRASIL, 2006). Traz como objetivos: a obtenção de dados sobre agravos de notificação, fornecer informações para análise do perfil de morbimortalidades de uma população, efetivar o processo de coleta e transferência de dados relacionados às doenças. A dengue está incluída nessa lista de doenças, podendo amparar na obtenção de informações sobre a mesma (BRASIL, 2016).

Com a necessidade de fornecer informações em tempo real, foi desenvolvido pelo ministério da saúde o SINAN *on-line*. Atualmente, o sistema possui apenas o agravo dengue, no qual fornece informações consolidadas nas três esferas (BRASIL, 2010). De acordo com a portaria Nº 204 de 17 de fevereiro de 2016, a ficha de notificação de dengue é o instrumento utilizado para a coleta de dados do SINAN *on-line*, preenchida por profissionais de saúde, autoridades de saúde ou por qualquer cidadão que tenha conhecimento do agravo. O local das notificações deve ser nas unidades de saúde, onde se encontra o paciente com suspeita ou confirmação da doença, em seguida encaminhada para o setor de vigilância municipal (BRASIL 2016).

Em seguida, essa informação é analisada, digitada, tendo um prazo de 60 dias para ser encerrada. É através das notificações que se pode identificar a ocorrência do agravo em situação de surtos ou epidemia de doenças. Após isso, são elaboradas medidas preventivas para eliminar o agravo. Vale ressaltar a importância do preenchimento correto da ficha a fim de que não haja comprometimento da qualidade e da confiabilidade dos dados para a vigilância (BRASIL, 2009).

É necessário que os profissionais, que atuam na VIGEP, conheçam a doença, sua etiologia, bem como o ambiente propício para proliferação, disseminação, concentração, além de como prevenir a doença. De posse dessas notificações, as mesmas devem ser inseridas no SINAN *on-line*. Destaca-se a

importância de uma análise detalhada da situação para que, posteriormente, seja elaborado um plano de intervenção para impedir a ocorrência de surtos e epidemias de dengue. Essas ações devem ter, como objetivo principal, evitar o aumento de casos é ocorrência de óbitos (BRASIL, 2015).

Com o aumento de pacientes com sinais e sintomas de dengue, surgiu a necessidade da VIGEP em investigar um possível surto, nos anos de 2014 e 2015, no município de Jaguaribara, no estado do Ceará. Considerando a necessidade da notificação de todos os casos suspeitos apresentados nas unidades notificantes, tais informações iriam nos subsidiar para uma análise correta do caráter epidemiológico do município, através de dados consolidados do SINAN.

O referido estudo teve como objetivo descrever a utilização do SINAN, como ferramenta de consolidação de dados, para amparar o processo de tomada de decisões, frente a uma epidemia de dengue, e a elaboração de ações de prevenção contínua da doença.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, sobre a avaliação dos dados do SINAN, que apontavam para um aumento dos casos de dengue no município de Jaguaribara, despertando a coordenação da VIGEP para a uma possível epidemia de dengue. Assim, a mesma realizou, junto aos demais setores representativos, a construção de um plano de contingência municipal com estratégias intersetoriais de combate.

Jaguaribara tem 11.102 habitantes, localizada no interior do estado do Ceará, a 250 km de Fortaleza, mais precisamente no vale do Jaguaribe. Também conhecida por Nova Jaguaribara, essa cidade foi à primeira do Estado a ser planejada com toda uma infraestrutura, recebendo os habitantes da "velha" Jaguaribara. A edificação da nova cidade deve-se a construção do Açude Castanhão, considerado como

a maior obra hídrica do Ceará, que inundou 2/3 da área de Jaguaribara. A economia do município está voltada para piscicultura, agricultura, comércios logísticos e serviços municipais. Porém, ainda existe um número considerável de pessoas que continuam sem nenhuma renda fixa, o que contribui para a vulnerabilidade da população citada (JAGUARIBARA, 2014)

No que tange aos serviços de saúde, Jaguaribara está adscrita a 10ª Coordenadoria Regional de Saúde de Limoeiro do Norte – CRES. Tem seu serviço de saúde organizado a partir da Atenção Primária à Saúde, contando com quatro equipes da Estratégia Saúde da Família, uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família- 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).

Desde 2014, mas precisamente nos primeiros meses do ano, observou-se uma maior procura da população por serviços de saúde, com os referidos sintomas de dengue. Com o aumento da demanda de fichas de notificações, oriundas dos serviços de saúde existentes no município sobre o agravo dengue, a coordenação da VIGEP despertou para uma análise de dados no SINAN, desenvolvendo um estudo sobre a situação epidemiológica encontrada no momento, e conseqüentemente, apontando para a necessidade de elaboração de estratégias no controle do agravo.

Frente ao quadro apresentando pela consolidação dos dados do SINAN, optou-se, como medida estratégica para o combate da dengue, pela construção e efetivação de um plano de contingência municipal de combate a doença, focando na necessidade da intersetorialidade para efetivação das ações prevenção.

O Plano de Contingência para o Enfrentamento de uma possível Epidemia de Dengue é um instrumento de gestão do Município de Jaguaribara, que tem como o objetivo atender as Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de eventuais Epidemias de Dengue do Ministério da Saúde. Esse Plano foi entendido como um documento estratégico para a organização da assistência ao paciente com suspeita de Dengue, orientando as ações de controle vetorial, de vigilância epidemiológica, de comunicação e de mobilização social (JAGUARIBARA, 2014).

O presente plano foi construído coletivamente. Para tanto, foram realizadas três reuniões na Secretaria Municipal de Saúde, com a participação de várias parcerias, como: representantes dos seguintes setores: educação, saúde, ação social, meio ambiente, entidades religiosas e conselho de saúde. Participaram ainda o Prefeito Municipal e vereadores.

De cada setor representado, foram pactuadas ações para o combate e controle da dengue. No que se refere às ações específicas da VIGEP, estariam: notificação e investigação imediata de todos os casos suspeitos; análise e retroalimentação dos dados da dengue no SINAN não permitindo subnotificação e sub-registro de casos; realização de sorologia de dengue em pacientes notificados; busca ativa no local de residência e trabalho do paciente suspeito; coleta obrigatória para 100% dos casos suspeitos de Dengue, Dengue Sem Sinais de Alarme e Dengue Grave; notificação por telefone dos casos suspeitos de Dengue Grave e óbitos; repasse de informações da localidade dos casos para vigilância entomológica local de forma mais ágil possível, viabilização das ações de bloqueio em momento oportuno; encerrar no SINAN oportunamente todos os casos notificados, divulgar rotineiramente os casos e as áreas com dengue (JAGUARIBARA, 2014).

Discussão

Em Jaguaribara, conforme informações do SINAN, a nossa série histórica de dengue é a seguinte:

Quadro 1 . Relatório dos registros de Dengue de Jaguaribara.

Ano	Notificados	Confirmados
2008	37	3
2009	-	-
2010	01	01
2011	65	27
2012	46	10
2013	19	02
2014	396	251
2015	460	320

Fonte: SINAN em 04 abr. 2016.

Observa-se que os maiores números de casos de dengue são dos anos de 2014 e 2015, destacando-se a relevância para se desenvolver ações para o controle da dengue. No início das diversas ações descritas no plano de contingência, começamos a fazer o preenchimento da ficha de notificação em serviços de saúde de todos os casos que apresentassem sinais e sintomas de dengue. Em seguida, era solicitada a sorologia para a dengue e as fichas eram encaminhadas para o setor de VIGEP municipal, que seriam responsáveis pelo acompanhamento e encerramento dos casos, em parceria com a coordenação de endemias.

As fichas analisadas seguem o fluxo para o setor de vigilância vetorial, onde são avaliadas as possibilidades de focos próximos ao endereço preenchido na ficha. Após a avaliação, essas notificações devem ser inseridas no SINAN *on-line*, que tem prazo de 60 dias para serem encerradas.

No mesmo período de possível epidemia, as ações de

capacitações com os diversos profissionais de saúde eram realizadas, com objetivo de ampliar os conhecimentos acerca dos sintomas, tratamentos, preenchimento correto da ficha de notificação e classificação da dengue.

Para tanto, as ações de educação em saúde foram consideradas imprescindíveis para evitar ou controlar uma epidemia de dengue. Nesse sentido, alguns setores do município de Jaguaribara se tornaram parceiros nessa obra de grande relevância para toda a população. Através da secretaria de educação, ação social, infraestrutura, agricultura, além de igrejas, rádio, conselho municipal de saúde e do sindicato de trabalhadores, entre outros, os representantes assumiram a proposta de colaborar com estratégias direcionadas para impedir a manutenção da circulação do mosquito e, conseqüentemente, a ocorrência da dengue.

Cada setor representado ficou encarregado de desenvolver uma ação no seu território, seja mutirão, elaboração de projetos de intervenção juntos aos alunos, rodas de conversas com idosos, participação em momentos religiosos, reunião de conselhos de saúde, panfletagem, veiculação de *spots* em rádios e em carros de som, etc. Vale salientar que todas as ações efetivadas, sejam individual ou coletivamente, poderiam contribuir para atingirmos os objetivos propostos. Destaca-se a importância do monitoramento dessas ações e do impacto provocado por tudo que foi realizado.

Conclusões

A utilização do SINAN, pela VIGEP, pode contribuir bastante para a identificação da situação epidemiológica de dengue, no município de Jaguaribara, além de subsidiar para a realização de estudos na área. Frente à situação vivida no país, torna-se necessária a adoção de medidas estratégicas para o controle da doença.

A construção do plano de contingência do município em tela pode ser considerado como um grande desafio para todos que habitam no município de Jaguaribara, uma vez que impedir a proliferação do mosquito e, conseqüentemente, o adoecimento da população não é uma tarefa simples, mas também não é impossível. Deve-se ter o envolvimento de toda a sociedade, seja com grandes ou pequenos atos. Esse tem sido o grande lema, pois ações já foram efetivadas com a intenção de chamar a responsabilidade de todos, tais como: participação em momentos religiosos, confecção de faixas, participação em reunião de Câmaras dos Vereadores, reunião com prefeito, comunicado em rádio e vinhetas nas ruas, mobilização de controle da Dengue em momentos coletivos no município, educação em saúde nas comunidades, etc.

Diante de toda problemática, acreditamos que, com uma análise sistemática de dados do SINAN e, por seguinte, colocando em prática todas as ações a serem desenvolvidas pela VIGEP, descritas no plano de contingência, iremos conter futuras epidemias de dengue no município. É importante frisar a intenção de que as ações tenham continuidade durante todo o ano e, assim, possa ser garantida a proteção contra o mosquito o ano inteiro.

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

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de contingência nacional para epidemias de dengue**. 1. ed. Brasília: Departamento de Doenças Transmissíveis, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue**. 1. ed. Brasília: Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2009.

BRASIL. Lei 8.080 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. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. **Lei 6.259 de 30 de outubro de 1975**. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan**: normas e rotinas. 1. ed. Brasília: Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde pública e privada em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, fev. 2016. p. 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica n.º 03/2010**. Brasília: Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2010.

CAPRARA, A.; LIMA, J. W. O.; PEIXOTO, A. C. R 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.

FUNDAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE - FUNESA. Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. **Saberes e tecnologias para implantação de uma política:** Livro do Aprendiz. 1. ed. Aracaju: Vigilância Epidemiológica no Estado de Sergipe, 2011.

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JAGUARIBARA. **Plano Municipal de Saúde.** Jaguaribara: Secretaria de Saúde de Jaguaribara, 2015.

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JAGUARIBARA. **Plano Municipal de Contingência da Dengue.** Jaguaribara: Secretaria de Saúde de Jaguaribara, 2014.

CAPÍTULO 15

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM DIANTE DO RECEBIMENTO DE ATESTADOS E LICENÇAS MÉDICAS

*Diêgo Afonso Cardoso Macêdo de Sousa
Francisco José Maia Pinto*

Introdução

Os recursos humanos de Enfermagem estão presentes em todas as fases do processo assistencial, de forma direta ou indiretamente nos cuidados prestados ao paciente, mantendo contato mais próximo com esse durante sua permanência em uma unidade hospitalar. Nesse contexto, urge a necessidade de estudos capazes de retratar os fatores associados aos recursos humanos de Enfermagem que refletem, positiva ou negativamente, na qualidade da assistência prestada, com vistas à melhor abordagem e à implementação de intervenções para a eficácia do cuidado prestado.

O enfermeiro, como gestor de serviço, necessita aprofundar suas habilidades gerenciais, adotando conceitos importantes, tais como, liderança, administração de serviços de saúde e política de recursos humanos. Enfim, tudo isso aliado a uma boa qualidade da assistência, mas levando em consideração a escassez de recursos financeiros e o dimensionamento inadequado da equipe, que estão cada vez mais presentes na realidade das instituições de saúde.

De acordo com Silva *et al.* (2000), o estudo do absenteísmo na enfermagem é relevante para subsidiar a planificação e adequação dos recursos humanos, considerando o caráter de continuidade do trabalho de enfermagem nas 24 horas de atividades de um hospital. Já a rotatividade ou *Turnover* pode ser entendida como o fluxo de entrada e saída de funcionários em uma organização.

As etiologias, tanto do absenteísmo como da rotatividade, podem estar relacionadas às condições de trabalho, tais como: estilo de liderança e controle, repetitividade das tarefas e falta de integração entre funcionários, que irão interferir na segurança da assistência prestada (CASTRO; RIBEIRO, 2008).

Nesse contexto, segundo Junkes e Pessoa (2010), o absenteísmo constitui-se na ausência ao trabalho por faltas programadas (férias, licença maternidade, licença congresso e outras) e não programadas (licença saúde, faltas não justificadas e suspensão), sendo um problema crucial para as organizações públicas e seus gestores.

Na sociedade moderna, o absenteísmo tem se tornado problema significativo às organizações públicas ou privadas, e um verdadeiro desafio para seus administradores. Suas causas estão ligadas a múltiplos fatores que o tornam complexo e de difícil gerenciamento. Ele ocasiona custos diretos e indiretos na queda da produtividade e da qualidade e, também, nos problemas organizacionais decorrentes (OLIVEIRA; GRANZINOLLI; FERREIRA, 2007).

O absenteísmo é um fator limitante para a equipe de enfermagem, visto que abrange a ausência de um profissional na equipe, sobrecarregando o trabalho dos demais, exigindo um ritmo mais acelerado e responsabilizando-os por um volume maior de trabalho no processo de cuidar do paciente. Essa sobrecarga poderá prejudicar a saúde do trabalhador, ocasionando desgaste físico, psicológico, social e espiritual; e, como consequência, o adoecimento. Evidencia-se que o

problema do absenteísmo pode desencadear em cascata o adoecimento dos trabalhadores de enfermagem, gerado não apenas pela falta de alguns profissionais na equipe, mas impulsionado também pelo empenho dos demais em manter a qualidade da assistência ao paciente (MARTINATO *et al.*, 2010).

É importante considerar que as causas do absenteísmo nem sempre estão ligadas ao profissional, mas, sim à instituição com processos de trabalho deficientes a partir da repetitividade de atividades, da desmotivação, das condições desfavoráveis do ambiente de trabalho, da precária integração entre os empregados e a organização e dos impactos psicológicos de uma direção deficiente que não visa uma política prevencionista e humanística (SANCINETTI *et al.*, 2010).

A realidade tem demonstrado que imprevistos gerais no processo de trabalho da equipe de enfermagem exigem do enfermeiro ações de correção imediata, na tentativa de garantir as condições mínimas para uma assistência de qualidade e de menor risco ao usuário. Entre as diversas atribuições diárias, o dimensionamento, a escala da equipe e ações para adequação de pessoal são, sem dúvida, as que mais evidenciam a atuação do enfermeiro no processo gerencial, explicitando (direta e indiretamente) sua postura profissional, no que diz respeito à resolução do problema e ao processo de tomada de decisão frente aos seus colaboradores (ESTORCE; KURCGANT, 2011).

Diante do exposto, delimitou-se como objeto desta experiência: as ações gerenciais de enfermagem, a partir dos atestados e licenças médicas. Esse relato justifica-se pela afinidade dos autores com a temática e experiência profissional atual em um cargo de gestão de pessoas na área de Enfermagem, podendo assim observar altos índices de absenteísmo em um hospital público de referência, localizado em uma cidade do interior do estado do Ceará.

Por fim, definiu-se como objetivo geral: relatar a

experiência da implantação das ações de gerenciamento de enfermagem, diante do recebimento de atestados e licenças médicas, em uma unidade hospitalar localizada na cidade de Sobral, estado do Ceará.

Delineamento Metodológico

O estudo, ora apresentado, trata-se de um trabalho descritivo, do tipo relato de experiência das ações gerenciais de enfermagem desenvolvidas em um hospital público do interior do estado do Ceará, que atende a população de 1,5 milhão de habitantes de 55 municípios da região Norte do Estado, oferecendo assistência hospitalar de alta complexidade, além de ser o maior hospital do interior do Nordeste, com 57.813,70 metros quadrados de área construída e 70 leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do total de 382 leitos. Com 1.641 profissionais de saúde, sendo, aproximadamente, 900 profissionais de enfermagem, e equipamentos modernos, o referido hospital realiza atendimento em diferentes especialidades e exames complexos, como ressonância magnética e tomografia computadorizada (CEARÁ, 2013).

Justifica-se a escolha do local por ser o atual ambiente de trabalho do pesquisador, onde iniciou suas atividades como enfermeiro assistencial no ano de 2013. Semelhante ano em que, a partir de seleção interna, assumiu o primeiro cargo gerencial, como coordenador de enfermagem do serviço de emergência pediátrica e em 2014, também mediante a processo seletivo interno, assumiu a função de coordenador geral de enfermagem.

Os dados que serviram de base foram os atestados e licenças médicas, emitidas entre janeiro e dezembro de 2015, a partir de planilhas de informações fornecidas pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT. Tais planilhas são impressas e enviadas mensalmente à coordenação geral de enfermagem.

O referido hospital conta com 875 profissionais de enfermagem, sendo 218 enfermeiros e 657 técnicos de enfermagem, segundo dados da coordenação geral de enfermagem. Salienta-se que a unidade não dispõe de auxiliares de enfermagem em seu quadro de pessoal e que esse contingente pode oscilar constantemente devido às demissões e admissões.

A Experiência

No ano de 2015, foi observado um elevado aumento na quantidade de atestados e licenças médicas, calculadas a partir das horas escaladas de trabalho dos funcionários. Dessas, a maioria foi de técnicos de enfermagem. Além disso, é importante salientar que, do total de horas ausentes, um valor considerável está relacionado às licenças maternidades, já que grande parte do quadro de funcionários de enfermagem é composto por mulheres.

Numericamente, os setores que mais apresentaram atestados/licenças médicas foram, respectivamente: emergência adulto, clínica cirúrgica, centro de parto normal e o setor relacionado ao transporte de pacientes, denominado “Central de Transportes”. Diante da situação descrita e da contradição entre a alta quantidade de atestados *versus* a baixa idade dos funcionários e ao dimensionamento de pessoal adequado dos setores, na maioria das vezes, foi necessário realizar intervenções específicas de gerenciamento de enfermagem, com objetivo de minimizar a emissão dos atestados médicos, conforme descrição a seguir.

Na Central de Transportes e no Centro de Material e Esterilização - CME, exigiam-se muito esforço físico e mecânico. Os profissionais de Fisioterapia, em parceria com alunos do Curso de Graduação em Fisioterapia de uma Instituição de Ensino Superior, que realizavam estágios no referido hospital, iniciaram atividades guiadas de ginástica

laboral com os funcionários.

Ressalta-se que, no CME, como havia sido observada essa incidência de atestados médicos no ano de 2014, a rotina da ginástica laboral foi instalada já no início do ano de 2015 e pode-se verificar significativa redução nas ausências, talvez por esse motivo o setor não se destacou no *ranking* com maior quantidade de atestados e licenças médicas.

Como se tratavam de serviços de apoio, que não realizavam assistência direta ao paciente, a rotina da ginástica laboral pode ser implementada no início de cada jornada de trabalho, sem acarretar prejuízos à instituição. Além disso, para tornar o acesso mais amplo, em especial nos finais de semana, feriados e no período noturno, em cada um dos referidos setores foram instalados televisores, nos quais vídeos com tais exercícios eram apresentados quando os instrutores não estavam disponíveis.

Outros serviços que apresentaram alto absenteísmo foram os que atenderam pacientes com perfil clínico mais crítico, como: clínicas cirúrgicas e médicas, emergência adulto e unidade de terapia intensiva adulto. Devido à complexidade dos serviços realizados nesses setores e a quantidade suficiente de profissionais qualificados para atender esse perfil específico de pacientes, rotineiramente era necessária a liberação de horas extras junto aos colaboradores desses setores para adequada padronização dos serviços já oferecidos. Muitas vezes, os funcionários ultrapassavam suas cargas horárias normais de trabalho. Logo, com o decorrer dos meses, observou-se grande sobrecarga de trabalho, estresse ocupacional, e, conseqüentemente, esses colaboradores também começaram a adoecer.

Para minimizar tais efeitos, foram realizadas alterações no dimensionamento de pessoal de enfermagem, em todos os turnos, em algumas épocas críticas do ano, como em feriados e datas comemorativas. Era dimensionado um técnico de enfermagem a mais nos serviços e foi instituído que, quando se

necessitasse de um profissional extra, deveria-se, prioritariamente, buscar funcionários da cooperativa e, somente depois, poderiam ser realocadas horas extras aos profissionais, seguindo assim, uma lógica justa e econômica à instituição hospitalar e aos funcionários.

O hospital do relato de experiência é caracterizado como um hospital generalista, que atende pacientes de perfis adulto, pediátrico e neonatal. Observou-se uma maior prevalência de atestados e licenças médicas nos funcionários que atendem pacientes adultos. Tal fato pode estar relacionado, principalmente, aos cuidados de enfermagem a esse público que exigem um maior esforço físico.

Com o apoio do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, foi instituído que todos os colaboradores que, apresentavam atestados médicos acima de três dias, ou atestados sem Classificação Internacional de Doenças - CID, deveriam ser encaminhados para avaliação do médico do trabalho. E, ainda, sempre que as coordenações observassem que um funcionário emitia atestados constantes, independente do tempo, esse deveria ser direcionado ao SESMT também para uma avaliação do médico do trabalho, visto que essas ausências poderiam estar relacionadas às doenças ocupacionais.

Como foi observado no relato acima, as demandas de trabalho na instituição eram muito variáveis. Então, a coordenação geral de enfermagem, junto aos demais coordenadores, após construir tal diagnóstico situacional, implementou outras ações conjuntas, tais como: quando um determinado setor estiver com super-dimensionamento de colaboradores, esses seriam remanejados para outros setores sub-dimensionados do mesmo eixo de atendimento, por falta de funcionários ou excesso na demanda de pacientes, com finalidade de garantir a qualidade da assistência prestada.

Considerações Finais

O objetivo proposto pelo relato de experiência foi alcançado, visto que foram descritas as ações gerenciais executadas diante do número de atestados e licenças médicas. Observou-se a necessidade da realização de mais estudos nessa área, pois, nesse momento, não se pode relacionar as causas dos afastamentos às condições de trabalho ou a fatores intrínsecos dos profissionais.

Como limitações, encontravam-se: falta de adesão de alguns profissionais; variações nas demandas de trabalho, que oscilavam bastante entre cada setor e falta de indicadores padronizados para acompanhamento das ações gerenciais implementadas. Por fim, tal relato pode servir de base teórica para pesquisas futuras na área de recursos humanos de enfermagem, já que a experiência realizada foi exitosa, dentro dos seus limites e recursos disponíveis.

Referências

CASTRO, I.; BERNARDINO, E.; RIBEIRO, E. L. Z. Absenteísmo na Enfermagem em UTI Neonatal: perfil do profissional e motivos das ausências. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 13, n. 3, p. 374-379, jul. / set. 2008.

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: 4 dez. 2015.

ESTORCE, T. P.; KURCGANT, P. Licença médica e gerenciamento de pessoal de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, v. 45, n. 5, p. 1199-1205, 2011.

JUNKES, M. B.; PESSOA, V. F. Gasto financeiro ocasionado pelos atestados médicos de profissionais da saúde em hospitais públicos no Estado de Rondônia, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, maio / jun. 2010.

MARTINATO, M. C. N. B. et al. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 160-166, mar. 2010.

OLIVEIRA, G. M. A.; GRANZINOLLI, L. M.; FERREIRA, M. C. V. Índice e Características do Absenteísmo dos Servidores Públicos da Universidade Federal de Viçosa. ENCONTRO DA ANPAD, 31., 2007, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, RJ: [s.n.], 2007.

SANCINETTI, T. R. et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Rev Esc Enferm.**, USP, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 1007-1012, 2010.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 44-51, 2000.

CAPÍTULO 16

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL – CIR LIMOEIRO DO NORTE E A IMPLANTAÇÃO DO CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA - COAP: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Helmo Nogueira de Sousa
Gláucia Posso Lima*

Introdução

O Sistema Único de Saúde, através de avanços conquistados nessas ultimas décadas, tem apontado para que, além da municipalização, outros processos e estratégias sejam necessários para dar conta dos grandes desafios operacionais na gestão.

Desde sempre a formulação das políticas de saúde e suas implementações foram debatidas, negociadas e implementadas, através de Portarias Ministeriais, baseadas em pactos, envolvendo a Comissão Intergestores Tripartites - CIT, com representação nas três esferas de governo; no Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS; no Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e no Ministério da Saúde (SANTOS, 2012).

Com a publicação da Norma Operacional Básica/96 - NOB 96, houve a criação formal das Comissões Intergestores Bipartites, no âmbito dos Estados, com representação de Secretarias Municipais de Saúde e Secretarias Estaduais. As CIB compreendiam instâncias de negociação e pactuação em relação a operacionalização das portarias ministeriais publicadas, bem como de reivindicações, encaminhamentos e

demandas apreciadas e pactuadas pela CIB, a serem discutidas e apreciadas para homologação ou não por parte da Comissão Intergestores Tripartites - CIT.

Em 1998, o Estado do Ceará, por ter anteriormente desenvolvido uma experiência piloto na Região de Baturité, cria o seu primeiro Plano de Regionalização, que teve como base orientadora as diretrizes para a organização das ações e serviços de saúde do Conselho Estadual de Saúde - CESAU. Em 2001, esse Plano foi revisto, tendo uma recondução do processo para atender ao que determinava a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS - 2001.

Posteriormente, o Plano de Regionalização teve que se adequar mais uma vez às diretrizes operacionais do Pacto Pela Saúde/2006, tendo sido ampliadas agora essas instâncias colegiadas da CIB estadual, para a conformação das 21 Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais - CIB-MR, no Estado do Ceará.

O Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei nº 8.080, de setembro de 1990, dispôs sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, no que se refere ao planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa no seu capítulo I. Consequentemente, o novo dispositivo legal levou o estado do Ceará a rever e alterar mais uma vez o seu Plano Diretor de Regionalização e as instâncias colegiadas que, denominadas de Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais - CIB-MR passaram a ser chamadas por Comissão Intergestoras Regionais - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

A Comissão Intergestores Bipartite - CIB - Ceará vai além e, através da Resolução nº 122/2014, resolve, no Artigo 1º, aprovar o Regimento Interno das Comissões Intergestores Regionais do Ceará, instâncias coligadas de articulação interfederativa do Sistema Único de Saúde, vinculadas às

Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado para efeitos administrativos e operacionais. Essas Comissões Intergestores constituíram-se como foros permanentes de negociação e pactuação entre gestores estaduais e municipais para a operacionalização das políticas públicas de saúde no âmbito regional, observando a legislação vigente que segue o Sistema, e em consonância com as diretrizes da Comissão Intergestores Bipartite.

A Comissão Intergestores Regional - CIR X Limoeiro do Norte é composta pelos gestores das esferas estadual, (Coordenador Regional da Saúde, Assessor Técnico e Assistente Administrativo Financeiro) e municipal (Secretários Municipais de Saúde). Tem sede nas Coordenadorias Regionais de Saúde, que constituem o domicílio jurídico regional do Gestor Estadual do SUS.

A composição da CIR não é paritária, sendo constituída por três representantes da Secretaria Estadual de Saúde e pelos 11 Secretários Municipais da Região, que são Alto Santo, Ererê, Iracema, Jaguaribara, Jaguaribe, Limoeiro do Norte, Pereiro, Potiretama, Quixerê, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte. Também pode ser representado pelo suplente do secretário, quando do seu impedimento às reuniões. Além desses, participam técnicos do setor de controle, avaliação, auditoria e planejamento da Regional de Saúde e dos municípios e que compõem a Câmara Técnica de assessoria permanente.

A Presidência do colegiado cabe ao Coordenador Regional de Saúde e a Vice-Presidência, ao vice-presidente do COSEMS da região. A CIR possui, além das Câmaras Técnicas, um Regimento Interno próprio e uma Secretaria Executiva, responsável pela convocação das reuniões e pela elaboração de atas e pautas. Tem um calendário pré-definido no início de cada ano, com as reuniões sendo realizada de forma itinerante, isso é, uma reunião mensal em cada município da Região de Saúde.

O funcionamento da CIR é de uma reunião ordinária por mês, podendo reunir-se extraordinariamente para tratar de assuntos especiais ou urgentes. As deliberações são tomadas por consenso dos membros presentes, com quórum mínimo estabelecido em regimento: maioria absoluta, isto é, no mínimo, metade mais um dos integrantes formais. No regimento, prevê-se ainda que sejam encaminhadas para discussão e decisão na CIB Estadual, todas as matérias que não obtiverem consenso. Por sua vez, as decisões tomadas no colegiado são soberanas e somente poderão ser vetadas pela CIB Estadual, em caso de estarem em desacordo com a legislação vigente e/ou normas pertinentes ao tópico em debate.

A Região de Saúde de Limoeiro do Norte, que integra aos nossos 11 municípios, encontra-se inserida na Macrorregião Litoral Leste Jaguaribe, conforme o novo desenho do Plano Diretor de Regionalização - PDR, atualizado por Resolução do Conselho Estadual de Saúde - CESAU. A Região de Saúde possui uma população de aproximadamente 230 mil habitantes, sendo Limoeiro do Norte o município sede do polo regional, com uma população em torno de 60 mil habitantes.

Mediante a aprovação da Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011, que acrescentou os Art. 14 A e 14 B à Lei nº 8.080, de setembro de 1990, passa a vigorar que as Comissões Intergestores Bipartites e Tripartites são reconhecidas como foro de negociação e pactuação entre gestores e que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de materiais referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social.

O Decreto 7.508, no seu Art. 1º, item I, regulamenta a Região de Saúde, como espaço geográfico contínuo,

constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicações e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

No art. 2º, no item IV do Decreto 7.508, estão regulamentadas as Comissões Intergestores como Instâncias Colegiadas de Pactuação Consensual, entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS, enquanto no capítulo V da Articulação Interfederativa - Seção I, trata do que levou o estado do Ceará a assumir um papel de vanguarda no país, quanto à formatação e implantação do Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP.

O Contrato Organizativo da Ação Pública, como instrumento da gestão, teve a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo a partir da região de saúde, uma organização conceitual com diretrizes, metas e indicadores explicitados, que deveriam ser cumpridos dentro de prazos pré-estabelecidos. Nesse sentido, foi criada uma agenda específica para que tudo fosse pactuado com clareza e dentro das reais práticas federativas de gestão compartilhada, dotada de uma segurança jurídica, transparente e solidária entre os entes federativos. Para isso, foram definidos os “passo a passo”, com momentos e calendários pactuados pela CIR, mediante um processo de construção coletiva.

Processo de Elaboração do Coap na Região de Limoeiro do Norte-CE

Uma construção coletiva

Esse relato de experiência parte do acompanhamento e

da participação, como Coordenador da Regional de Saúde de Limoeiro do Norte e como Presidente da Comissão Intergestores Regional, no desenrolar das atividades desse Colegiado de Gestão do Estado do Ceará, no período de 2012 e 2013, ocasião da implantação do Contrato Organizativo de Ação Pública, na Região de Saúde de Limoeiro do Norte - Ceará.

Para o novo desafio proposto, as Coordenadorias Regionais de Saúde - CRES tiveram que se utilizar dos vários mecanismos gerenciais. Dentre eles, estavam as ferramentas de Gestão para o desenvolvimento de suas competências na ambiência interna e externa, visando ampliar a governança regional que passa a ser agora o grande desafio para o fortalecimento e aprimoramento do Sistema Único de Saúde no Estado. As Comissões Intergestores Regional - CIR foram consideradas como uma das locomotivas para oportunizar todos os processos dentro da Região de Saúde.

Passo a Passo do processo de construção do COAP e considerações

1. Acordo político firmado entre os entes envolvidos: Governo do Estado/Secretaria da Saúde, APRECE / COSEMS-CE e Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa- SGEP/MS.

➤ Foi realizado, em Fortaleza, um Seminário Estadual, com representação dos signatários acima. Nessa ocasião, foi apresentada pelo Ministério da Saúde a proposta (boneco) de formulação de um Contrato Organizativo de Ação Pública, no qual se buscava, através desse instrumento, definir, de forma clara, as responsabilidades organizativas e executivas dos entes federativos para a garantia das ações e serviços de saúde, sendo o estado do Ceará escolhido para ser um dos estados piloto desse projeto no país.

2. Informação e sensibilização dos gestores: Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde.

➤ Como forma de sensibilizar os gestores, mais um seminário foi realizado em Fortaleza, com a presença dos Prefeitos e Secretários de Saúde dos Municípios e do Estado, e representantes do Ministério da Saúde para esclarecimentos de dúvidas existentes.

3. Informação e sensibilização dos Procuradores e Assessores Jurídicos.

➤ Procuradores e Assessores dos Municípios e do Estado participaram de um encontro para discutirem as questões de ordem jurídica do COAP, com a participação de representantes das Assessorias Jurídicas do Ministério da Saúde e do Estado do Ceará, além da Promotoria de Saúde Pública do Estado do Ceará.

4. Definição dos momentos de elaboração do COAP e Agenda de Compromisso.

➤ Para que se pudesse, até o final do ano de 2012, realizar todo o processo de construção e finalizar com a assinatura do COAP das Regiões de Saúde, foi criado um Grupo Condutor Estadual, que definiu uma agenda, com propostas abertas a serem discutidas e pactuadas com as Comissões Intergestores Regionais.

5. Preparação das Equipes Regionais: coordenadores e assessores técnicos da SESA.

➤ Realizado o Encontro Estadual, com todas as Coordenadorias Regionais de Saúde - CRES e Coordenações do nível central da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, com a finalidade de fazer um processo de nivelamento dos entendimentos a serem discutidos no primeiro momento.

6. Elaboração dos instrumentos de planejamento integrantes do COAP: Mapa da Saúde, Mapa de Metas dos Indicadores e da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde.

➤ Como não existiam os instrumentos definidos para a operacionalização do COAP, todo o processo de construção ativa foi realizado de forma participativa, através de diálogos e propostas discutidas pelos entes signatários, atores e construtores do processo.

7. Monitoramento e recondução do processo.

➤ Após cada etapa concluída nas Comissões Intergestores Regional - CIR, o Estado realizava oficinas com o Ministério da Saúde para monitorar o processo e, só após os devidos ajustes de cada fase, é que se fazia a recondução do processo.

8. Análise de consistência interna pelas equipes técnicas da SESA e ajustes das Propostas do COAP.

➤ As inconsistências, detectadas pelo Ministério da Saúde, eram enviadas para a análise do Grupo condutor estadual da SESA, âmbito em que as alterações propostas eram analisadas e, depois, submetidas à apreciação das Comissões Intergestores Regionais - CIR.

9. Pactuação e aprovação dos COAP na Comissão Intergestores Regional - CIR e na Comissão Intergestores Bipartite - CIB- CE.

➤ Ao final de todo processo de construção, o Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP foi submetido à pactuação e aprovação da Comissão Intergestores Regional - CIR.

➤ Após aprovação, o Termo de Responsabilidade foi assinado por todos os Prefeitos e Secretários Municipais da Região de Saúde, Governador do Estado, Secretário Estadual da Saúde e o Ministro da Saúde, a fim de ser encaminhado para a publicação no Diário Oficial da União.

Momento 1 - Definindo o Território

- População IBGE - Resolução nº 6 de 30 de agosto de 2011.

- Regiões de Saúde - Resolução CESAU nº 530 de 30 de janeiro de 2012, aprovando o PDR.

- Ficou estabelecido para que todo processo de territorialização que, utilizasse dados para a nova proposta, os municípios deveriam usar os indicadores acima.

Momento 2 - Elaboração do MAPA DA SAÚDE

- Análise dos resultados dos indicadores do Pacto pela Vida e análise epidemiológica da morbimortalidade.

- Análise das ações e serviços ofertados.

- Análise sócio-econômica.

- Fluxos assistenciais/ programações de referência.

- Participação dos municípios em relação a EC nº 29.

➤ Nesse primeiro momento, foi realizada uma força tarefa por parte do setor de epidemiologia do nível central da SESA, a fim de disponibilizar para a Região de Saúde uma análise da situação de morbimortalidade, pois todos os dados consolidados das informações encontravam-se neste nível. Foi necessária também a atualização, por parte dos municípios, de todo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, e a revisão da Programação Pactuada e Integrada, local e de referência e assim visualizar todo o potencial de serviços existente e a disponibilidade físico-financeira dos municípios.

Momento 2.1 - Elaboração do MAPA DA SAÚDE

- Situação da Ouvidoria.

- Mapeamento do processo de regulação: estrutura física, regulação do acesso.

- Situação dos conselhos de saúde: composição - Acórdão do TCU 1660.

- Situação dos instrumentos de planejamento: Programação Anual de Saúde- PAS e Relatório Anual de Gestão - RAG.

➤No segundo momento, caracterizou-se pela necessidade do diagnóstico real dos órgãos de controle social, conforme o estabelecido em acórdãos do TCU, quanto à regularização da paridade no Conselho de Saúde e da regularização nos sistemas de informações dos Relatórios Anuais de Gestão, bem como do Plano de Saúde.

Momento 3 - Definição das Intervenções

➤MAPA DE METAS - diretrizes, indicadores e metas: Identificação dos indicadores e respectivas metas e pensar em intervenções regionais.

Universais - obrigatórios para todos.

Específicos - obrigatórios para algumas regiões.

Complementares - de acordo com a realidade loco regional.

➤ MAPA DE INVESTIMENTOS

Após a construção de Série História: 2008 a 2011 e em decorrência do ano eleitoral, os gestores acordaram pactuar somente os indicadores universais, dois específicos e quatro indicadores estaduais, pois essa pactuação, definida no MAPA DE METAS, teria que ter coerência com o seu indicador no momento real, a capacidade instalada das equipes e a necessidade de investimentos.

Todo MAPA DE INVESTIMENTO teria que ter coerência com o mapa de metas, a ser cumprido pelo município, conforme a sua pactuação.

Momento 4 - Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde

- Programação das ações e serviços básicos de saúde.
 - Programação das redes temáticas.
 - Programação das ações e serviços de vigilância em saúde.
 - Programação das ações e serviços especializados de referência.
 - Programação da Assistência Farmacêutica.
 - Identificação dos vazios assistenciais e serviços na região para a expansão da oferta.
- Todas as programações, acima descritas, tiveram que ser revistas para o cumprimento do novo Contrato Organizativo de Ação Pública, que teve que contemplar nesse ano a Programação da Rede Cegonha e identificar os vazios assistenciais da região de saúde.

Momento 5 - Responsabilidades Orçamentárias e Financeiras

- Programação dos recursos federais nos municípios da região.
 - Programação dos recursos do tesouro estadual para cada região.
 - Programação dos recursos do tesouro dos municípios da região.
 - Identificação das fontes de financiamento dos investimentos propostos no Mapa de Metas de Investimentos.
- Foi realizado um levantamento por bloco de financiamento de todos os recursos financeiros, repassados fundo a fundo, pelo Ministério da Saúde, para todos os municípios da região, bem como as transferências de recursos estaduais realizadas, através de convênios e contratos. Além desses recursos, foram levantados todos os projetos de emendas parlamentares Estaduais e Federais existentes em 2012.

