

Raimunda Magalhães da Silva  
Maria Salete Bessa Jorge  
Aluísio Gomes da Silva Júnior  
(Organizadores)

# PLANEJAMENTO, GESTÃO E AVALIAÇÃO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

## **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

### **REITOR**

José Jackson Coelho Sampaio

### **VICE-REITOR**

Hidelbrando dos Santos Soares

### **EDITORA DA UECE**

Erasmo Miessa Ruiz

### **CONSELHO EDITORIAL**

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

### **CONSELHO CONSULTIVO**

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

Raimunda Magalhães da Silva  
Maria Salete Bessa Jorge  
Aluísio Gomes da Silva Júnior  
(Organizadores)

# PLANEJAMENTO, GESTÃO E AVALIAÇÃO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

1ª Edição  
Fortaleza - CE  
2015



**PLANEJAMENTO, GESTÃO E AVALIAÇÃO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE**  
© 2015 *Copyright by* Raimunda Magalhães da Silva, Maria Salete Bessa Jorge e Aluísio  
Gomes da Silva Júnior

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

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE  
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará  
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893  
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



**Coordenação Editorial**

Erasmio Miessa Ruiz

**Diagramação e Capa**

Narcelio de Sousa Lopes

**Revisão de Texto**

Vanda de Magalhães Bastos

**Ficha Catalográfica**

Vanessa Cavalcante Lima – CRB 3/1166

---

P 712      Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde [livro eletrônico] / Raimunda  
Magalhães da Silva, Maria Salete Bessa Jorge, Aluísio Gomes da Silva Júnior (orgs).  
– Fortaleza: EdUECE, 2015.

548 p.  
ISBN: 978-85-7826-322-5

1. Emergência de unidade hospitalar. 2. Regularização em saúde. 3. Gestão do  
trabalho em saúde. 4. Avaliação dos serviços de saúde. I. Título.

CDD: 610

---

# SUMÁRIO

<b>PREFÁCIO</b> .....	10
<b>Carlos Garcia Filho</b>	
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	12
<i>Raimunda Magalhaes da Silva e Aluísio Gomes da Silva Júnior</i>	
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<i>Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão; Indara Cavalcante Bezerra; Raimunda Magalhães da Silva; Maria Salete Bessa Jorge</i>	
<b>PARTE 1</b> .....	<b>30</b>
<b>POLÍTICAS E PLANEJAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	
<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>31</b>
<b>A GESTÃO E O PLANEJAMENTO NO PLANO DE VIGILÂNCIA DA DENGUE</b>	
<i>Myrella Silveira Macedo Cañado; Ellen Synthia Fernandes de Oliveira; Dayse Cristine Dantas Brito Neri de Souza</i>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>46</b>
<b>POLÍTICA DE GENÉRICOS: DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO</b>	
<i>Isabella Maria Diniz Duarte; Nelson Bezerra Barbosa; Estela Najberg</i>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>72</b>
<b>OS DESAFIOS DO PLANEJAMENTO REGIONAL COMPARTILHADO À LUZ DO DECRETO Nº 7508: UM ESTUDO DE CASO SOBRAL – CEARÁ</b>	
<i>Gisela da Costa Mascarenhas; Helena Eri Shimizu</i>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>94</b>
<b>PLANEJAMENTO EM SAÚDE COMO DISPOSITIVO POTENTE NA (RE) ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b>	
<i>Fernando Sérgio Pereira de Sousa; Maria Salete Bessa Jorge; Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão</i>	

**CAPÍTULO 5.....124**  
**PLANEJAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CEARÁ:**  
**CONTEXTOS E HISTORICIDADES DE UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA**

*Rândson Soares de Souza; Fernando Sergio Pereira de Sousa; Maria Salete Bessa Jorge*

**PARTE 2.....162**  
**IMPLICAÇÕES ESTRATÉGICAS NA ORGANIZAÇÃO DOS**  
**SERVIÇOS DE SAÚDE**

**CAPÍTULO 6.....163**  
**OLHAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA GESTÃO: ENFOQUE NA**  
**DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA**

*Isabella Lima Barbosa; Anna Paula Sousa da Silva; Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro; Daniella Barbosa Campos; Paulo Félix de Almeida Pena; Raimunda Magalhães da Silva*

**CAPÍTULO 7.....182**  
**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ACOLHIMENTO COM**  
**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA DE UNIDADE HOSPITALAR**

*Luis Felipe Martins dos Santos; Aluísio Gomes da Silva Júnior; Mônica Tereza Christa Machado; Leandro Cacciari Cardozo Porto; Igor de Barros Rezende*

**CAPÍTULO 8.....207**  
**REGULAÇÃO EM SAÚDE E A ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: DESAFIOS À**  
**GOVERNANÇA DO SUS**

*Dayse Vieira Santos Barbosa; Nelson Bezerra Barbosa; Estela Najberg*

**CAPÍTULO 9.....231**  
**AS CONTRIBUIÇÕES DA ERGOLOGIA E DA PSICODINÂMICA PARA ANÁLISE**  
**DA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE**

*Helena Eri Shimizu*

**CAPÍTULO 10.....249**

**GESTÃO EM SAÚDE: MODELOS, DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

*Maria Salete Bessa Jorge; Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão; Fernando Sérgio Pereira de Sousa; Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante; Adriana Catarina de Souza Oliveira*

**PARTE 3.....270**

**EXPERIÊNCIAS E REFLEXÕES SOBRE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

**CAPÍTULO 11.....271**

**A CARTOGRAFIA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO AO TRANSTORNO MENTAL INFANTO-JUVENIL EM UM MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, BRASIL**

*Isabela Andrade Vidal; Túlio Batista Franco*

**CAPÍTULO 12.....311**

**PRINCÍPIOS PARA A AVALIAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

*Romeu Gomes; Valéria Venaschi Lima*

**CAPÍTULO 13.....343**

**SATISFAÇÃO DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA COM A IMPLANTAÇÃO E USO DE PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS**

*Alexandre Alcântara Holanda; Aline Veras Morais Brilhante; Ana Maria Fontenelle Catrib; Luiza Jane Eyre de Souza Vieira*

**CAPÍTULO 14.....369**

**SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

*Giane Cristina Alvarenga; Ellen Synthia Fernandes de Oliveira; Maria Alves Barbosa; Ricardo Antonio Gonçalves Teixeira*

**CAPÍTULO 15.....390**  
**PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) DE TIBAU (RN): UM ESTUDO COMPARATIVO.**

*Richardeson Fagner Oliveira Grangeiro; Alexandre Pinheiro Braga; Antonio Dean Barbosa Marques; July Grassiely de Oliveira Branco; Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro; Luiza Jane Eyre de Souza Vieira*

**CAPÍTULO 16.....407**  
**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA COMO SUBSÍDIO PARA A ASSISTÊNCIA AO ADOLESCENTE**

*Denise Soares de Cirqueira; Douglas José Nogueira; Marislei de Sousa Espíndula Brasileiro; Patrícia de Sá Barros; Marcos André de Matos; Márcia Maria de Souza*

**CAPÍTULO 17 .....422**  
**DA PRESCRIÇÃO ADMINISTRATIVA À AUTONOMIA SITUADA: GESTÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

*Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira; Elizabeth Moreira dos Santos; Afonso Teixeira Reis; Marly Marques da Cruz; Ana Cleide Guedes Moreira; Thiago Rodrigues de Amorim*