➤ Quanto aos recursos com a identificação das fontes de financiamentos do tesouro, dos Fundos Municipais e do Fundo Estadual de Saúde – FUNDES, proposto para metas de investimentos, tivemos dificuldade de identificar, através do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde - SIOPS, pois as dotações orçamentárias estavam expressas em rubricas dos Gastos Gerais em Saúde, sem o devido detalhamento.

➤ Existe dificuldade de acompanhamento de repasses dos recursos, transferidos pelo Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, em virtude de não serem realizadas as transferências na mesma lógica de como é feita pelo Ministério da Saúde, isto é, por Blocos de Financiamentos.

Momento 6 - Monitoramento, Avaliação de Desempenho e Auditoria

- Monitoramento dos resultados das metas dos indicadores.

- Avaliação das responsabilidades assumidas pelas três esferas.

➤Esse momento, conforme o que define o Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP, será realizado somente após o segundo ano de sua implantação.

Momento 7 - Formalização dos COAP

Em 31 de dezembro de 2012, tem-se a publicação do COAP das Regiões de Saúde de: Limoeiro do Norte e Crateús, no Diário Oficial da União - DOU nº 251.

Conclusão

O exercício de construção coletiva desenvolvida, de forma Tripartite, no estado do Ceará para a implantação do Contrato Organizativo de Ação Pública, como projeto piloto para o Brasil, deveu-se a uma vontade política, demonstrada por todos os níveis de governo, ou seja, um compromisso assumido como prioridade por parte de todos os gestores envolvidos.

O processo participativo dessa construção muito contribuiu para o fortalecimento da Comissão Intergestor Regional - CIR da região de Limoeiro do Norte - Ceará quanto ao seu real papel como responsável da formulação das políticas de saúde, bem como para o despertar do sentimento solidário no enfrentamento dos problemas prioritários da região de saúde.

Outro fato positivo no processo de implantação do Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP na Região de Saúde foi o de propiciar uma maior interação entre as Coordenadorias Regionais de Saúde com as demais Coordenadorias do nível central da SESA - CE e setores do Ministério da Saúde, em virtude da criação dos grupos condutores regionais e estadual e do grupo técnico de apoiadores do ministério, que foram pontes de ligações entre os entes federados.

A implantação do Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP despertou nos gestores não somente a importância da CIR, como instância colegiada, mas também como indutora e facilitadora para que o grupo técnico da regional e dos municípios pudessem detectar as fortalezas e as fragilidades existentes dentro dos municípios e assim buscarem de forma solidária os ajustes necessários para a melhoria da gestão da região, vinda por tanto contribuir para o fortalecimento das câmaras técnicas.

O empoderamento dado a esses grupos de trabalho contribuiu de forma fundamental para melhorar, não só os instrumentos de gestão dentro dos municípios, mas também os processos de trabalho. Assim, todos os sistemas de informações passaram por ajustes necessários para revisão das inconformidades dos bancos de dados; revisão nas programações, principalmente nas Programações Pactuadas e Integradas - PPI local e de referencia; análise de todos os contratos de prestação de serviços e de convênios da região, bem como a real necessidade da previsão orçamentária de custeio e investimento, por parte dos entes federativos, a fim de cumprirem as responsabilidades organizativas e executivas assumidas, na ocasião da assinatura do Termo de Responsabilidade do COAP.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508/2011, de 28 de junho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e Proposições Metodológicas para a Elaboração da Programação de Ações e Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CIT nº 1, de 29 de setembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CIT nº 3, de 30 de janeiro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CIT nº 4, de 19 de julho de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CIT nº 5, de 19 de junho de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Lei Complementar 141 / 2012, de 13 de janeiro de 2012**. Brasília, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990. n. 182. seção I. p. 18055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretriz para a organização da

Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, Poder Executivo, 2010. n. 251. seção I. p. 89. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: abr. 2016.

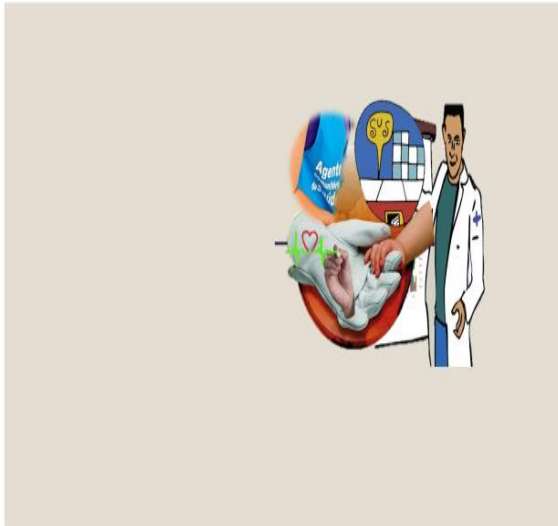
BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, Poder Executivo, 2011. n. 123. seção I. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/-ato2011-2014/2011decreto/d7508.htm>. Acesso em: abr. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. **Orçamento Federal ao Alcance de Todos: Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2012.** Brasília: Secretaria de Orçamento Federal, 2011. 88p.

SANTOS, L. **SUS e a Lei Complementar 141 Comentada.** [S.l.]: Editora SABERES, 2012.

PARTE 3

O PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE E SUA INTERFACE COM A GESTÃO



CAPÍTULO 17

ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL E A INTERDISCIPLINARIDADE NO CUIDADO AO PACIENTE EM SERVIÇO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Luciana Sobreira de Matos
Maria Helena Lima Sousa*

Introdução

As organizações de complexidade de saúde, no Sistema Único de Saúde -SUS, são dispostas de acordo com três predisposições que baseiam a construção de cada nível: população e território; estrutura logística e modelos de assistência e gestão. Sendo assim, dividem-se os modelos assistenciais em primário, que envolve os serviços de atenção básica; secundária, em que se enquadram os serviços ambulatoriais e hospitais de pequeno porte; e terciário, compreendendo os serviços de alta complexidade - OPAS, 2010.

A divisão do SUS nesses níveis é parte de uma reestruturação do sistema, baseada nas Redes de Atenção em Saúde - RAS, como uma forma de dinamizar o serviço e permitir um fluxo entre os três níveis, prestando uma melhor qualidade de atendimento ao paciente e o voltando para o acompanhamento aos serviços de atenção básica (BRASIL, 2010).

A reorganização do sistema, junto às RAS, vem para desconstruir o modelo hospitalocêntrico, esse, historicamente pregado e utilizado pela população, onde havia o predomínio

do atendimento hospitalar, sem o apoio dos demais níveis (SILVA, 2011).

Mesmo diante das RAS, tinha-se em mente pelos usuários, um fluxo unidirecional, em que se compreendia a entrada do cliente por um dos níveis de atenção, seja essa, primária, secundária ou terciária, sem o direito de quem adentrou ao serviço por um, pudesse voltar ou evoluir para outro, o que difere da proposta desse sistema. Sendo assim, defende-se o modelo de atenção em círculo, mantendo a atenção primária ao meio, podendo permitir um fluxo do paciente em qualquer uma delas. Após o crescimento do apoio tecnológico, esse processo torna-se mais fácil, porém, é pouco aplicado entre os serviços devido à alta demanda destes (CECILIO, 1997; FERREIRA *et al.*, 2013).

Na organização das RAS, a atenção secundária constitui-se de serviços historicamente compreendidos de “média complexidade” em nível ambulatorial e hospitalar, como: apoio ambulatorial em diagnóstico e imagem; atendimento clínico eletivo, médico especializado e redes de urgência e emergência (SILVA, 2011; FERREIRA *et al.*, 2013).

O SUS, desde a sua criação, apresenta grandes dificuldades no sentido de prestar uma assistência completa e humanizada ao paciente, apresentando fragilidades no processo saúde-doença e na prevenção de agravos. Assim, uma das maiores queixas da população está relacionada ao atendimento clínico ambulatorial especializado, envolvendo a assistência em consultas e exames, que geralmente possui maior assiduidade no serviço particular. Esse está diretamente associado à atenção secundária em saúde (ERDMANN *et al.*, 2013).

As insatisfações consistem ao atendimento mecanizado, ou seja, o paciente vai ao serviço com o intuito de ser atendido por uma especialidade e o atendimento restringe-se aquele momento, indo contra os princípios das RAS e do modelo de círculo. Além disso, estão as reclamações de dificuldade de

marcação de horários, demora para atendimento, longa espera pelo resultado de exames e outros desse feitio (ERDMANN *et al.*, 2013; FERREIRA *et al.*, 2013).

Nesse sentido, o acesso ao cuidado e a qualidade dos serviços oferecidos aos usuários refletem diretamente nas práticas realizadas. Boas práticas em saúde consistem na utilização da interdisciplinaridade entre os profissionais, integrando os seus conhecimentos para o fortalecimento da promoção da saúde, bem como envolvendo valores, objetivos e propriedade acerca do local de desenvolvimento de tal prática (KAHAN; GOODSTADT, 2001; OMS, 2008).

A interdisciplinaridade é baseada principalmente na comunicação. Portanto, o processo, no qual está sendo trabalhado, necessita de uma superação, originando linguagens únicas e capazes de expressar os conceitos das diferentes áreas, ou no caso, especialidades, a fim de possibilitar o entendimento e a conclusão daquilo que se busca. Isso fortalece ainda mais a importância da comunicação no trabalho em equipe. Atualmente, com uma maior integração dos saberes, é possível o desenvolvimento de um projeto comum que vise o atendimento multiprofissional e humano ao usuário, principalmente, nos serviços clínicos especializados referentes a atenção secundária (BRASIL, 2004; BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012).

Frente a essa realidade, tornam-se necessários a implementação de estratégias baseadas na interdisciplinaridade entre os profissionais de saúde na atenção secundária, bem como o aprimoramento do atendimento multiprofissional ao cliente. Com isso, os princípios de equidade, integralidade e universalidade do SUS podem ser de fato aplicados aos serviços e, assim, realizar um melhor plano terapêutico ao paciente, evitando possíveis patologias e contribuindo para uma saúde pública melhor.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é relatar uma experiência exitosa de implementação dos princípios da

interdisciplinaridade e do atendimento multiprofissional no atendimento ao paciente em unidade de atenção secundária.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, baseado na observação da implementação dos princípios de interdisciplinaridade e do atendimento multiprofissional no atendimento clínico especializado, bem como no serviço de apoio diagnóstico em grupos de especialidades clínicas, realizados na Policlínica Regional João Pereira dos Santos, localizada no município de Barbalha, no estado do Ceará.

O relato de experiência foi realizado utilizando o método observacional durante a implementação de todo o processo. O método trata a respeito da evolução de alguns pacientes, que passaram por intervenção cirúrgica bariátrica em outros serviços terciários na rede, e de crianças que apresentam déficit neuropsicomotor.

Essa unidade atende a Microrregião de Juazeiro do Norte, que compõe a Macrorregião do Cariri. A 21ª Região de Saúde compreende os municípios de Juazeiro do Norte, Barbalha, Cariri, Granjeiro, Jardim e Missão Velha.

A Policlínica Regional de Barbalha é caracterizada como tipo II, portanto, atende especialidades médicas de neurologia, angiologia, endocrinologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, clínica geral, cardiologia, ginecologia, mastologia, cirurgia geral, gastroenterologia, urologia, ortopedia, reumatologia, nefrologia, neuro-pediatria e dermatologia. Além disso, possui serviços de fonoaudiologia, enfermagem, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, nutrição e farmacologia. Oferece ainda exames complexos, como tomografia computadorizada, eletroencefalograma, radiologia, mamografia, ultrassonografia, endoscopia digestiva, ecocardiografia, ergometria, eletrocardiograma, audiometria, exames laboratoriais e coleta de patologia clínica

(CEARÁ, 2013).

As observações das evoluções das atividades foram efetuadas em um diário de campo, buscando captar os princípios de interdisciplinaridade nos atendimentos realizados pelos profissionais durante todo o processo de acompanhamento do paciente.

Para realização desses registros de campo, a gestão administrativa teve ajuda dos profissionais de enfermagem dos setores a fim de propiciar uma melhor compreensão de todas as impressões e aspectos de cada atividade, tendo em vistas que diversas atividades aconteciam simultaneamente.

Resultados

Conhecendo o processo: descrição das etapas

Para entender melhor como se deu o método observacional, é preciso entender como as propostas foram realizadas e o passo a passo de cada uma.

O processo baseia-se na implementação da interdisciplinaridade no atendimento multiprofissional, com a iniciativa da gestão administrativa da unidade. Porém, após ser apresentado à equipe, esse foi absorvido e aplicado pela gestão clínica, além dos profissionais atuantes nas propostas idealizadas.

Neste caso, pensou-se em duas propostas:

Proposta I: o paciente, que chegar para a realização de um procedimento X, seja consulta, exame ou acompanhamento específico, seria investigado pelo profissional que o recebesse. Dependendo dos diagnósticos ou possíveis suspeitas clínicas, esse paciente seria encaminhado para outras necessidades, ainda na unidade, para receber o atendimento multiprofissional.

Proposta II: baseia-se em dois grupos específicos para o acompanhamento interdisciplinar: (i) o primeiro (Grupo A)

estaria relacionado aos pacientes que realizaram cirurgia bariátrica (redução de estômago) a fim de evitar os casos de “reengorda”, sendo acompanhados por endocrinologista, enfermeiro, nutricionista e psicólogo; (ii) o segundo (Grupo B) compreenderia os pacientes com déficit neuropsicomotor que, após terem o atendimento médico com o neuropediatra e profissional de enfermagem, seriam encaminhados para uma equipe multiprofissional com terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista e farmacêutico.

Para que o processo fosse aplicado de forma mais completa, eficaz e que futuramente pudesse servir de referência para a definição de outras estratégias, a gestão clínica da unidade, juntamente com os profissionais envolvidos no processo, decidiu aplicar com maior intensidade a proposta II e, em menor intensidade, a proposta I, simultaneamente.

Com referência nos princípios das RAS, que integram diretamente a base do SUS, o sistema de círculo e o atendimento humanizado ao paciente, foram definidas cinco etapas para o processo, que são: (a) *capacitação da equipe*, com o objetivo de promover melhor desempenho e acompanhamento do paciente, sendo necessário comprovar a eficácia do método para então aplicar em todo o fluxo, além de considerar a alta demanda da unidade e a particularidade de cada profissional; (b) *busca ativa dos pacientes* para a realização das intervenções; (c) *estudo de caso*, etapa partilhada aos profissionais envolvidos no processo; (d) *aplicação das intervenções clínicas*; e, (e) *observação da aceitação*, sendo realizada por toda a equipe multidisciplinar antes, durante e pós-atendimento, conforme descrito na figura 1.

Figura 1 . Processos de implementação das Propostas de Interdisciplinaridade no Atendimento Multiprofissional



Fonte: Barbalha, CEARÁ, 2015.

Essas etapas foram definidas previamente pela gestão clínica da unidade, pois considerou-se o grande fluxo de atendimento da unidade e a pouca disponibilidade de tempo dos profissionais atuantes nas especialidades. Portanto, as etapas foram aplicadas apenas através de métodos *intervencionistas* e *observacionais*, tendo em vista que não necessitam de dedicação intensiva com papéis e protocolos, que só serão utilizados, caso as propostas sejam eficazes e cabíveis à rotina de trabalho da unidade.

Na proposta I, utilizaram-se apenas três etapas, que foram: capacitação dos profissionais, aplicação do processo e observação da satisfação do público. Na proposta II, optou-se por utilizar as cinco etapas propostas.

Aplicação do processo: observações acerca de cada etapa

A primeira etapa da implementação, após a apresentação, foi dividida em três momentos de capacitação pela gestão clínica. O primeiro contou com 20 horas aula de conhecimento teórico. No segundo, foram 20 horas de análise de estudos de casos. Por último, o terceiro momento compreendeu a 40 horas de aplicação do atendimento interdisciplinar ao paciente, supervisionado pelos instrutores do curso. Logo após essa etapa, os enfermeiros capacitaram os demais profissionais, envolvendo os de nível superior, técnico, médio e fundamental.

Para os pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica, a capacitação foi direcionada a toda equipe interdisciplinar que atuaria de forma direta na assistência aos cuidados com esses pacientes, sendo composta por endocrinologista, enfermeiro, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista e farmacêutico. Para as crianças com déficit neuropsicomotor, participaram da capacitação: neuropediatra, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista e farmacêutico. Nessa capacitação, foram definidos os passos de cada grupo, conforme descrito no quadro 1.

Quadro 1 . Processo de atividades realizada no mês com os grupos de intervenção em Barbalha, Ceará.

PROPOSTA II		
Grupo	A - Pacientes após realização de Cirurgia Bariátrica	B - Crianças com Déficit Neuropsicomotor
Profissionais	Endocrinologista, Enfermeiro, Nutricionista, Psicólogo, Fonoaudiólogo e Farmacêutico.	Neuropediatra, Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Nutricionista e Farmacêutico.
ATIVIDADES		
Primeiro Momento	Triagem, histórico e vida pregressa do paciente com o Endocrinologista.	Triagem e avaliação inicial com o Neurologista.
Segundo momento	Avaliação inicial com Endocrinologista e Enfermeiro	Avaliação com Pediatra e Enfermeiro.
Terceiro momento	Momento interdisciplinar: Avaliação inicial com os demais profissionais envolvidos; estudo do caso clínico do paciente; definição de intervenções/ plano terapêutico para o paciente.	Momento interdisciplinar: Avaliação inicial com os demais profissionais envolvidos; estudo do caso clínico do paciente;

		definição de intervenções/plano terapêutico para o paciente.
Quarto momento	Aplicação da terapêutica ao paciente por todos os profissionais.	Aplicação da terapêutica ao paciente por todos os profissionais.
Quinto momento/ A cada mês	Avaliação mensal com todos os profissionais sobre a evolução do paciente.	Avaliação mensal com todos os profissionais sobre a evolução do paciente.

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Notou-se que as capacitações foram positivas para os profissionais, pois foram bem planejadas e divididas para cada tipo de intervenção. O princípio de interdisciplinaridade foi bem trabalhado nessa etapa, tendo em vista que o conhecimento era multiprofissional, buscando ver o paciente como um ser biopsicossocial.

Após essa etapa, o processo de aplicação foi seguido rigorosamente, com a supervisão da gestão clínica da unidade, sendo avaliado por todos os profissionais.

A busca dos pacientes foi realizada seguindo os critérios definidos pela gestão clínica e médica, durante as capacitações para as propostas I e II. As intervenções foram realizadas semanalmente de acordo com o estudo de caso de cada paciente.

Os estudos de caso aconteciam mensalmente. Cada grupo possuía um dia de reunião diferente na semana, tendo em vista que os gestores clínicos estavam presentes em cada uma delas.

As avaliações semanais foram realizadas por todos os profissionais responsáveis por cada grupo da unidade, discutindo-as com os gestores clínicos.

Aplicação das propostas: observação dos resultados

Na proposta I, após a capacitação geral, as especialidades da unidade começaram a ser atendidas, visando não apenas resolver o único problema, o qual o paciente buscou no serviço, mas sim, investigar a fundo o que está por volta em cada caso. Nessa proposta, avaliaram-se, de forma observacional, os atendimentos e a satisfação de usuários, podendo assim elencar pontos positivos e negativos referentes ao fluxo em geral, após essas situações.

Além disso, também foram observados os comportamentos, satisfações e insatisfações de cada profissional a fim de avaliar o tempo necessário para a realização das atividades e como estava procedendo para cada paciente. Para tanto, a gerência administrativa e a equipe de enfermagem estiveram presentes em todos os momentos, como: os pré e pós-atendimentos, reuniões e planejamentos.

Dentre os pontos positivos, destacam-se: maior resolutividade dos casos; satisfação aparente dos usuários por resolverem seus problemas em um só local; atendimento multiprofissional.

Como pontos negativos, registraram-se: alta demanda; comunicação ineficaz, na maioria dos casos, devido ao alto fluxo; problemas com a central de marcação, devido as listas de espera para as especialidades; tempo para o atendimento inadequado; e dificuldade para reunir os profissionais e discutir a proposta.

Ao observar o comportamento dos profissionais, pode-se destacar a inadequação do tempo para atendimento, ocasião em que se percebe a busca pela compreensão das necessidades do paciente para o planejamento da assistência e dos encaminhamentos adequados.

Ainda foi possível verificar que os profissionais buscam o aprimoramento da assistência integral, ou seja, o atendimento multiprofissional, embora o reduzido tempo e a elevada demanda de serviço inviabilizem que o atendimento seja mais aprofundado, culminando com um encaminhamento sem maior precisão.

Vale ressaltar, que a proposta I não foi aplicada com intensidade e maior planejamento devido ao alto fluxo da unidade. Assim, entende-se que não há possibilidade de concluir algo sobre o método, mas sim, destacar pontos consideráveis acerca da ideia. É válido salientar que os princípios de interdisciplinaridade são notadamente perdidos nessa proposta devido aos pontos negativos mencionados.

Na proposta II, durante as atividades do grupo A, após a triagem e consultas com endocrinologistas e nutricionistas, o plano terapêutico foi colocado em prática da seguinte forma:

- Acompanhamento médico constante, seguido de realização de exames, dieta nutricional e acompanhamento do cardápio do paciente, visando qualidade de vida e alimentação saudável.

Acompanhamento de enfermagem, baseado no processo de enfermagem, com uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, de acordo com os diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association-International* - NANDA identificados pelo enfermeiro.

Nesse caso, adotaram as etapas do processo de enfermagem que, segundo Motta *et al.* (2011), são: investigação, histórico, diagnóstico, intervenção e a avaliação psicológica, que realiza intervenções com abordagem na

Terapia Cognitivo Comportamental, tendo por objetivo a mudança de comportamento por meio da avaliação e modificação dos pensamentos.

A cada encontro, são recomendadas atividades reflexivas, geradoras de discussões, mediadas pela “psicoeducação”, acerca das condutas adequadas para manutenção da qualidade de vida, preservação da autoestima e identificação das situações de transtorno alimentar; a fonoaudióloga orienta sobre o processo de mastigação dos alimentos; o farmacêutico realiza a consulta clínica, relatando a importância da utilização constante das medicações prescritas após cirurgia.

Após a observação semanal do grupo, constataram-se os seguintes pontos positivos: satisfação aparente dos usuários, por se sentirem totalmente assistidos; atendimento específico e raro em um único serviço público de saúde; assistência multiprofissional ao paciente; evolução/controle rápido dos pacientes.

Como pontos negativos, foram identificados: problemas na comunicação entre os profissionais no início do processo; alta demanda de pacientes; pouco tempo para discussão dos casos.

Durante o processo, foram observadas inquietações por parte dos profissionais, quanto à implementação do processo humanístico e de promoção da saúde na atenção secundária; à integração entre os profissionais; ao compartilhamento de informações e conhecimentos de cada profissional; às discussões dos casos clínicos de cada paciente, julgando ser interessante aplicar os conhecimentos teóricos na prática; aos benefícios aos usuários e ao serviço.

Como pontos negativos, destacam-se: o pouco tempo para realização das atividades; e a alta demanda de pacientes com outros problemas de saúde para resolver. A dificuldade de comunicação no primeiro momento foi atribuída pelos profissionais ao pouco tempo de regime de trabalho.

Os pontos negativos avaliados acima foram elencados no primeiro mês de tratamento, sendo logo resolvidos para as demais semanas. A exceção foi a alta demanda de pacientes para o serviço, o que muitas vezes impossibilitava a assistência completa. Porém, os usuários apresentavam-se satisfeitos e a evolução do tratamento era rápida e eficaz.

No grupo B, o processo ocorreu da seguinte forma:

- Após a triagem, o atendimento inicial foi realizado pelo neuropediatra, com o apoio de exames diagnósticos para a confirmação dos casos de déficit neuropsicomotores.

- Em seguida, a criança é inserida para acompanhamento interdisciplinar. Nesse caso, a enfermagem adota o cuidado planejado na SAE, definido de acordo com as necessidades ao atendimento integralizado do paciente e da sua família.

- Na sequência, a terapeuta ocupacional avalia os ganhos relacionados aos componentes de desempenho sensoriais (tato, visão, audição, percepção e equilíbrio), neuromusculoesqueléticos (força, resistência e controle postural) e motores (integração bilateral, integração visomotora e controle motor), utilizando, nessas intervenções, atividades lúdicas para o acompanhamento das atividades de desenvolvimento neuropsicomotor (FREITAS, 2010).

Depois, a fisioterapia contribui com atendimento, visando principalmente a estimulação da motricidade e reabilitação. O psicólogo intervém para dar suporte emocional tanto à criança como aos familiares. Posteriormente, a fonoaudiologia entra em cena, pois nesses casos, o desenvolvimento da fala, mastigação e deglutição são prejudicados. (vi) (?) Em seguida, o farmacêutico adentra ao processo para o acompanhamento das interações medicamentosas e orientação das diversas medicações utilizadas no tratamento; e, por fim, o nutricionista para a prescrição da dieta baseada no tratamento medicamentoso e

nas demais terapias desenvolvidas.

Como no grupo anterior, as observações do fluxo de atendimento e das relações profissionais foram realizadas semanalmente, após o acompanhamento de cada grupo. A equipe de enfermagem e a gestão administrativa reuniram-se com os gestores e produziram relatórios semanais de cada caso. Também fizeram o registro de campo. Neste grupo, o tipo de observação também era realizado durante as terapias, diferenciando-se apenas quanto às observações de psicologia, avaliando a evolução de cada paciente, por se tratar de um processo de maior complexidade.

Os pontos positivos observados, a partir dos profissionais, foram: atendimento eficaz; qualidade de atendimento; discussão significativa de casos; individualidade no tratamento a cada paciente; integração entre os profissionais; aprendizado mútuo. Em nossas observações, como pontos negativos, sobressaíram-se: alta demanda; tempo insuficiente para muitas atividades; dificuldade de comunicação, em alguns casos.

Merecem ser destacados os serviços de terapia ocupacional; fonoaudiologia e fisioterapia, considerados essenciais para o tratamento, pois os pacientes apresentaram melhor evolução nessas especialidades.

A proposta II continua em efetividade na unidade e estará sendo implementada em outros grupos no decorrer do ano de 2016, tendo em vista o bom desempenho das atividades com os grupos A e B.

Nessa proposta, a interdisciplinaridade foi melhor desenvolvida em ambos os grupos, pois evidenciaram diversos princípios, como: interação entre os profissionais; atendimento multiprofissional ao paciente; compartilhamento de informações e integração de diversos componentes para a construção do conhecimento.

Considerações Finais

Os resultados comprovam as limitações referentes aos serviços de saúde secundários, principalmente os de atendimento ambulatorial / especializado e de diagnóstico, em decorrência das altas demandas e do fluxo intenso para o atendimento multiprofissional. Nesse caso, os problemas estão ligados diretamente aos encaminhamentos dos municípios, a quantidade reduzida de serviços públicos disponíveis nessa área e aos trâmites complexos e burocráticos para a organização desses pacientes.

Em contraponto, destaca-se a eficiência da proposta, baseada em grupos, com finalidades / problemas específicos, em que os resultados foram positivos e podem servir de exemplo para outras pesquisas e ações a serem desenvolvidas em estabelecimentos de saúde com semelhante tipo de atendimento.

Para que houvesse eficácia no processo, a interdisciplinaridade precisou ser bem trabalhada, principalmente quanto à comunicação entre as equipes e a gestão. Sendo assim, essa ferramenta comprovou a sua relevância no serviço, despertando a perspectiva de aprendizado e gerando uma maior interação profissional. Esses profissionais, membros da equipe interdisciplinar, possuem maior preparação para o entendimento do processo saúde-doença de cada paciente, atentando para a sua complexidade e particularidade.

Portanto, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar apresenta-se como uma ferramenta importante e eficaz para alcançar bons resultados terapêuticos, seja no avanço dos tratamentos de pacientes pós-cirurgias bariátricas, que estão no processo de “engorda”, ou no atendimento de crianças com déficit neuropsicomotor.

Observa-se também que,- apesar de não termos maiores

parâmetros para concluir a intervenção em si, junto à proposta relacionada ao atendimento em geral-, os resultados obtidos podem ser reavaliados e repensados com a equipe médica e a gestão administrativa, buscando organizar um fluxo que não sobrecarregue os profissionais e que não gere demora no atendimento. Mesmo diante das constantes dificuldades devido ao elevado fluxo, os resultados, - em grande parte -, foram positivos, gerando maior satisfação dos usuários.

É importante considerarmos que, embora desejável, o princípio do trabalho em equipe, que permeia a interdisciplinaridade, apresenta uma perspectiva de realinhamento do trabalho coletivo em nível operativo. Frente ao cotidiano desse serviço, não basta apenas a definição de um fluxo de atividades, a serem desenvolvidas, para se garantir a recomposição do trabalho individual e autônomo dos trabalhadores na direção da construção prática da interdisciplinaridade.

Vale ressaltar uma maior atenção às boas práticas de saúde, desenvolvidas durante a implementação das propostas, tendo em vista que, para reformular o modo de produzir saúde, é necessário que haja constantemente trabalhos de construção, desconstrução e reconstrução das práticas. Nesse sentido, destacam-se a importância da avaliação e a do “*feedback*” dos usuários e profissionais.

A equipe multiprofissional deve ser pensada, como um campo para a formação de ideias e habilidades, para a atenção integral à saúde, seguindo os princípios das Redes de Atenção em Saúde, baseados no SUS. Partindo da importância desse campo, propõe-se que a abordagem interdisciplinar, junto ao multiprofissionalismo da unidade, seja considerada como as visões que mais se aproximam dos cuidados em saúde, atendendo as ideias de equidade, integralidade e universalidade, superando o modelo biomédico e fragmentado.

Por fim, destaca-se que a interdisciplinaridade teve

grande evidência no processo, levando-se em conta os princípios observados e a construção do conhecimento por várias partes. É notável que essa seja eficaz e deve ser utilizada em todos os serviços de saúde, buscando fornecer um atendimento completo, multiprofissional e interdisciplinar para o paciente, fortalecendo os princípios do SUS e garantindo assistência humanizadora.

Referências

BORGES, M. J. L.; SAMPAIO, A. S.; GURGEL, I. G. D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 147-56, 2012.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5. ed. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Atualiza normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992 e estabelece os Centros de Atenção Psicossocial nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 125-136.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Saúde. **Governador inaugura 17ª policlínica em Barbalha**. Fortaleza: Sesa, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/46218-governador-inaugura-17o-policlinica-em-barbalha-nesta-terca-17>>. Acesso em: 1 abr. 2016.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

ERDMANN, A. L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. especial, p. 131-139, 2013.

FERREIRA, D. C. et al. Atenção primária, planejamento e modelos de atenção à saúde: Um enfoque sobre o plano diretor da Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 16, n. 2, 2013.

FREITAS, M. et al. Acompanhamento de crianças prematuras com alto risco para alterações do crescimento e desenvolvimento: uma abordagem multiprofissional. **Einstein**, v. 8, n. 2, p. 180-186, 2010.

GALVÃO, S. F. O. L.; FAZENDA, I. C. A. A parceria na interdisciplinaridade: formação de uma nova consciência coletiva–estudos a partir das vivências em ensino superior. Interdisciplinaridade. **Revista do Grupo de Estudos e Pesquisa em Interdisciplinaridade**, São Paulo, n. 5, p. 42-60, 2014. ISSN 2179-0094.

KAHAN, B.; GOODSTADT, M. The interactive domain model of best practices in health promotion: developing and implementing a best practices approach to health promotion. **Health Promotion Practice**, Atlanta-USA, v. 2, n. 1, p. 43-67, 2001.

MOTTA, A. K. F. et al. Programa de cirurgia bariátrica: grupo terapêutico pós-cirúrgico como instrumento da intervenção interdisciplinar. **Revistahugv - Revista do Hospital Universitário Getúlio Vargas**, São Paulo, v. 10, n. 2, jul. / dez. 2011.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Guia para a Documentação e Partilha das “Melhores Práticas” em Programas de Saúde**. Rwanda: Escritório Regional Africano; Brazzaville: OMS, 2008.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**. Washington, DC: Organización Panamericana de la

Salud, 2010.

SILVA, L. M.; SANTOS, M. A. Construindo pontes: relato de experiência de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares. **Medicina**, Ribeirao Preto, v. 39, n. 3, p. 415-424, 2006.

SILVA, Sílvia Fernandes. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Campinas, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

CAPÍTULO 18

IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA O GERENCIAMENTO DO ATENDIMENTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Gylmara Bezerra de Menezes Silveira
Thereza Maria Magalhães Moreira*

Introdução

A busca contínua para o aprimoramento dos processos de gestão e otimização nos investimentos de recursos está presente na realidade atual, tendo como consequência a reorganização dos serviços. Desde 2002, com a implantação da Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2005 do Ministério da Saúde-MS, que cria os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência os serviços de urgência e emergência vêm sofrendo sérias mudanças estruturais e operacionais, com o objetivo de aperfeiçoar a organização da assistência, articulando os serviços e definindo fluxos, promovendo, assim, a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e integralidade na atenção (BRASIL, 2002).

Para Santos (2012), o processo de classificar paciente pela sua gravidade, originalmente chamado de triagem (do francês, *triagem*), foi usado inicialmente por militares franceses para separar os soldados feridos nas batalhas napoleônicas, com o propósito de estabelecer prioridades no atendimento. Esse conceito volta a ser adotado na década de 1950, nos Estados Unidos da América do Norte, em decorrência do aumento da demanda de pacientes nas portas das urgências.

O acolhimento com classificação de risco deve ser realizado por profissional de nível de superior, com treinamento específico e utilizando protocolos pré-estabelecidos, com o objetivo de avaliar o grau de urgência, conforme as queixas dos pacientes, organizando-os em ordem de prioridade para o atendimento (BRASIL, 2002).

Das escalas utilizadas mundialmente, podemos citar a escala australiana: *Australasian Triage Scale* - ATS, o protocolo canadense: *Canadian Triage Acuity Scale* - CTAS e o protocolo inglês: *Manchester Triage System* - protocolo de Manchester. Recomenda-se a utilização de protocolos que demonstrem o risco, com confiança na avaliação do paciente. Cada protocolo tem suas especificidades, de acordo com o contexto em que foram criados.

O Protocolo de Manchester é um sistema de classificação de risco, implantado no *Manchester Royal Infirmary*, na cidade de Manchester, em 1997, para ser utilizado como protocolo padrão em vários hospitais do Reino Unido. A partir desse momento, várias instituições de saúde buscam implementar esse sistema de classificação de risco, após licenciamento e autorização dos autores. Ele é baseado em categorias de sinais e sintomas do paciente, utilizando 52 fluxogramas, com discriminadores para a orientação e coleta das informações, para definição da prioridade clínica (GBCR, 2015).

O profissional seleciona um fluxograma mais adequado, conforme a queixa do paciente. Então, um discriminador é encontrado e classifica-se o paciente em uma das cinco categorias: 1) precisando de avaliação imediata (emergente = vermelho), 2) pode esperar por 10 minutos (muito urgente = laranja), 3) com tempo de espera de até 60 minutos (urgente = amarelo), 4) pode esperar 120 minutos (pouco urgente = verde) e 5) o paciente pode esperar até 240 minutos (não urgente = azul) (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

O protocolo de Manchester objetiva organizar as filas nos serviços de urgência, assegurando que os pacientes não esperem mais do que o tempo seguro para o primeiro atendimento médico. É importante que o tempo dessa classificação seja curto para que seja mantida a segurança dos pacientes em espera de atendimento, aumentando a satisfação do usuário e dos profissionais de saúde, além de racionalizar o consumo de recursos. Assim, a classificação de risco é uma ferramenta valiosa para auxiliar a gestão da assistência do serviço de urgência, aumentando a eficiência do serviço e a organização, pois fornece caminho sistemático e lógico para a tomada de decisão (JIMENEZ, 2013).

O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência da implantação, aplicação e gerenciamento das classificações de risco pelo Protocolo Manchester em duas unidades hospitalares.

Método

Trata-se de um relato de experiência de gestores de duas unidades de saúde de alta complexidade, uma localizada em Sobral e outra, em Juazeiro do Norte, municípios do estado do Ceará, no Nordeste brasileiro. Tais unidades realizam atendimento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde - SUS e são gerenciadas por uma Organização Social de Saúde - OSS, contratada pelo Governo do Estado.

As duas são referência em suas regiões para atendimento ambulatorial e urgência/emergência clínica e cirúrgica.

A unidade situada em Juazeiro do Norte teve sua inauguração em 8 de abril de 2011. Nela, a implantação do protocolo Manchester e a abertura da emergência aconteceram, simultaneamente, em 22 de agosto de 2011. Considerado o primeiro hospital público terciário, construído no interior do Estado do Ceará, abrange dos 44 municípios da Macrorregião

Cariri. Possui atendimento de referência em trauma e as especialidades cirúrgicas de traumatismo-ortopedia, buco-maxilo-facial, neurocirurgia, vascular, cirurgia geral e plástica. A unidade também é referência para atendimento de acidente vascular encefálico isquêmico -AVCi, sendo a única do interior do Ceará, com 45 leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI para o atendimento de pacientes críticos (SISTEMA DE INFORMAÇÃO, 2016).

A emergência de adultos da unidade hospitalar na cidade de Sobral foi inaugurada em 8 de maio de 2013 e a pediátrica em 12 de julho do mesmo ano. Nas duas, o protocolo Manchester iniciou junto com a fundação. O hospital é referência para atendimento adulto e pediátrico para 55 municípios da Macrorregião, com aproximadamente 1.500.000 habitantes. A emergência de adultos faz atendimento clínico-cirúrgico, torácico e vascular. A pediátrica é a única referência do Norte do Estado do Ceará, com média de atendimento diário de 158 pacientes (SISTEMA DE INFORMAÇÃO, 2016).

A escolha dessas duas instituições de saúde para o estudo deve-se por serem gerenciadas pela mesma organização social, por seguirem o mesmo protocolo de classificação e pelos autores serem gestores nas unidades.

Análise e Discussão

As urgências hospitalares são confrontadas diariamente pelo grande número de pacientes, com vários problemas de saúde, sobrecarregando o trabalho. Em consequência disso, é essencial a existência de um sistema de classificação de risco, implementado para assegurar que os pacientes sejam atendidos em ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada, melhorando a segurança no atendimento para os usuários atendidos nas unidades.

Nos últimos dez anos, a prestação dos cuidados de urgência/emergência tornou-se um foco na atenção política e

na gestão. A priorização clínica tem como objetivo garantir a segurança para o cidadão e para o profissional de saúde que a utiliza.

No dia 8 de abril de 2011, o Governo do Estado do Ceará trouxe, ao município de Juazeiro do Norte, a primeira unidade hospitalar de alta complexidade do interior do Ceará, oferecendo várias especialidades clínicas, cirúrgicas e ambulatoriais e assim possibilitando a diminuição de transferências de pacientes para as unidades de saúde em Fortaleza, capital do Estado e, por conseguinte, reduzindo a sobrecarga nessas unidades. .

Após a abertura desse serviço, surgiu um grave problema que foi o único hospital do município fechou as portas, encerrando seus atendimentos, sem justificativas. Com isso, a população viu-se obrigada a procurar atendimento de serviços básicos de saúde na unidade de alta complexidade, inaugurada pelo Governo do Estado, acarretando um grande problema nessa ocasião, pois o hospital foi implantado com o objetivo de atendimento para a Macrorregião do Cariri, contendo 44 Municípios e não apenas para Juazeiro do Norte.

Em consequência disso, surgiu uma grande necessidade de aprimoramento dos processos de gestão e de investimentos e recursos adicionais para a promoção da saúde com maior qualidade, buscando promover um atendimento humanizado para toda a macrorregião.

A inauguração da unidade hospitalar ocorreu, inicialmente, com a abertura dos serviços de imagem e ambulatório, em 20 de junho de 2011. O serviço de cirurgia começou no dia 28 de junho de 2011, com cirurgias ambulatoriais, provenientes da central de regulação.

Em 22 de agosto de 2011, ocorreram a abertura das portas da emergência e a implantação simultânea de um sistema de classificação de risco, Protocolo de Manchester, pois era necessária a organização da rede de saúde para promover impacto na região, reduzindo mortes evitáveis no sistema de

urgência e emergência.