**CAPÍTULO 18.....447**  
**AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR MEIO DE ENTREVISTAS TELEFÔNICAS: ALCANCES E DESAFIOS**

*Nelson Filice de Barros; Renata Cavalcanti Carnevale; Pedro Cristóvão Carneiro da Cunha Barrio de Sousa Lopes; Janaína Alves da Silveira Hallais; Maria Fernanda Aidê; Pedro Mourão Roxa da Motta; Pamela Siegel; Bianca Stella Rodrigues*

**CAPÍTULO 19.....467**  
**PMAQ E QUALIFAR-SUS: MONITORAMENTO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

*Karen Sarmento Costa; Noemia Urruth Leão Tavares; Allan Nuno Alves de Sousa; Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira; José Miguel do Nascimento Junior*



**CAPÍTULO 20.....494**  
**OPERACIONALIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS PARA SÍFILIS E HIV NO PRÉ-NATAL**

*Ana Cristina Martins Uchoa Lopes; Maria Alix Leite Araújo; Ana Fátima Braga Rocha; Aline Veras Morais Brilhante; Lea Dias Pimentel Gomes Vasconcelos; Raimunda Magalhães da Silva*

**CAPÍTULO 21 .....517**  
**O “SUBMARINO CARIOCA”: HUMANIZAÇÃO E TECNOLOGIAS DURAS NO HOSPITAL MUNICIPAL JESUS – RJ**

*Elizabeth Alt Parente; Lilian Koifman; Aluísio Gomes da Silva Junior; Letícia Maria Araujo Oliveira Nunes*

**POSFÁCIO .....535**

*Carlos Garcia Filho*

**SOBRE OS AUTORES .....537**

## PREFÁCIO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública que encontrou na academia um suporte teórico e militante para sua implantação e consolidação. No Ceará, observa-se que o surgimento do SUS é contemporâneo às criações dos cursos de mestrado acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE), em 1993, e da Universidade Federal do Ceará (UFC), em 1994, e da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, em 1994. Estes programas públicos de pós-graduação e a Escola de Saúde Pública propiciaram um ambiente de reflexão crítica sobre as especificidades do SUS no Ceará, o que favoreceu o diálogo entre pesquisadores, gestores e trabalhadores de saúde. Em 2002 a UNIFOR cria seu programa de pós-graduação em Saúde Coletiva a nível mestrado, na busca para maior desenvolvimento de estudos e pesquisa em saúde coletiva, contribuindo para a formação de novos profissionais capacitados para a academia e serviços.

Esses programas de pós-graduação pioneiros avançaram e apoiaram o desenvolvimento regional da docência e da pesquisa no campo da Saúde Coletiva, formaram parcerias interinstitucionais e instituíram cursos de doutorado. A capacidade de realizar pesquisas significativas em seu campo de atuação faz parte da história desses programas desde seu princípio bem como a disseminação deste conhecimento por meio de coletâneas temáticas.

Os 74 autores colaboradores do livro “Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde” abordam, em seus 21 capítulos, recortes de pesquisas realizadas no Ceará, Goiás, Rio

de Janeiro, Rio Grande do Norte e São Paulo. Embora os capítulos sigam diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, a interdisciplinaridade perpassa toda a obra.

Identifica-se no SUS uma tensão entre metodologias e processos de planejamento, gestão e avaliação. A proposta de organização do sistema de saúde de modo descentralizado, ascendente e de base territorial é contraposta à abordagem verticalizada e fundamentada em oferta de pacotes básicos de serviços. Não se pode ocultar, também, que velhas práticas como clientelismo, fisiologismo, patrimonialismo e coronelismo perduram como modo de fazer política durante e após as eleições, contaminando e pervertendo as possibilidades de se fazer planejamento e gestão pública. Revelam-se, portanto, no SUS, contradições em sua fundamentação ética e política, arcabouço legal, lógica de financiamento e cotidiano da produção do cuidado.

O diálogo, compreendido como uma maneira mais solidária, ética e democrática de relação entre os homens, emerge como uma possibilidade promissora para a superação parcial dessas contradições, qualificando o processo de planejamento, gestão e avaliação em saúde.

Carlos Garcia Filho

*Médico Sanitarista*

# APRESENTAÇÃO

**Raimunda Magalhães da Silva**

**Aluísio Gomes da Silva Júnior**

A consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS – ainda desafia a criatividade de gestores, profissionais de saúde e pesquisadores na oferta de estratégias e experiências que buscam cumprir os desígnios da Universalidade, da Integralidade, da Equidade e da Participação Social.

O esgotamento do processo de descentralização da gestão do SUS em forma de municipalização autárquica traz de volta as perspectivas de regionalização e gestão compartilhadas de redes assistenciais que, embora pretendidas desde a Constituição Federal de 1988, não se materializaram adequadamente.

As Normas Operacionais Básicas e Portarias ao longo da década de 1990, em suas edições sucessivas, moldaram a estrutura operativa do Sistema Único de Saúde na direção dos municípios (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

A desigualdade na distribuição geográfica de serviços de saúde, as variações populacionais e as disparidades político-institucionais entre os entes federativos interferiu em tal processo que se mostrou insuficiente para diminuir estas diferenças e colocou em evidência a interdependência dos vários níveis de governo para o enfrentamento adequado dos problemas da população.

A perspectiva da Regionalização foi retomada na edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS (2001 reformulada em 2002) –, como um importante vetor de reorganização dos territórios, pressupondo vários atores (governos, organizações e cidadãos) que, por meio de suas relações, plasnam o processo político no espaço geográfico, tendo a possibilidade de instituir processos decisórios mais democráticos e inovadores (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

Esse novo contexto pressupõe que o desenvolvimento de estratégias e instrumentos para planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede regionalizada de serviços de saúde possam compartilhar recursos numa perspectiva de complementaridade e sinergia, resguardadas as especificidades e necessidades de cada componente territorial (MENDES, 2011; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

O fortalecimento dessa concepção de Regionalização se deu ao instituir-se o Pacto pela Saúde, em 2006. Composto pelo Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS, o Pacto pela Saúde enfatizou a pactuação política entre as diferentes esferas de governo. Resgataram-se, assim, os instrumentos de planejamento previstos na NOAS, introduzindo mecanismos de financiamento com transferências em grandes blocos conforme o nível de atenção à saúde e atribuindo responsabilidades em todos os níveis e campos de atenção (LIMA; QUEIROZ, 2012; VIANA, 2008).

Várias experiências de gestão regionalizada têm sido compreendidas e analisadas mostrando a força da diretriz, contudo, apontando suas lacunas (ALMEIDA; SANTOS; SOUZA, 2015; SANTOS, 2013; VENÂNCIO *et al*, 2012; ROESE,

2012; MEDEIROS, 2010; PIRES, 2010; SERRA; RODRIGUES, 2010; LOPES, 2010; ROESE; GERHARDT, 2008).

Mais recentemente, as experiências de gestão local e regional têm seus desafios ampliados pela participação em Programas Nacionais fomentados pelo Ministério da Saúde visando a consolidação da Política de Atenção Básica e a articulação de Redes Assistenciais.

Neste contexto, multiplicam-se também as tentativas de introdução de componentes, dispositivos e estratégias inovadoras na Gestão em Saúde focando a gestão do trabalho e das tecnologias assistenciais que merecem observação.

Intensifica-se, assim, a necessidade de monitorar e avaliar as políticas de saúde, em aspectos macros e micros, como forma de compreender processos e problemas, assim como subsidiar decisões políticas na alocação de recursos do SUS.

Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde é uma temática abrangente, atual e com significados relevantes para a sociedade, para os serviços de saúde e para a academia brasileira.

No campo acadêmico, saem fortalecidas as abordagens de pesquisa que privilegiam redes interativas e colaborativas de pesquisadores que possam desenvolver seus estudos na perspectiva local e regional e discutir seus achados na perspectiva nacional.

Neste livro pretende-se ampliar as contribuições para as políticas de saúde e planejamento dos serviços de saúde; discutir as implicações estratégicas na organização dos serviços de saúde e divulgar experiências e reflexões sobre avaliação dos serviços de saúde.

Coloca-se para a comunidade científica na área da saúde e áreas afins um conhecimento compartilhado, interdisciplinar, multidisciplinar, com diferentes abordagens teóricas e metodológicas e com o compromisso de contribuir com as mudanças e melhorias das ações de saúde em todos os níveis de atenção.

Esta coletânea de textos, frutos de pesquisas realizadas por diversos grupos de pesquisadores em diferentes contextos do território nacional, em rede colaborativa, tem como objetivo aportar com reflexões e experiências de caráter inovador nos campos da Gestão e da Avaliação de Políticas e Serviços de Saúde. Espera-se que o diálogo entre elas, a comunidade científica e a sociedade brasileira possam produzir ações reflexivas de enfrentamento de problemas prevalentes no campo da saúde coletiva.

Na primeira parte, intitulada de Contribuições para as Políticas e Planejamento dos Serviços de Saúde, importantes problemas como a Vigilância da Dengue, no texto de Myrella Cançado e colaboradores, e a Atenção Farmacêutica na Política de Genéricos discutida por Isabella Duarte e colaboradores, são discutidos e podem ter suas perspectivas ampliadas pelas abordagens de Planejamento Regional Compartilhado apresentadas por Gisela Mascarenhas e Helena Shimizu e do Planejamento de Redes Temáticas por Fabio Souza, Maria Salete Jorge e Ilse Leitão cujo foco é a rede da atenção psicossocial.

Na segunda parte – Implicações estratégicas na organização dos serviços – são destacados alguns aspectos considerados relevantes em termos estratégicos da Gestão de Serviços de Saúde e de seus atores como a visão dos Agentes Comunitários de Saúde na Detecção de Câncer de Mama relatados por Isa-

bella Barbosa e colaboradores, a implantação de Classificação de risco em hospital de emergência problematizada por Luis Felipe Martins e colaboradores e a experiência de humanização vivida no Submarino Carioca relatado por Elizabeth Parente e colaboradores. Estes estudos dialogam com a Regulação da Atenção às urgências analisadas por Dayse Barbosa e colaboradores como desafios à governança do SUS.

Também tem destaque as contribuições da Psicodinâmica e da Ergologia na análise da gestão do trabalho apresentadas por Dayse Barbosa e colaboradores assim como os Modelos de Gestão em Saúde debatidos por Ilse Leitão e colaboradores em seus desafios e possibilidades.

As experiências e reflexões sobre Avaliação dos Serviços de Saúde são apresentadas na terceira parte, onde Giane Alvarenga e colaboradores discutem a Satisfação Profissional entre os Enfermeiros de um hospital universitário.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Programa de Saúde na Escola também são analisados em perspectivas locoregionais pelos olhares de Richardeson Grangeiro e colaboradores e de Denise Cirqueira e colaboradores, respectivamente.

Importantes Princípios na Avaliação de Serviços de Saúde são abordados nos textos de Romeu Gomes e Valeria Lima, dialogando com as perspectivas políticas-institucionais do Monitoramento e Avaliação do SUS que são problematizadas por Paulo Oliveira e colaboradores no sentido da autonomia situada.

Por fim, encontramos Karem Costa e colaboradores que analisam o Monitoramento dos serviços farmacêuticos na atenção Básica (PMAQ-QUALIFAR-SUS).



Esperamos com isso dar visibilidade às experiências nos serviços e fomentar a discussão entorno de novas e velhas práticas que possam dar concretude à realização do SUS como sistema universal de saúde dos brasileiros.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.F.; SANTOS, A.M.; SOUZA, M. K. B(Orgs.). *Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde*. Salvador: EdUFBA, 2015.

FLEURY, S; OUVENEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia da regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FVG, 2007.

KUSCHNIR, R; CHORNY A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2010. n.15:2307-16.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2001. 6: 269-91.

LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N. O Processo de Descentralização e regionalização do SUS no Contexto do Pacto pela Saúde. In: MACHADO, C. V; BAPTISTA, T. W. F; LIMA, L. D. (Orgs.). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012:229-251.

LOPES, C. M. N. **Regionalização em saúde: o caso de uma microrregião no Ceará**. 1998-2002; 2007-2009. Tese (Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

MEDEIROS, C. R. G. **Redes de Atenção à Saúde: o Dilema dos Pequenos Municípios**. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011.

PIRES, M. R. G. *et al.* Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2010, n.15:1009-19.

ROESE, A; GERHARDT, T. E. **Fluxos e utilização de serviços de saúde: mobilidade dos usuários de média complexidade.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2008, jun; 29(2): 221-9.

ROESE, A. **Planejamento regional ascendente e regionalização: atores e estratégias da organização dos fluxos de utilização dos serviços de saúde.** Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação em Enfermagem - UFRGS, Porto Alegre, 2012.

SANTOS, A. M. **Gestão do Cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária.** Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, Rio de Janeiro, 2013.

SERRA, C. G; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contra-referências no programa saúde da família na região metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2010, n.15:3579-86.

VENÂNCIO, S. I. *et al.* Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no estado de São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2011, n. 16:3951-64.

VIANA, A. L. D. *et al.* Novas perspectivas para regionalização da saúde. **São Paulo em perspectiva.** São Paulo, Fundação Seade, 2008, 22:92-106.

# INTRODUÇÃO

**Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão**

**Indara Cavalcante Bezerra**

**Raimunda Magalhães da Silva**

**Maria Salete Bessa Jorge**

Nos últimos anos, muitos autores e especialistas têm indicado que a gestão dos serviços de saúde consoante com as necessidades do SUS é, ainda, um desafio. Observamos, em outro sentido, que os modelos de atenção influenciam o desenvolvimento de políticas gerais ou específicas para o planejamento em saúde. Assim, gostaríamos de verificar quais ferramentas interferem na perspectiva da gestão e constatar em que medida os resultados da assistência à saúde prestada geram *inputs* para determinar políticas de saúde que subsidiem o planejamento e as ações de implementação de avaliação das ações de saúde.

Na atualidade, os intensos processos de ajuste ocorridos no setor saúde confirmam a complexidade do perfil de trabalho em unidades de saúde. Dentro deste espaço organizacional, é notória a observação do processo que desencadeia o desenvolvimento, a qualidade e a inovação de todo o processo de criatividade do indivíduo, em que, inevitavelmente, se ampliam os horizontes com a capacidade de gerir bons resultados acumulando conhecimento convincente de padrões comportamentais, predominando a influência do agir (NASCIMENTO; LOPES; SALGUEIRO, 2008).