A triagem é uma ferramenta utilizada para manejo clínico de risco, empregada em todos os serviços de urgência do mundo, que efetua a construção de fluxos de pacientes quando a necessidade clínica excede a oferta, assegurando a atenção médica de acordo com o tempo de resposta pela necessidade do paciente (GBCR, 2015).

Em 1994, foi formado o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco de Manchester, objetivando estabelecer consenso entre médicos e enfermeiros dos serviços de urgência para um padrão de triagem, focando seus objetivos em alguns tópicos: desenvolver uma nomenclatura comum, definições comuns, uma sólida metodologia de triagem, um programa de capacitação e um guia de auditoria para a classificação de risco (GBCR, 2015).

Vale salientar que esse sistema de classificação foi implantado não para julgar se o paciente precisa estar naquele serviço de urgência, mas para assegurar que o paciente que precisa de cuidados de urgência e emergência receba atendimento adequado e rápido. Na época, esse tipo de triagem configurava uma inovação para a região, a população e os profissionais de saúde, dificultando a adesão ao sistema.

Essa implantação foi importante para a gestão desse serviço de saúde, por ser um sistema que pode ser auditado e monitorado, tratando-se de um indicador de saúde, podendo inclusive ser utilizado em contratos de qualidade e com variáveis de financiamento.

Os profissionais passaram por dificuldades, iniciando com a implementação desse sistema na unidade, pois essas avaliações requerem raciocínio e intuição que devem estar baseados em conhecimentos científicos e aptidões profissionais. A decisão requer um nível de competência e análise crítica. No começo, os enfermeiros, que faziam a classificação de prioridade clínica, sofriam críticas dos médicos quanto à correta realização da triagem e isso dificultava os

atendimentos e a relação profissional.

No Hospital Regional do Cariri - HRC, foram realizados cinco momentos, sendo quatro para habilitar os classificadores, em decorrência da alta rotatividade de profissionais; e um para habilitar os multiplicadores e auditores do Manchester. Participaram, desses momentos, um total de 71 profissionais, sendo 66 enfermeiros e cinco médicos. Um desses era o coordenador da Emergência, o que facilitou a sensibilização dos demais médicos.

Em cada momento, foram realizadas atividades teóricas e práticas, com exposição e resolução de casos para melhor entendimento dos profissionais. Os treinamentos iniciais foram conduzidos pelos membros do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco de Belo Horizonte e os seguintes, pelos profissionais da própria instituição, habilitados como multiplicadores.

O HRC conta com duas salas destinadas à Classificação de Riscos, sendo realizada por um enfermeiro em cada sala ininterruptamente. Cada sala dispõe de computador com programa específico, uma pia, uma mesa, um glicosímetro, um termômetro timpânico e um monitor para oximetria de pulso para aferir os sinais vitais, conforme queixas relatadas durante a classificação.

Foram criados fluxos internos específicos para cada discriminador utilizado no protocolo. Com isso, pode-se viabilizar o direcionamento adequado dos pacientes atendidos, de acordo com suas queixas clínicas, encaminhando-os para a especialidade correspondente para que, assim, sejam otimizados os atendimentos, conforme as demandas.

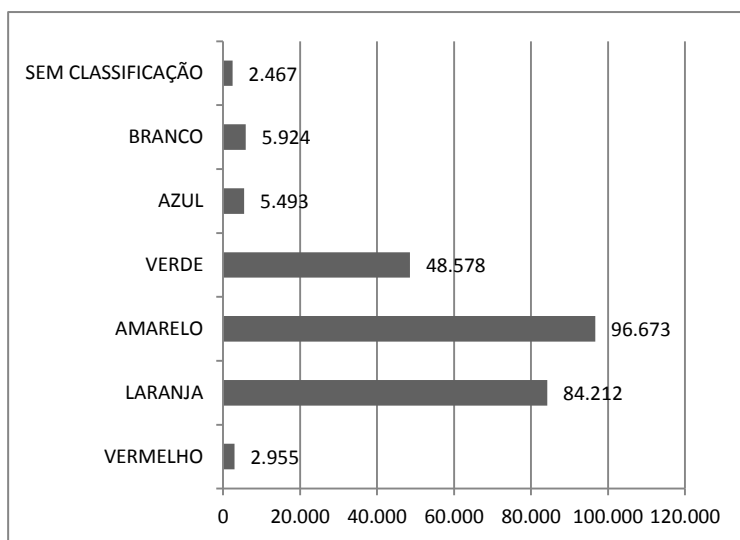
A estatística dos atendimentos é organizada em planilhas diárias, feitas pelo Núcleo de Gestão e Segurança do Paciente - NUGESP, que geram informações, tais como: classificação de risco e tempo de atendimento; total de classificações por risco, especialidade e município de origem; total de óbitos em relação aos pacientes classificados e total de

óbitos relacionados aos riscos classificados. Após a organização e compilação dos dados, esses são encaminhados às coordenações médica e de enfermagem da emergência e à direção da unidade para análise e discussão dos resultados.

Desde sua implantação, percebemos pelas estatísticas que cerca de (85%) dos atendimentos realizados no HRC são de pacientes oriundos do município de Juazeiro do Norte, o que causa desconforto e insatisfação por parte dos demais municípios da Macrorregião do Cariri. Esse cenário deve-se ao fato de que o referido município, sede do hospital, não dispõe de nenhum outro hospital, contando apenas com uma Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h, inaugurada em 2014, que conseguiu reduzir, mesmo que em pequena proporção, os atendimentos de pacientes de baixa complexidade.

Em 8 de abril de 2016, o HRC completou cinco anos de sua abertura, registrando 246.302 pacientes atendidos na emergência, sendo 84.212 classificados como laranjas e 2.955, como vermelhos, ou seja, pacientes de emergência que receberem atendimento imediato ou em até dez minutos. Observa-se que o maior número de classificações foi de pacientes com risco (amarelo): 96.673, confirmando a grande quantidade de pacientes que procuram atendimento com queixas de média e baixa complexidade e que poderiam ter buscado outro serviço de saúde. Ainda tiveram 48.578 verdes, 5.493 azuis e 5.924 brancos, esses últimos sem criticidade e/ou fora do perfil da instituição, sendo encaminhados para avaliação do chefe de equipe e 2.467 (não classificados), conforme descreve o gráfico a seguir.

Grafico 1 . Atendimentos, conforme classificação de risco Manchester, em Juazeiro-Ceará 2012-2016



Fonte: Sistema de Informação do HRC, 2016.

É importante salientar que, como o hospital foi criado com o propósito de ser referência em emergência de alta complexidade, mas, por muitas vezes, encontra-se sobrecarregado de pacientes que poderiam receber atendimento em unidades de média e baixa complexidade, evitando a superlotação dos setores assistenciais e a produção dos setores de imagem e de apoio. Reduz, assim, a disponibilidade de leitos para pacientes dentro do perfil de atendimento proposto.

No Hospital Regional Norte - HRN, unidade de Sobral, os treinamentos foram realizados em quatro momentos, sendo três para habilitar profissionais para classificação e um para habilitar auditores. Cada momento teve duração de dois dias, compostos por atividades teórico-práticas e conduzidos por profissionais vinculados ao Grupo Brasileiro de Classificação

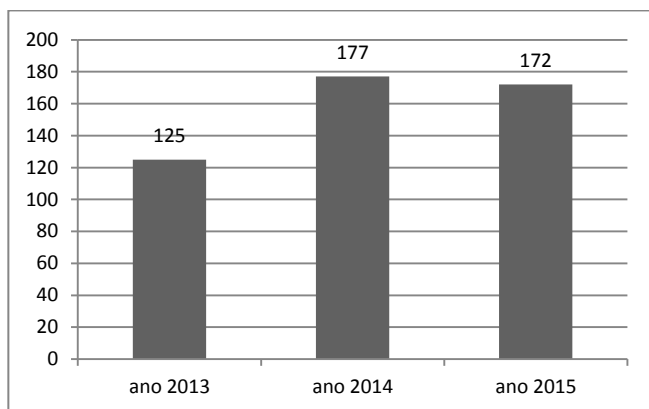
de Risco. Já foram habilitados para aplicação do Protocolo de Manchester 70 profissionais, sendo 68 enfermeiros e dois médicos, além de cinco auditores. Apesar das emergências da unidade terem 55 enfermeiros em seu quadro de pessoal, o número superior de treinados foi devido à alta rotatividade de pessoal, principalmente por desvinculação institucional.

A referida unidade possui duas salas de classificação de risco com um enfermeiro em cada, sendo os regimes de plantão de 24 horas. Cada sala dispõe de uma mesa, pia, cadeira, computador para o enfermeiro digitar os dados da classificação, esfigmomanômetro adulto e pediátrico, termômetro digital, oxímetro de pulso e glicosímetro para auxiliar a coleta dos dados e informações clínicas do paciente.

Os dados digitados pelos enfermeiros em um *software* específico são recolhidos diariamente pelo Núcleo de Gestão e Segurança do Paciente - NUGESP, os quais alimentam planilhas que geram os seguintes dados: total de classificações por risco, dia, especialidade e município de origem; número de pacientes atendidos dentro do tempo do risco classificado; total de óbitos em relação aos pacientes classificados e total de óbitos relacionados aos riscos classificados, dentre outros. Os dados compilados são encaminhados para análise das coordenações das emergências e para a direção da unidade.

Pode-se observar um aumento no número de classificações por dia entre 2013 e 2014, que passou de 125 para 177 pacientes classificados por dia, fato explicado pela consolidação da unidade hospitalar na rede de saúde da região, além da abertura de mais serviços intra-hospitalares, que servem como retaguarda às emergências. Todavia, entre 2014 e 2015, observou-se leve redução no número de classificações, passando de 177 para 172 pacientes classificados por dia, justificada pela crise financeira e por otimizações dos serviços oferecidos pelo hospital em pactuação com a rede de saúde do município, como se verifica no gráfico a seguir.

Grafico 1. Número de atendimentos diário, conforme classificação de risco Manchester, em Sobral-CE – 2016



Fonte: Sistema de Informação do HRN, 2016.

No primeiro e segundo anos de funcionamento hospitalar, cerca de (30%) dos pacientes eram classificados como verdes e azuis. Desses, aproximadamente, (75%) eram do município de Sobral e, por tratar-se de um hospital terciário, que deve atender demandas de alta complexidade, além de ser uma unidade estadual e não municipal, os coordenadores das unidades, com apoio do grupo gestor, solicitaram encontros com os gestores das unidades primárias e secundárias do município de Sobral, apresentando os dados descritos e sugerindo alternativas para otimizar as potencialidades das unidades, garantindo a qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Como resultado desses encontros, o fluxo de encaminhamento externo dos pacientes classificados, como verdes e azuis, foi redesenhado, colocando-se as unidades primárias e secundárias do município como referências para esse perfil. Assim, conseqüentemente, no ano de 2015, a classificação de pacientes verdes e azuis caiu aproximadamente (10%).

Devido ao fato das unidades primárias de atendimento à saúde não funcionarem aos finais de semana, gerando uma demanda reprimida de atendimentos, o pico de classificações no hospital é alto nas segundas-feiras e decresce, progressivamente, até o domingo. Frente a esse cenário, ele pode adequar-se em termos de recursos humanos e recursos materiais para a oscilação de atendimentos.

Quanto à dinâmica detalhada dos atendimentos médicos relacionados às classificações de risco, nos anos de 2013 e 2014, era em torno de (75%) dos pacientes atendidos além do tempo preconizado pela classificação. Diante disso, as coordenações realizaram estratégias, com os médicos e enfermeiros, elencando a importância da segurança de um atendimento dentro do tempo preconizado e pôde-se observar inversão dos dados no ano de 2015, que apresentou (32%) dos atendimentos médicos fora do tempo.

Nos três primeiros anos, após a abertura do hospital, a média de pacientes classificados que evoluiu ao óbito foi de (1,2%). Nessa ocasião, a média era de (21,8%) dos pacientes classificados como vermelho; (3,3%), como laranja e (0,4%) dos pacientes classificados como amarelo foram a óbito. Tal fato é preocupante e deliberou análise individual dos óbitos, devido à baixa complexidade clínica dos pacientes classificados como amarelos. Houve, então, análise dos prontuários e auditoria das classificações, concluindo-se que alguns pacientes haviam sido classificados erroneamente, com risco menor do que apresentavam no momento da classificação.

Conclusão

Finda-se, portanto, o relato da implantação da Classificação de Risco Manchester, com a descrição do treinamento profissional, aplicação do protocolo e gerenciamento dos indicadores produzidos. Algumas limitações foram observadas nesse processo: pouco

conhecimento da população sobre o protocolo; subjetividade profissional e não contemplação de todas as queixas clínicas, como por exemplo: não contém fluxograma para acidente com material biológico e há limitações para pediatria e obstetrícia. Vale ressaltar que foi enorme a contribuição da implantação desse protocolo na gestão dos processos da emergência nas duas unidades hospitalares, especialmente para a organização do fluxo de pacientes nesse setor, priorizando os que possuem maior necessidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048/GM, de 05 de novembro de 2002.** Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema Manchester de Classificação de Risco.** São Paulo: Manchester Triage Group, 2015. 249p.

JIMENEZ, J. G. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. **Revistas Emergencias**, São Paulo, v. 15, p. 165-174, 2003.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco:** Classificação de risco na urgência e Emergência. 1. ed. São Paulo: Editora GBCR - Manchester Triage Group, 2010.

SANTOS, M. N. et al. Acolhimento com classificação de risco em emergências: aplicação do Protocolo de Manchester. In: MARTINI, Jussara Gue (Org.). **Programa de atualização em enfermagem: saúde do adulto.** Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 18-43.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. **Sistema de Informação do serviço de cirurgia do Hospital Regional do Cariri.** Secretaria de Saúde-SESA. 2016.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. **Sistema de Informação do serviço de cirurgia do Hospital Regional do Norte.** Secretaria de Saúde-SESA. 2016.

CAPÍTULO 19

A HUMANIZAÇÃO NO SISTEMA PRISIONAL CEARENSE: O DIREITO À SAÚDE NO ÂMBITO DA DIVERSIDADE HUMANA

*Cristiane Lima de Oliveira
Thereza Maria Magalhães Moreira*

Introdução

O presente trabalho traz um relato de experiência desenvolvido por uma equipe multidisciplinar de saúde prisional, composta por Assistentes Sociais, Enfermeiros, Psicólogos, Médicos e Dentistas, em nove unidades prisionais, localizadas na Região Metropolitana de Fortaleza - RMF, no estado do Ceará, Brasil. Em 2015, a equipe de saúde tomou como desafio a tarefa de humanizar os serviços de saúde prisional, tendo como ponto de partida a ênfase na diversidade humana.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde - HumanizaSUS é uma iniciativa do Ministério da Saúde, que busca provocar mudanças em modelos de gestão e de atenção, valorizando os diferentes sujeitos que participam do processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2009).

No decorrer da sua trajetória, o Sistema Único de Saúde - SUS apresenta grandes avanços, como a implantação da Política Nacional de Atenção Básica e a nova Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade - PNAISP. Vale ressaltar que, apesar dos avanços, ainda existem muitos desafios e dificuldades, que impedem a efetivação dos direitos à saúde, garantidos na legislação.

Dentre as fragilidades do SUS, apontamos a forma como seus princípios e diretrizes são considerados, muitas vezes, sem a devida importância. Vamos pensar que, a cada conjuntura, esses princípios adquirem ou perdem *status* e importância na condução das políticas e, consequentemente, nas práticas de atenção e gestão (MATTOS, 2009).

O HumanizaSUS surge com a tarefa de criar métodos operativos que tenham, como norte para suas ações, o “SUS que dá certo” (BRASIL, 2009, p. 17). A Política Nacional de Humanização - PNH, com base nas experiências do “SUS que dá certo”, constituiu princípios e diretrizes norteadores para suas ações, permitindo o surgimento de arranjos e dispositivos capazes de induzir redes cooperativas a fim de superar o caráter centralizado, fragmentado e verticalizado dos processos de gestão e atenção.

Dessa forma, constrói-se a perspectiva de uma rede de produção de saúde em conexão, transversalizada e capilarizada, na qual sujeitos e pontos de atenção à saúde se interliguem. Para tanto, a operacionalização do conjunto de princípios da PNH induz à constituição de algumas linhas básicas, que são suas diretrizes. Tais direcionamentos são construções baseadas em três grandes dimensões: atenção, gestão e controle social.

Historicamente, os campos de ação da PNH nos serviços de saúde têm sido nos hospitais, nos serviços de Atenção Básica, nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF e nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, além de espaços de gestão e formação. Porém, um campo ainda pouco explorado para a discussão da atenção e gestão humanizada é o sistema prisional.

Nesse contexto, os desafios se multiplicam, impondo a necessidade da busca de novos caminhos para a transformação da realidade, a partir da atuação dos atores integrantes do processo de produção de saúde. Preocupada com essa questão, a gestão prisional apresentou-nos o desafio de humanizar o

sistema, tendo como ponto de partida as seguintes indagações:
- Como trabalhar as singularidades das pessoas privadas de liberdade nos processos de gestão e nos serviços do SUS? - Como realizar as adaptações, em contextos prisionais e em redes, de modo que as demandas de tais pessoas sejam vistas e acolhidas? - Como realizar as necessárias mudanças “humanizadoras”, dentro de uma lógica punitiva e fiscalizadora?

Dentre os muitos desafios, aqui destacamos o acolhimento, entendido como diretriz para a humanização da saúde, com a intenção de produzir um desvio na transformação de práticas e sujeitos, destacando os processos de gestão do cuidado num contexto que se caracteriza pela regulação entre o poder e a vida.

Entende-se que os processos de trabalho na execução penal são determinados, sobretudo, por esforços interativos. Sabemos que as pessoas privadas de liberdade estão inseridas em contextos marcados por muitas violações de direitos, dentre eles, a saúde, em um ambiente caracterizado por tensões, contradições, rebeliões e urgências.

A realidade das unidades prisionais consiste no alto índice da população carcerária e precárias condições para custódia, organização de serviços e prestação de assistências. Tais condições são agravantes, considerando que, em sua maioria, as pessoas custodiados pelo Estado, já adentram o ambiente prisional, apresentando condições de saúde geral precárias e fragilizadas, com algumas doenças recorrentes e endêmicas, como, por exemplo, a tuberculose, comum a esses ambientes insalubres.

Nesse sentido, ressaltamos a importância de articulação da PNH integrada às políticas de saúde, em especial à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional - PNAISP, no âmbito do SUS.

Para embasar nossas reflexões no que se refere à saúde, com ênfase no acolhimento e respeito à diversidade das

pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, precisamos abordar o que é acolhimento para a PNH.

A Política Nacional de Humanização considera acolhimento, como um processo constitutivo das práticas de saúde que implica: a responsabilização do trabalhador/da equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída; a escuta qualificada, que possibilite analisar a demanda, ouvindo a queixa dos usuários, considerando suas preocupações e angústias; a garantia de atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/da articulação das redes internas dos serviços, visando à horizontalidade do cuidado e das redes externas com outros serviços de saúde, dando continuidade à assistência (BRASIL, 2008, p. 51).

Quando se pensa no acolhimento, a noção mais presente é aquela que identifica o acolhimento em saúde de duas formas, simultânea ou separadamente, ou seja, uma ligada ao espaço, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; outra, como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados.

Historicamente, o sistema prisional tem pouco a oferecer para acolher os seus usuários e apresenta diferentes problemas relacionados à saúde no sistema prisional. Com base nos estudos de Assis (2007), podemos elencar alguns desses problemas para ilustrar esse cenário caótico, mesmo que parcialmente, por exemplo: a superlotação das celas, sua precariedade e insalubridade tornam as prisões um ambiente propício à proliferação de epidemias e ao contágio de doenças; a má-alimentação dos presos, seu sedentarismo, o uso de drogas e a falta de higiene fazem com que a pessoa que ali adentrou, em uma condição sadia, dificilmente saia de lá sem ser acometida de uma doença – ou com sua resistência física e sua saúde fragilizadas; as enfermidades mais comuns são as doenças do aparelho respiratório, como a tuberculose e a

pneumonia, além de hepatites e de doenças sexualmente transmissíveis, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS. Há também grande número de presos com transtornos mentais, câncer e hanseníase, além de deficiências físicas. Quanto à saúde dentária, o tratamento odontológico na prisão resume-se à extração de dentes; a remoção para atendimento em hospitais ocorre com escolta policial, a qual, na maioria das vezes, é demorada, pois depende de disponibilidade.

Então, é importante atentar para essa realidade precária do sistema prisional, que fere muitos dos direitos fundamentais da pessoa humana pactuados em âmbito internacional, bem como os direitos sociais garantidos a todo cidadão brasileiro. Ao contemplarmos as Regras Mínimas da ONU para tratamento de presos, bem como acordos e premissas internacionais e nacionais que tratam da titularidade de direitos das pessoas mantidas sob custódia do Estado, os sistemas prisionais brasileiros ainda estão muito distantes desse processo.

Com o intuito de mudar essa realidade, os Ministérios da Saúde e da Justiça, em 2 de janeiro de 2014, por meio da Portaria Interministerial nº 1, instituíram a Política Nacional de Atenção Integral das Pessoas Privadas de Liberdade - PNAISP no âmbito do SUS (BRASIL, 2014). A PNAISP e o Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional - PNSSP (BRASIL, 2014), apesar de não serem efetivados, em virtude de alguns fatores como subfinanciamento e, por consequência, a baixa aderência dos municípios, bem como a questão da exclusão e não importância por parte da gestão da saúde estadual, ainda representam a melhor experiência estatal brasileira dedicada à humanização das prisões. Considerando as diferentes prerrogativas desse instrumento legal, temos um trajeto inovador, ainda em construção.

Vale destacar dois pontos: a importância da definição e implementação de ações e serviços que viabilizem uma

atenção integral à saúde da população inserida no sistema prisional brasileiro; os princípios constitucionais e a responsabilidade do Estado pela custódia das pessoas, bem como a autonomia do arranjo interfederativo no campo da saúde pública e da justiça.

E, antes de partimos em direção às prerrogativas, preferimos retornar a um ponto balizador: - Como consideramos a instituição prisão em nossa sociedade? Para essa reflexão, vamos nos fundamentar nas ideias de dois importantes autores: o filósofo francês Michel Foucault e o cientista social canadense Erving Goffman.

Para Foucault (2009), desde sua origem, a prisão estava ligada a um projeto de transformação dos indivíduos. Ela deveria ser um instrumento aperfeiçoado, como os hospitais e as escolas. Porém, esse projeto, que não desejava caracterizar a prisão como uma espécie de depósito de criminosos, deixou a desejar, servindo para fabricar novos criminosos ou afundá-los na criminalidade. Palavras duras, porém, muito próximas da realidade atual.

Goffman (2001) refere-se à prisão como uma instituição total, considerando como aspecto característico da sociedade ocidental um caráter de “fechamento”, simbolizado pela barreira e pela relação social com o mundo externo, incluindo esquemas físicos - paredes altas, portas fechadas, arame farpado.

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. As prisões servem como exemplo claro disso, desde que consideremos que o aspecto característico de prisões pode ser

encontrado em instituições cujos participantes não se comportaram de forma ilegal. (GOFFMAN, 2001, p. 11).

Ainda segundo o referido autor, nas instituições totais todas as pessoas são tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas. As atividades diárias são realizadas no mesmo local, sempre na companhia de um grupo de pessoas e sob uma única autoridade. A instituição total arranca a característica do ser humano, despersonalizando-o ou despersonificando-o.

O ambiente prisional segue linhas normativas pré-estabelecidas pelas instituições envolvidas, configurando-se em práticas e dispositivos rígidos, que desconsideram a possibilidade das singularidades e os tempos das pessoas privadas de liberdade. Portanto, as contribuições da PNH podem ser importantes para o desenvolvimento de práticas, planos, tecnologias de gestão e atenção que representem a garantia do direito à saúde dessa população. Portanto, pensar a humanização da saúde para pessoas privadas de liberdade institucionalizadas no sistema prisional é um grande desafio.

Sabemos que no Brasil, desde 1988, a saúde constituiu-se em direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2010, p. 131). Assim, as normas jurídicas instituem direitos e deveres para a vida em sociedade e concebem as limitações às condutas nocivas para a vida social. Considera então, que a saúde, definida como direito, tem inevitavelmente aspectos individuais e sociais.

O direito à saúde privilegia a liberdade, na mais ampla acepção da palavra, quando é associado a direito individual. Por outro lado, nos aspectos sociais o direito à saúde privilegia a igualdade. Assim, a garantia de direito à saúde põe em questão o frágil equilíbrio entre liberdade e igualdade. Nesse

sentido, a PNAISP é um profundo exercício de protagonizar as mudanças na qualificação e na humanização da atenção à saúde no sistema prisional, tanto na dimensão dos poderes públicos como na iniciativa de profissionais de saúde.

Destacando o objetivo da PNAISP em garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, percebe-se uma relevante inflexão na proposta de modelo de atenção à saúde, permitindo que a qualidade de sujeito - ainda que privado de liberdade - adquira espaço, de modo que esse possa usar do seu direito à saúde, tanto nos aspectos individuais, como nos sociais.

Tomando como base o conceito de Dallari (1988), podemos dizer que se trata de um sistema de normas que regula o comportamento dos homens em sociedade. O termo traz em si um sentido de direito subjetivo, pois se trata também de “ordens de conduta”.

Os princípios que regem a PNAISP são indícios dessa mudança desejada. Entre seus seis princípios, notamos ponderações relativas aos direitos humanos e à justiça social, a integralidade da atenção à saúde, a equidade em virtude do reconhecimento das diferenças e singularidades de cada sujeito de direitos, uma ambiência humanizada, uma articulação interfederativa da corresponsabilidade na organização dos serviços e a valorização de mecanismos de participação popular e controle social nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Método

A experiência foi desenvolvida nas unidades prisionais da Região Metropolitana de Fortaleza, no Estado do Ceará, no Brasil, no período de março de 2015 a março de 2016, a partir da implantação de uma política de gestão, com ênfase na Humanização do Sistema Prisional da Secretaria da Justiça e Cidadania do Estado do Ceará - SEJUS, alinhada às diretrizes

do Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN e Ministério da Justiça.

Em meados de março de 2015, as equipes de saúde prisionais foram chamadas a assumir o grande desafio de humanizar as ações e serviços de saúde prisionais, com ênfase na política da diversidade humana e com o objetivo de melhorar e garantir as condições de acolhimento e atendimento às assistências, previstas na Lei de Execução Penal - LEP. Inicialmente, as equipes foram treinadas por meio do DEPEN e, em seguida, foi traçado um plano de ação multidisciplinar para colocar em prática os processos de implantação da humanização da saúde no sistema prisional.

O presente relato traz a experiência nas nove unidades prisionais da Região Metropolitana de Fortaleza - RMF, onde foi possível constatar a existência de 27 grupos focais da diversidade, dentre os quais, podemos destacar: LGBT (lesbicas, gays, bissexuais, transsexuais) Idosos, Mulheres, Pessoas em Situação de Rua, Jovens, Pessoas com Deficiência e Transtorno Mental. Avaliamos os motivos e finalidades das ações de saúde destinados aos grupos, de acordo com suas especificidades. Realizamos 17 conferências livres, com o objetivo de avaliar os serviços prestados pela escuta dos usuários, como mecanismo para melhoria das ações desenvolvidas. Além disso, foram analisados documentos e descrita a participação, monitoramento e avaliação do processo de implantação das ações de humanização nos módulos de saúde das unidades prisionais da região metropolitana, desde a implantação até momento de realização desse estudo.

Ao final, foram analisados os relatórios das atividades desenvolvidas pela equipe multidisciplinar, realizadas reuniões de avaliação dos processos com técnicos e gestores, bem como realizada escuta das pessoas em situação de privação de liberdade, em conferências livres, no sistema prisional, onde houve a participação dos envolvidos, priorizando, assim, a fala desses sujeitos para quem a política é

destinada.

Acolhimento, direito à saúde e diversidade humana no sistema prisional cearense

A partir da análise do trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde prisionais nas unidades, identificamos que foi traçado um plano de atendimento, contemplando três momentos de acolhimento, como estratégia de humanizar os serviços de saúde: ao entrar, ao ficar e ao sair da unidade prisional.

O sujeito é despedido de sua rede de apoio e disposições sociais. Não raras vezes, iniciam-se degradações e humilhações, além de haver momentos de apreensão, ansiedade, medo de enfrentar conflitos e dúvida sobre como responder às intervenções externas. De modo geral, há uma ruptura com o modo de vida civil. Essa separação inicial pode produzir prostração, entorpecimento e mortificação. O “novato” começa a receber os signos institucionais: número de registro, espaço de ocupação, tipo de vestimenta, rotina de horários, separação por grupos, dentre outros.

A “admissão” realizada pela triagem inicial é o procedimento de contato da pessoa com as normas e regras institucionais. Nesse momento, ocorre a identificação criminal, colhendo as impressões digitais, logo após o atendimento psicossocial, realizado na entrevista social, contendo registro da história de vida, situação familiar e socioeconômica, aspectos de saúde/doença, dentre outros procedimentos administrativos e outras formas de controle.

O primeiro momento do acolhimento é fundamental, pois o sujeito está sendo incorporado ao espaço institucional. Se já existe um imaginário que desafia a própria entrada, estar com profissionais que possam oferecer uma escuta qualificada para esse sujeito pode ser uma primeira pista para produzir uma transformação desse momento, passando da “admissão”

ao “acolhimento”.

Ao ouvir uma queixa, um lamento, um arrependimento, uma raiva, uma indignação, um desejo de vingança, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta atenta, pode-se fazer uma primeira marca de acesso, o acesso a uma história singular, a marca da singularidade. É o caso, por exemplo, de referir-se ao outro, chamando-o pelo nome, imputando algo que é dele, dele e de mais ninguém.

O segundo momento do acolhimento refere-se à gestão do cuidado às pessoas privadas de liberdade, constituída com base em ações programáticas. Devem-se considerar dois pontos: existem diferentes regimes para o cumprimento da pena, ou seja, regime fechado: condenados e provisórios; regime aberto ou semiaberto. As ações programáticas em saúde referem-se ao acompanhamento junto às pessoas privadas de liberdade, aplicado a cada tipo de regime. Porém, vamos nos deter às de regime fechado, locus da experiência aqui relatada.

Evidenciar o direito à visita é algo que pode colaborar na manutenção de vínculos familiares, permitindo a troca e o envolvimento com as situações e os desafios enfrentados pelos entes familiares, mantendo-se em conexão com os temas da vida para além da instituição. De certa maneira, o acolhimento, como diretriz de gestão do cuidado, pode promover a inclusão em perspectiva, em sua oferta, permitindo, inclusive, espaços de escuta dos familiares que quiserem expressar sua opinião e impressão sobre o usuário.

Nesse sentido, cria-se um vínculo entre equipe de saúde e a pessoa privada de liberdade, facilitando o enfrentamento de problemas relacionados à sua saúde, mas que pode não surgir por dificuldade em relatar ou buscar ajuda para determinadas situações que julgar embaraçosas, ou por ter vergonha e ou desconfiança.

Sob essa lógica, o acolhimento pode aproximar a

segurança e o cuidado, transformando a visão de que a saúde está baseada no cuidado e a segurança na proteção, propiciando um diálogo entre essas duas dimensões.

O terceiro momento do acolhimento está vinculado ao exercício projetivo, isto é, à formação de um plano para operacionalizar a preparação da pessoa privada de liberdade para sua vida em liberdade. Portanto, trata-se de um projeto, um esboço de ação a se realizar, costurado entre desejos, possibilidades, limitações e frustrações do que entrará em contato.

De maneira geral, resgatamos a implicação dos sujeitos envolvidos e responsáveis pelos usuários no acolhimento, desde a sua chegada até a sua saída. Propomos um processo permanente de reposicionamento e de análise sobre os tempos indicados, sem querer caracterizá-los como aspectos cronológicos ou normativos.

Ao contrário, precisamos pensá-los como produções de práticas de saúde, alinhadas a métodos de fazer saúde criativos e resolutivos, no seu contexto. O acolhimento, articulado com a atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade, de certo modo, sugere a perspectiva de mudança na qualidade, no acesso, interferindo no processo de trabalho das equipes de saúde envolvidas, e no modo como se relacionam os trabalhadores com essas pessoas e vice-versa, proporcionando assim um serviço mais humanizado.

Portanto, o desafio é sair de um modelo de privação de liberdade, que se limita a reconhecer parcialmente o direito à saúde, apresentando acesso insuficiente em razão da escassa responsabilidade sanitária assumida pelo SUS nos territórios, onde existem prisões, além da cultura de exclusão dos sujeitos e do subfinanciamento do setor.

Temos de criar meios de conectar esses espaços com os sujeitos e suas histórias, trazer à tona a defesa da vida. É aqui que devemos integrar a PNH a projetos concretos, definidos com contextos, com protagonistas, com objetivos, com

metodologia etc.

Um projeto de humanização requer que se considere o tema da democratização das relações interpessoais e, em decorrência, da democracia em instituições, como diz Campos (2005). É um grande desafio pensar essa lógica dentro do sistema prisional. A aposta no acolhimento, como dimensão ético-política, pode ser um desses projetos.

Considerar a humanização, nesse contexto, é pensar na construção de estratégias que visem aumentar o poder daqueles que estão em desigualdade - “doentes”, “discriminados”, “vulneráveis”, população em geral - diante da autoridade do saber e das práticas sanitárias.

Portanto, a humanização valoriza a presença e o acompanhamento de todos os envolvidos nos processos de tratamento, modificação de regras, entre outros, em função dos envolvidos com os usuários dos serviços, bem como o exercício de produzir um sistema de gestão compartilhado na extensão dos serviços e das relações cotidianas.

Se quisermos refletir sobre o acolhimento como diretriz e estratégia para a humanização em saúde, precisamos considerar a concepção de comunidade prisional. Ou seja, é preciso ir além da população privada de liberdade, incluindo os agentes penitenciários e seus respectivos familiares, bem como os gestores desses espaços. Afinal, os agentes penitenciários e seus familiares também podem adoecer no âmbito desse cenário.

No âmbito da Política da Diversidade, temos a população compreendida por essa e que requer ações e serviços destinados a uma população específica, tais como: idosos, obesos, pessoas com deficiência, jovens, mulheres grávidas, entre outros. Quem circula pelo espaço de saúde não é uma pessoa-padrão. Trata-se de diferentes sujeitos, que demandam cuidados, dimensões e seguranças distintos. Nesse sentido, as ações são trabalhadas de forma a garantir minimamente a dignidade humana no espaço prisional.

Constituem-se desafios em como garantir os direitos da pessoa com deficiência, conquistados na Convenção Internacional de 2009, e que pouco têm avançado em nossa realidade da arquitetura prisional.

Outra população da diversidade, que requer ações direcionadas, refere-se aos sujeitos identificados pela sua orientação sexual, especialmente o grupo LGBT (Lésbicas, Gays, bissexuais e Transexuais). Prevê-se que esses, também em privação de liberdade, possam ter o direito de ser denominados pelo seu nome social, isto é, de acordo com sua identidade de gênero, resguardando ao sujeito a identificação baseada em seu desejo, permitindo a manifestação de sua vontade.

Nesse sentido, fica claro que a humanização depende muito de mudanças das pessoas, sobretudo no que se refere à mudança de valores, colocando ênfase nos valores ligados à defesa da vida e da dignidade humana, facilitando a construção de vínculos entre equipes e usuários e a ampliação do grau de desalienação e de consciência da responsabilidade sanitária. Tudo isso tem o poder de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso, como diz Campos (2005).

Considerações Finais

Apesar dos avanços, ainda existem muitos desafios para efetiva implantação da humanização da saúde no sistema prisional, considerando as dificuldades apontadas, sobretudo no tocante à viabilização do atendimento básico, que necessita da condução dos internos, e à cultura da segregação, exclusão e destituição de direitos, principalmente quando se fala em pessoas privadas de liberdade. É importante ressaltar que as pessoas estão privadas de liberdade, mas, não estão privadas dos demais direitos, incluindo o da saúde, preconizado pela lei, como direito universal.

Outro obstáculo observado foi a necessidade de articulação e funcionamento da rede para o desenvolvimento

de ações intersetoriais em saúde. Na realidade, o que ocorre é que as diretrizes preconizadas pela PNAISP não são executadas pelos municípios, que deveriam ser parceiros na prestação de serviços da atenção básica nos municípios do interior do Estado, com unidades prisionais com até 100 presos, recebendo para isso um recurso. Porém, alegam o despreparo e a insegurança das equipes de saúde municipais, bem como número insuficiente de profissionais para atender à demanda.

Se partirmos de uma concepção de saúde, como uma articulação em rede de produção de saúde, compreenderemos que as ofertas de cuidado não se dão apenas dentro da unidade prisional, mas na relação com outros pontos de atenção, seja na atenção hospitalar ou na atenção básica. Portanto, saúde necessita de pontos “fora muros”, “entre muros” e “pós-muros” na circulação simbólica e real desse grupo que vive em condições desfavoráveis.

O trabalho desenvolvido pela equipe visa à transformação de práticas e de sujeitos, com ênfase no acolhimento compreendido como diretriz ético-política na saúde, problematizando no sistema prisional, com interface entre humanização, direito à saúde e diversidade humana.

Por fim, observa-se, como pontos positivos dessa experiência: a possibilidade do sistema prisional refletir criticamente sobre a interferência e transformação de práticas e processos de produção de saúde relacionados à Política Nacional de Humanização (PNH) da Gestão e Atenção do SUS; apostar no acolhimento, como contraponto a modelos de atenção à saúde distantes da prática do diálogo e da escuta com relação aos sujeitos envolvidos; e reconhecer o direito à saúde, como parte da atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional.

Referências

ASSIS, Rafael Damaceno. A realidade atual do Sistema Penitenciário Brasileiro. **Revista CEJ**, Brasília, ano XI, n. 39, p. 74-78, out. / dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Diretrizes básicas para arquitetura prisional**. Brasília: CNPCP, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/1992 a 64/2010, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/1994.32. Brasília: Câmara dos Deputados - Edições Câmara, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 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). Brasília: Diário Oficial da União, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-400, mar. / ago. 2005.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica.** São Paulo: Hucitec, 2005. 212p.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir.** 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2006.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos.** São Paulo: Perspectiva, 2001.

CAPÍTULO 20

MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS NA ATENÇÃO BÁSICA: EXPERIÊNCIA SOCIOAMBIENTAL SUSTENTÁVEL NO MUNICÍPIO DE HORIZONTE-CE

*Josete Malheiro Tavares
Carlos Garcia Filho*

Introdução

Apesar do evidente desenvolvimento da medicina moderna e da indústria farmacêutica, na maior parte do mundo, uma expressiva parcela da população, sobretudo nos países em desenvolvimento, depende das plantas medicinais. Durante as últimas décadas, o interesse por terapias naturais ampliou-se, inclusive nos países industrializados que estão expandindo o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos (OMS, 2000 *apud* FERREIRA, 2003, p. 21).

Dados da Organização Mundial da Saúde - OMS apontam que (80%) da população dos países em desenvolvimento utilizam, de algum modo, práticas tradicionais na atenção primária, e, desse total, (85%) usam plantas medicinais ou preparações dessas, ainda que de modo caseiro ou artesanal (FERREIRA, 2003).

A partir dos anos 70, ocorreu um aumento do interesse pelas “medicinas alternativas”, dentre as quais, a fitoterapia. Em 1978, a Organização Mundial da Saúde-OMS, por meio da Declaração de Alma-Ata- URSS, indicou a necessidade da valorização da utilização de plantas medicinais nos cuidados

primários de saúde e da descoberta de plantas medicinais eficazes e seguras (BRASILEIRO *et al.*, 2008).

No Brasil, a utilização de plantas medicinais confunde-se com as raízes culturais africanas, indígenas e europeias. Até o século XIX, o uso era muito difundido para cura de inúmeras doenças. Mas, houve uma mudança profunda dessas práticas, a partir da urbanização, industrialização e avanços tecnológicos na produção de medicamentos sintéticos que, em parte, substituíram as práticas naturais e transmitiram aos pacientes a expectativa de cura rápida e total das doenças (TOMAZZONI, 2006 *apud* OLIVEIRA, 2010, p. 16).