A gestão de serviços de saúde tem como finalidade otimizar o funcionamento das organizações de forma a obter o máximo de eficiência (relação entre produtos e recursos empregados), eficácia (atingimento dos objetivos estabelecidos) e efetividade (resolução dos problemas identificados). Neste processo, o gestor utiliza conhecimentos, técnicas e procedimentos que lhe permitem conduzir o funcionamento dos serviços na direção dos objetivos definidos (TANAKA; TAMAKI, 2012).

O planejamento e a avaliação são instrumentos essenciais de apoio à gestão, pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão e, conseqüentemente, a excelência do atendimento prestado. Apesar disto, o uso destes instrumentos ainda é incipiente na gestão de serviços de saúde.

O processo de planejamento em saúde no SUS vem se conformando pelas pactuações colegiadas político-institucionais a partir de normatizações, decretos e portarias ministeriais que indicam a necessidade de os territórios, microrregiões e macrorregiões se articularem entre si para compor uma assistência integral à saúde e uma gestão compartilhada dos serviços e tecnologias em saúde (ASSIS e JORGE, 2010).

Contudo, o sucesso de qualquer organização irá depender, em maior ou menor grau, do empenho de cada um dos seus integrantes, que vai desde a organização do trabalho, ou seja, as definições sobre a quantidade, a combinação (o *mix*) de competências, o quantitativo, a formação e a capacitação até as condições de trabalho dos profissionais da saúde e as relações socioprofissionais.

O século XX foi palco de várias modificações das estruturas organizacionais, em um mundo marcado por conflitos

e depressões econômicas, mas que, na sua essência, mantém aquelas herdadas das sucessivas revoluções industriais nas quais o indivíduo passou a ser considerado como uma simples engrenagem substituível da grande maquinaria da produção (CARO, 2001).

Embora tenham sido implementadas políticas públicas, nos últimos anos do século XX e início do século XXI, no Brasil, ainda é possível notar diversos problemas em termos de gestão, em razão da maneira como os gestores trabalham, investem e tomam decisões frente aos objetivos da gestão pública (ANDRADE; QUANDT; DELZIVO, 2012). Para que as ações sejam eficazes, é necessário compreender que o desenvolvimento econômico é uma consequência do desenvolvimento social e que, segundo a coprodução (BOYLE; HARRIS, 2009), uma vez que o elemento humano nas ações de saúde tem como elemento principal e sempre presente, o capital humano.

A formulação de políticas de saúde, na América Latina, está representada pelo documento “Formulação de Políticas de Saúde” (1975), do Centro Pan-Americano de Planejamento de Saúde (CPPS), que concebe o planejamento como um processo que, embora dominado pela autoridade política, supõe a mobilização de meios e atores para tal fim. “A proposta da CPPS toma como objeto de planejamento não mais o nível local do setor saúde, mas sim o sistema de saúde entendido como uma unidade complexa formada por três níveis: técnico-operacional, político-administrativo e técnico-normativo” (TEIXEIRA, 2010).

No Brasil, a NOB-SUS 96 propõe duas modalidades de gestão denominadas “gestão plena da atenção básica” e “gestão plena do sistema de saúde”, trazendo, ainda, a implementa-

ção do Piso de Atenção Básica (PAB) e o incentivo à saúde da família. De encontro ao movimento de municipalização, a norma consolida o papel da gestão municipal imprimindo um conjunto de novas responsabilidades, no que diz respeito ao planejamento e à gestão de saúde, incluindo a necessidade de ampliação de cobertura e o desenvolvimento de ações e serviços de saúde no tocante à promoção da saúde e ao enfrentamento de riscos e agravos existentes em sua população (LAVRAS, 2011).

Ressalta-se que a fragilidade do planejamento regional das estratégias de descentralização do SUS comprometeu sua adequação às múltiplas realidades brasileiras. Com isto, não houve uma diversificação de políticas e investimentos que melhor relacionassem as necessidades de saúde às dinâmicas territoriais específicas visando à redução da iniquidade no acesso, na utilização e no gasto público em saúde (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

Vale salientar que o início do século XXI vem sendo, notadamente, marcado por mudanças nos padrões de saúde, nos movimentos da população, nos fluxos financeiros, por avanços tecnológicos e de telecomunicações e pela difusão do conhecimento em saúde e as inovações dos sistemas de saúde, no Brasil e, também, globalmente, requerem uma força de trabalho em saúde mais afinada com as necessidades e compatíveis com a organização de serviços de saúde ao longo do tempo. A rede de saúde no Brasil tem sido caracterizada por uma cadeia de linhas organizacionais integrada com ações sociais, econômicas e ambientais.

A despeito de a saúde ser uma área de regulação e controle do Estado, a realidade brasileira oferece farto material

empírico que aponta para uma inadequada e perigosa desarticulação entre a saúde como bem público e aqueles que produzem este bem.

A atualidade revela questões importantes, no que se refere aos desafios deste início de século: a formação tanto quanto a qualificação do profissional que presta os serviços; a estruturação de equipes de trabalho; o custo da assistência assim como o uso de tecnologias; e os investimentos em saúde cada vez mais escassos.

A globalização na área de saúde provocou mudanças significativas no processo de trabalho: a burocratização, a racionalização e o estabelecimento de rotinas para as atividades até então desenvolvidas de forma semiartesanal.

A operacionalização dos serviços de saúde no Brasil apresenta uma série de deficiências cujas explicações devem ser buscadas em diferentes campos. Essas deficiências têm sua explicação nas próprias características das organizações sanitárias e, como ressaltado por Dussault e Souza (1999), os “serviços produzidos atendem a necessidades multidimensionais e são difíceis de avaliar”.

Deve-se levar em conta que não se pode pensar o planejamento apenas em uma concepção restrita de instrumentalidade, pois a resolução das demandas e necessidades dos usuários no SUS exige da rede de saúde uma atenção integral no modo de planejar o cuidado a partir de ações de saúde (MATTOS, 2004). O limiar para a resolutividade assistencial é o suprimento das necessidades de saúde e não apenas das demandas que se constituem na determinação social do processo saúde-doença (CECÍLIO, 2001).

Pesquisadores e profissionais que atuam na área de Gestão em Saúde têm sido unânimes em relatar, além da multidimensionalidade, a complexidade envolvida na tarefa de eleger modelos e sistemas de planejamento e avaliação mais adequados para apoiar a gestão dos serviços de saúde assim como a necessidade de serem estudadas as características e os fatores determinantes do uso destes instrumentos pelos administradores (TANAKA; TAMAKI, 2012). Daí a necessidade de se utilizar com maestria os instrumentos planejamento e avaliação em saúde.

Como instrumento de gestão, o planejamento é considerado um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade com vistas a solucionar problemas e atender às necessidades individuais e coletivas (TEIXEIRA, 2010).

De acordo com Jesus e Assis (2010), o planejamento visa responder a uma demanda predeterminada, isto é, determinada pela relação entre o poder do consumidor e a capacidade de oferta do fornecedor. O ato de planejar para a oferta é uma consequência dos levantamentos de demanda para a constituição de serviços de saúde, de acordo com os padrões de consumo da população referenciada. Usuários são consumidores e o Estado, o ente regulatório de mediação da relação usuário/serviço.

Expressivamente, o desafio maior é ampliar a qualidade do acesso aos serviços de saúde da população viabilizando inovações na forma de gerir o cuidado em saúde para superar reproduções de enfoques restritivos dos programas de saúde pública hegemonicamente centrados na epidemiologia das



doenças de massas configurados como aspectos importantes para a discussão de mudança de modelo assistencial (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

Os estudos em gestão da saúde vêm destacando a necessidade de priorizar políticas institucionais voltadas para a produtividade e qualidade dos serviços ofertados à comunidade, preocupando-se, cada vez mais, com as condições, a organização e as relações socioprofissionais onde estes serviços são produzidos.

A pouca capacidade de se obter resultados positivos na saúde tem se fundamentado na incipiência do trabalho com informações em saúde e, conseqüentemente, na falta de planejamento e programação das ações pautadas nestas informações que servem para caracterizar o perfil da população adstrita e o perfil de necessidades em saúde que as comunidades realmente requerem. (ARTMAN; AZEVEDO, 1997; ROZANI; SILVA, 2008).

O planejamento em saúde e, conseqüentemente, os programas/programações em saúde, na atualidade, ainda se apresentam com características economicistas e normativas, principalmente a nível central. (PAIM; TEIXEIRA, 2007; ROZANI; SILVA, 2008).

Destacam-se, ainda, as características diferenciadas associadas à natureza da demanda, às condições de oferta, à incerteza quanto à necessidade e à provisão dos bens e serviços de saúde, ao estabelecimento de preços e ao comportamento dos agentes envolvidos.

Em termos administrativos, a organização do sistema público de saúde deve seguir três diretrizes operacionais:

1. A descentralização das políticas deve apresentar direção única em cada esfera de governo, com ênfase na prestação dos serviços pelos municípios;

2. A regionalização da rede de serviços deve buscar promover resolutividade e eficiência na provisão de assistência; e

3. A hierarquização da infraestrutura de serviços em diferentes níveis de complexidade deve congrega participação dos municípios em redes de políticas de saúde (BRASIL, 2009).

Assim, o ato de planejar as ações e serviços de uma rede de atenção em saúde toma sua importância, dado que, como diria Matus (1993), “negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for”. Se assim fosse pensada a realidade do SUS, assumir-se-ia uma caótica desorganização, o que resultaria em acesso inadequado aos diferentes pontos e redes assistenciais, visto que não teria a identificação e o direcionamento dos serviços por linhas de cuidados bem como não existiria a possibilidade de critérios definidos de avaliação do que, de fato, vem sendo feito.

No que se refere à avaliação dos serviços, mesmo as metodologias mais tradicionalmente aceitas, assentadas, geralmente, no enfoque epidemiológico ou estatístico, encontram críticas quanto à sua adequação às necessidades objetivas e específicas dos usuários ou quanto à sua utilidade para a prática cotidiana dos profissionais de saúde, no que diz respeito às decisões de diagnóstico e tratamento e avaliações de prognóstico.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. M. B.; QUANDT, F. L.; DELZIVO, C. R. Os desafios da gestão pública em saúde na perspectiva dos gestores. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 20-24, 2012.

ARTMANN, E.; AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 4, p. 723-740, 1997.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A, (Org.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010. p. 139-159.

BOYLE, D.; HARRIS, M. **The challenge of co-production**. London: New Economics Foundation, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: MS, 2009.

CARO, A. **Gestión humana: la imagen del servicio**. Bogotá: McGraw-Hill, 2001.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, set. 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: out. 2015.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, Set. 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid)>

=S0102-311X1997000300022&lng = en&nrm=iso>. Acessos em 10. 2015.

DUSSAULT, G.; SOUZA, L. E. **Gestão de recursos humanos em saúde**. Universidade de Montreal: Departamento de Administração da Saúde, Faculdade de Medicina, 1999.

JESUS, W. ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento Ciênc. Saúde Coletiva, vol.15, no.1, Rio de Janeiro Jan. 2010.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000100022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100022) &lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 14 ago. 2015.

LAVRAS, C. C. LAVRAS. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. IN: IBANEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. A. **Política e Gestão Pública**. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ ABRASCO; p. 39-64, 2004.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. São Paulo: Hucitec, 1993.

NASCIMENTO, J. L.; LOPES, A.; SALGUEIRO, M. de F. Estudo sobre a validação do “Modelo de Comportamento Organizacional” de Meyer e Allen para o contexto português. Comportamento organizacional e gestão, vol. 14, n. 1, p. 115 – 133. 2008.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 767-782.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(Sup): 1819-1829, 2007.

PIRES, M. R. M.; GÖTEMS, L. B. D. **Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, n. 2, p. 294-299, 2009.

ROZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. ***Ciência & Saúde Coletiva***, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. ***Ciencia & Saúde Coletiva***, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências.** Salvador: EDUFBA, 2010.

VIANA, A. L. D.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. ***São Paulo Perspec.***, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.



# **PARTE 1**

## **POLÍTICAS E PLANEJAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

# CAPÍTULO 1

## A GESTÃO E O PLANEJAMENTO NO PLANO DE VIGILÂNCIA DA DENGUE

**Myrella Silveira Macedo Cançado**

**Ellen Synthia Fernandes de Oliveira**

**Dayse Cristine Dantas Brito Neri de Souza**

### INTRODUÇÃO

A Vigilância em Saúde compreende a análise e a observação permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em ações que controlam tanto os determinantes, os riscos e os danos à saúde quanto a abordagem individual e coletiva (BRASIL, 2009; LIMA; VILASBÔAS, 2011).

A vigilância dispõe de conhecimentos e tecnologias que auxiliam a gestão para a identificação dos problemas, a definição de prioridades e a melhor utilização dos recursos, fundamentais para o planejamento estratégico (BRASIL, 2009). Nesse contexto da vigilância, se inserem formas de gestão públicas flexíveis que envolvam tomadas de decisões de forma descentralizada, proporcionando a responsabilização de todos os atores, a fim de ampliar os espaços de criatividade e de ousadia na busca de soluções (BRASIL, 2006).

Diante dessa compreensão, o planejamento na vigilância em saúde adquire maior relevância, na medida em que se

configura como importante mecanismo de gestão que visa conferir direcionalidade para a prevenção e o controle de doenças e agravos à saúde, como a dengue (BRASIL, 2006). O resultado das intervenções, mantido por longo prazo, pode gerar a redução do número de criadouros das larvas do mosquito transmissor *Aedes aegypti* e contribuir para melhorar a qualidade do meio ambiente (BRASIL, 2009).

A dengue constitui, atualmente, um dos principais problemas de saúde pública no mundo, estimando-se que ocorram, anualmente, em torno de 100 milhões de novas infecções, sobretudo na África, nas Américas, no Leste do Mediterrâneo, no Sudeste Asiático e no Oeste do Pacífico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; CENTERS FOR DISEASE CONTROL, 2014).

No Brasil, conforme a Semana Epidemiológica nº 15 (4 de janeiro de 2015 a 18 de abril de 2015), o país registrou um total de 745.957 casos da doença, com destaque para as regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentando as maiores incidências: 575,3 casos/100 mil hab. e 560,7 casos/100 mil hab., respectivamente (BRASIL, 2015).

A prevenção da dengue é uma atividade complexa em virtude dos diversos fatores que transpõem o setor saúde e que são importantes determinantes na disseminação e sobrevivência do mosquito transmissor *Aedes aegypti*. Tendo em vista tamanha complexidade, é fundamental a vigilância em saúde da dengue com ênfase na gestão e no planejamento bem como no envolvimento articulado entre educação, saneamento, limpeza urbana, cultura, transporte, turismo, segurança pública e meio ambiente assim como o setor privado, ultrapassando o setor saúde (LIMA; VILASBÔAS, 2011).