Não obstante o incontestável poder econômico da indústria farmacêutica em todo o mundo, muitos municípios brasileiros desenvolveram programas de fitoterapia, o que motivou debates e influenciou deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde. No relatório final dessa Conferência, no item 286.12, tem-se: “incorporar ao Sistema Único de Saúde - SUS, em todo país, as práticas de saúde como a fitoterapia” e, no item 351.10, descreve-se que “o Ministério da Saúde deve incentivar a fitoterapia na Assistência Farmacêutica Pública e elaborar normas”.

O Ministério da Saúde publicou, em 2001, a “Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos” (BRASIL, 2001), definindo normas para uma ação política para plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, numa perspectiva de envolver pesquisa, desenvolvimento, produção, cultivo e uso racional, objetivando garantir o acesso e o uso, com segurança, eficácia e qualidade, contribuindo assim para o desenvolvimento desse setor no país.

No Ceará, o professor Francisco José de Abreu Matos desenvolveu o projeto “Farmácias Vivas”, que foi utilizado como modelo para outros similares no Brasil, cuja finalidade é ofertar, sem fins lucrativos, a assistência farmacêutica fitoterápica às comunidades (MATTOS, 2000). Em 1995, o

Governo do Estado implantou o Programa Estadual de Fitoterapia, por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica do Estado do Ceará, em conjunto com o Programa Farmácias Vivas da Universidade Federal do Ceará - UFC. Em 1997, foi instituído o Centro Estadual de Fitoterapia - CEFITO, objetivando práticas integrativas fitoterápicas de modo complementar às ações da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária, com apoio aos municípios e às instituições interessadas na implantação do programa (SILVA, 2003).

Em 2004, o município de Horizonte iniciou um programa fitoterápico através de sua Secretaria Municipal de Saúde. Essa pesquisa pretende descrever essa experiência, por meio de um estudo de caso, com objetivo de verificar os resultados operacionais desse programa.

Histórico da Fitoterapia

O uso de ervas medicinal é tão antigo quanto à humanidade. Esse conjunto de conhecimentos empíricos foi elaborado em diferentes regiões do planeta, sendo comum encontrar registros históricos de medicamentos caseiros e preparações. Shen Nung, o “pai da medicina chinesa”, analisou centenas de plantas e escreveu o primeiro livro chinês sobre seus poderes curativos, listando mais de 360 espécies, incluindo *Ephedra sinica*, usada até hoje como fonte de alcaloide efedrina. Por volta de 300 a.C., a China já utilizava o ginseng (*Panax ginseng*), o acônito (*Aconitum napellus*), o ruibarbo (*Rheum officinale*) e a cânfora (*Cinnamomum camphora*), dentre muitas outras espécies de plantas, como produtos medicinais (SCHULZ; HÄNSEL; TYLER, 2002).

A Índia também apresenta rica história nesse campo, principalmente, devido à medicina Ayurvédica, existente há mais de cinco mil anos e baseada nos Vedas. Seus princípios reforçam a saúde como equilíbrio da relação do homem com a natureza inclui a teoria dos cinco elementos: terra, ar, fogo,

água e éter, e associam os efeitos dos medicamentos a determinados tipos constitucionais. Os textos indianos antigos citam plantas aromáticas para uso alimentício e medicinal, tais como: gengibre, noz moscada, incenso, mirra, alcaçuz, pimenta, alfavaca, cominho, açafrão, alho (ALONSO, 1998).

No Egito, encontram-se registros ancestrais de uso de plantas ainda hoje relevantes em todo o mundo, como: absinto, alho, meimendro, coriandro, genciana, romã e funcho, que são mencionadas em papiros datados de 1900 a.c. O papiro de Ebers, descoberto em 1873, pelo egiptólogo alemão Ebers, é um dos primeiros documentos escritos sobre a fitoterapia, apresentando registros de plantas e formulações, igualmente inseridas na fitoterapia até hoje como a babosa, a hortelã e o salgueiro, dentre centenas de outros exemplos (ROBBERS; SPEEDIE; TYLER, 1996).

Nos países europeus, desenvolveu-se também relevante tradição de uso de plantas que se espalharam pelo mundo com a descoberta de novos continentes e sua colonização. Exemplos dessas plantas são: camomila, erva-doce, alecrim, dente-de-leão, arnica e calêndula. A importância das ervas pode ser medida pelo empenho da Europa em buscar rotas marítimas que permitissem o acesso às suas zonas produtoras (GIACOMETTI, 1989).

Os indígenas de toda a América empreenderam também suas descobertas no campo das plantas medicinais, que igualmente se espalharam pelo mundo, mediante o intercâmbio realizado com os colonizadores europeus. Exemplos são o tabaco e o cacau na América Central, o jaborandi e a ipeca na América do Sul, e a echinacea e a erva-de-são-jão (*Hypericum perforatum*) na América do Norte (SCHULZ; HÄNSEL; TYLER, 2002).

A fitoterapia no Brasil

Quando o Brasil foi descoberto, a Fitoterapia era uma

das principais opções terapêuticas disponíveis, não havia vacinas nem medicamentos sintéticos, que só apareceram no final do século XIX. As primeiras informações sobre os hábitos dos indígenas vieram à luz com a colonização portuguesa, a começar pela carta do escrivão Pero Vaz de Caminha ao Rei Dom Manuel em 1500. Entre 1560 e 1580, o padre José de Anchieta descreveu as plantas comestíveis e medicinais do Brasil. Apresentou em detalhes alimentos como cará, feijão, palmito e mandioca. Entre as plantas medicinais, Anchieta abordou a hortelã-pimenta, utilizada contra indigestões, nevralgias e reumatismo e as doenças nervosas, exaltou as qualidades do capim-rei, da ipecacuanha preta, que servia como purgativo, do bálsamo da copaíba, utilizado para curar feridas, e da cabreúva vermelha (CAMARGO, 1988). A chegada dos colonizadores iniciou o intercâmbio cultural, começando o cultivo no Brasil das espécies europeias, principalmente mediterrâneas, como o alecrim, a erva-doce, a alfavaca, o louro.

Os africanos contribuíram muito com a utilização de plantas medicinais, principalmente nas regiões norte e nordeste do país. Desse modo, ingressaram no país espécies vegetais importantes como a mamona, dendê, quiabo, tamarineiro e jaqueira. A adaptação dessas plantas às condições do Brasil permitiu que se tornassem espontâneas, ou seja, nascem sem precisar ser plantadas pelo homem (GRAVES, 1945).

A fitoterapia no Ceará

O Ceará foi pioneiro na implantação dos programas de fitoterapia, com a idealização do projeto “Farmácias Vivas”, pelo Professor Francisco José de Abreu Matos da UFC, cuja finalidade é ofertar, sem fins lucrativos, a assistência farmacêutica fitoterápica às comunidades, seguindo as recomendações da OMS (MATTOS, 2000). A Lei nº 12.951, de 7 de outubro de 1999, dispõe sobre a Política de Implantação da

Fitoterapia em Saúde Pública no Estado do Ceará (CEARÁ, 1999).

O desenvolvimento desse projeto baseou-se no aproveitamento das informações científicas sobre plantas da região Nordeste. Essa experiência no Ceará já foi destaque na fitoterapia em saúde pública no país, quando o Programa Estadual de Fitoterapia alcançou desenvolvimento pleno, com resultados bastante satisfatórios. Infelizmente, verifica-se certo declínio dessa iniciativa estadual, em razão da mudança de prioridade dada a essa política. Apesar disso, a fitoterapia pode ser considerada uma alternativa terapêutica devido a sua eficácia aliada a um reduzido custo operacional (MATTOS, 2000).

Em 2010, o Ceará tornou-se o primeiro estado do Brasil a regulamentar o uso de plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados a fitoterapia no SUS, por meio da publicação do Decreto 30.016/10, de 8 de janeiro de 2010, autorizando a Secretaria da Saúde a “implantar a política de incentivo à pesquisa, o desenvolvimento tecnológico, a produção e a inovação de produtos fitoterápicos, a partir da biodiversidade regional”, compreendendo plantas medicinais nativas e exóticas adaptadas, aumentando as opções terapêuticas aos usuários do SUS, e ainda priorizando as necessidades epidemiológicas da população, além de reconhecer como Horto Matriz, o Horto de Plantas Medicinais Francisco José de Abreu Matos da UFC e de instituir como Oficial, o Horto de Plantas Medicinais do Núcleo de Fitoterápicos - NUFITO (CEARÁ, 2010).

Tratamento Metodológico

Essa pesquisa consiste em estudo de caso para expressão, sob lógica narrativa, do funcionamento do programa de fitoterapia do município de Horizonte, no estado do Ceará. A observação institucional discreta e a análise documental foram utilizadas para elaborar um relato sobre a organização do processo de trabalho e os resultados operacionais desse programa. Trata-se de pesquisa descritiva qualitativa, que seguiu as recomendações de Minayo (2008).

A escolha do campo de pesquisa baseou-se na possibilidade de acesso, tendo em vista que um dos autores é gestor do SUS nesse município. O período estudado foi de julho de 2012 a dezembro de 2015 e a coleta das informações ocorreu na Secretaria de Saúde do Município de Horizonte, na Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF, no Laboratório Fitoterápico, denominado Prof. Francisco José de Abreu Matos, e no Horto de Plantas Medicinais, os dois últimos localizados na Fazenda Lagoa do Ipu, distrito de Dourado.

Horizonte situa-se na Região Metropolitana de Fortaleza - RMF, distante 40 km da Capital cearense, seus limites territoriais são: ao Norte (Itaitinga e Aquiraz), ao Sul (Pacajus), ao Leste (Cascavel) e ao Oeste (Guaiúba). Possui uma população de 62.405 habitantes, distribuídos em uma área geográfica de 160 km² (IBGE, 2015).

Resultados

Rede de Saúde Municipal Relacionada à Fitoterapia

Segundo o Plano Municipal de Saúde de Horizonte 2014-2017 e seus Relatórios Anuais de Gestão de 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015, a Rede de Atenção Primária à Saúde do Município é composta por 20 Equipes de Saúde da Família - ESF, distribuídas em 17 Unidades Básicas de Saúde - UBS, atingindo uma cobertura de (100%) com relação à população

residente assistida. Cada equipe da estratégia saúde da família conta com serviços profissionais de médicos, enfermeiros, auxiliares / técnicos de enfermagem, dentistas e atendentes de saúde bucal. Há 123 agentes comunitários de saúde.

O suporte para as atividades da Atenção Primária é responsabilidade de uma equipe de atenção domiciliar, uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF e um Polo Ampliado Academia da Saúde. Especificamente relacionado à atenção farmacêutica e à fitoterapia, há uma Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF e um Laboratório de Fitoterapia, com Horto de Plantas Medicinais.

As prescrições dos medicamentos fitoterápicos são realizadas pelos médicos das equipes, mas existe portaria da Secretaria de Saúde que permite a transcrição pelo enfermeiro para algumas classes terapêuticas de medicamentos e de fitoterápicos. Quanto aos dentistas, prescrevem alguns tipos de antibióticos e anti-inflamatórios, como o Antisséptico Bucal, a tintura de alfavaca e a cápsula de mentrasto.

Os medicamentos e materiais das unidades de saúde são fornecidos pela CAF. Em cada UBS, há um dispensário de medicamentos, para armazenamento e dispensação à comunidade, inclusive de fitoterápicos, feito por um auxiliar de enfermagem devidamente treinado, mediante apresentação de prescrição médica.

Programa de Fitoterapia do Município

O Programa de Fitoterapia no município foi implantado em dezembro de 2004, com a instalação do Laboratório de Manipulação de Fitoterápicos, que teve como parceiros o Programa de Apoio às Reformas Sociais - PROARES, o CEFITO e a UFC. Seus principais dispositivos são:

1. O Horto de Plantas Medicinais, que possui estrutura básica de canteiros dispostos numa área de quatro hectares, onde crescem as espécies provenientes do Horto de Plantas

Medicinais Francisco José de Abreu Matos da UFC;

2. Oficina Farmacêutica, onde são preparados 14 tipos de fitoterápicos com fórmulas desenvolvidas pela UFC, contando com seis funcionários, sendo uma farmacêutica, uma técnica de laboratório, três auxiliares agrônômicos e um engenheiro agrônomo;

3. CAF, que se responsabiliza pela distribuição dos produtos.

Os produtos fitoterápicos produzidos no município são:

1. Antisséptico bucal a base de óleo essencial de alecrim-pimenta (*Lippia sidoides*) e hortelã-japonesa (*Mentha arvensis*), com ação/indicação para placa bacteriana, mau hálito, gengivite e tártaro;

2. Cápsulas de açafrão (*Curcuma longa*) com ação/indicação para diminuir o teor de gordura (colesterol e triglicerídeos) no sangue;

3. Cápsulas de cidreira (*Lippia alba* quimiotipo 2) com ação/indicação como calmante, indicado no tratamento dos estados de ansiedade, nervosismo e depressão;

4. Cápsulas de colônia (*Alpinia zerumbet*) com ação/indicação para terapia anti-hipertensiva;

5. Cápsulas de mentrasto (*Ageratum conyzoides*) com ação/indicação como anti-inflamatório e analgésico para alívio das dores articulares do reumatismo e das cólicas menstruais;

6. Cápsulas de mororó (*Bauhinia unguolata*) com ação/indicação para baixar o teor de açúcar (hipoglicemiante) no sangue;

7. Creme vaginal de aroeira (*Myracrodruom urundeuva*) com ação/indicação para inflamações ginecológicas. Age como anti-inflamatório e cicatrizante em vaginites e cervicovaginites;

8. Elixir de aroeira (*Myracrodruom urundeuva*) com ação/indicação cicatrizante e anti-inflamatória, considerado como de elevada utilidade nos casos de gastrite e úlcera;

9. Pomada de confrei (*Symphytum officinale*) com

ação/indicação cicatrizante, anti-irritante, hidratante e removedor de tecido necrosado;

10. Tintura de alfavaca (*Ocimum gratissimum*) com ação/indicação para tratamento de inflamação da garganta, gengivite. É um germicida e aromatizante bucal, indicado para mau hálito e placa bacteriana;

11. Tintura de alecrim-pimenta (*Lippia sidoides*) com ação/indicação antisséptica local contra feridas infectadas, em cortes, sarna, impigem, pano-branco, mal cheiro das axilas e dos pés.

12. Tintura de malva-santa, santa (*Plectranthus barbatus*) com ação/indicação no tratamento e controle da gastrite e úlcera, na dispepsia, azia, mal-estar gástrico, ressaca e como amargo estimulante da digestão e do apetite;

13. Sabonete de alecrim (*Lippia sidoides*) com ação/indicação no tratamento de infecções tópicas causadas por fungos e bactérias. Antisséptico contra ferimentos infectados, sarna, impigem, pano-branco e como desodorante íntimo; e

14. Xarope expectorante composto de Malvariço (*Plectranthus amboinicus*), Chambá (*Justicia pectoralis*) e Hortelã-japonesa (*Mentha arvensis*) com ação/indicação expectorante e broncodilatadora, indicado para asma, bronquite, gripes e resfriados.

Todas as plantas utilizadas na preparação de fitoterápicos foram selecionadas com base em trabalhos científicos que comprovam as suas ações terapêuticas (MATOS, 2000). A preparação dos fitoterápicos funciona como descrita abaixo:

- As plantas medicinais, cientificamente validadas provenientes do Horto Matriz da UFC, são cultivadas e conduzidas no horto da oficina farmacêutica, dentro do padrão orgânico de produção, sob a administração de um profissional agrônomo;

- Em seguida, as plantas são coletadas de maneira

adequada ao melhor aproveitamento dos princípios ativos, considerando época do ano, período do dia, aspectos agrônômicos e botânicos, e enviados para a área de secagem e, depois remetidos para a oficina farmacêutica, onde são preparados os fitoterápicos;

- Do laboratório, oficina farmacêutica, os fitoterápicos são enviados para a CAF, setor responsável pela distribuição de medicamentos e materiais para as UBS, que mediante prescrição dispensam os fitoterápicos à população, como uma alternativa terapêutica de saúde pública no município.

- A programação de produção mensal é realizada de acordo com a demanda de distribuição dos fitoterápicos do mês anterior para as UBS.

Por intermédio de dados coletados na Secretaria de Saúde de Horizonte, contidos em seus Relatórios Anuais de Gestão dos anos de 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, a produção mensal de fitoterápicos é em média de 7.000 unidades e os medicamentos mais produzidos são xarope expectorante, sabonete de alecrim-pimenta e cápsula de cidreira, respectivamente nesta ordem.

No trabalho de Oliveira (2010), a respeito da fitoterapia nas UBS do município de Horizonte, a autora concluiu que:

1. É grande a utilização de fitoterápicos pelos pacientes (90,4 %) e registra a frequência de prescrições por médicos (90,9%), enfermeiros (100%) e dentistas (72,7%);

2. Os pacientes recebem explicações dos profissionais sobre a ação e a forma de uso dos fitoterápicos durante as consultas;

3. Há disponibilidade e fácil acesso aos medicamentos fitoterápicos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (94,2%);

4. Médicos, enfermeiros, dentistas e usuários apresentam elevado grau de aceitação e confiabilidade no programa de fitoterapia de Horizonte, além de conhecerem os fitoterápicos disponíveis no município;

5. Observa-se comprometimento de médicos, enfermeiros e dentistas com o Programa de Fitoterapia Municipal;

6. A fitoterapia nas UBS é uma prática terapêutica empregada com sucesso no município de Horizonte.

Verificou-se que o Programa Fitoterápico de Horizonte segue os preceitos estabelecidos pelo Decreto nº 30.016, que regulamenta a Lei nº 12.951, cujo Anexo I estabelece o Regulamento Técnico - RT da Fitoterapia no Serviço Público do Estado do Ceará e o Anexo II que apresenta as Boas Práticas de Cultivo e Coleta de Plantas Medicinais.

O custo anual dessa política pública é da ordem de 200 mil reais. Em 2015, o Município conseguiu êxito na aprovação de proposta para captação de recursos financeiros, junto ao Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, da ordem de 300 mil reais, sendo 86 mil reais destinados a aquisição de medicamentos e materiais permanentes e 214 mil reais para o custeio. Essa foi a primeira vez, nos quase 12 anos de execução dessa política, que se conseguiu recursos financeiros externos.

Considerações Finais

Os medicamentos fitoterápicos apresentam-se hoje como uma forte tendência no Brasil e no mundo. O aproveitamento das plantas medicinais brasileiras é de grande importância para a expansão do atendimento à saúde, por seu potencial no tratamento de patologias diversas.

A fitoterapia no município de Horizonte é uma alternativa socioambiental sustentável em medicamentos com sucesso operacional, social e econômico para o município e pode ser considerada como uma experiência exitosa passível de ser replicada em outros municípios brasileiros.

Referências

ALONSO, J. R. **Tratado de fitomedicina: bases clínicas y farmacológicas**. Buenos Aires: Isis, 1998.

BRASIL. **Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASILEIRO, B. G. et al. Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no "Programa de Saúde da Família", Governador Valadares, MG, Brasil. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, v. 44, n. 4, p. 629-636, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/>>. Acesso em: 23 jan. 2016.

CEARÁ. **Lei nº 12.951, de 07 de outubro de 1999**. Dispõe sobre a Política de Implantação da Fitoterapia em Saúde Pública no Estado do Ceará. Disponível em: <www.al.ce.gov.br/legislacao/legislacao5/leis99/12951.htm>. Consultado em 20.01.2013>.

CEARÁ. **Decreto nº 30.016, de 30 de dezembro de 2009**. Regulamenta a lei nº 12.951, de 07 de outubro de 1999 e dá outras providências. Fortaleza: Diário Oficial do Estado do Ceará, Poder Executivo, 8 jan. 2010. série 3. ano II. nº 005. p. 8.

CAMARGO, M. T. A. **Plantas medicinais e de rituais afro-brasileiros**. São Paulo: Almed, 1988.

FERREIRA, S. F. **A fitoterapia no PSF do Município de Pentecoste**. Fortaleza: UECE, 2003. 99f. Originalmente apresentada como Monografia, Universidade Estadual do Ceará, 2003.

GIACOMETTI, D. C. **Ervas Condimentares e especiarias**. São Paulo: Nobel, 1989.

GRAVES, A. H. Breve resumo histórico do uso das plantas na

medicina. **Revista da Flora Medicinal**, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 43-65, 1945.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **IBGE Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 12 set. 2015.

MATTOS, S. H. Perspectivas do cultivo de plantas medicinais para a fitoterapia no Estado do Ceará. **Horticultura Brasileira**. Fortaleza, v. 18, p. 45-46, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p.

OLIVEIRA, V. S. **Traçar o Perfil e Conhecer Aspectos Relacionados com a Utilização dos Fitoterápicos por Usuários e Prescritores na Atenção Básica do Município de Horizonte-ce**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2010. 84f. Originalmente apresentada como Monografia, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2010.

ROBBERS, J. E.; SPEEDIE, M. K.; TYLER, V. E. **Pharmacognosy and pharmacobiotechnology**. Baltimore: Wlilliams & Wilkins, 1996.

SCHULZ, V.; HÄNSEL, R.; TYLER, V. E. **Fitoterapia racional: um guia de fitoterapia para as ciências da saúde**. 1. ed. Barueri: Manole, 2002.

SILVA, M. I. G. **Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família de Maracanaú-Ceará**. Fortaleza: UFC, 2003. 147f. Originalmente apresentada como Dissertação, Universidade Federal do Ceará, 2003.

CAPÍTULO 21

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: DISCUTINDO ASPECTOS DA REALIDADE DE ICAPUÍ-CE

*Joice Silva de Almeida Sousa
Mardenia Gomes Ferreira Vasconcelos*

Introdução

A política de saúde mental pauta-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e possui outros aspectos norteadores que lhes são particulares. Atualmente, ela está ancorada na Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental e tem como finalidade alcançar um modelo de atenção baseado no convívio social e familiar, atendendo o usuário da saúde mental em instituições alternativas ao modelo hospitalocêntrico.

A compreensão e o tratamento de doença mental, - que a política de saúde mental traz atualmente -, são frutos de muita luta por parte de profissionais da saúde, usuários da saúde mental e familiares, que se sentiam insatisfeitos com o tratamento asilar, isolador e repressor oferecido durante muitos anos.

Assim, ganha espaço no Brasil, na década de 1970, o movimento pela reforma psiquiátrica, que trouxe como proposição a desospitalização desses usuários alcançada, através do fechamento dos hospitais psiquiátricos e da substituição desses por serviços alternativos, que oferecessem

subsídios para a consolidação da cidadania e a inclusão social das pessoas acometidas por problemas de saúde mental.

Nesse linear, o assistente social atua como peça fundamental, tendo em vista que seus objetivos profissionais se alinham com os da reforma. Dessa forma, nesse trabalho se discutirá um pouco sobre serviço social e saúde mental, dando enfoque ao trabalho com famílias, na realidade do município de Icapuí, no Estado do Ceará.

Serviço Social e Saúde Mental

De acordo com Bisneto (2007), a atuação de assistentes sociais no campo da saúde mental em nosso país iniciou-se por volta da década de 1940 nos Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil – COI / COJ, desenvolvendo-se em consonância com o posicionamento profissional da época.

A atuação dos assistentes sociais baseava-se, nesse período, no conhecimento *psi*, hegemônico na saúde mental até à década de 1970. Nesse sentido, a atuação inicial distanciava-se bastante do serviço social contemporâneo.

Essas primeiras experiências nos fazem destacar alguns pontos: a cultura moralizadora que perpassa a forma de pensar a doença mental; a preocupação com a desintegração social que os problemas sociais podem causar, colocando-se a necessidade de nela intervir para reintegrar o indivíduo à sociedade; o chamado do Serviço Social para atuar nas disfunções sociais familiares, devendo adaptar o indivíduo ao meio em que vive, dentre outros (BARBOSA, 2006, p. 56).

Nesse período, havia um número muito reduzido de assistentes sociais. Esses só ganharam visibilidade na área da saúde mental a partir da década de 1950, com a expansão dos

hospitais psiquiátricos. Tais hospitais permaneciam controlados pelo conhecimento *psi* e todas as ações dos demais profissionais estavam subordinadas a ele. Assim, essas equipes trabalhavam de forma uniprofissional, ao contrário do que se propõe atualmente, a partir da reforma psiquiátrica (VASCONCELOS, 2006).

É relevante salientar que a inserção efetiva do serviço social em hospitais psiquiátricos deu-se por força de exigência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, nos anos de 1970. Vasconcelos (2006) ressalta que:

[...] na década de 70, algumas tentativas de reorganização do setor psiquiátrico foram feitas, como a portaria do INAMPS de 1973, exigindo, entre outras coisas, o aumento do número de profissionais nos hospitais, incluindo as assistentes sociais. (VASCONCELOS, 2006, p. 192).

As exigências dessas contratações não partiram dos usuários e nem dos empregadores, mas do INSS que, por sua vez, tinha a intenção de controlar as contradições do sistema manicomial. A preocupação do governo ditatorial vigente não era a loucura, mas os problemas sociais que geravam manifestações da população. Nesse sentido, o assistente social foi o profissional que veio:

[...] “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. O Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos “necessitados” (BISNETO, 2007, p. 25).

Concomitantemente, o serviço social brasileiro passava por um momento de transformação, trazido pelo movimento de reconceituação, que ocasionou uma revisão crítica e um questionamento da profissão, bem como a aproximação com o referencial teórico marxista.

Com isso, o trabalho dos assistentes sociais na saúde mental encontrou de imediato:

[...] dificuldades de articulação entre as novas teorias em Serviço Social e a consecução de seu exercício. Os paradigmas em Serviço Social que tentavam orientar a prática nos anos de 1970 não conseguiam estabelecer uma metodologia de atuação em Saúde Mental. Por exemplo, no marxismo houve dificuldades de aplicação na prática, pois as políticas sociais são orientadas para um Estado capitalista e o objetivo das instituições é conflitante com a teleologia de uma teoria transformadora da realidade social (BISNETO, 2007, p. 28).

Isso ocorre porque, com o movimento de reconceituação, se iniciam as críticas em relação à atuação dos assistentes sociais na saúde mental, assim como em outras áreas. Ao mesmo tempo, ocorre no Brasil, no âmbito da saúde mental, o início do movimento da reforma psiquiátrica que traz uma abertura muito grande para a intervenção do serviço social nessa área, já que suas propostas tinham total relação com as do projeto ético-político do serviço social que se gestava naquele período. Além disso, pela proposta da reforma, a psiquiatria teria que abrir espaço para outros saberes no contexto da saúde mental, entre eles os do assistente social, embora ainda persista o foco no saber *psi*, que muitas vezes é reforçado por profissionais dessa área.

Outro aspecto a ser elencado diz respeito aos serviços alternativos propostos pela reforma, pois esses necessitam da participação do serviço social, em maiores proporções, que o modelo de internação. Nesse sentido, esse fator “está permitindo o emprego, desde os anos de 1990, de assistentes sociais em Saúde Mental” (BISNETO, 2007, p. 37).

Além da reforma psiquiátrica, outro aspecto histórico ocorrido no Brasil configurou-se como um dos determinantes da abertura mencionada, a saber, a reforma sanitária. Para Mendes (1999):

A Reforma Sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente, através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema. (MENDES, 1999, p. 42).

De acordo com Bisneto (2007), essa reforma trouxe avanços democráticos na área da saúde e, assim, uma forte demanda empregatícia para assistentes sociais na saúde, especialmente nos anos de 1990 com a criação de unidades básicas, centros de saúde e ambulatórios.

No que diz respeito às demandas postas aos assistentes sociais na saúde mental, pode-se afirmar que são inúmeras, nos vários programas e projetos desenvolvidos nas instituições, especialmente aquelas que seguem o modelo da reforma psiquiátrica ou modelo alternativo.

Sabe-se que a saúde é decorrente de uma série de aspectos que envolvem o homem e a mulher, como as condições de: trabalho, moradia, lazer, alimentação, educação, entre outros. Entende-se que saúde não se limita a ausência de doença. “Saúde é, então, resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população” (MENDES, 1999a, p. 237).

Nessa perspectiva, vários aspectos interferem no trato do transtorno mental que não são objeto da atuação da psiquiatria, daí outros profissionais são requisitados nesse contexto, como os assistentes sociais que trabalham com os aspectos sociais que envolvem a doença.

Todas as ações dos assistentes sociais na saúde / saúde mental devem se desenvolver, tendo em vista os princípios defendidos pela profissão em seu projeto ético-político, além de estarem de acordo com o documento intitulado “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na saúde”, elaborado coletivamente por assistentes sociais, tendo o conjunto Conselho Federal de Serviço Social / Conselho Regional de Serviço Social – CFESS / CRESS, como articulador da sua construção. Em tal documento explicita-se que pensar uma atuação crítica e competente para o assistente social na saúde pressupõe que este deva:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; facilitar o acesso de todo e

qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; buscar a necessária atuação em equipe tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; tentar construir e / ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais, contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados. (CFESS, 2009, p. 17-18).

O documento complementa que não existem fórmulas a serem seguidas na atuação profissional que busca a construção de um projeto democrático e que sua defesa não deve ser exclusiva de uma categoria profissional, mas coletiva.

Na área da saúde / saúde mental, o assistente social depara-se com inúmeras demandas, o documento discute as principais que são: Atendimento direto aos usuários; Mobilização, participação e controle social; Investigação, planejamento e gestão; Assessoria, qualificação e formação profissional.

Com relação ao Atendimento direto aos usuários, o CFESS evidencia que as principais ações desse atendimento são: as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. As ações socioassistenciais constituem a principal demanda do serviço social. Elas aparecem no cotidiano dos serviços, sendo expressas nas mais diversas necessidades dos usuários. As ações de articulação interdisciplinar são importantes para um melhor atendimento ao usuário, bem como para a divulgação das reais competências dos assistentes sociais, pois, muitas vezes, outros profissionais têm requisitado desse profissional o que não é de sua competência. E as ações socioeducativas são as orientações e socializações de informações oferecidas aos usuários, individualmente ou em grupos.

A Mobilização, participação e controle social envolvem um conjunto de ações de mobilização e participação de usuários, familiares, trabalhadores e movimentos sociais nos espaços de controle social e na construção destes.

A Investigação, planejamento e gestão agrupam ações que objetivam fortalecer a gestão democrática e participativa, possibilitando uma política de saúde que contemple os interesses dos trabalhadores e usuários.

Por último, a Assessoria, qualificação e formação profissional dizem respeito a um conjunto de atividades de assessoria e qualificação profissional aos trabalhadores, a fim

de que esses estejam melhor preparados para atuar e, com isso, prestem serviços com mais qualidade.

Bisneto (2007) elenca algumas das principais demandas do assistente social na saúde mental, que se encaixam principalmente nas ações de atendimento direto ao usuário. Diz ele, que o serviço social é requisitado para uma diversidade de atividades, devendo atuar em equipe com o objetivo de contribuir com o tratamento da pessoa que tem transtorno mental. Para isso, devem-se procurar meios de facilitar o acesso aos serviços prestados e aos direitos garantidos, seja na instituição em que trabalha ou em outras, quando o usuário necessitar de outro tipo de atendimento. Nesse último caso, é realizado o encaminhamento.

Frente a esse contexto, “a atuação do serviço social se dá como intervenção contínua, em contato com o usuário, em geral inserido em equipes interdisciplinares” (BISNETO, 2007, p. 128). Destaca-se também a realização de entrevistas, escutas qualificadas e visitas domiciliares ao usuário e sua família, no intuito de reunir dados relevantes da pessoa com transtorno mental, como sua realidade social e seu histórico de vida. A apreensão desses aspectos é importante para que o assistente social e toda equipe tenham melhores parâmetros para atuar no tratamento de cada usuário.

O assistente social busca também intervir para viabilizar o acesso dos usuários aos benefícios da assistência social, pensões, remédios, passes livres para ônibus e outras necessidades que possam surgir do usuário e de sua família para continuarem com o tratamento em andamento.

Outro ponto relevante é o constante contato com a família, pois essa é fundamental no tratamento da pessoa com transtorno mental. Esse contato é realizado desde a entrada do usuário na instituição até a concessão da alta e objetiva esclarecer à família acerca da importância de sua participação no tratamento, da dinâmica da instituição e dos direitos assegurados. Visa também fortalecer a articulação

usuário/família com as demais instâncias da sociedade, como a comunidade, a escola, o trabalho, além de viabilizar ações de combate ao preconceito.

Nos serviços de “psiquiatria tradicional”, o trabalho do assistente social, muitas vezes, é reduzido à complemento das ações do psiquiatra, sendo chamado a auxiliar na garantia do espaço da prestação de serviço. Bisneto (2007) exemplifica que:

[...] Na ocorrência de qualquer fato que interfira no planejamento do atendimento psiquiátrico e que seja considerado como fenômeno social ou contextual, o assistente social é convocado a recolocar o paciente no processo de trabalho organizacional considerado “normal” pelo estabelecimento psiquiátrico. O Serviço Social intervém em tudo que escapa à racionalidade desse processo no que tange à situação objetiva (dita social) ou a aspectos contextuais diversos (é por isso que alguns assistentes sociais em Saúde Mental declaram “servirem para tudo”, serem “quebra galhos”). (BISNETO, 2007, p. 125).

Sabe-se que, na contemporaneidade, a hierarquia do saber *psi* ainda é existente. Inclusive, é considerada como um dos aspectos que fazem com que o trabalho do assistente social tenha dificuldades de se materializar de acordo com o projeto ético-político, mas defende-se que isso não é condição inviabilizadora.

O profissional de serviço social pode sim atuar de forma qualificada em instituições, que seguem o modelo tradicional de tratamento à pessoa que tem transtorno mental. Atuar, inclusive, como sujeito impulsionador da mudança da dinâmica institucional, ainda que tal processo não dependa exclusivamente da sua vontade e de suas ações.

Na concepção de Bisneto (2005), a incorporação do projeto ético-político:

[...] é uma necessidade e uma imposição conjuntural, pois esta área sofre das mesmas injunções de outras, onde o Serviço Social atua apesar de o viés “psi” procurar encobrir com uma névoa as relações entre as particularidades e a universalidade do Serviço Social no Brasil (BISNETO, 2005, p. 114).

Nesse sentido, defende-se que o serviço social deve manter uma análise crítica da saúde mental, articulando-a com o projeto de reforma sanitária. Além disso, é preciso também manter essa política articulada às outras, a fim de formar uma rede interligada de atenção ao usuário nas suas mais diversas demandas.

Os assistentes sociais devem valorizar sua atuação, por meio da articulação entre a questão social e os transtornos mentais, o serviço social e a saúde mental. Para tanto, é necessária a utilização da pesquisa como instrumento para a intervenção do serviço social, tomando como base os pressupostos da reforma psiquiátrica e do projeto ético-político.

Experiência no Caps de Icapuí-CE: O Trabalho com Foco na Família

O município de Icapuí está localizado no litoral leste do estado do Ceará, na divisa com o estado do Rio Grande do Norte. Destacou-se na área da saúde por discutir junto à população sobre a criação do sistema de saúde, bem como por ter sido a primeira cidade do Ceará a elaborar um plano de saúde, em 1986: “Saúde direito de todos e dever do Estado” (CIRILO, 2002).

A respeito da saúde mental, sabe-se que as primeiras iniciativas de atenção em Icapuí datam de 1998, com a implantação de um projeto piloto - grupos terapêuticos, nas comunidades de Redonda e Barreiras, realizado pela Prefeitura Municipal de Icapuí, em parceria com o Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará - UFC.

Posteriormente, em resposta à crescente demanda de pessoas, com transtornos mentais e tendo em vista a inexistência de instituições de assistência na área, no ano de 2006, é implantado o Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I Pergentino Rebouças Maia. A unidade inaugura efetivamente a política de saúde mental no município, estabelecendo uma conexão com a reforma psiquiátrica, por meio da oferta de um serviço alternativo. Até os dias de hoje, essa instituição é a referência da saúde mental no município, articulando-se com oito Unidades Básicas de Saúde - UBS, com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF e o Hospital Municipal Maria Idalina Rodrigues de Medeiros, compondo a rede de atenção à saúde local.

A experiência, ora apresentada, relaciona-se com minha atuação, enquanto assistente social e coordenadora da referida instituição, no período de 2011 a 2014, quando existia uma equipe multiprofissional formada pelas seguintes categorias: serviços social, enfermagem, psicologia, educação física e

psiquiatria.

A partir da experiência vivenciada no dia a dia da instituição, percebeu-se que os familiares cuidadores necessitavam também de uma atenção especial. Assim, foi pensado, junto à enfermagem, uma intervenção voltada a esse público que se realizou por meio de rodas de conversa no espaço do CAPS.

Buscou-se trabalhar temáticas relacionadas à saúde mental, tais como: os transtornos mentais, a relação da família com o usuário, o estigma/preconceito, drogas, entre outras. A escolha pelo desenvolvimento desse trabalho com a família se deu pelo entendimento de que a mesma deve ser parte integrante do tratamento, como pressupõe a reforma psiquiátrica, a partir da qual o acompanhamento do usuário por parte da família ganha centralidade.

Assim, partindo do pressuposto que a família é o primeiro espaço de socialização dos indivíduos, se constituindo como uma instituição social abrangente no contexto da sociedade, que tem formas e características diferenciadas de acordo com o espaço e o tempo em que se insere, a mesma é considerada como suporte fundamental no acompanhamento do tratamento do usuário da saúde mental, pois ela “potencializa o restabelecimento dos laços de sociabilidade, fazendo parte da sustentação da Reforma Psiquiátrica” (MENEZES, 2009, p. 16).

Nesse processo, é importante considerar a formação sócio histórica das famílias brasileiras e suas diversas configurações na atualidade. A compreensão destas mudanças nos ajuda a entender o papel daquelas no cuidado ao usuário da saúde mental.

Para Menezes (2009)

A produção do cuidado social sofreu redefinições em seus papéis, visto que antes esse cuidado se dava de forma secundária e

hoje este encargo é fundamental no processo de recuperação das pessoas com transtorno mental. A participação da família no tratamento da pessoa com transtorno mental cada vez mais ganha novos significados nas abordagens terapêuticas dos serviços de saúde mental. (MENEZES, 2009, p. 12).

Rosa (2008) nos ajuda a compreender, a partir de uma perspectiva histórica, como tem se desenvolvido a relação da família, com o usuário da saúde mental, definindo essa relação em três momentos distintos. No primeiro, que vai da emergência da sociedade burguesa ao período que antecede a Segunda Guerra Mundial, por haver a predominância do modelo hospitalocêntrico, o tratamento das pessoas com transtorno mental era voltado estritamente às intervenções médicas.

No segundo momento, que vai do pós-Segunda Guerra Mundial à década de 1970, a família passa a ser culpabilizada pelo acometimento do transtorno mental, “por sua organização autoritária e simbiótica, que impede o processo de individualização” (ROSA, 2008, p. 344). E que, por esse motivo, passa a ser objeto das intervenções terapêuticas.

No terceiro, que vai do fim dos anos 1970 até a atualidade, a relação entre a pessoa acometida por transtorno mental e a família é complexificada. Essa é valorizada como lugar de cuidado.

A convivência com a pessoa com transtorno mental modifica a rotina familiar. A falta de orientação pode fazer com que ocorram conflitos entre o usuário e a dinâmica familiar, prejudicando assim o processo terapêutico.

No decorrer do desenvolvimento das rodas de conversas, percebeu-se o quanto aquelas famílias necessitavam de informações, muitas vezes consideradas básicas, mas que fariam toda diferença na rotina do cuidado. Muitos traziam

suas experiências pessoais, dividiam angústias e alegrias. Isso possibilitou uma maior integração entre o público alvo da intervenção, bem como com os próprios profissionais do serviço, pois esses passaram a conhecer melhor a realidade dos usuários.

Diante disso, a intervenção do serviço social, aqui apresentada, contribuiu com discussões para o conhecimento dos transtornos mentais e o reconhecimento de que a instituição familiar configura-se como um espaço importante no tratamento das pessoas que têm transtorno mental. Dessa forma, potencializa-se o processo de sensibilização dos familiares, em relação ao combate ao preconceito, a importância do acompanhamento e do cuidado qualificado.