Diante dessa forma de enfrentamento do problema, ressalta-se a importância de um modelo assistencial de combate à dengue que priorize instâncias de planejamento voltadas para a promoção da saúde, para o controle dos determinantes socioambientais e para o controle de riscos (SILVA; SILVA, 2013).

Nesse contexto, a Secretaria de Saúde do Estado de Goiás (SES-GO) instituiu o Comitê Estadual de Mobilização Contra a Dengue, com base no Decreto nº 7223, de 21 de fevereiro de 2011. Esse é composto por representantes do poder público e da sociedade civil de Goiás e uma de suas finalidades é a integração de ações de promoção, prevenção e controle da dengue desenvolvidas por todos os segmentos da sociedade goiana (GOIÁS, 2011).

O planejamento de ações, a fim de fortalecer a atuação do Comitê, é uma das maneiras de atender, particularmente, às áreas com problemas de maior relevância diretamente vinculados às ações de combate à dengue em Goiás para, com isto, permitir uma maior integração e fortalecimento da participação de seus membros (GOIÁS, 2011).

O reconhecimento do potencial do Comitê Estadual de Mobilização Contra a Dengue de Goiás para a mobilização de diversos atores em diferentes instâncias para o combate à dengue é um aspecto relevante que norteou a delimitação do objeto de estudo desta pesquisa: a atuação dos representantes do Comitê Estadual de Mobilização Contra a Dengue de Goiás nas ações de prevenção e controle da dengue sob o enfoque da gestão e do planejamento. Embora o Comitê se apresente como espaço favorável para a discussão e o planejamento de ações educativas para o controle da dengue, nem sempre con-

segue realizar, na prática, o que é preconizado (GOIÁS, 2011). Diante disto, investigar a atuação de seus membros poderá contribuir para a reformulação de estratégias de planejamento adotadas pelo Comitê e para o redirecionamento das ações de prevenção e controle da dengue na região centro-oeste.

O presente estudo se orienta pelos seguintes questionamentos: os representantes do Comitê atuam nas ações de prevenção e controle da dengue sob o enfoque da gestão e do planejamento? E de que forma atuam?

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo-analítico, transversal, de natureza qualitativa, tendo como principal público-alvo os representantes do Comitê Estadual de Mobilização Contra a Dengue de Goiás; realizado no período de agosto de 2012 a agosto de 2014. O Comitê se situa no município de Goiânia e é composto por representantes de Instituições públicas e privadas do Estado de Goiás (Quadro 1).

**Quadro 1** – Instituições participantes do Comitê de Mobilização Contra a Dengue do Estado de Goiás, 2014.

I	Secretarias de Estado a) da Saúde (SES) b) da Educação c) do Meio Ambiente e dos Recursos Hídricos (SEMARH) d) das Cidades e) de Gestão e Planejamento
II	Agência Goiana de Transportes e Obras – AGETOP
III	Corpo de Bombeiros Militar
IV	Universidade Estadual de Goiás – UEG
V	Goiás Previdência – GOIASPREV
VI	Ministério Público Estadual - MP
VII	Conselhos: a) Conselho Estadual de Saúde – CES b) Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS c) Conselho Regional de Medicina – CREMEGO d) Conselho Regional de Farmácia – CRF-GO e) Conselho Regional de Enfermagem – COREN-GO
VIII	Federações: a) Federação das Indústrias do Estado de Goiás – FIEG; b) Federação do Comércio - FECOMÉRCIO c) Federação Espírita do Estado de Goiás
XI	Associações: a) Associação Goiana de Municípios – AGM b) Associação Comercial e Industrial do Estado de Goiás – ACIEG c) Associação dos Hospitais Privados do Estado de Goiás - AHPEG d) Associação dos Pastores de Goiânia e) Associação das Donas de Casa - ADC f) Associação de Mantenedores de Instituições de Ensino Superior Privadas
X	Sindicatos: a) Sindicato da Habitação do Estado de Goiás – SECOVIGOIAS b) Sindicato da Construção Civil – SINDUSCON-GO
XI	Clubes de serviços: a) Rotary Club b) Lions Club
XII	União dos Vereadores de Goiás
XIII	Organização das Voluntárias do Estado de Goiás – OVG
XIV	Arquidiocese de Goiânia
XV	Universidade Federal de Goiás – UFG
XVI	Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-GO
XVII	Fundação Nacional de Saúde – FUNASA
XVIII	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente – IBAMA
XIX	União Nacional de Secretários Municipais de Educação – UNDIME

Fonte: GOIÁS, 2011.

Participaram deste estudo 84 (100%) representantes do Comitê Estadual de Mobilização Contra a Dengue de Goiás, dos quais 44 (52,38%) devolveram o questionário respondido. Foram incluídos na pesquisa representantes, de ambos os sexos, de Instituições públicas e privadas integrantes do Comitê e que concordaram em participar do estudo, sendo excluídos os demais.

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre 12 de maio e 27 de junho de 2014, por meio de um questionário elaborado pela própria pesquisadora, composto por 24 perguntas objetivas e duas subjetivas, sendo que neste capítulo apresentaremos os resultados da seguinte pergunta aberta: “Relate, resumidamente, as principais ações de prevenção e/ou controle da dengue realizadas por você entre 2011 e 2013”. De posse dos dados obtidos, foram utilizadas para a análise as ações de prevenção e controle da dengue relacionadas à gestão e ao planejamento.

A pesquisadora entrou em contato com os participantes da pesquisa individualmente, via telefone ou *e-mail*. Para os representantes residentes no município de Goiânia, a pesquisadora agendou o contato para a aplicação do questionário conforme a disponibilidade do respondente; quanto aos participantes residentes em municípios do interior do Estado de Goiás, o questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram encaminhados por *e-mail* e estipulado o prazo de uma semana para que os documentos fossem preenchidos e devolvidos digitalizados.

A análise dos dados foi feita utilizando-se o método Análise de Conteúdo (AC) (BARDIN, 2011) com auxílio do *software* webQDA, que é um programa de apoio à análise

se qualitativa, permitindo a análise de textos, vídeos, áudios e imagens num ambiente colaborativo e com base na internet (BARDIN, 2011; COSTA; LINHARES; NERI DE SOUZA, 2012).

A análise de conteúdo dos dados qualitativos foi realizada por meio da análise temática ou categorial, uma vez que se apresentou como a técnica mais pertinente aos propósitos do estudo: identificação dos temas gestão e planejamento (BARDIN, 2011).

A análise temática foi realizada em três etapas, a saber: pré-análise – enumeração, leitura prévia e digitação das respostas no *software* webQDA; exploração – segunda leitura, realce e agrupamento das categorias e subcategorias; e tratamento dos dados – reagrupamento das categorias e subcategorias e definição das dimensões (BARDIN, 2011).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa/Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (COEP/PR-PPG) da UFG, conforme parecer consubstanciado n° 629.396 (BRASIL, 2012).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Tendo como foco deste estudo os questionamentos: “Os representantes do Comitê atuam nas ações de prevenção e controle da dengue sob o enfoque da gestão e do planejamento? E de que forma atuam?”, foi realizada a análise das respostas dos discursos dos respondentes. Da análise, emergiram quatorze categorias as quais, em virtude de apresentarem semelhanças entre si, foram reagrupadas em dez categorias. Sendo que das dez, três foram objeto de estudo desta pesquisa, a saber: asses-

soria (C8), supervisão (C9) e avaliação (C10) (Quadro 2). É importante sinalizar que a definição destas três categorias se deu sob o enfoque da gestão e do planejamento da atuação dos representantes do Comitê Estadual de Mobilização Contra a Dengue de Goiás nas ações de prevenção e controle da dengue.

**Quadro 2** – Relação das categorias identificadas nos discursos dos participantes do estudo, Goiás, 2014.

CATEGORIAS	REAGRUPAMENTO DAS CATEGORIAS	CATEGORIAS DO OBJETO DE ESTUDO
práticas pedagógicas tradicionais (C1), práticas pedagógicas alternativas (C2), capacitação de recursos humanos (C3), comitê de mobilização contra dengue (C4), mobilização na comunidade (C5), equipes de educação em saúde (C6), prevenção e controle (C7), intersetorialidade (C8), manejo do vetor (C9), manejo ambiental (C10), coordenação (C11), assessoramento (C12), avaliação (C13), supervisão (C14)	palestras (C1), outras práticas (C2), capacitação (C3), equipes de educação em saúde (C4), manejo do vetor (C5), manejo ambiental (C6), intersetorialidade (C7), assessoria (C8), supervisão (C9), avaliação (C10)	assessoria (C8), supervisão (C9), avaliação (C10)

Fonte: Dados da pesquisa.

No que se refere às codificações das categorias, sublinha-se que uma mesma ação pode ter sido mencionada por mais de um participante e um mesmo participante pode ter mencionado, na mesma resposta, ações diferentes. Portanto, os números de referências das ideias são descritas de acordo com o número de vezes em que foram citadas pelos participantes.

As categorias *assessoria*, *supervisão* e *avaliação* foram agrupadas na Dimensão Gestão e Planejamento e o número de referências em que elas apareceram nos discursos foram descritas no Quadro 3.

**Quadro 3** – Frequências das categorias identificadas nos discursos dos participantes do estudo, Goiás, 2014.

DIMENSÃO	ASPECTOS ABORDADOS	CATEGORIAS	Nº DE REFERÊNCIAS
<b>Gestão e Planejamento</b>	Conjunto de ações intencionais, integradas, coordenadas e orientadas para tornar realidade um objetivo futuro, de forma a possibilitar a tomada de decisões antecipadamente. (BRASIL, 2009).	Assessoria	9 (20,9%): apoio técnico e logístico
		Supervisão	4 (9,3%): monitoramento e inspeção nos municípios
		Avaliação	8 (18,6%): cumprimento de metas e consistência dos dados.

Fonte: Dados da pesquisa.

As categorias visualizadas nos discursos dos respondentes foram descritas a seguir.

## ASSESSORIA

Identificou-se no relato dos participantes (n=43) que nove (20,93%) realizaram atividades de assessoramento, por meio de apoio técnico e logístico oferecido aos municípios pela SES-GO.

*Assessoramento aos municípios, distribuição de insumos aos municípios e apoio técnico no controle da dengue (P8).*

*Sempre realizamos assessoria dos 31 municípios do NACE de Formosa [...] (P9).*

*[...] apoio logístico aos municípios [...] (P19).*

Embora os representantes da SES-GO no Comitê tenham desempenhado apoio técnico e logístico aos municípios, as ações se mostraram incipientes e carentes de um Plano de Trabalho, o que corrobora com o estudo de Santos (2012) que, ao avaliar o Sistema de Vigilância da Dengue no Estado de Goiás, observou que a maioria dos participantes não tinha plano de contingência concluído ou não sabia informar.

Ademais, as atividades relacionadas à gestão e ao planejamento foram desempenhadas por uma minoria dos respondentes, o que só vem ratificar os achados de Aragão e Silva (2014). Neste trabalho realizado, também, com o Comitê Estadual de Mobilização contra Dengue de Goiás, os pesquisadores observaram a escassez de ações relacionadas à gestão, predominando atividades de prevenção e controle da dengue nas áreas de educação e mobilização social.

## **SUPERVISÃO**

Houve um total de quatro respondentes (9,30%) que desenvolveram ações de supervisão por meio do monitoramento e da inspeção dos técnicos da SES-GO nos municípios, o que se pode observar pela fala de dois membros do Comitê:

*Entre os anos de 2011 e 2013 foram realizadas supervisões, orientações e acompanhamento nos diversos municípios do NACE de Morrinhos para o combate e controle da dengue (P36).*

*[...] monitorando as ações desenvolvidas como: bloqueios focais, visitas domiciliares, educação em saúde, bloqueios com ultra-baixo volume, manejos ambientais, diante das necessidades fazemos uso de larvicida e inseticida (P40).*



O monitoramento e a inspeção fazem parte das estratégias de planejamento que auxiliam a gestão no processo de prevenção e controle da dengue, contudo, faz-se necessário ampliar a forma como isto é feito de forma a propiciar mudanças positivas e duradouras (DEININGER *et al.*, 2014).

Em se tratando do modelo tecnológico preconizado pela vigilância de agravos à saúde importantes como a dengue, a supervisão dos trabalhos desempenhados pelos representantes do Comitê deve contribuir para promover o diálogo entre os profissionais e favorecer a troca de conhecimentos, superando o caráter punitivo e fiscalizador das inspeções (SILVA; SILVA, 2013).

## AVALIAÇÃO

Sublinha-se que oito (18,60%) membros desempenharam ações de avaliação, considerando o cumprimento das metas pactuadas e a consistência dos dados produzidos, o que se pode deduzir a partir das respostas de alguns participantes:

*[...] avaliação das ações executadas no combate à dengue [...] (P9).*

*[...] avaliação das ações (se foram eficazes) (P19).*

*[...] acompanhamento de metas pactuadas entre MS, Estado e município (P36).*

Considerando a avaliação, deseja-se, com isto, produzir mudanças apropriadas que conduzam à melhoria da qualidade dos serviços prestados (CARVALHO *et al.*, 2012) e, pensando na lógica contextual na qual o Comitê está inserido, a impor-

tância de se avaliar as ações de seus membros está diretamente relacionada à eficácia do plano de trabalho.

No âmbito da gestão e do planejamento, fica explícito que as práticas de monitoramento e avaliação se constituem como um definidor de responsabilidades e um instrumento poderoso de democratização da informação sobre objetivos e metas alcançadas, favorecendo o empoderamento e a mobilização social (CARVALHO *et al.*, 2012).

## CONCLUSÃO

Os representantes do Comitê Estadual de Mobilização Contra a Dengue de Goiás realizam atividades de prevenção e controle contra a doença no campo da gestão e do planejamento, sendo a assessoria a atividade realizada com maior frequência.

Em se tratando da gestão e do planejamento para a prevenção da dengue, a assessoria, a supervisão e a avaliação são extremamente importantes para o desenvolvimento do processo. Todavia, estas ações precisam ser fortalecidas e implementadas dentro do Comitê, empoderando e responsabilizando todos os representantes.

A preocupação e a valorização do planejamento de ações estratégicas contínuas fortalecem a atuação do Comitê de Mobilização Contra a Dengue de Goiás e atende, particularmente, as áreas com problemas de maior relevância.