Acredita-se que as ações conseguiram instigar as famílias a refletir sobre os transtornos mentais e os desafios que os permeiam, pois proporcionaram a socialização dos dilemas particulares vivenciados, a troca de saberes e experiências, bem como o enfrentamento dos preconceitos.

Conclusão

Atualmente, apesar dos desafios, os assistentes sociais têm um espaço conquistado para intervir na saúde mental nos dois modelos de atenção existentes: o hospitalocêntrico e o alternativo, desenvolvendo inúmeras atividades que contribuem com a efetivação de direitos. No entanto, deve-se manter uma análise crítica da saúde mental, a partir das proposições das reformas sanitária e psiquiática, valorizando sua atuação, por meio da articulação entre a questão social e os transtornos mentais, do serviço social e saúde mental.

Para tanto, é necessária a análise de todas essas questões articuladas ao projeto ético-político do serviço social. Pensa-se que a incorporação metodológica do projeto é uma questão necessária e que ela é justamente a contribuição da profissão ao campo da saúde mental.

Dessa forma, conclui-se que as ações, realizadas pelos assistentes sociais, proporcionam uma melhoria no atendimento ao usuário diante das suas mais diversas demandas. O trabalho, com famílias, faz-se relevante nesse processo, tendo em vista que uma maior integração do usuário, com aqueles que com ele convivem, contribui para o êxito de seu tratamento.

Referências

BARBOSA, Thaís Karina Guedes Bezerra de Melo. **Saúde Mental e demandas profissionais para o Serviço Social**. Maceió: UFAL, 2006. Originalmente apresentada como Dissertação, Universidade Federal do Alagoas, 2006.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 82. São Paulo: Cortez, 2005.

CFESS. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília: CFESS, 2009.

CIRILO, José Airton Félix. **Autonomia municipal: Icapuí uma experiência inspirada na Pólis**. Fortaleza: Editora Expressão Gráfica, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do sistema único de saúde**. 4. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999b.

_____. **Uma Agenda para a Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999a.

MENEZES, Themis Barros. **A importância da família no tratamento de pessoas acometidas de transtorno mental do Hospital Municipal São Camilo de Léllis em Mossoró-RN**. Mossoró: UERN, 2009. Originalmente

apresentada como Monografia, Universidade Estadual do Rio Grande do Norte, 2009.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CAPÍTULO 22

CONSTRUÇÃO DE UMA LINHA DE CUIDADO DE PACIENTE CARDIOPATA CIRÚRGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Joseana Taumaturgo Magalhães Falcão
Clarice Maria Araújo Chagas Vergara*

Introdução

Um diagnóstico situacional de um serviço de Cardiologia de um hospital universitário culminou com a construção participativa de uma linha de Cuidado de Pacientes Cardiopatas Cirúrgicos, exemplificando a importância de ações participativas e a busca constante de excelência de atendimento. Várias dificuldades foram registradas, tais como: processo assistencial fragmentado, índices de suspensões e demanda cirúrgica elevados, fluxos não determinados, entre outras e cada uma dessas resultou em convocação de grupo de atores participantes do processo de atendimento para discutir melhorias e propor soluções, junto com gestores da instituição.

Elevar a efetividade de atendimento dos pacientes cardiopatas cirúrgicos, considerar complexidade clínica/cirúrgica, risco de morte, reorganizar o serviço dentro da rede de saúde integrada e discutir acesso a serviço especializado, minimizar demanda cirúrgica reprimida. Todos esses questionamentos foram colocados em pautas e apresentados como desafios para uma construção de uma Linha de Cuidado Resolutiva a Pacientes Cardiopatas Cirúrgicos, dentro da perspectiva de atendimento integrado à rede de saúde e de reconhecimento da possibilidade de melhoria contínua.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (2015) esclarece que as interações entre governança dos sistemas de saúde devem deliberar ações compartilhadas para construção de uma realidade sanitária melhorada que prima por prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação à saúde, otimizando recursos físicos, financeiros, somando forças de trabalho para superar problemas de saúde, em exercício permanente de planejamentos estratégicos e políticas articuladas.

Inserida em um atendimento à saúde complexo, a pessoa cardiopata depara-se com muitas dificuldades, dentro de uma rede de atenção à saúde desarticulada, onde ações educativas são ineficazes. Com o acesso à atenção primária restrito, dependendo da complexidade e dos fatores de risco, o indivíduo pode culminar com instabilidade clínica e necessidades de atendimentos terciários. Esse paciente é o foco da discussão de melhoria do processo assistencial. Nesse sentido, somando experiências multiprofissionais, foram traçados objetivos para reestruturar atendimento cardiológico cirúrgico, dentro de uma assistência integrada, corrigir dificuldades atuais, planejando ações estratégicas para otimizar custos, ser resolutivo dentro de atenção terciária e primar por atendimento competente.

Em reuniões programadas com grupo de gestores, envolvidos no processo de atendimento do paciente cardiopata, inicialmente foi discutida a missão do hospital que tem como preceitos ensino, pesquisa e assistência terciária à saúde, atuando de forma integrada com a rede, em busca de atendimento competente e resolutivo. A instituição assumiu o desafio de construir um atendimento integrado a pacientes cardiopatas e os objetivos traçados pelo grupo foram melhorar: o desempenho em relação a missão, levando em conta a especialidade em questão; otimizar a capacidade instalada, com aumento da resolutividade em relação a execução cirúrgicas eletiva; atingir um desenvolvimento

autossustentável e ter, como produto final, o paciente cardiológico operado em menor tempo possível, com morbimortalidade dentro da predita, considerando as patologias atendidas.

Segundo Falconi (2009), problemas devem ser vistos como oportunidades de crescimento e de melhor gerenciamento dos processos até então desenhados. Cada dificuldade favorece estratégia para reorganização de processos estabelecidos e de revisão de trabalho. Cientes da importância da discussão de lacunas assistências e da importância da gestão compartilhada, facilitadores da reunião solicitaram exposição clara dos problemas, que interferiam no melhor desempenho do processo de atendimento ao paciente cardiopata. Esse modo de construção favoreceu interações, expôs dificuldades, desnudou o serviço, mostrando a essência da construção de processos de cuidado, pautados em planejamento estratégico e conhecimento da área de atuação. Tal iniciativa surgiu a partir da necessidade de organizar, reavaliar processos assistenciais, efetivar realização das cirurgias cardíacas e compreender dificuldades da equipe multidisciplinar. Todos esses motivos justificaram a construção coletiva de uma Linha de Cuidado de Pacientes Cardiopatas Cirúrgicos para que os fins fossem favorecidos, através de planejamento estratégico, decisões compartilhadas, em busca de soluções dentro do contexto hospitalar e de possibilidades econômicas.

Os principais problemas, relatados pela equipe interdisciplinar, estão descritos abaixo:

- Ausências de fluxos, processos e de protocolos assistências.
- Deficiência de profissionais: perfusionistas, dentistas e cirurgões.
- Falta de insumos.
- Falta de equipamentos para monitorização hemodinâmica.

- Baixa resolutividade cirúrgica para uma alta demanda interna.

Cada um dos problemas foi discutido intensamente pelo grupo multiprofissional de atores envolvidos, com o objetivo de propor sugestões, melhorar interações, organizar atendimento com o intuito de proporcionar uma assistência integrada, resolutiva, competente ao paciente cardiopata cardíaco.

Metodologia

A construção da Linha do Cuidado de Pacientes Cardiopatas Cirúrgico foi proposta em um hospital universitário do estado do Ceará que atende pacientes regulados pela Central de Leitos do Estado e tem como missão promover assistência, ensino e pesquisa de forma integrada ao modelo de saúde vigente. Em relação à assistência de pacientes graves, essa instituição realiza várias intervenções cirúrgicas de alta complexidade, tais como transplantes de múltiplos órgãos (hepático, renal, pancreático e córneas), cirurgias cardíacas, oncológicas, digestivas, urológicas, entre outras especialidades, demonstrando a complexidade quanto ao manejo de usuários de patologias complexas e instáveis.

Em relação a ensino, o hospital em questão é centro de referência de treinamento de equipe multidisciplinar, desde da graduação até sub-especializações, sendo diretamente vinculado à Universidade Federal do Ceará, a outros centro da rede pública da cidade e integrado ao Sistema Único de Saúde - SUS. Acrescido a isso, também é referência em relação às pesquisas clínicas e não clínicas, uma vez que preza pela tríade: assistência, ensino e pesquisa. Tal perfil exige atendimento competente, integrado e em constante reavaliação, em busca de melhorias e aprendizados a fim de contribuir na construção de uma assistência de excelência.

Nesse cenário, o serviço de Cardiologia é de suma

importância, uma vez que está inserido em uma rede de atenção à saúde deficitária em relação à resolutividade. Por isso, tem uma demanda cirúrgica elevada, tendo necessidade imperiosa de aperfeiçoamentos para responder satisfatoriamente à expectativa da sociedade e aos princípios do SUS.

A especialidade, em questão, conta com ambulatorios multiprofissionais, que funcionam semanalmente e recebem pacientes referenciados para programação cirúrgica eletiva. Acrescido a isso, dispõe de internamentos clínicos para investigação cardiológica, perpassando por estudos, intervenções relacionadas com serviço de Hemodinâmica-Cardiologia Intervencionista e indicações cirúrgicas, utilizando dessa forma o serviço de Cirurgia Cardíaca Adulto, uma vez que a instituição não intervém em cirurgias pediátricas cardiológicas por não ter Unidade de Terapia Intensiva para essa faixa etária.

A construção da Linha de Cuidado, em questão, aconteceu através de reuniões periódicas e programadas previamente, nos meses de janeiro e fevereiro de 2016, com a participação de pessoas envolvidas no atendimento a pacientes cardiopatas na instituição. Todos eram convocados pela alta gestão da instituição, através de *e-mail*, com esclarecimento de local, horário e pautas das discussões de assuntos pertinentes a Linha do Cuidado de Pacientes Cardiopatas.

Os autores eram enfermeiros, cardiologistas clínicos, cirurgiões cardiovasculares, diretores da instituição, fisioterapeutas, entre outras categorias envolvidas. Cada encontro era um ganho para cada participante, pois representava a certeza de poder atender melhor o usuário. Essa forma de pensar foi efetiva, uma vez que o paciente foi visto na totalidade assistencial, favorecendo o atendimento integrado, com a redução de riscos clínicos e não clínicos, e estimulando processos articulados, culminando em um atendimento competente e resolutivo.

As reuniões ocorreram nas datas previamente comunicadas com a presença da maioria das pessoas envolvidas. Os faltosos comunicavam os motivos de ausências e recebiam materiais, construídos em reunião, para ciência de assuntos e possíveis contribuições e sugestões. Além disso, o grupo tinha representantes da mesma categoria que poderiam suprir necessidades de comunicação, de esclarecimentos de fluxos e informações associadas ao assunto em questão.

Os encontros foram elaborados de forma construtiva. Cartazes, chuva de ideias, instrumentos de planejamento estratégico como métodos Matriz SWOT (pontos fortes, pontos fracos, levantamento de oportunidades, fraquezas, ameaças, no ambiente interno e externo) e Plano de Desenvolvimento Estratégico - PDE foram utilizados para conduzir temáticas e construir coletivamente o aperfeiçoamento do serviço.

Todos os dados coletados foram organizados e serviram de base para tomadas de decisões, em relação a melhoria do atendimento e da assistência de pacientes cardiopatas cirúrgicos, considerando questões éticas, decisões compartilhadas e crescimento assistencial.

Análise da Construção da Linha do Cuidado do Paciente Cardiopata Cirúrgico

O planejamento estratégico teve como objetivo fortalecer o atendimento a esses pacientes e criar subsídios para construção de um serviço mais eficiente em relação a demanda elevada, avançando em um atendimento integrado, evitando fragmentação do cuidado e minimizando riscos e/ou danos relacionados com a ineficácia da internação hospitalar.

Para cada problema exposto, foram discutidas alternativas viáveis à curto e médio prazos para melhorar a qualidade de assistência e resolutividade do serviço e, assim, implantar a Linha de Cuidado do Paciente Cardiopata Cirúrgico. Essa construção foi muito esclarecedora porque

favoreceu a discussão de condições e processos de trabalho, interações setoriais, avaliação assistencial e informações sobre necessidades imperiosas para a melhoria do atendimento até então prestado.

Problema 1 . Ausência de fluxos, processos e protocolos determinados

Em relação a tais dificuldades, foram propostas as seguintes soluções:

- Construir, validar, implantar e implementar fluxos, processos e protocolos indispensáveis para a Linha de Cuidado do Paciente Cardíaco Cirúrgico.
- Validar os fluxos e protocolos já existentes.
- Documentar, reavaliar e monitorar fluxos, processos e protocolos associados ao tema em questão.

Os fluxos existentes foram analisados, revisados, ajustados para atender novas propostas do serviço e facilitar atendimento multiprofissional. A construção de uma assistência integrada desafia os profissionais de saúde a manter uma comunicação efetiva; exigir processos claros em relação a responsabilidades; limitar o risco do paciente, no momento, em que se dispõe a resolver a patologia durante a internação e manter o controle sobre tempo de permanência; e monitorar a resolução cirúrgica, ressaltando o respeito ao ser humano e o direito ao reestabelecimento da saúde.

Em relação ao internamento hospitalar, os pacientes são regulados pela Central de Leitos do Município ou do Estado, sendo recebidos após regulação de casos clínicos e esclarecimento de competência de atendimento do perfil da instituição. O perfil epidemiológico dos pacientes encaminhados a essa unidade de saúde é mais complexo, pois são doenças clínicas específicas associadas à limitação cardiológico e também por ser um hospital escola de investigação e de saberes multiprofissionais. Esse viés pode interferir na permanência hospitalar, nos custos relacionados

com internamento, na rotatividade de leitos e na resolução de demanda reprimida, uma vez que, quando não adequadamente gerida, culmina exatamente com resolutividade insuficiente.

Uma das alterações, em relação a construção da Linha do Cuidado, foi que, no ambulatório, o paciente passou a realizar um pré-operatório individualizado, priorizando a complexidade da doença e a programação cirúrgica. Formulários, com informações multi profissionais, foram elaborados, discutidos e estão em processo de teste piloto quanto à efetividade e à conformidade de necessidades e informações.

Fluxos e protocolos estão sendo discutidos em sessões clínicas, com o intuito de padronização de condutas relacionadas às patologias cardíacas, como por exemplo: tempo de suspensão de anticoagulantes, assistência fisioterápica no pré-operatório, instrumento de monitorização de indicadores, analgesia no pós-operatório imediato, entre outros temas. O importante é a mudança de pensamento que essa construção de assistência vem provocado em cada servidor, envolvido no processo de atendimento a pacientes cardiopatas cirúrgicos.

Sair da zona de conforto, expor dificuldades e buscar estratégias para melhoria foram também indícios de maturidade do grupo, que vem se complementando melhor e mais integrado do que em tempo anterior. Time vem sendo a palavra que resume esse projeto de melhoria que se encontra em processo contínuo de readaptação e reavaliação de cada modificação implantada. Todas as forças canalizadas para assistir adequada e competentemente, tendo ciência que o modelo de cuidado fragmentado não atende as necessidades dos pacientes, têm impacto na resolutividade e expõem a ineficácia a sociedade.

Categorias Distintas

A equipe cirúrgica ficou definida, em comum acordo com o grupo colegiado, que seria composta de três cirurgiões para cada cirurgia realizada. Segundo os cirurgiões, esse é o número seguro para a condução de cirurgias complexas e, assim, foram redesenhadas escalas de serviços. A partir dessa definição, conjuntamente discutida, foi contratado um cirurgião cardiovascular para compor quatro equipes, com três cirurgiões por sala operatória, resolvendo dessa forma a questão do dimensionamento de cirurgiões cardiovasculares para realizar quatro cirurgias semanais, de acordo com a carga horária disponibilizada, escalas de sobreaviso e demanda cirúrgica. Disponibilizou-se também um residente da cirurgia geral para compor a equipe, treinar em serviço e validar ensino e aprendizagem de um serviço complexo. Processos administrativos foram organizados, escalas de sobreaviso amplamente divulgadas para conhecimento do corpo clínico, comunicação reforçada, enfim, cada ação dessa vem favorecendo a segurança assistencial perioperatória e impactando positivamente nas resoluções cirúrgicas até o momento.

Ainda sobre pessoal, o perfusionista é de suma importância no intraoperatório, uma vez que é responsável por realizar a circulação extracorpórea. É sabido que, em algumas vezes, o agendamento cirúrgico não era realizado devido a ausência de perfusionista e que também aconteciam suspensões cirúrgicas por ausência desse profissional, impactando negativamente na realização cirúrgica. A gestão da instituição encaminhou essa demanda imperiosa ao setor jurídico, com o intuito de prover uma empresa terceirizada para auxiliar no atendimento temporário a essa demanda, enquanto ocorre a efetivação do processo de contratação desses profissionais que se encontra em andamento. Após análise do setor jurídico da instituição, a dificuldade foi sanada e as escalas de perfusionistas eletivas e sobreaviso estão

completas, resolvendo então a possibilidade de agendamento cirúrgico relacionado com o profissional em questão.

O serviço de Odontologia também era subdimensionado. Pareceres e tratamentos odontológicos, relacionados com avaliação pré-operatória, atrasavam a execução cirúrgica, impedindo o tratamento cirúrgico efetivo e elevando o risco relacionado com a espera de tratamento definitivo. As soluções foram fortalecer vínculo ensino e assistência, junto com a Faculdade de Odontologia da Universidade de Fortaleza -UNIFOR para que a lacuna fosse preenchida e ainda a contratação de mais um funcionário para atender demanda de serviço relacionada a esta especialidade.

A necessidade de dimensionamento da equipe multidisciplinar favoreceu a construção de uma Linha de Cuidado de Pacientes Cardiopatas Cirúrgicos mais segura, uma vez que as demandas são imperiosas, fazendo com que o processo de trabalho de profissionais, já locados, fosse revisado e organizado para suprir as demandas assistenciais. A integração de saberes facilita a construção de um cuidado complexo. Esse suporte de pessoas foi indispensável para o atendimento da demanda cirúrgica. Com todos os itens resolvidos, estabeleceu-se um número de 16 cirurgias cardíacas mensais, aumentando em, aproximadamente, cinquenta por cento do que era realizado nos últimos seis meses.

Problema 3 . Falta de Insumos e Equipamentos

Queixas relacionadas à má qualidade de insumos, manutenção inadequada de equipamentos, e ausências de equipamentos que facilitem monitorização hemodinâmica foram vinculadas às dificuldades técnicas e ao prejuízo assistencial. Os encaminhamentos feitos para esses tópicos foram os seguintes:

- Aquisição de instrumentais cirúrgicos, em substituição aqueles que dificultavam a execução cirúrgica segura.

- Aquisição e dimensionamento de equipamentos para monitorização cardiológica (balão intra-aórtico, cardioversor, bomba de extracorpórea, termômetro esofágico, entre outros) para favorecer atendimento hemodinâmico no intra e pós-operatório imediato.

- Aquisição de insumos devidamente avaliados e de qualidade satisfatória (fios cirúrgicos, valvas, próteses).

Pareceres foram definidos, documentos em relação a aquisição foram preenchidos e a aquisição vem acontecendo gradativamente, de acordo com as possibilidades financeira da instituição e a escala priorizada das necessidades. É importante salientar que as decisões relacionadas com recursos financeiros estão limitadas, no momento em que os hospitais universitários estão com *déficit* de repasses, retardando resoluções relacionadas com a aquisição de pessoal e material.

Os instrumentais foram listados e estão em processo de cotação de preço, seguindo prioridade de resolução, uma vez que tais materiais estão vinculados à facilidade técnica cirúrgica. Os equipamentos também estão em processo de cotação e pareceres. Em relação à Manutenção Preventiva, a Engenharia Clínica executou cronograma específico para equipamentos relacionados com a Cardiologia. Com isso, as realizações de manutenção preventiva e as corretivas estão ocorrendo de acordo com a solicitação.

Insumos também foram discutidos, como fatores limitantes para a execução segura de cirurgias cardíacas, uma vez que a forma de compra, empregada pelos hospitais universitários, considera menor preço e disponibilidade de entrega. Problemas, como indisponibilidade de insumo para testes e análise em uso, falta de verba para empenho e atrasos de entrega de insumos, enfim, todos esses motivos são empecilhos para o controle rigoroso de qualidade dos materiais utilizados. Cabe aos envolvidos no processo de descrição de matérias realizar termos de referências completos, com características de materiais que atendam às expectativas

da equipe multiprofissional, em relação à qualidade dos produtos.

O serviço de Tecnovigilância também é um auxiliador nesse processo de qualidade de insumos, uma vez que documentos padronizados podem ser registrados com descrição de falhas de qualidade, sendo então encaminhados à Gerência de Risco da instituição que os investiga, relacionando com dano ou risco ao paciente. Com a investigação devidamente terminada, essa Gerência faz a interação com o Setor de Compra, prevenindo exposições posteriores tanto aos pacientes como aos profissionais de saúde.

Problema 4 . Baixa Resolutividade Cirúrgica para uma Alta Demanda Interna

Antes da construção da Linha do Cuidado, ora apresentada, as cirurgias cardíacas aconteciam regularmente durante dois a três dias semanais, sendo uma média de dez cirurgias mensais e com índice de suspensão maior que (5%) mês. Diante a esse cenário, a instituição não se apresentava como resolutiva em relação ao serviço de Cardiologia, apesar ter o dever em relação a atenção terciária e uma demanda cirúrgica elevada, junto a rede integrada ao Sistema Único de Saúde.

A partir da necessidade de melhoria de atendimento, gestores e participantes do serviço cirúrgico da cardiologia propuseram soluções que pudessem minimizar suspensões cirúrgicas e reduzir tempo de espera para resolução de intervenção clínica e cirúrgica, conforme listadas abaixo:

- Priorizar leitos cirúrgicos de terapia intensiva para pacientes cardiológicos.
- Inserir mais cardiologista na escala de intensivistas médicos, com o intuito de atendimento especializado.
- Aumentar o número de dias de cirurgias cardíacas, tendo como meta 16 cirurgias mensais.

Com a priorização de leitos de terapia intensiva para doentes cardiopatas, ficou definido que o dimensionamento de profissionais interdisciplinar seria revisado e adequado para que a complexidade de cuidado seja atendida adequadamente, o que de fato ocorreu e resolveu essa necessidade. A equipe teve o cuidado de não interferir negativamente em relação a outras especialidades e em outras cirúrgicas tão importante quanto à Cardíaca, considerando que o objetivo maior era organizar e viabilizar a demanda de pacientes cardiopatas, sem intervir na demanda de outros serviços, uma vez que cada paciente tem sua necessidade cirúrgica que precisa ser resolutive.

Considerado de suma importância na equipe, o cardiologista profissional é indispensável, sobretudo por sua visão competente e especializada em uma unidade de pós-operatória imediata e mediata, favorecendo a condução clínica competente, buscando a redução de permanência hospitalar e a melhoria assistencial ao paciente cirúrgico. A partir disso, a resolutividade seria melhorada tanto em nível de otimização de cuidados, como possibilitando o aumento do número de dias cirúrgicos destinados ao serviço de Cardiologia.

Pontos de Reflexões em relação à Construção da Linha de Cuidado do Paciente Cirúrgico Cardiopata

A construção dessa Linha de Cuidado foi, sem dúvida alguma, um desafio a desconstruir um modelo biomédico, em que o ato cirúrgico se insere como resultado final da assistência de um atendimento fragmentado, frágil e, inclusive, mais exposto a riscos clínicos e não clínicos. Nessa proposta de uma assistência linear, cada fase está organizada, seguindo fluxos assistenciais, discutindo pareceres e condutas clínicas, compartilhando decisões cirúrgicas, dividindo responsabilidades multiprofissionais. Essa Linha de Cuidado é a certeza de que se pode fazer melhor, prestando um cuidado

competente e humanizado: priorizar o ser humano em cada fase do adoecimento e inseri-lo em um atendimento mais efetivo e dentro de um processo assistencial ampliado. Nesse cenário, cada funcionário é importante para a melhoria do paciente.

Dentro de um hospital escola, a visão de atendimento competente interdisciplinar é inovadora e também esperançosa, uma vez que se defende o trabalho conjunto, como indispensável para o resultado final satisfatório. Deixa-se de escutar somente a equipe médica. Todos são autores e a engrenagem do cuidado prima por atendimento competente e resolutivo para o paciente. Inicia-se, então, um novo processo de formação de futuros médicos, preocupados com interações multidisciplinares, cientes da importância das interações de processos assistências, da importância de prevenção de danos assistências e gerenciamento de riscos, cumprindo a missão de ensino e evolução de assistência dentro da instituição.

Frente a esse novo cenário, o planejamento estratégico passa a ser estabelecido como meta de construção organizacional, buscando negociação com a rede de atenção à paciente cardíaco, ultrapassando muros hospitalares e adentrando nos princípios do Sistema Único de Saúde, em que o direito a saúde é garantido. Nesse contexto, cada um que compõe a equipe interdisciplinar também é responsável pela melhoria do atendimento. Mas, é preciso ter ciência de que nem os problemas e nem as soluções se restringem à instituição.

Para melhorar desempenho em assistência e buscar excelência, precisa-se considerar que os problemas orçamentários interferem negativamente em questões fundamentais da Linha de Cuidado de Pacientes Cardiopatas Cirúrgicos. Merecem destaques os problemas relacionados à aquisição de materiais médicos hospitalares, equipamentos indispensáveis para monitorização hemodinâmica e instrumentais cirúrgicos. É relevante considerar que o

desajuste, entre a necessidade de atendimento e a possibilidade de assistir com qualidade, interfere na resolutividade dos usuários, na atuação da equipe interdisciplinar, na possibilidade de atendimento de qualidade e seguro, na gestão compartilhada de processos e é fator limitante para a efetivação de qualquer linha de cuidado de pacientes.

Muitas instituições estão passando por período críticos, com contratualizações ainda não revisadas e/ou ajustadas às demandas assistenciais, prejudicando assim a possibilidade de aumento de capacidades cirúrgicas. Intervenções diagnósticas e terapêuticas cardiológicas, internamentos não ajustados com protocolos, fluxos, ausência de planejamento assistencial multiprofissional aumentam custos hospitalares que já estão prejudicados por desajustes relacionados às condições políticas e econômicas da sociedade e do país.

De fato, o impacto da questão financeira restringe medidas necessárias e imediatas como por exemplo, substituição de instrumentais cirúrgicos desgastados até dimensionamento de profissionais indispensáveis para efetivação da linha do Cuidado do paciente Cardiopata. Ressalte-se que essa limitação de recursos não pode ser considerada secundária, dentro da proposta de melhoria contínua assistencial. Repasses defasados interferem em aquisição de insumos, de medicamentos, de realização de manutenção preventiva e/ou corretiva de equipamentos e todos esses itens interferem diretamente na qualidade de atendimento do paciente cardiopata.

Não se realiza cirurgia de alta complexidade somente com vontade multiprofissional. *"A pinça precisa pinçar, a tesoura precisa cortar e o fio precisa suturar"*, conforme externalizado por um dos cirurgiões atores dessa construção. A partir disto, é imperioso revisar a capacidade operacional, o perfil assistencial dos pacientes atendidos e da demanda reprimida, bem como ter maturidade institucional para análise de

possibilidade de resolução, conhecimento do problema e busca incessante por soluções, de forma gradativa e contínua, voltadas a priorizar o atendimento competente e a segurança assistencial.

A partir de cada reunião e análise situacional, também se diagnosticou que, apesar das dificuldades financeiras, existem ações que poderiam ser ajustadas para otimizar o atendimento multiprofissional. Construção de impressos padronizados e fluxos, acordos intersetoriais, protocolos clínicos multiprofissionais, avaliações cirúrgicas, discussões de casos clínicos, ajuste de horários, adequação de escalas, determinação de metas, preocupação com indicadores e revisão de processos assistenciais são ações independente de recursos econômicos, dependente de conhecimento ampliado, de coparticipação e de intenção de melhoria contínua assistencial.

De fato, problemas complexos não são resolvidos facilmente e em poucas reuniões. Mas sem dúvida alguma, o início perpassa pela discussão conjunta, com o interesse comum de proporcionar um atendimento competente e mais resolutivo. A compreensão, que a assistência multiprofissional é indispensável, existe. A necessidade de melhoria foi aflorada, após dificuldades constantes, desgastes interpessoais, demanda elevada e diagnóstico situacional desfavorável para as necessidades de pacientes e da instituição. De todos esses itens, surge a oportunidade de crescimento em conjunto, onde cada um colabora para a excelência assistencial e o paciente é o foco central.

Até o momento, os seguintes itens foram construídos, aperfeiçoados e estão em processo de revisão para construir um cuidado competente e integrado:

- *Check list* pré-operatório padronizado e disponibilizado em prontuário.
- Formulários de dados do trans-operatório para favorecer a comunicação efetiva.

- Transporte seguro da sala operatória para a Unidade de Terapia Intensiva Pós-Operatória, buscando a prevenção de queda e eventos adversos, como: extubação acidental, retirada de drenos inadequados.
- Sistematização da admissão do paciente cardiopata cirúrgico na UTI Pós-Operatória.
- Plano terapêutico individualizado.
- Protocolos assistenciais de Analgesia Desmame Ventilatório.
- Equipe dimensionada para atendimento a um maior número de cirurgia cardíacas eletivas.
- Interação UTI Pós-Operatória com Núcleo de Regulação e Internação para agilizar cardio.

Esses passos são muito significativos no processo de atendimento dos pacientes cardiopatas e foram construídos com muita responsabilidade, coletivamente e em busca de excelência assistencial. É sabido que esse é um processo em construção, em que todos os fluxos serão analisados quanto ao impacto. Provavelmente, outras dificuldades aparecerão, mas serão também trabalhadas de forma criteriosa e responsavelmente, uma vez que cada autor, envolvido no processo da Linha de Cuidado de Pacientes Cardiopatas Cirúrgicos, tem o mesmo objetivo que é prestar assistência integrada e resolutiva à sociedade e devolver o melhor que se pode à saúde do cidadão.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. 133p.

FALCONI, Vicente. **O Verdadeiro Poder**. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda, 2009. 159p.

CAPÍTULO 23

IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE MAURITI: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Maria Evânia Sousa Furtado
Mauro Serapioni*

Introdução

O Serviço de Atenção Domiciliar - SAD trata-se de uma modalidade substitutiva e / ou complementar às já existentes, oferecida no domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2013).

Implantada pelo Ministério da Saúde, a Portaria Ministerial nº 1.600/2011, - que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde-, e as Portarias nº 2.527/2011 e nº 2.959/2011 definem a SAD no âmbito do SUS e habilitam os estabelecimentos de saúde contemplados com o Serviço de Atenção Domiciliar.

Posteriormente alterado pela Portaria Ministerial nº 963/2013, que redefine a Atenção Domiciliar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Serviço de Atenção Domiciliar - SAD constitui-se uma nova modalidade de atenção à saúde.

Trata-se de uma modalidade substitutiva e/ou complementar às já existentes, oferecida no domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com

garantia da continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013).

Para Andrade e colaboradores (2013), o Serviço de Atenção Domiciliar busca superar o modelo assistencial focado na atenção hospitalar, sendo entendido como uma forma de reorganização dos serviços de saúde.

Vale ressaltar que, embora os cuidados hospitalares sejam imprescindíveis, em algumas situações, estudos têm indicado a existência de uma demanda significativa de usuários do serviço hospitalar respondendo satisfatoriamente aos cuidados domiciliares, recebidos através das equipes de Atenção Domiciliar.

Nesse contexto, a implementação da atenção domiciliar surge como uma prática inovadora, fazendo-se necessária revisar as concepções de saúde, valorizando e aprimorando as práticas no domicílio, sem esquecer, contudo, de considerar a integralidade do cuidado, os sujeitos e a integração e articulação com os demais serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2010).

Para que tal integração aconteça, faz-se necessário entender que a Atenção Domiciliar constitui-se uma nova lógica de cuidado, em que o cotidiano do trabalho deve ocorrer de forma harmoniosa e satisfatória, com envolvimento do paciente, cuidadores e equipes, propiciando a ampliação do potencial de ação da equipe, que deve atuar de forma interdisciplinar (ANDRADE *et al.*, 2013).

Outro ponto a ser considerado diz respeito ao nível de preparo da equipe multiprofissional. Nessa modalidade de atenção, busca-se uma nova compreensão do processo saúde-doença que se estende além do indivíduo, à sociedade, à família, à cultura, a política, entre outros fatores (LACERDA *et al.*, 2010).

Objetivos

Apresentar a experiência do processo de implantação e funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar no município de Mauriti, no Estado do Ceará.

Métodos

Trata-se de um relato de experiência da equipe gestora no processo de implantação e funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar, no município de Mauriti, onde são relatados o processo de levantamento de necessidades, a elaboração do projeto, com sua submissão e a aprovação junto ao setor responsável no Ministério da Saúde. Além disso, estão os relatos sobre a capacitação das equipes, o início das atividades e a obtenção dos primeiros resultados. Por se tratar de experiência de ensino-aprendizagem, não houve necessidade da formalização do procedimento de consentimento livre e esclarecido, previsto na Resolução nº 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde - CNS.

Levantamento de necessidades e elaboração do projeto

Após tomar conhecimento da redefinição da Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, com a possibilidade de implantação em municípios de menor porte populacional, através da Portaria Ministerial nº 963, a equipe gestora do município de Mauriti vislumbrou a possibilidade de implantação do SAD no município.

Inicialmente, elegeu-se um grupo de coordenadores, constituído por representantes da Coordenadoria de Projetos e Gestão do SUS, Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde e Coordenadoria de Urgência e Emergência, que procedeu um levantamento de necessidades e potenciais usuários do novo serviço, obtendo os resultados descritos a seguir.

O Sistema de Saúde, como responsabilidade local, oferece atendimento em níveis primário e secundário. Na

época, em nível primário, existia um percentual de (93,58%) de cobertura, através das 12 equipes de Estratégia Saúde da Família - ESF e 11 equipes da Estratégia de Saúde Bucal-ESB e (100%) de cobertura pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Já em nível secundário, a Secretaria Municipal de Saúde contava com o Hospital Municipal e Maternidade São José.

O Hospital Municipal contava com seis especialidades médicas, serviço diagnóstico por imagem (ultrassonografia e radiografia), laboratório de análises clínicas e central de regulação de leitos. O município dispunha ainda do Centro de Especialidades Odontológicas - CEO, tipo II.

O município de Mauriti é membro do Consórcio Público, constituído por nove municípios da 19ª CRES (Coordenadoria Regional de Saúde para atendimentos no CEO Regional e na Policlínica, regulados pela Central de Regulação. Os exames de alta complexidade estão previstos na Programação Pactuada e Integrada (PPI).

No tocante ao perfil epidemiológico, procedeu-se a análise da série histórica, sendo levantadas as principais causas de óbitos no município que foram, no ano de 2011, (19,8%) dos óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório; (18,4%), por Neoplasias; (14,8%), por Causas Externas; (10%) , por Achados Anormais; e (7,8%) dos óbitos por Doenças do Aparelho Respiratório.

As principais causas de internação de pacientes residentes, em Mauriti, em 2011, foram: (17,1%) Gravidez e Puerpério; (16%) Doenças Infecciosas e Parasitárias; (15,6%) Doenças do Aparelho Respiratório; (14,4%) Doenças do Aparelho Digestivo e 11% Doenças do Aparelho Circulatório.

Quanto às doenças de notificação compulsória, em 2011, as mais prevalentes foram: tuberculose (17), hanseníase (21), dengue (21) e sífilis em gestante (6). Nessa ocasião, existiam cadastrados na Secretaria de Saúde de Mauriti seis pacientes em uso dependente de bolsa para colostomia, 26

pacientes em uso de sonda nasogástrica/aspiração e 12 pacientes em uso de concentrador de oxigênio.

Após essa fase, passou-se ao estudo de viabilidade técnica e financeira do novo serviço, sendo então elencados os profissionais e insumos necessários ao seu funcionamento. De posse das informações, a equipe elaborou um pré-projeto que foi apresentado e discutido com a participação do Conselho Municipal de Saúde.

Após análise, discussões e aprimoramento do pré-projeto, chegou-se ao projeto final, que seguiu os trâmites necessários para apreciação dos setores responsáveis na Secretaria Estadual de Saúde e no Ministério da Saúde.

Quatro meses após o projeto finalizado ter sido encaminhado aos dois órgãos, foi aprovado pelo setor responsável no Ministério da Saúde, com publicação posterior de portaria regulando a habilitação do Serviço de Atenção Domiciliar, em Mauriti.

Implantação e funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar

Em janeiro de 2014, o Serviço de Atenção Domiciliar - SAD deu início às suas atividades no município de Mauriti.

Considerando o aspecto populacional, o quantitativo de equipes habilitadas e, posteriormente, implantadas no município foi uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD e uma Equipe Multiprofissional de Apoio - EMAP.

Foi realizado um processo seletivo para recrutamento e capacitação dos profissionais que atuariam no serviço. Em seguida, elaborou-se um instrumento informativo sobre o serviço e o fluxograma necessário ao encaminhamento dos pacientes dentro da Rede Municipal de Atenção à Saúde. Tais equipes foram vinculadas ao Centro Municipal de Saúde de Mauriti, inscrita no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, sob o número 2527421.

O serviço teve início com os seguintes profissionais: EMAD - um médico clínico geral, com carga horária de 40 horas semanais; um enfermeiro e três técnicos de enfermagem, com 40 horas semanais cada; e um fisioterapeuta, com 30 horas semanais. A EMAP contava com os seguintes profissionais: um assistente social, um nutricionista e um farmacêutico com 30 horas semanais cada.

A identificação dos pacientes, com demanda de cuidados continuados em domicílio, é realizada pela Unidade Básica de Saúde, compreendendo a demanda espontânea dos pacientes, evolução do quadro clínico dos pacientes acompanhados e/ou identificação dos casos pelo Agente Comunitário de Saúde, enquanto pelo Hospital Municipal, encontram-se os pacientes identificados no serviço de emergência ou de internação.

Os pacientes identificados pela UBS e pelo Hospital Municipal são avaliados pela equipe do SAD, após passarem pelo serviço de regulação.

De acordo com a avaliação realizada, o paciente será acompanhado pela própria UBS ou pela equipe EMAD.

O paciente acompanhado pela UBS poderá sofrer alterações em seu quadro clínico. Nesse caso, a Equipe de Saúde da Família solicitará à Equipe EMAD uma nova avaliação e, de acordo com a necessidade, será acompanhado pelo SAD ou não. De modo inverso, o paciente acompanhado pelo SAD, que evoluir com melhora do quadro clínico, após avaliação, poderá atender aos critérios da modalidade AD1 e passará a ser acompanhado pela UBS.

Modalidade AD1: pacientes que: I - apresentam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; II - necessitam de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, e de menor frequência, dentro da capacidade de atendimento das

Unidades Básicas de Saúde - UBS; e III - não se enquadram nos critérios previstos para o AD2 e AD3, descritos na portaria.

Modalidade AD2: pacientes com: I - demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros; II - dependência de monitoramento freqüente de sinais vitais; III - necessidades freqüentes de exames de laboratórios de menor complexidade; IV - adaptação do paciente e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia; V - adaptação do paciente ao uso de órteses/próteses; VI - adaptação de pacientes ao uso de sondas e ostomias; VII - acompanhamento domiciliar em pós-operatório; VIII - reabilitação de pessoas com deficiências permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo até apresentarem condições de freqüentarem serviços de reabilitação; IX - uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; X - acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso; XI - Necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória; XII - necessidade de cuidados paliativos; XIII - necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea; ou XIV - necessidade de fisioterapia semanal.

Modalidade AD3: pacientes com I - existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para a AD2; e II - necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos: a) oxigenoterapia e Suporte Ventilatório não invasivo: Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas - CPAP, Pressão Aérea Positiva por dois Níveis - BIPAP, Concentrador de O₂; b) diálise peritoneal; e c) paracentese.

Fluxo da assistência domiciliar

Para melhor avaliar e definir a realização ou não da visita domiciliar, foi elaborado o fluxograma a seguir:

Acolhimento da Solicitação

Os pedidos de Assistência Domiciliar são encaminhados à Recepção da Unidade, devendo a recepcionista verificar se o paciente é cadastrado na UBS ou pertence à área de abrangência. Uma vez que pertença, devem ser providenciados o prontuário e formulários para registro, sendo então encaminhando-os ao profissional responsável pela avaliação das solicitações, de acordo com a rotina estabelecida pela Equipe.

Avaliação da Solicitação de Assistência Domiciliar

O profissional responsável deve proceder a avaliação verificando, através da anamnese detalhada: idade, sexo, motivo da solicitação, sinais e sintomas que o paciente apresenta, condições atuais, revisar o prontuário, avaliar se há condições de manejar o problema em casa e estabelecer o espaço de tempo em que deverá ser realizada a visita (É urgente? Pode ser agendada?). Não estando indicado o atendimento domiciliar, deve orientar ao solicitante sobre as providências que precisam ser tomadas para resolver a situação. No caso de estar indicada a Assistência Domiciliar - AD deverá encaminhar para o profissional que irá realizá-la.

Realização da Visita Domiciliar

A Equipe deve dispor de escala diária, com profissional médico destacado para atendimento domiciliar aos casos agudos. Além disso, todos os profissionais da Unidade devem ter dia e horário pré-determinado para realização de visitas domiciliares que possam ser agendadas. Sempre que possível o agendamento da visita é para o médico ou o profissional que usualmente atende ou conhece o paciente.

Inclusão no Serviço de Atenção Domiciliar

Caso haja decisão de incluir a pessoa na AD, em modalidade de Internação ou Acompanhamento Domiciliar, deverá ser elaborado um plano inicial de atendimento até que o caso seja apresentado e discutido em equipe. A apresentação do caso à equipe dispõe de uma sugestão de organização, descrita abaixo, mas pode ser de responsabilidade de qualquer dos integrantes da equipe, de acordo com a complexidade da situação do problema.

O médico e o enfermeiro devem realizar avaliação prévia, conjuntamente ou não, respectivamente, em suas áreas de atuação, para obter as informações e dar o formato necessário à discussão.

Em reunião de equipe, discute-se o caso coletivamente, com participação de todos os profissionais que a integram. Tem por finalidade elaborar plano adequado às especificidades técnicas, sócio-culturais e ações necessárias entre equipe, família e comunidade, visando prestar o melhor cuidado possível ao paciente. O plano deverá ser revisado em reunião de equipe periodicamente, sempre que houver intercorrências ou ocorrer mudança na situação de saúde da pessoa.

Implementação do Plano de Assistência Domiciliar

Na internação e acompanhamento domiciliar, a pessoa e seus cuidados são de responsabilidade da UBS em corresponsabilidade com a família, sendo os profissionais alocados de acordo com as necessidades e disponibilidade, podendo ser utilizados todos alocados e, inclusive, os profissionais que façam parte ou estejam disponíveis à equipe.

A equipe deve dispor de uma escala com os dias de visita pré-agendados, conforme plano de cada paciente.

Resultados Preliminares

Inicialmente visto com “reserva” tanto pelos profissionais, como pelos pacientes, com o passar do tempo e com a atuação das Equipes de EMAD e EMAP, o Serviço de Atenção Domiciliar começou a ser reconhecido, principalmente, pelos usuários, cuidadores e/ou familiares, devido à melhoria na qualidade de vida dos pacientes atendidos.

Em 2014, a equipe do SAD do município de Mauriti iniciou suas atividades, cadastrando e acompanhando 18 pacientes. Esse serviço vem dando continuidade e, até março de 2016, já tinham sido atendidos 156 pacientes.

No momento, os profissionais de saúde do Serviço de Atenção Domiciliar acompanham 42 pacientes. O SAD de Mauriti apresenta adesão e aceitabilidade reconhecidas tanto pelos pacientes, cuidadores e familiares, como pelos profissionais que compõe os demais pontos de Atenção à Saúde.

Pontos de Reflexão

Apesar dos bons resultados apresentados pelo SAD, há que se atentar para o fato de avaliar se os princípios e objetivos do programa estão sendo atendidos em sua essência.

- Os pacientes atendidos atendem aos critérios do programa?

- A abordagem realizada pelos profissionais corresponde ao proposto pelo SAD?

- O *feedback* com as Equipes de Saúde da Família está acontecendo a contento?

- Os usuários e/ou cuidadores conhecem verdadeiramente sua importância e seu papel no serviço?

- Há responsabilização dos cuidadores e familiares quanto à sua importância no processo?

De modo geral, o serviço mostrou-se efetivo e resolutivo. Porém, não se pode desconsiderar tais interrogações.

É fato inegável a melhoria das condições de vida e sobrevida dos usuários atendidos. Todavia, há que se alertar para a necessidade do conhecimento do serviço, naquilo que genuinamente se propõe, tanto pelos profissionais que compõe o serviço, como pela clientela assistida.

Referências

ANDRADE, A. M.; BRITO, M. J. M.; SILVA, K. L.; RANDOW, R. M. V.; MONTENEGRO, L. C. Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma lógica em saúde. **Rev. Pesq. Cuid. Fundam.**, v. 5, n. 1, p. 3383-3393, jan. / mar. 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2025/pdf_698>. Acesso em: 13 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600/GM, de 07 de julho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.959/GM, de 14 de dezembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963/GM, de 27 de maio de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

LACERDA, M. R.; GOMES, I. M.; KALINOWSKI, L. C.; GIACOMAZZI, C. M. Estratégias para avanços na prática do cuidado domiciliar. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 609-615, out. / dez. 2010.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família - na perspectiva da área pública. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2621-2626, ago. 2010.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; SEIXAS, C. T.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

CAPÍTULO 24

REGISTROS DE EVENTOS ADVERSOS EM UNIDADE HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

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

Introdução

As discussões sobre melhoria da segurança do paciente e da qualidade da assistência à saúde vêm recebendo ênfase considerável tanto no meio científico, quanto assistencial, tendo em vista que a ocorrência de eventos, que interferem na promoção e na recuperação da saúde dos pacientes, já vem representando um grave problema de saúde pública (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011).

Nesse contexto, receber uma assistência à saúde segura e de qualidade se associa a uma assistência sobretudo livre de Eventos Adversos - EAS, incidentes resultantes de uma desastrosa cadeia de acontecimentos e que ocasionam um dano desnecessário a um paciente (BRASIL, 2013a).

Eventos Adversos - EAS - são incidentes indesejáveis, porém preveníveis. Ocorrem durante a prestação do cuidado à saúde e resultam em danos ao cliente, podendo gerar um comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou algum efeito nocivo, como doença, lesão, incapacidade, ou morte, podendo este ser de caráter físico, social e/ou psicológico (MENDES, 2009).

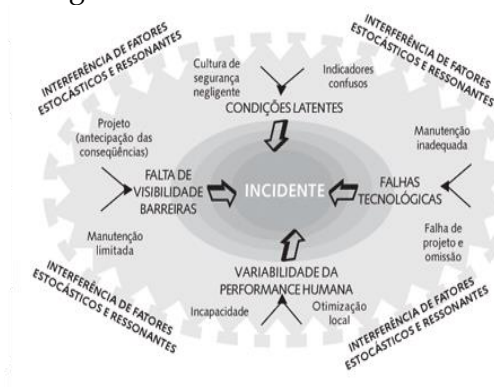
Sabe-se que a ocorrência de EAS está intrinsecamente relacionada com a qualidade da assistência e a segurança dos

pacientes. A ocorrência de EAS prolonga o tempo de hospitalização e eleva os custos do tratamento. Além disso, pode resultar em danos ou sequelas temporárias ou permanentes. (VENTURA; ALVES; MENESES, 2012.)

Mesmo sabendo que a segurança do paciente é o ponto de encontro de várias outras áreas da saúde, fazendo parte do processo de trabalho em saúde, as organizações hospitalares ainda não evidenciam uma cultura de avaliação da qualidade e segurança dos cuidados que se prestam. Inclusive, poucos estudos vêm demonstrando a melhoria dos seus indicadores de saúde.

Os eventos adversos são comumente associados ao erro humano individual, mas devem-se considerar, como desencadeadores, as condições de trabalho, os aspectos estruturais e a complexidade das atividades desenvolvidas, conforme podemos observar no modelo sistêmico proposto abaixo:

Figura 1 . Modelo sistêmico do evento adverso com base em Hollnagel 2015



Fonte: Hollnagel (2004).

A ocorrência de falhas na assistência ao paciente no âmbito hospitalar gera importante impacto no Sistema Único de Saúde - SUS, podendo contribuir para o aumento da morbidade, mortalidade, tempo de tratamento e dos custos assistenciais, além de repercutir em outros campos da vida social e econômica do país (BRASIL, 2013b).

Estatísticas mundiais apontam que um em cada seis pacientes internados em hospitais é alvo de algum tipo de incidente que compromete a sua segurança, sendo a maioria deles evitáveis (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013).

No Brasil, os erros e suas consequências podem ser consideravelmente maiores que a média global. Estudo realizado em três hospitais de ensino mostrou que, em 1.103 pacientes, a incidência foi de 84 (7,6%) acometidos por EAS e, destes, 54 (66,7%) poderiam ser evitados. Tal fato evidencia que a incidência de EAS em pacientes nos três hospitais é semelhante ao de estudos internacionais e que a proporção de EAS evitáveis é muito maior nos hospitais brasileiros (BRASIL, 2014).

Com o objetivo de reduzir os desvios na assistência, é preconizado que a meta de um programa de garantia de qualidade nas instituições assegure ao usuário grau elevado de excelência, por meio de medição e avaliação dos componentes estruturais, das metas, dos processos e resultados apresentados pelos usuários, seguidos das alterações necessárias para a melhoria do serviço.

Considerando que inúmeros são os elementos que contribuem para que existam erros na prática assistencial, o próprio Ministério da Saúde, no Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, afirma que não se pode organizar os serviços de saúde sem considerar que errar é humano e que cabe ao sistema criar mecanismos para evitar que o erro atinja o paciente (BRASIL, 2014).

Dessa maneira, as discussões sobre os erros na assistência à saúde devem fazer parte do cotidiano hospitalar,

em um processo de análise contínua para que suas causas possam ser identificadas, bem como, somando esforços no intuito de incorporar na prática assistencial estratégias baseadas em evidências, tornando a assistência ao paciente mais eficaz e segura (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011).

Para discutir os erros da assistência e utilizar sua análise para a construção de processos mais seguros, contudo, é preciso que esses incidentes sejam informados ou notificados aos gestores do serviço de saúde a fim de que as medidas cabíveis possam ser tomadas. Os serviços de saúde, considerando suas características e objetivos, deverão optar pelos tipos de técnicas e instrumentos de notificação de eventos adversos a serem por eles utilizados, visando à promoção da segurança do paciente e o estabelecimento da comunicação entre a equipe, pacientes e instituições.

Os instrumentos de notificação de eventos adversos são importantes fontes de alerta e informação, ajudando a promover a segurança no ambiente hospitalar e contribuindo para o gerenciamento da assistência prestada aos pacientes. Além disso, podem servir de subsídio para compor um banco de dados institucional, que serviria de bússola para as estratégias de mitigação de danos.

Conhecer e entender os EAS, seu gerenciamento, controle e fatores de risco, permite à toda equipe multidisciplinar uma implementação de medidas preventivas e tratamento eficazes, sendo as evidências científicas uma fonte de estímulo e meio para a conscientização dos profissionais de saúde para a abordagem sistêmica dos EAS. É nessa busca pela qualidade e excelência no cuidado que a prevenção de EAS aparece como um dos principais desafios e uma das metas a serem cumpridas pelos profissionais da saúde.

Seguindo esse raciocínio, Lima e Dutra (2010) destacam que o trabalho de um programa de gerenciamento de risco prevê a comunicação dos riscos, de maneira a possibilitar que a

organização diminua a ocorrência de efeitos indesejáveis. O que se infere, porém, através da análise dos cenários de estudo de diversos artigos brasileiros, é que os serviços de saúde ainda precisam evoluir muito em relação ao gerenciamento de risco, começando pela construção/consolidação de um canal de comunicação que permita às equipes trocarem informações de forma clara e precisa, garantindo melhorias na tomada de decisão (NEVES; MELGAÇO, 2011; MARTINEZ-JIMENEZ *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2014).

É recomendável assim, na perspectiva de uma aprendizagem colaborativa, dentro dos serviços, que a discussão das falhas e acidentes assistenciais aconteça de uma forma proativa, visando compreender o que aconteceu, de modo a prevenir e evitar que surjam episódios similares (PARANAGUÁ *et al.*, 2014).

Frente ao exposto, esse estudo tem como objetivo relatar a experiência da utilização de instrumento de notificação de eventos adversos em unidade hospitalar, referência em atendimento a pacientes de alta complexidade na Macrorregião do Cariri, destacando o papel das notificações na ação dos profissionais de saúde e no planejamento da assistência, prevenindo a ocorrência de falhas e garantindo a qualidade do serviço e a segurança do paciente.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência. Foi realizado em uma unidade de saúde de alta complexidade do estado do Ceará, que utiliza um instrumento de notificação manuscrita para coletar informações sobre incidentes vivenciados, pelas equipes assistenciais e administrativas, como estratégia de gerenciamento dos EAS.

A unidade situada em Juazeiro do Norte teve sua inauguração em 8 abril de 2011. Realiza atendimento, exclusivamente, pelo SUS, na cidade de Juazeiro do Norte,

sendo essa gerida por uma Organização Social de Saúde - OSS, o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar - ISGH, contratado pelo Governo do Estado.

Foi o primeiro hospital público terciário, no interior do Ceará, para assistir a população dos 44 municípios da Macrorregião do Cariri, que contempla as Microrregiões de Saúde de Juazeiro do Norte, Crato, Brejo Santo, Iguatú e Icó. Possui 219 leitos de internação, além de 93 leitos de atendimento de emergência. Sua missão é proporcionar o cuidado digno em saúde, através de práticas inovadoras em gestão para excelência da assistência.

Essa instituição destaca-se na região também por ter sido pioneira quanto à implantação de um Núcleo de Gestão e Segurança do Paciente - NUGESP, por possuir um Comitê de Segurança do Paciente - COSEP e ter acreditação, reconhecida pela Organização Nacional de Acreditação - ONA, com nível 2: Acreditado Pleno. Tal honraria aponta que o Hospital Regional do Cariri - HRC desenvolve estratégias para atender os critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais, além de apresentar gestão integrada, buscando que os processos ocorram de maneira fluida e que haja plena comunicação entre as atividades.

A Experiência

As organizações passam a ter necessidade de avaliar a qualidade da assistência prestada ao paciente. Isso é possível quando se estabelece parâmetros mensuráveis, sendo necessárias a implantação e a utilização de determinados indicadores para a gestão do cuidado a fim de oferecer um cuidado individualizado, ético, humano, mas, principalmente, seguro e de qualidade.

Implantação do instrumento de notificação como parte da Cultura de Segurança

A valorização de uma cultura de segurança,- cujo foco está em procurar as falhas sistêmicas e não os culpados para punir-, foi um dos principais desafios enfrentados nesse processo que culminou na implantação do instrumento de notificação manuscrita. Por ser um sistema de notificação voluntária, a participação ativa dos profissionais, envolvidos nos incidentes, era essencial para que o instrumento tivesse êxito.

Desafiando a existência de múltiplos fatores associados à ocorrência de eventos adversos no âmbito hospitalar, algumas instituições insistem em culpar os profissionais diretamente envolvidos no episódio, sem considerarem que evitar erros, em muitos casos, compete aos profissionais; às vezes, até aos pacientes; mas, na maioria das vezes, aos próprios gestores. Vale salientar que pacientes e profissionais de saúde estão mais suscetíveis aos erros, quando os processos organizacionais e técnicos são complexos e mal planejados.

Considerando esse contexto, o Núcleo de Gestão e Segurança do Paciente - NUGESP do Hospital Regional do Cariri realizou reuniões mensais tanto com gestores, como com os profissionais, buscando a sensibilização, através do desenvolvimento de rodas de conversa sobre temáticas que abordassem: segurança do paciente e qualidade da assistência à saúde, dando subsídios teóricos aos profissionais e levando-os à reflexão de sua prática diária. Foi necessário um longo processo de sensibilização das equipes e de divulgação do instrumento, que permite, inclusive, a notificação anônima dos incidentes, para que os profissionais superassem a resistência inicial e espontaneamente registrassem os eventos adversos, que ocorriam tanto nos setores assistenciais, quanto nos setores administrativos.

Embora os profissionais fizessem um esforço coletivo

para proporcionar a melhor assistência possível aos pacientes, essa intenção somente não impedia que ocorressem falhas e acidentes relacionados aos cuidados prestados. Em decorrência disso, tornava-se imprescindível empregar métodos para analisar os riscos existentes nos processos, de forma que os dirigentes pudessem planejar novos processos e ações corretivas e preventiva.

É importante destacar que alguns profissionais apresentaram dificuldades de entendimento quanto ao propósito desses registros. Inclusive, muitos utilizavam esse instrumento para registrar problemas de relacionamento e até como forma de ameaças aos colegas, quando havia alguma discórdia durante o plantão ou na passagem desse, mesmo sem a existência de falhas no processo.

Dessa forma, foi fundamental a sensibilização dos profissionais quanto à importância do instrumento para o registros de incidentes como estratégia de rastreamento e planejamento de ações de melhorias que precisavam ser incorporadas às áreas para assim evitar a ocorrência de EAS. Foram realizadas reuniões e oficinas, com o intuito de divulgar as ferramentas e as estratégias de registros dos Eventos Adversos e erros que comprometem a Segurança do Paciente..

Estudo realizado, por Oliveira et al. (2014), identificou e analisou estratégias para promover a segurança do paciente no contexto de um hospital de grande porte no estado do Ceará. Tais estratégias foram elencadas por enfermeiros assistenciais, tendo merecido destaque aquelas relacionadas: à identificação atenta dos riscos aos quais os pacientes estão sujeitos, durante os cuidados de enfermagem; à incorporação de boas práticas na assistência direta e/ou indireta e à identificação das barreiras e oportunidades encontradas para promover a segurança na instituição.

Gerenciamento dos incidentes notificados

O gerenciamento dos incidentes, ocorridos na unidade vivenciada, é realizado pelo Núcleo de Gestão e Segurança do Paciente - NUGESP, que foi criado, em agosto de 2012, resultado da junção da Gerência de Riscos e do Escritório da Qualidade. O objetivo do NUGESP é trabalhar e gerenciar ações para segurança do paciente e melhoria da qualidade, através do uso de ferramentas adequadas para notificação de incidentes, identificação, análise, redução e tratamento dos riscos, priorizando os riscos de maior relevância e implementando plano de ação para contenção e contingência dos eventos.

Os colaboradores estão orientados para que todos os eventos adversos, que possam causar danos aos pacientes ou falhas nos processos, sejam notificados em impresso específico e esse encaminhado ao NUGESP para que seja analisado, classificado e, em seguida, encaminhado ao gestor da área notificada a fim de que esse realize as devidas investigações.

Para que a notificação espontânea tenha êxito e supere a possibilidade de subnotificação, os colaboradores são sensibilizados rotineiramente sobre a importância da notificação de incidentes, possibilitando assim a oportunidade de melhorias nos processos. Os formulários específicos estão disponíveis em todos os setores do HRC e devem ser preenchido constando: o setor onde ocorreu, data, horário e descrição do incidente, nome e número de prontuário do paciente, caso tenha sido envolvido, etc., e encaminhado ao NUGESP.

A Gerente de Riscos e a Assessora Técnica da Qualidade analisam previamente os registros de incidentes, classificando-os em:

- Não Conformidade:** quebra de acordo entre os processos, que não tenham repercussões junto ao paciente ou colaborador e que tenham referências, sejam em atas de

reuniões, normativos, manuais, protocolos, interações de processos formalizadas.

•**Quase Erro:** é um incidente que não alcançou o paciente ou colaborador, mas algumas regras ou normas do processo não foram cumpridas.

•**Circunstância de Risco:** Trata-se de um perigo, agente ou ação com potencial para causar dano. Situação ou fator que pode influenciar um evento.

•**Evento sem Dano:** quando um erro não resulta em um evento adverso para o paciente, ou colaborador, ou quando a ausência de dano é devida ao acaso. Ocorre um incidente com o paciente ou colaborador, mas não resulta em nenhum dano. O dano é evitado por acaso ou devido às circunstâncias atenuantes ao dano.

•**Evento Adverso:** evento com dano para o paciente, podendo ser classificado em: *Evento adverso leve* - quando o incidente atingiu o paciente ou colaborador, mas provocou danos leves, sem perda ou redução de função e de curta duração, sem necessidade de intervenção ou intervenção mínima. *Evento adverso moderado* - quando o incidente atingiu o paciente ou colaborador e resultou em danos, com necessidade de intervenção, um aumento no tempo de internação ou causou danos permanentes ou em longo prazo ou perdas de funções. *Evento adverso grave* - quando o incidente atingiu o paciente ou colaborador e resultou em danos que requerem intervenção para salvar vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, encurta a expectativa de vida ou causa danos graves permanentes com perda de funções importantes.

•**Óbito:** quando o incidente atingiu o paciente ou colaborador e resultou em óbito. A morte foi causada ou antecipada pelo incidente.

Após a classificação, os formulários são encaminhados para a coordenação dos respectivos setores notificados, que realizam investigação da ocorrência para compreender as causas, identificar soluções para alcançar uma atenção à saúde

mais segura e avaliar o impacto das soluções em situações da vida real. Em seguida, é emitida uma resposta ao setor notificador, através do NUGESP, num período máximo de cinco dias.

Vale ressaltar que alguns incidentes mais graves são analisados por membros da Comitê de Segurança do Paciente - COSEP, envolvendo a Direção. Na análise dos riscos e/ou incidentes, são também utilizadas algumas ferramentas para tratamento dos riscos, como o Diagrama de *Ishikawa* (Espinha de Peixe ou Diagrama de Causa e Efeito), *Bow Tie*, Planejamento *5W2H* e Protocolo de Londres.

Discussão

A relevância de implantar um instrumento de notificação dos incidentes está em promover a identificação dos eventos adversos; em proporcionar à instituição um meio de comunicação prático a respeito desses fatos inesperados e indesejados; em possibilitar a exploração das situações, a construção de um banco de dados sobre riscos e situações-problema e permitir a execução das modificações necessárias ou oportunas no processo da assistência. Contribui ainda com a gestão para o planejamento de processos de trabalho mais seguros, permitindo a prevenção de futuros eventos adversos.

É de grande importância que os formulários de notificação, tanto impressos como eletrônicos, sejam claros, simples e fáceis de preencher e que os profissionais sejam orientados sobre a importância desse registro e seu preenchimento correto e completo. Somente com a notificação dos dados completos, poderão ser elaborados planos de controle para a diminuição dos EAS, que deve ser o objetivo de todos e, certamente, refletirá diretamente na qualidade do atendimento hospitalar.

Concordamos com Leitão *et al.* (2013), ao terem encontrado resultado preocupante quanto à constatação de

que a cultura punitiva ainda prevalece nas situações que incorrem em erro ou evento adverso, evidenciada pelos relatos de práticas de repreensão e punição dos membros da equipe de enfermagem. Nesse contexto, as barreiras comunicacionais implicam em maiores ocorrências adversas, na medida em que o retorno das informações sobre as consequências geradas, pelos eventos adversos, e a proposta de alternativas mais eficazes para seu manejo não ocorrem, acabam impedindo uma resolução a contento.

Ressalta-se, portanto, a importância de ser valorizada a educação permanente com ênfase para a promoção da segurança do paciente e da qualidade assistencial, por meio do estímulo ao profissional para a notificação, esclarecendo-lhe a relevância da comunicação do erro no contexto assistencial, em que ele está inserido. Também deve ser garantido um retorno ao notificador, que alimenta o sistema.

Descrição dos Problemas Enfrentados

Dentre as diversas instituições hospitalares do país, podemos evidenciar que muitas das razões, que levam o profissional a não relatar os incidentes se baseiam em sentimentos, como: vergonha, autopunição, medo da crítica de outras pessoas e do litígio. E para evitar que esse problema continue a acontecer, é assegurado aos profissionais, que o objetivo é melhorar a segurança e nunca, acusar ou punir.

No decorrer desses anos de utilização do instrumento de notificação, ainda nos deparamos com informações incompletas, o que dificulta o seguimento da investigação. Muitas vezes não são registradas informações fundamentais para o rastreamento do caso, com por exemplo: o nome e o prontuário do paciente ou unidade de ocorrência.

Percebemos também que o envolvimento dos gestores, no que diz respeito à investigação minuciosa dos casos, precisa ser melhor trabalhado, visto que, muitas respostas limitam-se a

conversas com os colaboradores envolvidos. Entendemos que as investigações precisam ser melhor conduzidas para que assim possam ser observados, de forma mais concreta, os fatores que levam a ocorrência dos eventos.

A demora no envio dos registros de incidentes ao NUGESP é outro fator que reflete diretamente no alcance da magnitude dos danos ao paciente, pois, quanto mais precoce se inicie a busca de informações, mais rapidamente poderemos chegar a um plano de ação, que possa evitar novos eventos.

As respostas dos eventos encaminhados representam outra fragilidade encontrada, pois as unidades notificadoras aguardam ansiosamente os resultados das investigações. Mas, na grande maioria das vezes, não acontece esse *feedback*, o que pode gerar descontentamentos por parte dos profissionais que se preocupam em registrar os eventos.

Assim, com base em todos os pontos observados, como obstáculos ao processo de notificações de eventos, destacamos a viabilização de formulários eletrônicos, através de um sistema próprio da unidade, para que todos registros sejam feitos de forma dinâmica. Com isso, o NUGESP poderá encaminhar de forma rápida para a unidade notificada e, conseqüentemente, o resultado encaminhado à unidade notificadora, já será um grande avanço. É com esse propósito que o HRC está trabalhando para a implantação desse sistema, que otimizará o acompanhamento adequado dos eventos notificados.

Estudo realizado, por Carpucho *et al.* (2013), comparou a qualidade e as informações contidas nas notificações manuscritas e informatizadas de um hospital. Os resultados do estudo sugerem que para o desenvolvimento de uma cultura de notificação voluntária de incidentes em saúde nas organizações, - que desejam trabalhar com a segurança do paciente-, é desejável que haja a informatização das notificações, favorecendo o relato, reduzindo o tempo do profissional ao relatar. Por conseguinte, será fomentado o

desenvolvimento de ações mais efetivas e rápidas para redução de incidentes, de riscos e danos aos pacientes, trazendo segurança aos usuários do sistema de saúde.

Conclusão

A ocorrência de EAS representa condições que descrevem o desempenho dos serviços de saúde, afetando assim a qualidade e a confiabilidade do sistema. O rastreamento e o controle da ocorrência configuram-se em indicadores da qualidade da assistência à saúde, refletindo a necessidade de investir na educação continuada e de reconhecer o erro, como parte integrante de um sistema. Observamos que, na medida em que os profissionais de saúde notificam as falhas ocorridas, estes poderão desenvolver estratégias direcionadas à prevenção de erros. Entretanto, sabemos que as instituições precisam desvincular a idéia de que as notificações resultarão em penalidades e julgamentos, o que indica a necessidade de programas educativos de segurança e de incentivo as notificações de incidentes para os profissionais e instituições hospitalares em geral.

Nessa perspectiva, é de fundamental importância que as organizações de saúde estabeleçam políticas e procedimentos específicos para o relato e a divulgação de eventos adversos. Portanto, é de considerável relevância investir nos enfermeiros assistenciais, permitindo sua participação nos processos de análise permanente das condições do serviço, para continuarem identificando os riscos e incorporando práticas seguras e baseadas em evidência na instituição.

Entendemos que o ato de notificar deve ser estimulado, visto que sua análise repercute na prevenção desses eventos, não devendo ser considerado como mais uma forma de reprimir o profissional, mas, sim, subsidiar o planejamento de estratégias que minimizem sua ocorrência e reconheça o erro

como parte integrante do sistema.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília: Copyright, 2013a.

BRASIL. **Investigação de eventos Adversos em Serviços de Saúde**. Brasília: ANVISA, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional e Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

CAPUCHO, H. C.; ARNAS, E. R.; CASSIANI, S. H. B. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext_198314472013000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2015.

GRIGOLETO, A. R. L.; GIMENES, F. R. E.; AVELAR, M. C. Q. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 13, n. 2, p. 347-354, abr. / jun. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10326>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

HOLLNAGEL, E. **Barriers and Accident prevention**. Rotledge:UKA, 2004.

LEITÃO, I. M. T. A.; OLIVEIRA, R. M.; LEITE, S. S.; SOBRAL, M. C.; FIGUEIREDO, S. V.; CADETE, M. C. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de

enfermeiros assistenciais. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1073-1083, 2013. Acesso em: 01 abr. 2016.

LIMA, H. O.; DUTRA, E. C. R. O Gerenciamento de Riscos na Saúde - aplicação na atenção hospitalar. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 5, n. 5, p. 87-90, 2010. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/13678/o-gerenciamento-de-riscos-na-saude----aplicacao-na-atencao-hospitalar>>. Acesso em: 26 mar. 2015.

MARTINEZ-JIMENEZ, S. et al. El visado en um hospital de tercer nivel. **Farm. Hosp.**, Madrid, v. 37, n. 5, out. 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext_hyperlink>. Acesso em: 26 mar. 2015.

MENDES, W.; MARTINS, M.; ROZENFEL, D. S.; TRAVASSOS, C. **The assessment of adverse events in hospitals in Brazil**. Int J Qual Health Care. 2009.

NEVES, L. A. C.; MELGAÇO, R. M. T. A identificação do paciente como indicador de qualidade. **Rev. Eletr. Acred. [Internet]**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 88-100, 2011. Disponível em: <<http://www.cbacred.org.br/ojs/index.php/Acred01/article/view/17>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

OLIVEIRA, R. M.; LEITÃO, I. M. T. A.; SILVA, L. M. S.; FIGUEIREDO, S. V.; SAMPAIO, R. L.; GONDIM, M. M. Estratégias para promover segurança do paciente. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, jan. / mar. 2014.

PARANAGUA, T. T. B. et al. Os eventos adversos: instrumento de gestão de cuidados para a segurança do paciente no setor de emergência. **Enferm. Glob.**, Murcia, v. 13, n. 34, abr. 2014.

Disponível em:
<[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext_
hyperlink](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext_hyperlink)>. Acesso em: 31 mar. 2015.

SOUZA, S. et al. Utilização de estratégias de segurança na identificação da criança para administração de medicamentos. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 06-11, fev. 2014.

Disponível em:
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext_
hyperlink](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext_hyperlink)>. Acesso em: 30 mar. 2015.

CAPÍTULO 25

ANÁLISE DA CAUSA DE RETIRADA DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA - PICC: UMA EXPERIÊNCIA DE GESTÃO POR PROCESSO

*Maria Ludimila Arruda Frota Rocha
Luilma Albuquerque Gurgel*

Introdução

Atuando na Unidade de Terapia Intensiva - UTI neonatal e no Berçário de Médio Risco - BMR, como coordenadora de enfermagem de um hospital de nível secundário, com frequência era percebido que neonatos, em especial, os pré-termos e os criticamente doentes necessitavam de acesso central para a infusão de soluções hiperosmolares, antibioticoterapia, nutrição parenteral e diversas outras medicações.

Para a realização do tratamento intravenoso de neonatos e lactentes, é necessário o uso de dispositivos, tais como cateter umbilical, cateter periférico, dissecação venosa ou cateter central de inserção periférica.

Devido a instabilidade dos neonatos internados em UTI neonatal, a primeira escolha para garantir um acesso venoso seguro, para a infusão de soluções, é a utilização do cateterismo venoso umbilical, pois é um procedimento mais rápido e fácil, porém, como ocorre mumificação do coto umbilical em torno do sexto ou sétimo dia de vida, fica inviável a manutenção desse cateter e, portanto, indica-se a inserção do Cateter Central de Inserção Periférica - PICC

(STOCHER; BERGER, 2006).

O dispositivo PICC vem sendo utilizado com frequência cada vez maior, uma vez que é um dispositivo com tempo de permanência prolongado e de fácil instalação, associado a um menor risco de complicações mecânicas e infecciosas.

Segundo Tamez e Silva (2006), a utilização do cateter percutâneo central, nos últimos anos, tem sido muito difundida, por possuir muitas vantagens, ser de fácil colocação e ter uma permanência prolongada, com menor frequência de complicações, quando comparado com outras formas de acesso central.

O PICC é um dispositivo intravascular, de inserção periférica, de localização central, com lúmen único, duplo ou triplo. São confeccionados em poliuretano ou silicone radiopacos, sendo que os de silicone são mais flexíveis, biocompatíveis e possuem alta resistência a dobras e baixa aderência bacteriana.

A punção desse tipo de cateter pode ser realizada pelo médico ou pelo enfermeiro, que possui a qualificação exigida pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, de acordo com a Resolução COFEN nº 258/2001, Art. 2º - O Enfermeiro, para o desempenho de tal atividade, deverá ter-se submetido a qualificação e/ou capacitação profissional (BRASIL, 2001).

A escolha do tamanho do cateter é importante, pois os cateteres percutâneos possuem calibres variados. Deve-se usar o cateter com o calibre proporcional ao da veia selecionada. Além disso, o cateter de único lúmen é o preferido, pois reduz o risco de infecções e obstruções por possuir menor quantidade de entradas para a veia do paciente e o diâmetro não necessitar ser dividido em mais lúmens.

Não há tempo específico para a permanência do cateter. Vários autores divergem quanto ao tempo de permanência. Segundo Keegan-Wells (1992), poderá permanecer implantado por mais de três meses. Brown (1994) diz que o cateter poderá

ficar implantado de uma semana há seis meses e que o tempo pode variar conforme a marca e a terapia escolhida para o paciente. Ryder (1995) relata que não há tempo limite de permanência.

A obstrução do PICC é uma complicação que deve ser evitada a fim de que não seja retirado antes do término da terapia proposta. Existem técnicas de desobstrução que ajudam na manutenção do cateter, mas os cuidados diários devem ser realizados para evitar a obstrução.

A retirada do cateter deve ser realizada após o término da terapia proposta e deve ser a critério médico. É retirado também, caso ocorram sinais flogísticos; endurecimento e secreção no sítio de inserção ou ao longo do trajeto da veia; febre ou hipotermia, sem outro foco de infecção identificável. Ainda deve ser retirado em casos de trombose ou mediante qualquer complicação que não permita a manutenção do PICC e que ponha em risco a saúde do paciente. Deve ser retirado quando envolve qualquer dano no cateter, como a perfuração, e se a obstrução não responder as manobras realizadas.

Há várias vantagens relacionadas ao uso do PICC. Dentre elas, estão: a diminuição da frequência de punções venosas, evitando a exposição do neonato ao estresse, dor e infecção; as menores taxas de complicações por pneumotórax e hemotórax; e menor custo comparado ao uso de cateteres inseridos de forma cirúrgica (VENDRAMINI, 2005).

Cada serviço necessita monitorar a própria taxa de sucesso no posicionamento da ponta do cateter PICC, a fim de detectar os fatores causais e intervenientes das falhas e implementar medidas para melhorar a taxa de sucesso desse procedimento.

Em um hospital público de Fortaleza, gerido através de uma Organização Social - OS, há unidade de atendimento de neonatologia, com oito leitos de UTI Neonatal e 16 leitos de médio risco, onde se trabalha a monitoração de um protocolo de inserção, manutenção e retirada de cateter central de

inserção periférica, com objetivo de reduzir o número de dissecação venosa neonatal, reduzir custos hospitalares por uso de materiais médicos hospitalares e melhorar a segurança assistencial.

O dimensionamento de enfermagem nessa unidade atende às exigências do Conselho de Enfermagem e da Resolução RDC 7 (BRASIL, 2010), sendo uma enfermeira para oito pacientes na UTI Neonatal e um técnico de enfermagem para cada dois pacientes, o que possibilita um atendimento de qualidade. As enfermeiras diaristas possuem certificado para a passagem, manutenção e retirada do PICC, o que permite um cuidado especializado com os cateteres.

A partir da monitorização do protocolo, instalado da instituição, observou-se uma grande quantidade de perda de PICC, o que instigou a investigação dos motivos dessas perdas.

A ocorrência de perda do PICC pode causar danos clínicos aos pacientes, dificuldade de trabalho da equipe interdisciplinar, insegurança assistencial e elevação de custo da unidade.

A perda de cateter PICC pode ocorrer por vários motivos, como, por exemplo: por extrusão e infecção. Porém, a obstrução de cateter chama atenção frente à unidade de neonatologia, pois uma medicação que precipite ou as moléculas de hemácias que retornam nesse cateter irão causar a perda precoce do mesmo. A perda impõe ao neonato e lactente um novo procedimento invasivo, risco aumentado de infecção hospitalar, instabilidades clínicas ou ainda perda de uma veia relacionada à dissecação venosa.

Para minimizar esse problema nos neonatos e lactentes, um questionamento surgiu para saber quais os prováveis motivos da perda dos cateteres centrais de inserção periférica e como minimizá-los.

Considerando que o dispositivo PICC tornou-se amplamente utilizado nas UTI neonatais, pesquisa, como essa, tem como benefícios apresentar estratégias utilizadas para

evitar a perda de PICC e, com isso, garantir uma terapêutica adequada para o neonato e lactente internado.

O presente estudo objetiva descrever a experiência de gestão em saúde, em uma unidade assistencial - UTI neonatal e berçário de médio risco, para identificar as causas de perdas de Cateter Central de Inserção Periférica - PICC, a partir do uso de uma ferramenta da qualidade o ciclo PDCA: (planejar, fazer, checar e avaliar).

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa documental, quantitativa e retrospectiva. A pesquisa documental é o tipo de pesquisa que tem o levantamento de dados como base. A coleta de informações é realizada em materiais que não receberam qualquer tipo de análise crítica. Na pesquisa retrospectiva, o estudo é desenhado para explorar fatos do passado. Pela análise documental, o pesquisador pode marcar um ponto no passado e conduzir a pesquisa até o momento presente (MARCONI; LAKATOS, 2005).

A pesquisa foi realizada em um hospital de nível secundário, regido por uma Organização Social. Representa uma unidade hospitalar que está, de acordo com a Organização Nacional de Acreditação - ONA, entre as 44 instituições hospitalares, com conceito de Acreditação Plena.

Inaugurado em dezembro de 2002, é o primeiro hospital público do Ceará gerido através de uma organização social, o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar - ISGH e tem como missão prestar serviço de saúde com qualidade, em nível secundário, aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, referenciados pelas centrais de regulação de leitos do estado do Ceará e do município de Fortaleza.

O direcionamento estratégico e a visão do futuro desse hospital buscam consolidar, no Ceará, um modelo de gestão hospitalar inovador e pioneiro, tornando-se um referencial de

excelência na prestação de serviços de saúde no Brasil. Além de ter sido o primeiro hospital público acreditado pleno no Norte-Nordeste, é o primeiro do Ceará com Acreditação Plena, entre públicos e privados.

Em novembro de 2005, iniciou-se o processo de avaliação e visitas da instituição certificadora da acreditação, ou seja, o Instituto Qualisa de Gestão - IQG. Nessa ocasião, foi realizada a primeira avaliação diagnóstica, que gerou subsídios para a primeira certificação, concedida em dezembro do mesmo ano.

Esse foi o primeiro passo na busca de melhorar cada vez mais a qualidade do serviço e o reconhecimento desse hospital. Nesse intuito, foram solicitadas, pelo próprio hospital, outras auditorias, em agosto de 2006, resultando na manutenção do nível um e, em setembro do mesmo ano, quando esse foi acreditado em pleno nível dois.

Nesse momento, o Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara - HGWA tornou-se o primeiro hospital público, acreditado pleno do Norte e Nordeste. No ano de 2007, nova manutenção e, em 2008, foi acreditado em pleno novamente. No ano de 2009, a pretensão da direção de melhorar cada vez mais a gestão possibilitou a manutenção do nível 2, em junho; seguindo no mês de novembro, com a manutenção do nível dois. Em 2010 e 2011, o hospital passou por novas avaliações, permitindo que continuasse com nível pleno de acreditação.

No ano de 2006, participou de cursos 5S e implantou o método PDCA (*Plan, Do, Check, Action*), realizou cursos de gestão de processos e curso de formação de auditores internos da qualidade, sendo acreditado pleno.

Esse hospital tem unidades assistenciais, distribuídas em duas clínicas pediátricas; três clínicas médicas; uma clínica cirúrgica; duas unidades de cuidados especiais (adulto e pediátrica); uma unidade de Acidente Vascular Cerebral; um centro cirúrgico; três Unidade de Terapia Intensiva adulto; uma UTI pediátrica e uma unidade de neonatologia, composta

de quinze leitos de berçário de médio risco e oito leitos de cuidados intensivos; ambulatório de especialidades; anestesiologia; programa de atendimento domiciliar e programa de assistência ventilatória domiciliar. Há também unidades de suporte, como Central de Material e Esterilização, farmácia, laboratório de análises clínicas, engenharia clínica, nutrição, imagem (radiologia), endoscopia, tomografia computadorizada, recursos humanos, administrativo (compras, patrimônio, contratos, terceirizados), financeiro, núcleo de atendimento ao cliente, ouvidoria, núcleo de tecnologia da informação e serviços assistenciais como fisioterapia, fonoaudiologia e enfermagem. E por fim, unidades de apoio que são: a Comissão Interdisciplinar de Prevenção de Lesões; Agência transfusional; Serviço Especializado de Medicina do Trabalhador; Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Escritório da Qualidade e Centro de Estudos.

A pesquisa foi realizada na unidade de neonatologia desse hospital, local onde ocorre o maior número de punções de veias periféricas para a passagem do cateter central de inserção periférica, levando ao quantitativo maior de perdas desse cateter.

A população foi composta pela quantidade de cateter retirado dos neonatos (até 28 dias) e lactentes (mais de 28 dias) internados na Unidade de Terapia Intensiva neonatal e do berçário de médio risco, que possuíram cateter de inserção periférica, no período de abril de 2009 a junho de 2010.

O período escolhido deve-se ao fato de que, em abril de 2009, um recém-nascido utilizou três cateteres percutâneo, no período inferior a 30 dias e que, após junho de 2010, não foi realizado outro PDCA por motivo de perda de cateter.

A unidade conta com oito leitos de UTI Neonatal e 16 leitos de berçário de médio risco. Porém, nem todos os recém-nascidos internados nesses leitos possuem esse tipo de acesso venoso central.

Nessa amostra, os critérios de inclusão foram todos os recém-nascidos internados e que fizeram uso do PICC, no período de abril de 2009 a junho de 2010.

As informações foram coletadas, através de formulários de acompanhamento de protocolo que, anteriormente, foram pré-definidos pela equipe interdisciplinar da unidade assistencial e através da ocorrência de enfermagem do setor.

Nesses formulários, constam informações quanto à inserção, manutenção e retirada do cateter, que incluem dados quanto ao local da inserção, tamanho do cateter introduzido, o tamanho retirado e a causa da retirada do cateter.

Desses formulários, foram retiradas as causas da perda do PICC. Essas causas foram tabuladas em uma planilha, informando o motivo da retirada do PICC e o tempo de permanência do cateter.

Outro instrumento para coleta de dados foi o PDCA que é uma ferramenta de gestão da qualidade. O PDCA foi idealizado por Shewhart e divulgado por Deming, que efetivamente o aplicou. Inicialmente, destinou-se ao uso da estatística e métodos de amostragem. O ciclo de Deming tem por princípio tornar mais claros e ágeis os processos envolvidos na execução da gestão, como por exemplo: na gestão da qualidade, dividindo-a em quatro principais passos (FALCONI, 1994).

O PDCA é aplicado para se atingir resultados, dentro de um sistema de gestão e pode ser utilizado, em qualquer empresa, de forma a garantir o sucesso nos negócios, independentemente da área de atuação da empresa (FALCONI, 1994).

O ciclo começa pelo planejamento; em seguida, a ação ou conjunto de ações planejadas são executadas; checa-se se a ação realizada estava de acordo com o planejado, constantemente e repetidamente (ciclicamente), e toma-se uma ação para eliminar ou ao menos mitigar defeitos no produto ou na execução.

Os PDCA utilizados foram os realizados durante o período de abril de 2009 a junho de 2010, referente ao processo Assistência do Paciente na Unidade de Neonatologia com Acesso Venoso Central. Para isso, houve o planejamento e a implementação de estratégias para minimizar a perda do PICC. A forma da checagem e a avaliação dos resultados desse processo nos possibilitaram dados suficientes para saber a eficácia dessa ferramenta, no decorrer dos seus quatro passos.

Os dados coletados foram analisados, através de gráficos e do PDCA, sendo então organizados e comparados com a perda de PICC, nos meses subseqüentes ao ciclo finalizado, para visualizarmos a melhora ou não do problema encontrado, após a utilização dessa ferramenta de qualidade.

Na finalização do trabalho, constará a conclusão, tendo como base a análise dos dados obtidos pelos documentos e a conclusão sobre a eficácia da ferramenta PDCA, na melhoria da qualidade do serviço pesquisado, como referência terá o conteúdo do Referencial Teórico diante dos objetivos propostos.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Centro de Estudo do referido hospital para a autorização da realização da pesquisa. Após a autorização do Centro de Estudos, foram realizados levantamento dos dados em documentos da unidade e dos PDCA, em relação ao processo Assistência do Paciente na Unidade de Neonatologia, com Acesso Venoso Central.

Não foi realizada busca em prontuários e não foram utilizados nomes de pessoas envolvidas. Foram respeitados todos os preceitos éticos-legais da pesquisa.

Resultados e Discussão

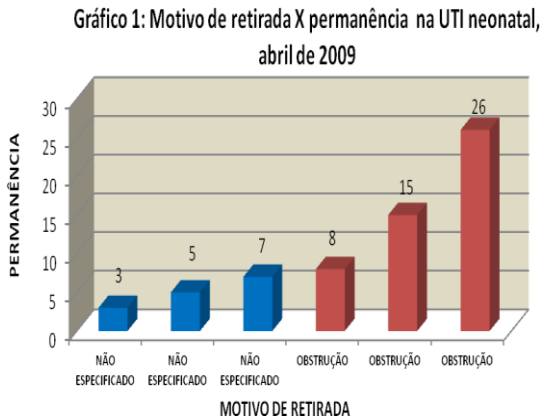
O ciclo PDCA, quando utilizado integralmente, possibilita melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes internados nos hospitais, assim como em qualquer

outro serviço.

Para avaliar se realmente a utilização dessa ferramenta de gestão da qualidade facilita e melhora a qualidade da assistência prestada em um hospital, comparou-se o motivo de retirada do PICC nos neonatos e lactentes internados com o tempo de permanência de todos os cateteres puncionados, em cada mês pesquisado. É válido salientar que o PICC tem um custo elevado para a instituição pelo valor gasto para sua aquisição e necessita ficar inserido no paciente até o final do tratamento.

Os dados pesquisados foram relativos a abril de 2009 até junho de 2010, período em que foram observados: um histórico indesejável da manutenção do cateter, a elaboração e utilização do ciclo PDCA, a melhora da permanência do mesmo e a necessidade de avaliações periódicas.

O tempo de permanência do cateter foi contabilizado pela somatória do tempo de todos os cateteres do mês, dividida pela quantidade de cateteres puncionados.



Fonte: UTI Neonatal e BMR, 2009.

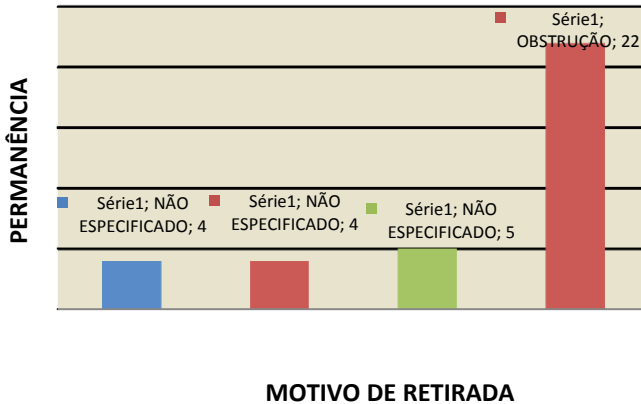
No gráfico 1, percebe-se que foram puncionados seis PICC no mês de abril de 2009. Destes, observou-se que provavelmente nenhum ficou no paciente até o término do tratamento. Devido ao custo do cateter, este não é puncionado para permanecer poucos dias no paciente, portanto, mesmo não especificado, o motivo da perda contabiliza-se como tal. Já nos pacientes em que permaneceram por mais tempo, o motivo da retirada foi por obstrução.

Avaliou-se ainda que o tempo de permanência do cateter, nesse mês, foi de 10, 6 dias e que (50%) deles foram especificados o motivo da retirada. Vale ressaltar que um único RN utilizou três PICC durante esse mês, com duração de seis, oito, quinze dias, respectivamente. Esse fato jamais deve ocorrer, pois esse tipo de cateter deve ficar até o término da terapia medicamentosa e não ser retirado no meio da terapia.

Segundo Tamez e Silva (2006), a utilização do cateter percutâneo central nos últimos anos tem sido muito difundida por possuir muitas vantagens, tais como: ser de fácil colocação e ter uma permanência prolongada.

Em abril de 2009, não houve permanência prolongada, pois (100%) dos cateteres puncionados foram contabilizados como perda. Na perspectiva de tentar melhorar essa estatística, foi implantado um formulário de procedimentos invasivos, incluindo o motivo da retirada do PICC.

Gráfico 2: Motivo de retirada X permanência, maio de 2009



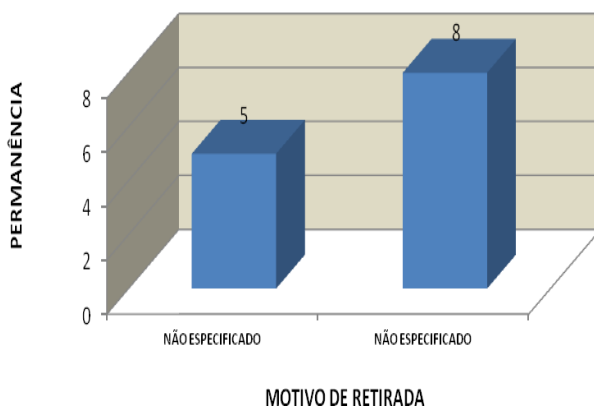
Fonte: UTI Neonatal e BMR, 2009.

Em maio de 2009, quatro cateteres foram puncionados. Destes, apenas (25%) tiveram especificados o motivo da retirada. Portanto, (100%) dos cateteres puncionados foram retirados do paciente por falta de manutenção adequada.

O tempo de permanência foi menor que no mês anterior, ou seja, apenas 8, 75 dias, sendo que um RN utilizou dois PICC que permaneceram durante 22 e cinco dias, respectivamente.

A criação do formulário de procedimentos invasivos permitiu contabilizar mais facilmente o tempo de permanência dos cateteres, porém não ajudou a especificar o motivo de retirada do cateter. Tal fato pode ser atribuído pela falta de treinamento sobre o impresso ou falta de interesse da equipe em preencher o formulário.

Gráfico 3: Motivo de retirada X permanência, junho de 2009

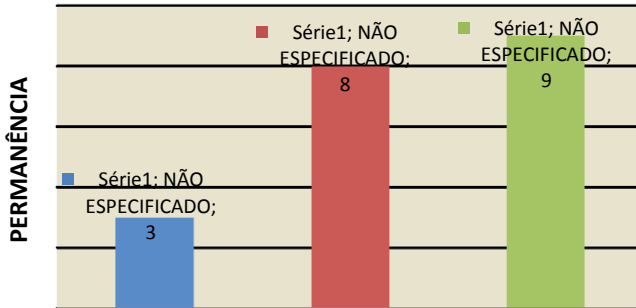


Fonte: UTI Neonatal e BMR, 2009.

Em junho de 2009, apenas dois percutâneos foram puncionados e (100%) retirados sem especificar o motivo. Nesse caso, não se pode sugerir que todos foram retirados por perda. Conforme já citado por Brown (1994), o cateter poderá ficar implantado de uma semana à seis meses.

Mais uma vez, o tempo de permanência do cateter diminuiu. Dessa vez, permaneceu apenas 6,5 dias, tempo muito reduzido para um cateter central devido aos riscos que gera ao paciente.

Gráfico 4: Motivo de retirada X permanência, julho de 2009

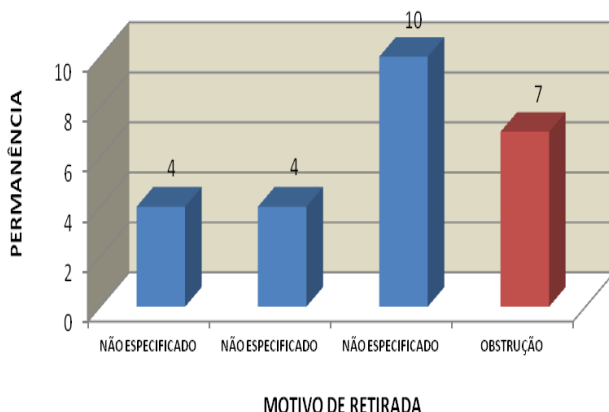


MOTIVO DE RETIRADA

Fonte: UTI Neonatal e BMR, 2009.

No mês de julho de 2009, três percutâneos foram puncionados, sendo que um desses percutâneos permaneceu apenas por três dias e foi contabilizado como perda, devido a reduzida quantidade de dias que permaneceu. A média do tempo de permanência nesse mês foi de apenas 6,6 dias.

Gráfico 5: Motivo de retirada X permanência, agosto de 2009



Fonte: UTI Neonatal e BMR, 2009.

Em agosto de 2009, dos quatro cateteres puncionados, apenas um foi especificado o motivo da retirada, o que equivale a 25%. Os cateteres que duraram apenas quatro dias foram contabilizados, como perdas. Percebe-se aqui que, durante os cinco meses avaliados até o momento, todos os motivos de retirada especificados foram obstrução do cateter. Esse fato deve-se provavelmente ao lumen do cateter utilizado nos neonatos e lactentes ser muito reduzido, o que requer um cuidado muito grande por parte dos profissionais que o manipulam.

O tempo de permanência do cateter no mês de agosto foi de apenas 6,25 dias. Diante da situação, a equipe do setor iniciou a elaboração de estratégia, a ser adotada, para melhorar o indicador de permanência do cateter central da unidade.

Tabela 1 . Tempo de permanência de cateter em uma unidade de terapia intensiva neonatal

MÊS / MOTIVO DA RETIRADA DO CATETER	NÃO ESPECIFICADO		OBSTRUÇÃO
	Tempo de permanência		
	Menos 7 dias	A partir 7 dias	
Abril 2009 – 6 PICC	2	1	3
Maio 2009 – 4 PICC	3	0	1
Junho 2009 – 2 PICC	1	1	0
Julho 2009 – 3 PICC	1	2	0
Agosto 2009 – 4 PICC	2	1	1
TOTAL – 19 PICC	48%	26%	26%

Fonte: UTI Neonatal e BMR, 2009.

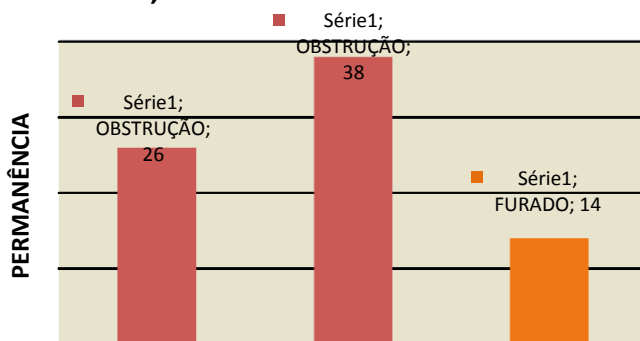
Por cinco meses, nenhum cateter pôde ser compreendido como retirado por término de tratamento. Dos 19 cateteres puncionados, em apenas cinco cateteres foram especificados o motivo da retirada, o que equivale a (26%) dos cateteres perdidos por obstrução.

Quando contabilizado a perda, foram contados os cateteres obstruído e os cateteres com duração inferior a sete dias de permanência, que não tiveram especificados o motivo da retirada. Essa somatória totalizou que 14 cateteres tiveram manutenção inadequada, o que equivalva a (74%) dos cateteres puncionados perdidos por falta de manutenção adequada.

Importante salientar que, a divisão de tempo dos cateteres, com mais de sete dias ou menos de sete dias de duração para ser retirado, não se garante que os (26%) dos cateteres, com motivos da retirada não especificados, tenham

chegado até o término da terapia medicamentosa do paciente. Há uma grande probabilidade de terem sido perdidos por falta de manutenção adequada.

Gráfico 6: Motivo de retirada X permanência, setembro de 2009



MOTIVO DE RETIRADA

Fonte: UTI Neonatal e BMR, 2009.

Em setembro de 2009, três PICC foram puncionados, sendo (100%) tiveram motivo de retirada especificado, porém, nenhum ficou até o termino da terapia. Dois saíram por obstrução e um por está furado. A obstrução pode ter causado o vazamento do cateter no momento da tentativa de desobstrução.

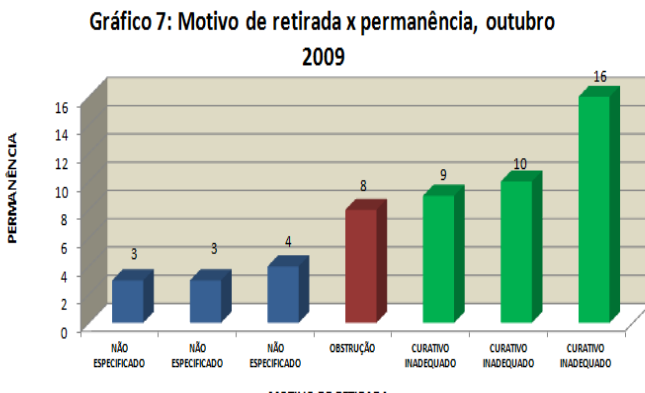
Frente ao histórico de perdas frequentes do cateter percutâneo, foi realizado um ciclo PDCA,- uma ferramenta de gestão da qualidade por processos-, permitindo fazer uma análise das possíveis causas e efeitos da perda do PICC, as ações de melhorias e os resultados, após as ações de melhorias.

O ciclo PDCA foi realizado, nesse mês, com o processo intitulado "Assistência ao Paciente na Unidade de Neonatologia com Acesso Venoso Central", o sub-processo:

"Colocação de Acesso Venoso Central" e como problema: "A Perda do Acesso Venoso". As possíveis causas da perda foram curativo inadequado, dispositivos: *tree way* e extensores de má qualidade, vigilância inadequada do cateter e desconhecimento do manuseio do cateter por parte da equipe.

As ações de melhorias corretivas compreenderam: treinamento imediato da equipe multidisciplinar quanto à manutenção do cateter, treinamento das enfermeiras para desobstrução dos cateteres e realização do curativo. As ações de melhorias preventivas foram treinamento contínuo da equipe de enfermagem quanto à manutenção do cateter, orientação aos acompanhantes quanto ao cuidado do RN com PICC.

Nesse mês, houve uma melhora considerável do tempo de permanência dos PICC nos neonatos, em relação aos meses anteriores. Apesar dos PICC terem sido retirados por perda, o tempo que ficou no recém nascido aumentou. A média de permanência foi de 26 dias.



Fonte: UTI Neonatal e BMR, 2009.

No mês de outubro de 2009, foram puncionados sete PICC. Destes, (57%) tiveram seu motivo de retirada especificado. Observa-se que o curativo inadequado é um dos

itens das possíveis causas da perda do PICC, inserida no ciclo PDCA. Porém, mesmo com o ciclo PDCA realizado, não houve uma melhora considerável na qualidade da manutenção do cateter.

O tempo médio de permanência ficou em 7,57 dias, uma média baixa, bem inferior a do mês anterior. Os PICC retirados, sem a especificação do motivo, foram considerados perdas, devido ao tempo de permanência reduzido no neonato, totalizando a perda de (100%) dos PICC, nesse mês.

Ressalta-se ainda que apenas três neonatos utilizaram os sete PICC puncionados, um utilizou dois PICC com permanência de três e nove dias, respectivamente. Outro neonato utilizou dois PICC por 10 dias e três dias e outro utilizou três PICC, com permanência de quatro, oito e 16 dias.

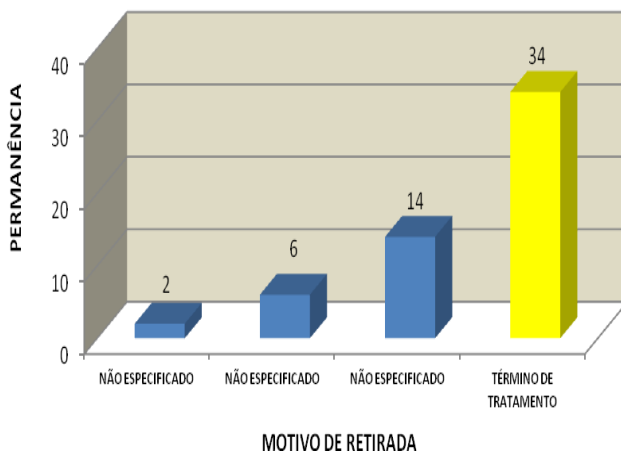
Pode-se perceber que, apesar da realização do ciclo PDCA no mês anterior, o cuidado com o PICC não melhorou e a permanência diminuiu. Os neonatos utilizaram mais de um PICC em menos de um mês e nem todos os motivos de retirada foram especificados. Além de obstrução, outro motivo da perda do PICC apareceu, o que pode ser entendido, como uma melhor percepção dos profissionais sobre as causas da perda do cateter, ou seja, a obstrução diminuiu e o curativo inadequado apareceu como motivo principal da perda especificada.

O curativo era inadequado devido a ausência da fita estéril para a estabilização do cateter, levando o cateter a deslocar ou até mesmo sair da veia, pois o PICC é fixado com o curativo e não com sutura na pele do paciente. Percebe-se também que houve falha no registro do formulário de procedimentos invasivos, que incluía o motivo de retirada do PICC. Nesse mês, foi realizado um *benchmarking* da coordenadora de enfermagem e da enfermeira diarista, na unidade neonatal de um hospital, que utiliza esse tipo de cateter e a permanência do mesmo se estende até o final do tratamento, como estratégia da ação de melhoria do ciclo

PDCA. Houve também treinamentos com a equipe.

No mês de novembro de 2009, não foi encontrado registro de retirada do PICC nos formulários utilizados para a realização da pesquisa.

Gráfico 8: Motivo de retirada X permanência, dezembro de 2009



Fonte: UTI Neonatal e BMR, 2009.

Observa-se que, em dezembro de 2009, dois meses após a realização do primeiro ciclo do PDCA, dos quatro PICC puncionados, somente um permaneceu até o final da terapia no neonato. Esse dado corresponde a (25%) dos PICC retirados. Mesmo sendo um valor reduzido, esse fato é um grande ganho para a unidade, pois, após nove meses de pesquisa, um cateter foi retirado por término de tratamento, com tempo de permanência de 34 dias.

Apesar desse dado animador, o tempo médio de permanência dos cateteres foi de 14 dias e os dois PICC, com pouca duração, foram considerados como perda. Nesse momento, outro ciclo PDCA foi realizado, sendo o processo, sub-processo e problema com os mesmos dados do anterior.

Na análise das causas, foram denominados, como: dispositivos de péssima qualidade, o curativo inadequado e o manuseio do RN. Nas ações de melhorias corretivas e preventivas, foram determinados: o treinamento da equipe no manuseio do cateter, a troca dos dispositivos e a cobrança diária da coordenadora, compondo assim o segundo ciclo PDCA. Os resultados esperados eram a equipe habilitada e a retirada do cateter após o término da terapia.



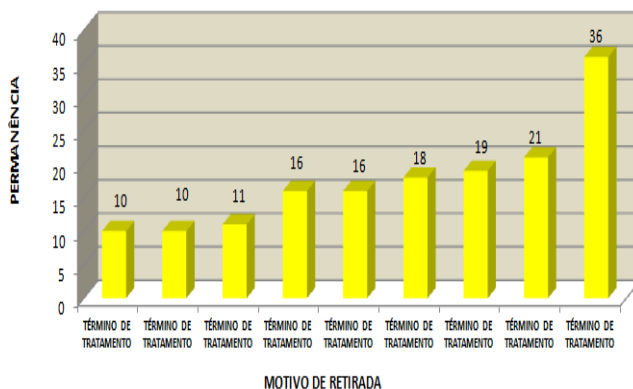
Fonte: UTI Neonatal e BMR, 2009.

Em janeiro de 2010, 100% dos cateteres tiveram o motivo da retirada especificados. A mudança dos dispositivos, pelo curativo adequado, das torneirinhas e dos extensores por produtos de qualidade e a cobrança diária da coordenadora de enfermagem sobre a permeabilidade do cateter em todos os turnos melhoraram consideravelmente o motivo de retirada do PICC. A prova disso é que, dos seis PICC retirados, cinco foram retirados após o término de tratamento do RN, refletindo então que 83% dos PICC retirados ficaram até o final da terapia. Apesar da melhora, um PICC foi retirado por vazamento, ocasionado no momento da desobstrução do

cateter.

Com a percepção que a troca dos dispositivos e a cobrança da coordenadora ajudaram a melhorar a permanência do PICC, foram criados formulários específicos para o acompanhamento desse tipo de cateter. Isto é, um formulário, no qual são registrados os dados do cateter durante a inserção, a manutenção e a retirada do mesmo. Assim, como um formulário de acompanhamento diário do PICC para registrar vários pontos, incluindo o estado do curativo, já que esse item mantém a estabilidade do cateter, evitando que ele se desloque, saia da veia ou acotovele, levando a obstrução do mesmo.

Gráfico 10: Motivo de retirada x permanência, fevereiro 2010

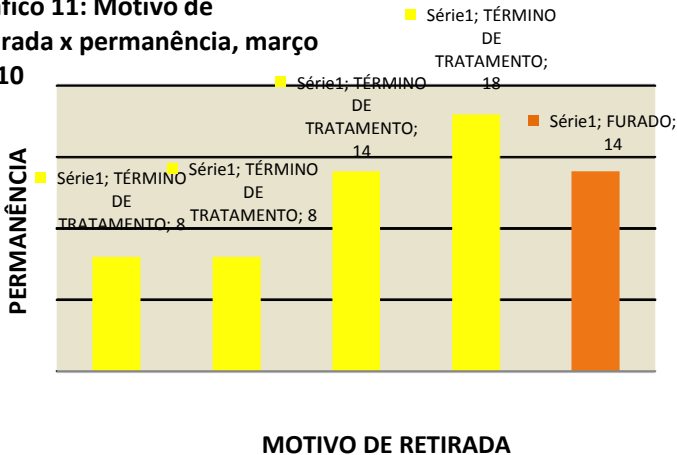


Fonte: UTI Neonatal e BMR, 2009.

Em fevereiro de 2010, obtém-se o resultado esperado para a retirada do PICC. Isto é, dos nove PICC retirados, (100%) foram por término da terapia medicamentosa. A média de permanência foi de 17,44 dias. Porém, esse tempo não é o mais importante, mas sim o motivo da retirada. A cobrança diária da coordenadora de enfermagem sobre a permeabilidade do cateter em todos os turnos continuou, juntamente com os

aviso parabenizando a equipe, distribuídos na unidade, como forma de elogios para estimular a equipe.

Gráfico 11: Motivo de retirada x permanência, março 2010

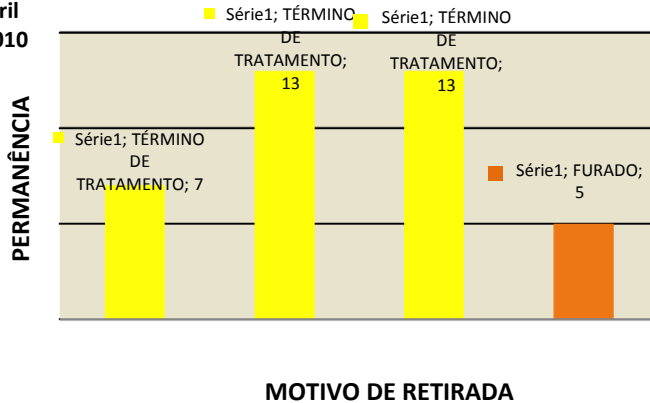


FONTE: UTI neonatal e BMR, 2010

Fonte: UTI Neonatal e BMR, 2009.

Já em março de 2010, dos cinco PICCs retirados, 80% foram retirados por término de tratamento. Houve continuidade da cobrança diária da coordenadora de enfermagem, a respeito da permeabilidade do cateter em todos os turnos e dos avisos distribuídos na unidade parabenizando a equipe responsável por cuidar dos PICCs, que chegaram até o final da terapia. A média de permanência dos cateteres nesse mês foi de 12,4 dias.

Gráfico 12: Motivo de retirada x permanência, abril 2010

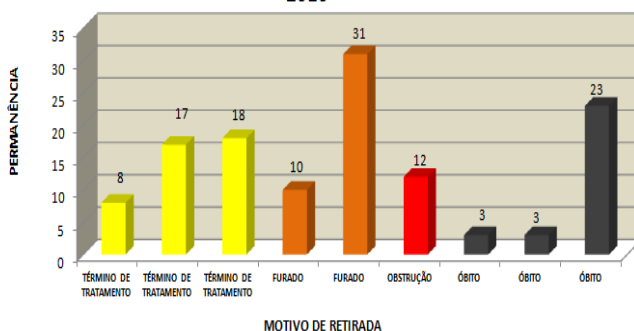


Fonte: UTI Neonatal e BMR, 2009.

No mês de abril de 2010, dos quatro PICC retirados, (75%) foram por término de tratamento. A cobrança diária da coordenadora de enfermagem, sobre a permeabilidade do cateter em todos os turnos, e os avisos distribuídos na unidade parabenizando a equipe responsável por cuidar dos PICC, que chegaram até o final da terapia, continuaram. A média de permanência dos cateteres nesse mês foi de 9,5 dias.

Percebe-se que a maioria dos cateteres ficou até o final do tratamento, sendo que (100%) do motivo de retirada foram especificados, mas, ainda ocorreu a retirada do cateter por perda, provavelmente no momento da desobstrução do mesmo.

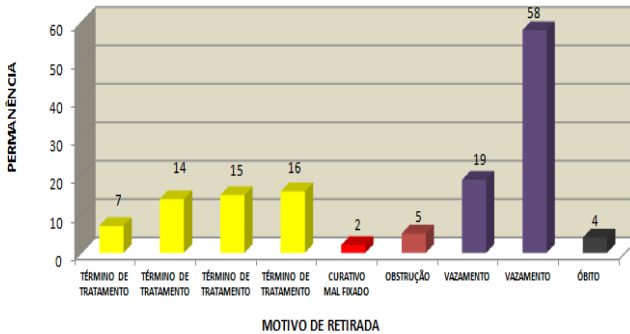
Gráfico 13: Motivo de retirada x permanência, maio 2010



Fonte: UTI Neonatal e BMR, 2009.

Em maio de 2010, dos nove PICC puncionados, (33%) foram retirados por término de tratamento e (33%), por óbito dos RN, sendo esses contabilizados também como término de tratamento, já que a retirada foi inevitável, levando esse tipo de retirada a (66%) dos cateteres retirados nesse mês. Os cateteres retirados de forma indesejável equivaleram a (33%), compreendendo (11%) por obstrução e (22%) por furo no cateter, provavelmente no momento da desobstrução do mesmo.

Gráfico 14: Motivo de retirada x permanência, junho 2010



Fonte: UTI Neonatal e BMR, 2009.

Em junho de 2010, percebe-se que havia a necessidade de novo ciclo PDCA. Porém, esse não foi realizado até os dias atuais. A piora do motivo de tirada do cateter aumenta a cada mês. Dos nove PICC puncionados, apenas (44%) foram retirados por término de tratamento, ampliando esse dado para (56%), quando contabilizada a retirada devido ao óbito do RN nessa categoria.

A média do tempo de permanência do PICC foi de 15,55 dias, com (100%) dos motivos de retirada do cateter especificados. O curativo mal fixado apareceu como motivo da perda de um cateter, o que levou ao treinamento sobre fixação segura do cateter.

Esse estudo procura demonstrar a importância da utilização do Ciclo PDCA para garantia da qualidade da assistência hospitalar, através da análise da efetividade do mesmo. O ciclo foi realizado duas vezes durante a pesquisa e observou-se que ele é uma forma rápida e eficaz para se obter o índice desejado de qualidade ou chegar bem próximo dele. Uma metodologia simples que torna possível o alcance dos resultados traçados.

Percebe-se que, após a realização do segundo PDCA, o motivo da retirada do PICC chegou próximo ao desejável, que é (100%) dos PICC retirados por término do tratamento. Comparado ao início da pesquisa, houve uma melhora considerável do resultado esperado.

Nesse ciclo PDCA, analisaram-se as causas prioritárias da perda do PICC, que foram os dispositivos de má qualidade, o curativo inadequado e a falta de conhecimento da equipe no manuseio do cateter. Identificaram-se as estratégias para minimizar a perda do PICC que foram: os treinamentos da equipe; a cobrança diária da coordenação quanto à manutenção do cateter; a troca do tipo de cobertura; a mudança dos dispositivos utilizados, como *tree ways* e extensores. As estratégias utilizadas foram checadas o que ocasionou um novo ciclo de PDCA.

Não foi objetivo do estudo, o custo gasto pelo hospital com a compra do cateter, nem mesmo se esse é o melhor meio para a terapia de um neonato. Foi evidenciado que o ciclo PDCA tem eficácia no que se propõe, pois se percebe que, independente do tempo médio de permanência, após o PDCA ter sido utilizado, o cateter era retirado no tempo estipulado pelos profissionais de saúde, que é o término da terapia.

A melhora ocorreu nos meses seguintes, logo após a realização do ciclo, porém com o passar do tempo, a qualidade da assistência fica um pouco abalada, sendo necessária a realização de um novo ciclo para perceber possíveis novas causas que fazem com que a qualidade da assistência diminua.

Considerações Finais

O uso do ciclo PDCA, como ferramenta de gestão da qualidade, é de extrema importância para a avaliação dos serviços de saúde, visando a garantia da qualidade da assistência hospitalar, através da análise da efetividade do

mesmo. O ciclo PDCA é uma forma rápida e eficaz para se obter ou chegar bem próximo do índice de qualidade desejado. O PDCA é uma metodologia simples que torna possível o alcance dos resultados traçados.

O ciclo PDCA só deve parar de ser realizado quando a qualidade da assistência estiver bem sólida. Porém, com o passar do tempo, se houver necessidade, o ciclo deve ser reiniciado.

A metodologia do Ciclo PDCA, seguida da forma correta e disciplinada, pode ser utilizada para qualquer procedimento ou situação, com metas a serem alcançadas. Com essa forte ferramenta, busca-se a melhoria contínua em todos os aspectos da assistência, para que tenha sempre uma qualidade melhor e busque sempre um alto nível de excelência para os seus clientes.

Independente do local ou para qual finalidade o ciclo PDCA for utilizado, ele deve ser realizado em sua plenitude para que assim possa se chegar ao resultado esperado. O ciclo é apenas uma ferramenta para alcançar o desejado, mas, para isso, deve-se ter determinação para cumprir todas as suas etapas, além de reiniciá-lo sempre que se fizer necessário.

A experiência no uso dessa ferramenta ciclo PDCA na gestão nos proporcionou identificar os problemas específicos das causas das perdas de PICC e, conseqüentemente, elaborar e implementar medidas, visando aumentar a permanência do mesmo, assim como realizar um novo ciclo para identificar se houve melhoria, ou seja, verificar se tudo acontece de forma sequencial e com a participação de toda a equipe multiprofissional.

Referências

BRASIL. COFEN. **Resolução nº 258, de 12 de julho de 2001.** Brasília: COFEN, 2001.

BRASIL. ANVISA. **RDC 7, 24 de fevereiro de 2010.** Brasília: ANVISA, 2010.

BROWN, J. Peripherally inserted central catheters. In: TENENBAUN, I. **Câncer chemotherapy and biotherapy.** 2. ed. Philadelphia: WB Saunders, 429-445, 1994.

FALCONI, Vicente Campos. **Gerenciamento da Rotina do Trabalho do Dia-a-Dia.** [S.l.]: [s.n.], 1994.

KEEGAN-WELLS, D.; STERWART, J. L. The use of venous Access Devices in Pediatric Oncology Nursing Practice. **J of Pediatric Oncology Nursing**, v. 4, p. 159-169, 1992.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. A. **Fundamentos da metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005

RYDER, M. A. Peripheral Access Options. Vascular Access in the Oncology Patient. **Surgical Oncol Clin of North America**, v. 3, n. 4, p. 395-427, 1995.

STOCKER, Marília; BERGUER, Thomas M. Arterial and central venous catheters in neonates and infants. **Anaesthesist**, Berlim, v. 55, n. 8, p. 873-882, 2006.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI Neonatal:** assistência ao recém-nascido de alto risco. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006.

VENDRAMINI, Patrícia. **Manual de terapia intravenosa em pediatria.** São Paulo: Ellu, 2005.

CAPÍTULO 26

GERENCIANDO A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE BARBALHA-CE

*Polyana Amorim Cruz Nascimento
Maria Salete Bessa Jorge*

Introdução

A situação precária, na qual os trabalhadores de saúde dos hospitais psiquiátricos brasileiros foram expostos até meados dos anos 70, juntamente com o tratamento desumano e moralista, que algumas pessoas com sofrimentos mentais e alterações comportamentais receberam, culminou na desconfiança e questionamento do modelo médico-psiquiátrico, até então hegemônico.

O modelo passou a ser desacreditado tanto pela não efetividade de cura que buscava atingir, quanto pelo processo de cuidado que oferecia sem que condições minimamente satisfatórias de humanidade, direitos e saúde fossem oferecidas aos seus pacientes. As formas de produção de diagnóstico e cuidado, até então vigentes, passaram a ser contestadas por um movimento social nomeado de Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2004).

A Reforma Psiquiátrica passou a compreender o sofrimento mental de maneira ampliada, distanciando-se da concepção unicamente anatomobioquímica. O sofrimento psíquico vem sendo entendido, desde então, como um elemento resultante da confluência dos aspectos biológicos,

psicológicos, sociais, políticos e culturais, os quais o indivíduo ou comunidade pertencem.

Foi através dessa concepção ampliada de saúde/doença, que dois fenômenos passaram a ser cruciais no tratamento de saúde mental: a necessidade de um tratamento concebido e implementado, através de uma equipe formada por múltiplos núcleos profissionais que, - ao combinarem seus olhares e saberes-, poderão ser capazes de promover um trabalho interdisciplinar (inclusive diagnóstico); e a possibilidade de introdução e valorização dos conhecimentos do usuário de maneira a propiciar o seu protagonismo e autonomia no processo de saúde, no qual é alvo. Mas, para que esses dois fenômenos pudessem alçar de ideologias para reais práticas de saúde, foram necessários 20 anos de investimento em novos recursos humanos, materiais e técnicos, que pudessem assim possibilitar o surgimento ou englobamento de diferentes áreas, serviços, modelos de atenção, processos de trabalho, diretrizes de governo, políticas de gestão, leis e portarias em saúde capazes de garantir tal avanço.

A Reforma Psiquiátrica do Brasil (2001) é entendida como um processo social muito complexo, que envolve a mudança na prática assistencial. E é por esses e outros motivos, que a sociedade brasileira vivencia, atualmente, uma transformação no modelo de assistência ao paciente com transtorno psiquiátrico. Essa se deve ao conjunto de fatores, que buscam substituir o modelo asilar, segregador, excludente, reducionista e tutelar, que tem como centro de atendimento o hospitalar psiquiátrico.

Há algum tempo, tratar do doente mental era sinal de exclusão, de reclusão e asilamento. Hoje, essa realidade ainda existe, porém, de forma mais consciente e menos exclusiva. Por não se admitir a exclusão, corre-se o risco de não se admitir a diferença. Essa não pode ser negada, é necessário reconhecê-la e conviver com ela, sem ter que excluir, conforme preceitua a grande aspiração da reforma psiquiátrica. É por isso que, a

cada dia, torna-se mais presente a necessidade de incluir o doente mental na sociedade.

É perceptível que a política nacional de saúde mental, vigente no Brasil, e inserida no Sistema Único de Saúde - SUS, objetiva reduzir progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos, expandindo, fortalecendo e qualificando a rede extra-hospitalar, através da implementação de serviços substitutivos, como: Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais - UPHG, Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs, incluindo as ações da saúde mental na atenção básica, implementação de política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, programa "De Volta Para Casa", entre outros. Com esses serviços, acredita-se que haverá uma redução progressiva no número de leitos em hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2013).

Desse modo, nos últimos anos, observa-se a multiplicação de iniciativas de implantação de serviços substitutivos, que buscam construir uma rede assistencial na própria comunidade para, conseqüentemente, haver uma natural redução de leitos para internação integral.

Ao entender que um dos principais desafio da saúde atual é humanizar, cria-se a necessidade de desenvolver ferramentas para que a clínica e a gestão do cuidado sejam pensadas de modo a valorizar o conhecimento e a história de vida de seu usuário. E é nesse cenário que surge o Plano Terapêutico Singular - PTS, instrumento que permite à equipe profissional executar e planejar a clínica tanto entre si, quanto com o usuário, explorando a cooperação dos diferentes saberes dos atores envolvidos para que, assim, possa atingir as legítimas necessidades de saúde do usuário, enquanto formula e reformula as práticas profissionais (BRASIL, 2008).

A primeira área da saúde a apostar no PTS foi à saúde mental, que foi fortemente influenciada pelo modelo de Atenção Psicossocial, que procura, entre outras concepções, trabalhar numa perspectiva de transversalidade de saberes e

isonomia de poderes, entre os diferentes profissionais. Assim, foram formadas as bases da clínica ampliada e da equipe de referência, alicerces para ser instituído o PTS. Embora o conceito de projeto terapêutico singular assuma vários aspectos, pode-se concluir que essas compreensões são complementares e não diferentes entre si (BOCCARDO; ZANE; RODRIGUES; MÂNGIA, 2011).

Para elucidação e definição de conceito, foram usados os apontamentos da cartilha do Ministério da Saúde, intitulada “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular”, da Política Nacional de Humanização - PNH, de 2008, como forma de auxílio na implementação desse projeto desafiador para a gestão do serviço de saúde mental. Nela, o PTS está definido como um conjunto de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito ou coletivo, resultado de uma discussão interdisciplinar de uma ou mais equipes, onde todas as opiniões e propostas são importantes para tentar entender o sujeito.

É através do PTS, que os serviços do Centro de Atenção Psicossocial do tipo II, AD (alcool e drogas) i (infantil); vêm trabalhando com alguns dos casos mais graves em saúde mental. A implantação desse projeto fez-se necessária devido a reorganização, que ocorreu na Rede de Atenção Psicossocial-RAPS do município de Barbalha, no Estado do Ceará, após o fechamento quase total da casa de saúde mental Santa Tereza que, por apresentar um modelo asilar e segregador, não se adequa ao cenário de avanços, conquista e independência que buscamos.

Ao assumir o papel de articulador da rede e principal responsável para atuar e pensar a clínica da atenção em saúde mental, esses serviços adquiriram funções estratégicas no planejamento do cuidado para casos bastante complexos. O desafio passou a ser o trabalho, baseado em processos mais simples e eficientes, a fim de atingir perspectivas mais realistas, mas não menos importantes no cuidado em saúde.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, que mostra o modelo de construção do Projeto Terapêutico Singular - PTS, em Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, pertencentes a RAPS do município de Barbalha, no Ceará, realizada no ano de 2014. Em que, como membro da câmara técnica da RAPS, da Macrorregião do Cariri, pude supervisionar e coordenar os trabalhos de elaboração de instrumentos e formulação de ferramentas de trabalho; bem como analisar os resultados dessa importante implantação. As observações e reflexões foram registradas em diários de campo.

Discussão

O Projeto Terapêutico Singular - PTS vem sendo o principal instrumento de trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS desse município. O PTS está possibilitando uma maior autonomia do usuário, a construção de uma clínica interdisciplinar e, principalmente, a reinserção psicossocial do indivíduo com sofrimento mental no seu contexto sociocultural. Esses conceitos são fundamentais para estabelecer um cuidado cada vez mais próximo das características, preconizadas pela Atenção Psicossocial no atendimento em saúde mental, formulados desde o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O presente relato busca mostrar como foi feita a construção do plano clínico de gestão e a implementação do cuidado em três tipos CAPS, pertencentes ao município de Barbalha, no ano de 2014. Nesse sentido, observou-se ainda o enquadramento desse processo no modelo intitulado Projeto Terapêutico Singular - PTS, preconizado pela cartilha “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular”, lançada em 2008, pelo Governo Federal do Brasil.

A conclusão de que a falta de recursos compromete a qualidade do atendimento é tão verdadeira, quanto à existência deles não ser uma garantia de bom atendimento em saúde. A humanização da gestão e da atenção do SUS tornou-se essencial e, com ela, a valorização de elementos antes ignorados ou até mesmo inexistentes, mas de fácil acesso e desenvolvimento (BRASIL, 2008).

Foi pensando na estimulação e apresentação desses elementos que o Governo utilizou as cartilhas de Humanização do SUS para servirem tanto como veículo de comunicação, quanto difusores do saber. Na cartilha, intitulada clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular, está bastante evidente que esses três elementos possuem relação próxima entre si e só se desenvolvem com maestria, quando são coexistentes (BRASIL, 2008).

A clínica ampliada é o conceito que visa valorizar o tratamento, conhecimento e atendimento de todo o profissional que compõem um serviço de saúde e não, somente, visando o tratamento biopatológico comum dos profissionais médicos (BRASIL, 2008).

Atualmente, é impossível pensar em qualquer instituição de saúde que não seja formada por uma equipe multiprofissional, mas o grande desafio é tornar esse grupo capaz de atuar em igualdade de poderes e, de modo, a valorizar o saber do outro, independente do campo e nível de formação que possui.

A clínica ampliada é também uma forma de pensar a saúde de modo expandido, ou seja, a saúde passa a ser considerada uma soma de muitos elementos de setores diferentes que, em congregação e disponibilidade suficiente, tornam a vida do sujeito mais qualificada, conforme padrões próprios subjetivos, sendo necessário também incorporar a participação e o conhecimento desse sujeito, promovendo sua autonomia e corresponsabilidade no próprio cuidado.

A clínica ampliada é um novo modelo para atuar e

gerir a saúde, promovido de modo qualificado, através de uma equipe de referência. Nesse sentido, equipe de referência é o grupo responsável por gerenciar e atuar no cuidado do usuário de um serviço de saúde, mas esse cuidado não necessariamente se constitui somente com participação de profissionais de saúde, já que visa atender uma clínica ampliada de qualidade de vida. Há, portanto, a necessidade de formar um grupo, o mais heterogêneo possível, capaz de construir diagnósticos e cuidados que impactem nos mais diversos aspectos da vida de um indivíduo, ou comunidade (BRASIL, 2008).

Tão importante quanto conseguir compor essa variedade, que forma a equipe de referência, é conseguir capacitá-los para comporem junto um trabalho interdisciplinar e colaborativo, em prol dos interesses e necessidades de seu público alvo (BRASIL, 2008). É através dos preceitos da clínica ampliada e apostando na potencialidade das equipes de referência, que surge a implementação do processo de construção e condução de um Projeto Terapêutico Singular - PTS.

É bem verdade que, da combinação de elementos políticos e sociais de empoderamento do usuário, juntamente com a consolidação da atenção psicossocial para atendimento em saúde mental e o fortalecimento da equipe interdisciplinar, tornaram-se necessários e possíveis a formulação e o desenvolvimento de projetos terapêuticos, voltados às necessidades da vida do indivíduo, mas do que planos terapêuticos, voltados a tratar somente sua patologia (NASCIMENTO, 2006).

O PTS é a construção de uma clínica, em formato de projeto, para caracteriza um estado transformador e não estagnado de cuidado. Portanto, precisa de um dinamismo em sua concepção e atuação, já que a clínica se apoia na diferença (singularidade) de cada situação, local e equipe profissional envolvida (BRASIL, 2008). Por fim, podemos considerar que a

clínica ampliada, a equipe de referência e o projeto terapêutico singular compõem o tripé de uma nova possibilidade de se fazer saúde, de modo a atingir resultados mais resolutivos e qualificados, sem a necessidade de ampliar serviços, recursos humanos e/ou materiais, mas sim qualificando o que já se possui.

Conclusão

Pôde-se perceber que, embora haja peculiaridades entre cada grupo profissional e também entre cada serviço analisado, em linhas gerais há muito em comum tanto no processo como é feito, quanto nos conhecimentos que envolvem a construção do PTS. A elaboração do projeto terapêutico profissional, bem como sua execução possibilitaram aos serviços mais humanização e qualidade na assistência.

Os CAPS, citados no relato, possuem muito mais qualidades a serem exaltadas, do que problemas a serem aperfeiçoados. Ainda há muito que avançar, mas na prática é possível afirmar que o modelo de atendimento e cuidado em saúde mental está cada vez mais próximo ao almejado pela Atenção Psicossocial e o desenvolvimento de atendimento com equipes multidisciplinares, com o apoio da rede setorial e intersetorial, bem como o investimento na autonomia do usuário têm sido fundamentais para que a saúde avance em qualidade e acesso.

Referências

BOCCARDO, A. C. S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E. F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização dos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan. / abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Centro de Atenção Psicossocial. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. Série textos básicos de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990 - 2004**. Série Legislação de Saúde. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2004.

NASCIMENTO, M. A. S. Trajeto Evolutivo da História da Psiquiatria no Brasil e no Mundo e Inserção de Enfermagem. Batatais: [s.n.], 2006.

CAPÍTULO 27

EXPERIÊNCIA NO CAPS DE BATURITÉ-CE: ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO POR MEIO DO MÉTODO DÁDER

*Micael Pereira Nobre
Marcelo Gurgel Carlos da Silva*

Introdução

Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS surgiram como amplificadores para uma assistência mais adequada e humanizada, fazendo com que os assistidos possuam uma atenção devida de acordo com suas necessidades.

De acordo com a Portaria nº 336, do Ministério de Saúde, de 19 de fevereiro de 2002, caracterizam-se por constituírem serviços de acolhimento comunitário ambulatorial que adotam para si a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, no seu território de abrangência. (BIELEMANN *et al.*, 2009).

O objetivo central do CAPS é realizar uma função reguladora da porta de entrada da rede assistencial de saúde mental da população. O Farmacêutico realiza uma função muito respeitável na farmacoterapia dos pacientes, porém este trabalho não é individual e essa orientação deve ser em conjunto. Ou seja, todos os profissionais do centro necessitam participar, orientando de forma clara sobre a importância da medicação, esclarecendo todas as dúvidas desses pacientes, além de orientar os familiares também sobre a importância dos medicamentos prescritos para o paciente.

Oliveira e Mendes de Freitas (2008) citam que a Atenção Farmacêutica tem como desígnio reduzir os custos

com assistência médica e garantir maior segurança aos usuários de medicamentos. Pode-se definir a Atenção Farmacêutica como sendo provisão responsável pelo tratamento farmacológico, com a intenção de conseguir resultados concretos, que melhorem a qualidade de vida do paciente. É recomendada pela Organização Mundial de Saúde - OMS, como elemento necessário na assistência à saúde e amparada por governos dos países desenvolvidos. É considerada ainda como indispensável na relação entre o paciente e o medicamento.

A Atenção Farmacêutica foi desenhada especificamente para atender as necessidades dos pacientes em relação aos medicamentos. Assim, pode-se determinar a Atenção Farmacêutica, como sendo a provisão responsável pelo tratamento farmacológico, com o intuito de alcançar resultados concretos, que melhorem a qualidade de vida do paciente (OLIVEIRA; MENDES DE FREITAS, 2008).

Orientar os pacientes de forma clara e correta sobre a importância do uso racional dos medicamentos, medicamentos estes que são de extrema necessidade para os pacientes dos CAPS, pois são medicamentos regulamentados como controlados. Hoje, diante dessa importância, existe no município de Baturité, no estado do Ceará, integrando o Farmacêutico no CAPS, devido a sua importância no cuidado ao paciente com transtornos mentais.

Como base neste contexto, este relato tem como objetivo descrever a experiência da implementação de um projeto de acompanhamento farmacoterapêutico para pacientes, justificado através dos baixos índices de adesão à terapia medicamentosa, atendidos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) de Baturité, Ceará.

Atenção Farmacêutica e Reabilitação Psicossocial

A função tradicional do Farmacêutico foi desenvolvida

pelo boticário que aprontava e vendia os medicamentos, ministrando orientações aos seus clientes sobre o uso dos mesmos. Era corriqueiro prescrevê-los. Conforme a indústria farmacêutica começou a se desenvolver, esse papel do farmacêutico paulatinamente foi enfraquecendo. Então, começa o período de transição. As atividades farmacêuticas voltaram-se principalmente para a produção de medicamentos em uma abordagem técnico-industrial.

Com a publicação da Lei 5.991/73, que ainda está em vigor, atribuiu às atividades farmacêuticas uma abordagem mercantilista. Segundo essa Lei, qualquer empreendedor pode ser proprietário de uma farmácia ou drogaria, desde que conte com um profissional Farmacêutico, que se responsabilize tecnicamente pelo estabelecimento. O estabelecimento comercial farmacêutico voltou-se para o lucro e o farmacêutico começou a perder autonomia para a execução das suas atividades. O farmacêutico passou a agir como mero empregado da farmácia ou drogaria, perdeu o respeito da sociedade e refugiou-se em outras atividades, distanciando-se de sua função de agente de saúde (VIEIRA, 2007).

Pode-se definir a Atenção Farmacêutica, como sendo a provisão responsável pelo tratamento farmacológico, com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente. É aconselhada pela Organização Mundial de Saúde - OMS, como componente indispensável na assistência à saúde e apoiada por governos de países desenvolvidos. É considerada ainda indispensável na relação entre o paciente e o medicamento. A Atenção Farmacêutica foi preparada designadamente para atender às necessidades dos pacientes em relação aos medicamentos. Possui âmbito extenso e está comprometida com a redução de morbidade e mortalidade, quando relacionada aos medicamentos com enfoque racional e global das decisões do tratamento farmacológico.

A profissão farmacêutica depara-se numa época de profunda modificação, no Brasil e no mundo. Entidades, como a Organização Mundial de Saúde (1993) e Conselho Federal de Farmácia (2001), vêm metodicamente ressaltando a precisão de maior consistência do Farmacêutico junto às equipes de saúde e a provisão de serviços orientados ao paciente, em um processo frequentemente referido como "re-profissionalização" (VIEIRA, 2004).

A reabilitação psicossocial é mencionada ainda como um processo que vem modificar a dicotomia saúde / doença. O processo de reabilitação psicossocial demanda variáveis a serem trabalhadas, como habitação; trabalho e relações sociais. Tais variáveis envolvem contextos micro e macrossociais. A reabilitação é entendida como um processo, que implica abertura de espaços de negociação para o paciente, para a sua família, para a comunidade circundante e para os serviços, que se ocupam do paciente; a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas (BABINSKI; HIRDES, 2004).

Jorge (2006) diz que a reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental é um conceito forjado no interior do movimento brasileiro de Reforma Psiquiátrica, tendo como referência, propostas da Psiquiatria Democrática, responsável pelo aprofundamento, na década de 1970, na Itália, da crítica aos asilos, dando vez à promulgação da Lei nº 180/78.

Oliveira e Mendes de Freitas (2008) mostram que os princípios dos CAPS, em outras palavras, estabelecem um serviço comunitário, que tem como objetivo cuidar de pessoas, que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos. Os CAPS representam mais do que uma simples alternativa ao modelo hospitalar predominante, funcionando com a determinação de evitar internações psiquiátricas e diminuir sua reincidência. Nesse sentido, têm compromisso de tornar possível o desenvolvimento de laços

sociais e interpessoais, indispensáveis para o estabelecimento de novas possibilidades de vida.

Ultimamente, o Brasil está vivenciando diversas experiências e iniciativas nos campos assistencial, jurídico e cultural, onde é constatada a viabilidade do modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico (MARZANO; SOUSA, 2004). Ainda, assim, os CAPS têm continuado mais em seu papel técnico-assistencial, aumentando com dificuldade sua função de implementador de inovações no modelo de atenção em saúde mental. No entanto, explanam fragilidade, quanto à diversificação das ações de qualificação do cuidado e às modificações no imaginário social, sobretudo, a respeito das questões de rejeição à loucura.

O território de atuação do CAPS tem, como um referencial, a crença de que o cuidado integral só ocorre a partir do conhecimento do contexto do sujeito. Assim, o serviço tem que se disponibilizar a atuar, de forma ágil, nas várias situações, dando uma resposta efetiva às mesmas, na busca da resolução do problema. Inclusive, como outras formas de atuação na comunidade, intervenções em locais públicos, demandas telefônicas, entre outras, as visitas domiciliares são uma maneira de demonstrar confiança na capacidade de suporte do serviço, permitindo melhor vinculação dos usuários e seus familiares, já que estes se sentiriam seguros (BIELEMANN *et al.*, 2009).

Experiência no Caps de Baturité-CE: Acompanhamento Farmacoterapêutico por meio do Método Dáder

Baturité localiza-se na microrregião de Baturité, mesorregião do Norte Cearense, distante 96 km da capital. Sua população estimada no último censo é de 32.968 habitantes que representa cerca de (0,38%) da população do estado do Ceará.

A experiência, aqui, apresentada se relaciona com minha atuação, enquanto farmacêutico do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, no período de 2013 a 2016.

A necessidade de implementar um projeto de acompanhamento farmacoterapêutico para pacientes atendidos, no Centro de Atenção Psicossocial, surgiu em decorrência dos baixos índices de adesão à terapia medicamentosa. Pacientes, com transtornos mentais e seus respectivos cuidadores, tinham grande dificuldade de entender as orientações sobre o uso correto dos medicamentos. Muitos dos cuidadores eram idosos e não alfabetizados e, como agravante, apresentavam deficiências diversas como a visual. Além da baixa adesão ao tratamento, foram observadas reações adversas, interações medicamentosas e uso de medicamento não necessário, sem a prescrição pelo médico.

O projeto baseou-se no Método Dáder, por meio do qual o paciente é entrevistado sobre seus problemas de saúde, os medicamentos que utiliza e como faz uso deles. Essas entrevistas são realizadas no momento da consulta farmacêutica pré-agendada. Com base nas informações coletadas, é elaborado o Estado de Situação, relação entre seus problemas de saúde e seus medicamentos, em uma data determinada. Nessa etapa, é possível identificar o tipo de problema relacionado ao medicamento (inefetividade, insegurança ou uso de medicamento não necessário). Identificado o problema, é realizada a intervenção farmacêutica. Dependendo do caso, além do paciente, o médico é envolvido.

Foram verificados o aumento da adesão dos pacientes ao tratamento, a melhora no resultado da terapia, a diminuição das reações adversas, redução das crises, seguidas de internações psiquiátricas e o aumento da satisfação dos pacientes e de seus familiares em relação aos resultados do seu tratamento

Conclusão

A Atenção Farmacêutica, por meio do acompanhamento farmacoterapêutico, torna-se importante não apenas em órgãos públicos, como o CAPS, mas também em qualquer lugar, onde haja a dispensação de medicamentos, com a presença de um farmacêutico habilitado.

Com a implementação do acompanhamento, observou-se uma maior adesão dos pacientes na busca da medicação no CAPS e, pelo relato das famílias desses, considerou-se que houve redução de reações adversas e de crises sequenciais.

A dispensação correta de medicamentos e a Atenção Farmacêutica adequada possibilitam uma melhora no desenvolvimento do tratamento de pacientes, com transtornos mentais, além de diminuir custos, complicações resultantes do mau controle da doença, a promoção do uso racional dos medicamentos, redução dos problemas relacionados aos medicamentos, informações sobre a doença e seus agravos.

Referências

BABINSKI, T.; HIRDES, A. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de Centros de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul. **Texto Contexto Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 13, n. 4, p. 568-576, out. / dez. 2004.

BIELEMANN, V. L. M. et al. A inserção da família nos Centros de Atenção Psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 131-139, jan. / mar. 2009.

JORGE, M. S. B. et al. Reabilitação psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 734-739, nov. / dez. 2006.

MARZANO, M. L. R.; SOUZA, C. A. C. O espaço do Caps como possibilitador de mudanças na vida do usuário. **Texto Contexto Enfermagem**, Ubá, v. 13, n. 4, p. 577-584, out. / dez. 2004.

OLIVEIRA, C. P. A.; FREITAS, R. M. Instrumento projetivo para implantação da Atenção Farmacêutica aos portadores de transtornos psicossociais; atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Quixeramobim, v. 4, n. 2, p. 1-15, 2008.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 213-220, 2007.

CAPÍTULO 28

O MÉTODO DA RODA COMO DISPOSITIVO DE GESTÃO EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM CAPS AD DE FORTALEZA/CE

*Ana Nery de Castro Feitosa
Carlos Garcia Filho*

Introdução

Gerenciar um serviço de saúde é uma tarefa complexa, pois requer uma vasta gama de habilidades, desde as funções puramente administrativas até a mediação de conflitos. Estas habilidades que, de acordo com o modelo de Kartz, são divididas em habilidades técnicas, humanas e conceituais, são imprescindíveis para o desempenho da função de gestor (MAXIMINIANO, 2002). Os serviços de saúde mental têm especificidades, que demandam uma atenção ainda maior dos gestores, como: lidar com a construção da subjetividade de usuários e trabalhadores de saúde, operar intensivamente com a dimensão relacional do cuidado em saúde e não contar com protocolos e rotinas fixas para organização do processo de trabalho.

Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS surgiram, como alternativa, para o cuidado da pessoa com transtorno mental, a partir do advento da Reforma Psiquiátrica. O Ministério da Saúde define o CAPS como:

[...] um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência

justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004, p.35).

Segundo Cambraia (2010, p.46), os CAPS “atendem aos princípios de integralidade da assistência colocados pelo SUS [...], que pode ser traduzida pela concepção de reabilitação psicossocial subjacente ao modo de tratar destes serviços”. Portanto, constituem-se como dispositivos potentes para o direcionamento da atenção à saúde mental para uma lógica territorial, comunitária e democrática.

A implantação dos CAPS seguiu o processo de desinstitucionalização em saúde mental, iniciado na década de 1990, por meio da substituição de leitos em hospitais psiquiátricos por equipamentos que constituem a Rede de Atenção Psicossocial. Segundo Heck *et al.* (2008),

A desinstitucionalização prevista na Reforma Psiquiátrica implica ampliar o conceito de cidadania, no sentido de admitir a pluralidade dos sujeitos, com suas diferenças e diversidades, colocando-os no mesmo patamar de sociabilidade. (HECK *et al.*, 2008, p.17)

Em 2009, os trabalhadores e os gestores do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas da Secretaria Regional III - CAPS AD/SR III, da Prefeitura Municipal de Fortaleza, experimentaram a necessidade de transformar o modo de gestão para fomentar o diálogo entre todos os sujeitos atuantes no processo de trabalho. O Método Paideia ou Método da Roda foi a alternativa escolhida pela equipe para atender a essa demanda. Seu idealizador, Campos (2006), define-o como:

Processo social e subjetivo em que as pessoas ampliam sua capacidade de buscar informações, de interpretá-las, buscando

compreender-se a si mesmos, aos outros e ao contexto aumentando, em consequência, a possibilidade de agir sobre estas relações. [...] O método objetiva aumentar a capacidade de compreensão e de intervenção das pessoas sobre o mundo e sobre si mesmas, contribuindo para instituir processo de construção de sociedade com grau crescente de democracia e de bem-estar social. (CAMPOS, 2006, p.39).

Trata-se, portanto, de um método de apoio institucional, em que o gestor se configura como um apoiador e não, como um chefe que centraliza funções hierárquicas. Para Campos (2006), o apoiador é aquele que está junto à equipe, que delega funções, descentralizando a gestão, ouvindo a opinião de todos e tomando decisões coletivamente, compartilhada com a equipe.

Qualquer sujeito atuante no processo de trabalho pode desempenhar a função de apoiador, dentro da perspectiva do Método da Roda. Segundo Campos (2003), tanto os que ocupam um lugar de poder, os gestores, quanto os profissionais que ocupam um lugar de saber, cada um, com sua especificidade, e também usuários e a comunidade em geral podem atuar como apoiador. Neste sentido, o Método da Roda democratiza as relações entre os sujeitos, valorizando saberes, dentro da perspectiva da coletividade, favorecendo o exercício do protagonismo.

O CAPS AD / SR III utilizou o Método da Roda, como uma ferramenta de gestão, na tentativa de suprir as demandas gerenciais do serviço de forma eficaz. Algumas experiências relatadas anteriormente demonstram a eficácia deste método em outras localidades, como no município de Sobral, no estado do Ceará (SILVA; SOUZA, 2010; PONTE, 2013), no município de Campinas, no estado de São Paulo (ASCENZI; LIMA, 2013),

em outros municípios do estado de São Paulo (TORRES *et al.*, 2012).

O objetivo dessa pesquisa é descrever a experiência de aplicação do Método da Roda em serviço de saúde mental, identificando suas fragilidades e potencialidades.

Tratamento Metodológico

Essa investigação é um estudo de caso sobre a lógica narrativa da aplicação do Método da Roda, desenvolvido por Campos (2003), no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas da Secretaria Regional III - CAPS AD / SR III. Utilizou-se a observação participante, como forma de coleta de dados, com anotações em diário de campo, além de registro das rodas de equipe e das assembleias dos usuários em ata. Trata-se de pesquisa descritiva qualitativa que seguiu as recomendações de Minayo (2008).

A escolha do campo de pesquisa baseou-se no acesso e na disponibilidade da equipe, pois um dos autores é trabalhador de saúde dessa unidade. A experiência ocorreu durante o período de setembro de 2009 até junho de 2013. Todos os funcionários do serviço participaram das rodas de equipe. Representantes dos trabalhadores, da gestão, dos usuários e de seus familiares participaram das assembleias.

Resultados e Discussão

Roda de Equipe

Constituiu-se como espaço de gestão participativa, onde todos os profissionais das mais diversas categorias tinham voz e podiam opinar sobre os mais variados assuntos relacionados ao funcionamento do CAPS.

A participação era incentivada, estimulada, de modo, a assegurar a contribuição de todos na tomada de decisões, quer seja para a resolução de algum problema ou para o planejamento e execução de alguma tarefa ou qualquer outra atividade inerente ao serviço.

As rodas de equipe aconteciam às segundas-feiras, no turno da tarde, com todos os profissionais: artista, assistentes sociais, auxiliares de serviços gerais, enfermeiros, guarda municipal, médico psiquiatra, porteiro, psicólogos, técnicos de enfermagem e terapeutas ocupacionais. Eram divididas em quatro encontros de acordo com as necessidades da equipe e com as demandas do serviço.

Primeiro encontro: Reunião administrativa.

Momento em que se divulgavam informações relevantes ao serviço, como cursos, funcionamento e/ou abertura de outros serviços, reuniões, encontros, dentre outras. Em seguida, eram discutidos os assuntos em pauta, sugeridos previamente pela equipe e pela gestora, concernente ao funcionamento do serviço, como fluxograma de atendimento, contrato terapêutico, funcionamento de grupos, visitas domiciliares e institucionais, lanches dos usuários, planejamento de atividades diversas com os pacientes, como passeios.

Segundo encontro: Discussão de casos.

Reservado para estudo de casos de difícil solução que necessitassem uma atenção maior da equipe, com um olhar ampliado, resultando na construção ou reformulação do Projeto Terapêutico Singular - PTS que, posteriormente, seria discutido e pactuado com o usuário. Nessas rodas, geralmente, eram dispensados os funcionários que não faziam parte da equipe de saúde, por questões éticas, principalmente relacionadas ao sigilo. Porém, eles eram convidados a participar, quando o estudo de caso abordava algum usuário com vinculação maior a esses profissionais de apoio, não

relacionados diretamente à assistência saúde, pois poderiam contribuir com a discussão.

Uma peculiaridade neste CAPS, durante o período deste estudo, era o grande vínculo que os usuários conseguiam manter com os profissionais de apoio, como o guarda municipal e a cozinheira. Muitos usuários buscavam o CAPS, mesmo quando não era estipulado em seu PTS, para conversar com a cozinheira, por exemplo. Por vezes, a participação de profissionais de apoio contribuiu para a resolução de casos estudados, enriquecendo a discussão.

Terceiro encontro: Formação continuada.

Espaço destinado ao aprimoramento de conhecimentos, com estudo de textos sobre saúde mental, álcool e outras drogas, aulas com assuntos variados, de acordo com a necessidade da equipe, como: psicopatologia, psicofármacos, manejo de condutas, atendimento a crise, seminários apresentados por profissionais da equipe bem como por residentes de psiquiatria.

Quarto encontro: Cuidando do cuidador.

Estratégia utilizada no âmbito da roda de equipe, com o intuito de promover o cuidado daquele que, o tempo todo, é chamado a cuidar. Nessa perspectiva, eram desenvolvidas ações que fomentassem o bem-estar dos trabalhadores, sendo escolhidas previamente por todos. Dentre essas ações, foram realizadas atividades de relaxamento, terapia comunitária, dia da beleza e outras vivências no próprio CAPS, como a “sala de sensações”. Além disso, foram programadas visitas a ocas comunitárias e ao Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária - MISMEC-Projeto 4 Varas, onde eram ofertadas atividades, como: massoterapia, yoga, biodança e ofurô, além de um ambiente propício ao bem-estar e à tranquilidade.

A periodicidade das rodas de equipe era mensal, com alternância de atividades de acordo com a necessidade do serviço. Além desses encontros da roda, foi realizado o planejamento estratégico do serviço. Um ou dois dias eram

reservados para a realização do planejamento que acontecia no início do ano, tanto no CAPS, como em ambientes externos ao mesmo. Todos os profissionais eram envolvidos na construção do projeto do CAPS, da sua missão e visão, bem como na criação de projetos e atividades que seriam desenvolvidas ao longo do ano.

Assembleia

Outra atividade desenvolvida no CAPS, baseada no Método da Roda, era a assembleia de usuários (ou simplesmente assembleia, a pedido deles mesmos, por acharem o termo “usuário” muito pejorativo), que acontecia geralmente na última sexta-feira de cada mês. Procurava-se escolher um dia que houvesse uma maior quantidade de atividades no serviço para garantir um maior número de participantes, pois a experiência prévia mostrou que essa era a melhor tática. Esse encontro servia como um espaço de escuta, de acolhimento das demandas, onde os usuários e familiares, além de representantes do Conselho Local de Saúde e dos profissionais, poderiam relatar suas queixas e fazer sugestões nos mais variados assuntos do cotidiano do serviço. Muito se foi construído a partir desses encontros. Aquilo que era decidido na roda de equipe era, posteriormente, apresentado na assembleia para que todos pudessem opinar a respeito, fazendo suas considerações, até se chegar ao consenso sobre o que seria melhor para todos, em conformidade com os parâmetros legais da Política de Saúde Mental Álcool e outras Drogas.

Assim como na roda de equipe, a assembleia também era iniciada com informes, que poderiam ser avisos sobre o funcionamento do serviço, cursos, passeios, ou algum outro assunto de interesse dos usuários. Em seguida, abria-se espaço para criação da pauta, ocasião em que os participantes apresentavam suas demandas. Assuntos diversos eram

trazidos para a discussão, como a distribuição de vales-transporte, cardápio e horário do lanche, tolerância de horário para os grupos, conduta de alguns profissionais, comportamentos inadequados de alguns usuários.

As decisões, tomadas em assembleia, tornavam-se regras que eram construídas coletivamente e, por essa razão, acatadas, pois eram fruto de uma negociação amplamente discutida. Ou seja, as regras não eram vistas como uma vontade imposta pelos gestores, mas como uma decisão coletiva necessária para o bom funcionamento do CAPS. Havia o sentimento de pertença e empoderamento dos usuários sobre seu papel no serviço, de não apenas usufruir do tratamento, mas contribuir para melhorá-lo.

A roda de equipe e a assembleia dos usuários, assim como o planejamento estratégico, fizeram parte do cotidiano do CAPS AD / SR III do município de Fortaleza, no período constante neste relato de experiência, configurando-se como ferramentas fundamentais para a gestão desta unidade de saúde.

Considerações Finais

O Método Paideia ou Método da Roda é um dispositivo potente para o suporte à gestão de serviços de saúde. Sua utilização no CAPS AD / SR III contribuiu para o desenvolvimento de uma gestão participativa, pautada pela valorização dos sujeitos, onde todos os atores do serviço podiam expressar sua opinião, exercendo o papel de apoiador institucional, participando ativamente das decisões coletivas.

As ferramentas de gestão, utilizadas neste CAPS, de acordo com o Método da Roda, foram essenciais para a consolidação de uma gestão horizontal, amplamente participativa. Tanto as rodas de equipe, como as assembleias constituíam-se como espaços coletivos, onde todos participavam ativamente das discussões, com autonomia,

empoderamento, voz e vez. Muitas conquistas só foram possíveis mediante esse diálogo com usuários e familiares, profissionais e gestores, em que cada um assumia o papel de “apoiador institucional”.

Observou-se ainda que o Método da Roda contribuiu também para a manutenção de um clima harmônico dentro da equipe, bem como entre esta e os usuários, onde a roda se estabelece como uma excelente estratégia de mediação de conflitos. Além dessa mediação, o sentimento de pertença gerado pelo grupo e o papel de apoiador institucional, atribuído a todos por meio desse modelo de gestão, proporcionou a democratização do cotidiano, com a necessária valorização dos sujeitos atuantes no processo de trabalho.

Referências

ASCENZI, L. D.; LIMA, L. Análise da Implementação do Método da Roda no Sistema de Saúde de Campinas, SP. **Sociais e Humanas**, Santa Maria, v. 26, n. 01, p. 67-68, jan. / abr. 2013.

BRASIL. 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.

BRASIL, R. W. N. et al. Análise das contribuições do método da roda no gerenciamento de um Centro de Saúde da Família. **RAS**, v. 14, n. 54, jan. / mar. 2012.

CAMBRAIA, M. Do Modelo Hospitalocêntrico aos “sonhos” e tropeços do CAPS. In: CREMEC. **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de São Paulo**. São Paulo: CREMEC, 2010.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia e Gestão**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. The Paideia effect and the health field: thoughts on the relation between subject and life-world. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 19-32, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462006000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 abr. 2016.

HECK, Rita Maria et al. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 647-655, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28

abr. 2016.

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria Geral da Administração: Da Revolução Urbana à Revolução Digital**. São Paulo: Atlas, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

PONTE, H. M. S. **Do Dispositivo ao Instituído: O Método da Roda em Sobral-CE promove a Co-Gestão de Coletivos?** Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2013. Disponível em:

<http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/herminiamaria_2012.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2016.

SILVA, A. L. F.; SOUSA, R. M. A Roda como Espaço de Co-gestão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Município de Sobral / CE. **SANARE**, Sobral, v. 9, n. 2, p. 07-13, jul. / dez. 2010.

TORRES, A. E. et al. A roda em movimento e os movimentos da roda: refletindo sobre experiências. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 96-104, jan. / jun. 2012.

PÓS-FÁCIO

RELATOS SOBRE CAMINHOS TRILHADOS NA GESTÃO EM SAÚDE NO CEARÁ

Silvia Helena Bastos de Paula

Relatos de Experiência, no contexto da produção de conhecimento de um programa de pós-graduação *stricto sensu*, fazem parte dos gêneros pertencentes ao domínio social da memória e de documentos de experiências humanas, situando-os, assim, no tempo e no campo da gestão em saúde, de curso ainda jovem, que ousa com esta iniciativa, gerar novos pesquisadores. A ideia de gestão nos dias de hoje parece ter se constituído não apenas em processo administrativo e de liderança, mas em certa panaceia para enfrentar a contingência de recursos de projetos políticos e técnicos em tempo de crise e falta de recursos.

Gestão é ação profissional tão delicada, que recorda o movimento da batuta de regente para sua orquestra, ato recheado de simbolismo, que mobiliza recursos de diversas naturezas na realização de atividades de regulação, educacionais, econômicas e financeiras. Estabelecem-se, ainda, as diretrizes que orientam, organizam e controlam o desempenho estratégico e de operações, pelo qual o gestor planeja as várias etapas do processo, trocando ideias e informações para alcançar ou se aproximar das esperanças “projetuais”, entre aquilo que foi projetado e o que será efetivamente entregue.

Utilizar a linguagem direta e traduzir o conhecimento para sua aplicação na vida real é indispensável. E assim se faz muito necessário contestar os rigores da ciência, o que não é o sentido, nem o propósito exato desta obra, que é o de produzir

algo que venha pronto para ser absorvido ou incorporado e isso constitui pequena revolução na arte de produzir conhecimento.

Isso faz lembrar a Arte de Escrever de Schopenhauer (1788-1860) que, ao criticar o cientificismo de sua época e os problemas de escrita, apontou três problemas de estilo na escrita, considerada científica:

sentenças curtas, ambíguas e paradoxais, que parecem significar muito mais do que dizem; ou, de outro modo, uma torrente de palavras com a mais insuportável prolixidade; e, por último, o estilo científico e profundo, no qual o leitor é martirizado pelo efeito narcótico de períodos longos e enviesados (SCHOPENHAUER, ano, p.10).

Na apresentação de um relato de experiência, espera-se encontrar um texto ou fala apresentados com clareza, de forma envolvente e que prenda a atenção do leitor. A pertinência do problema, que está na origem da experiência e dos seus propósitos, será outro aspecto importante na elaboração inicial desse tipo de relato, que é a habilidade e capacidade do autor ou autores em deixar patente o seu foco de atuação, o tipo de conhecimento utilizado e gerado, e a utilização de outros trabalhos de intervenção, quanto ao mesmo tipo de problema ou com propósitos similares.

Os relatos, aqui apresentados, estão sob forma histórica, de casos, descrição consolidada de uma ação, trabalho ou intervenção, testemunhos etc. Os autores, que participam dessa obra, têm relação muito pessoal com o relato e a experiência e, por sentirem-se envolvidos nas etapas, estabelecem por meio de suas expressões um verdadeiro diálogo com o leitor, conectando-o ao passado recente vivido na experiência e o presente de quem o relembra.

Os textos trazem o que outros compartilharam direta

ou indiretamente da experiência, como por exemplo, rememorando situações vividas com outros sujeitos, trazendo as vozes deles para seus textos, citando direta ou indiretamente o que os sujeitos disseram. São produções a respeito de educação permanente, processo de trabalho interdisciplinar, arranjos de organização e matriciais, gestão clínica e de insumos para melhorar sua eficiência e a de recursos, sistema de informação para controle de endemias e epidemias, e promoção de gestão participativa que explora nuances de métodos e instrumentos de gestão aplicados a um contexto local e para a fortificação de pontos críticos e o melhor aproveitamento disso.

Elaborar um relato requer um olhar apurado para se conseguir distância da prática cotidiana, do fazer e da ação em gestão de saúde e torná-los fontes geradoras de conhecimentos. Esse esforço foi empreendido pelos organizadores e está valorizado nessa obra, porque se encadeiam problemas de relevância para o meio profissional da gestão em saúde no estado do Ceará, zona emergente na produção de conhecimento e na geração de provas científicas para todos os pesquisadores e pesquisados.

Nessa obra, os mestrandos, todos gestores em saúde, e seus orientadores descrevem e discutem experiências exitosas de seu campo de atuação, incluindo secretarias municipais e estaduais de saúde, hospitais e policlínicas regionais, hospitais universitários, coordenações setoriais de saúde e instituições formadoras em saúde. Os 28 capítulos abordam planejamento em saúde, avaliação de serviços de saúde, implantação de programas de saúde e assistência social, educação permanente, controle social, gestão da clínica e sistemas de informação em saúde.

ISBN 978-85-68154-96-0