Portanto, esse reconhecimento resulta em um controle mais eficaz da dengue e, no que tange à vigilância, há um incremento dos programas e uma maior aplicabilidade do que foi planejado.

Este estudo contribui para a melhoria das ações do Comitê no que tange à construção de novos conhecimentos acerca do reconhecimento da capacidade gestora e planejadora do mesmo. Permite uma maior reflexão do que tem sido feito e do que pode ser realizado daqui em diante, fortalecendo a atuação e permitindo uma maior integração de seus membros.

## REFERÊNCIAS

ARAGÃO, A. B.; SILVA, M. A. Atuação do Comitê Estadual Contra Dengue em Goiás em 2011. **Estudos**, Goiânia, v. 41, n. 2, p. 259-274, abr./jun. 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: 70, 2011. 223 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): instrumentos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 46p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Série Cadernos de Planejamento, v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. **Manual de gestão da vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 80 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução CNS 466/2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo Seres Humanos. Brasília: MS, 2012. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/Web\\_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23\\_out\\_versao\\_final\\_196\\_ENCEP2012.pdf](http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico semana epidemiológica (SE) 15 (04/01/15 a 18/04/15)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Acesso em: 20 maio 2015.

CARVALHO, A. L. B. *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciê. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. [S.l.: s.n.], 2014. Disponível em: <<http://wwwn.cdc.gov/epiinfo/7/index.htm>>. Acesso em: 23 jun. 2014.

COSTA, A. P.; LINHARES, R.; NERI DE SOUZA, F. Possibilidades de análise qualitativa no WebQDA e colaboração entre pesquisadores em Educação em Comunicação. In: SIMPÓSIO DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO, 3. 2012, Aracaju. **Anais...** Aracaju, Universidade Tiradentes, 2012. p. 276-286.

DEININGER, L. S. C. *et al.* A sala de situação da dengue como ferramenta de gestão em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 50-56, mar. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000100050&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100050&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 maio 2015.

GOIÁS. Secretaria Estadual de Saúde. **Decreto nº 7.223**, de 21 de fevereiro de 2011. Institui, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, o Comitê Estadual contra a Dengue e dá outras providências. Goiânia: Secretaria Estadual de Saúde, 2011. Disponível em: <[http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina\\_decretos.php?id=8246](http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_decretos.php?id=8246)>. Acesso em: 17 abr. 2015.

LIMA, E. C.; VILASBÔAS, A. L. Q. Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1507-1519, ago. 2011.

SANTOS, K. C. **Avaliação do Sistema de Vigilância da Dengue no Estado de Goiás “Aceitabilidade e Estabilidade”**. 2012. 86f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Goiás, Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Nível Mestrado Profissional, 2012.

SILVA, G. A. P.; SILVA, L. M. V. Organização das práticas de vigilância em saúde em um sistema local. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n. 1, p. 57-73, jan./mar. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global Strategy for Dengue Prevention and Control: 2012-2020**. Genebra: WHO, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/denguecontrol/9789241504034/en/>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

# CAPÍTULO 2

## POLÍTICA DE GENÉRICOS: DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO

**Isabella Maria Diniz Duarte**

**Nelson Bezerra Barbosa**

**Estela Najberg**

### 1. INTRODUÇÃO

A formulação de uma nova política de saúde para o país, traduzida no ideário da Reforma Sanitária e amplamente discutida na VIII Conferência Nacional de Saúde, se tornou o marco da estruturação do capítulo de saúde na Constituição Federal de 1988, trazendo à tona a responsabilidade do Estado quanto à saúde da população. Esta proposta estabeleceu a universalidade do acesso, a equidade na prestação de serviço e a integralidade das ações como princípios norteadores.

A Lei nº 8.080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), contempla os preceitos constitucionais e estabelece que, em seu campo de atuação, está incluída a execução da “assistência terapêutica integral”, “inclusive a farmacêutica” e, entre as ações, a formulação da política de medicamentos (CONASS, 2003).

As recomendações feitas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a adoção de políticas nacionais de medicamentos, com a concepção de medicamentos essenciais, leva-

ram o Ministério da Saúde a aprovar e homologar, em 1998, a Política Nacional de Medicamentos (PNM). Suas principais diretrizes são o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais, a reorientação da assistência farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e a sua regulamentação sanitária, além da adoção da estratégia do uso de medicamentos genéricos (BRASIL, 1998).

A introdução dos medicamentos genéricos no Brasil significou uma alteração no setor farmacêutico no país e trouxe condições favoráveis para a implementação da PNM, seja na regulação sanitária, na econômica e na promoção do acesso. O acordo *Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights* (TRIPS) regulamentou o setor farmacêutico no que tange às patentes e facilitou a comercialização dos genéricos, permitindo que a população tivesse acesso a medicamentos de qualidade e intercambialidade após o período de proteção da patente do medicamento.

Os medicamentos genéricos são medicamentos substitutos a um produto de referência ou inovador, geralmente produzidos após a expiração ou renúncia patentária, comprovadas a sua eficácia, segurança e qualidade (BRASIL, 1976). Nesse sentido a pesquisa buscou resposta para as questões:

1. Quais os marcos legais que contribuíram para a implementação dos medicamentos genéricos no Brasil?
2. Qual a repercussão da política de medicamentos genéricos em relação a novas regras que facilitam o acesso a medicamentos?
3. Qual é a participação dos medicamentos genéricos no mercado de medicamentos brasileiro?

4. Qual o papel da política de medicamentos genéricos na implementação da política nacional de medicamentos?

O presente estudo é um extrato da dissertação de mestrado que teve como objeto de trabalho o processo de implementação da Política de Genéricos e como objetivo descrever e analisar o desenvolvimento da política de medicamento genérico no Brasil. A metodologia utilizada na pesquisa sobre o tema é descritiva, explorando material bibliográfico e documental.

O texto está organizado em torno de três unidades de análises: a primeira categoria abrange os marcos legais da implementação desta política, estabelecendo os antecedentes e os fatos importantes dentro desta, como a própria Política de Saúde e a Política Nacional de Medicamentos. A segunda categoria trata da participação dos medicamentos genéricos no mercado, com retrospectiva da evolução do seu crescimento. A terceira categoria trata do acesso aos medicamentos e da contribuição dos genéricos neste processo.

## **2. MARCOS LEGAIS DA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS NO BRASIL**

### **2.1. Política de Medicamentos: alguns antecedentes**

A assistência farmacêutica no Brasil era realizada de forma centralizada, por meio da Central de Medicamentos (CEME). Criada através do Decreto nº 68.806/1971 (BRASIL, 1971), a CEME era uma sociedade de direito privado que tinha como finalidade desenvolver atividades no âmbito da assistência farmacêutica. Subordinada à Presidência da República, marcou a década de 1980 pela produção e aquisição



de medicamentos essenciais à população, dando início à organização e à ampliação de assistência farmacêutica no Brasil e teve importante atuação com relação à elaboração da lista de medicamentos essenciais,

[...] que a OMS define como os que satisfazem às necessidades prioritárias de saúde da população, sendo selecionados de acordo com sua pertinência para a saúde pública, a existência de evidências sobre sua eficácia, segurança e sua eficácia comparada aos custos. Além disso, enfatiza que devem estar disponíveis no sistema de saúde, em quantidades suficientes, nas formas e doses apropriadas, com garantia da qualidade e informação adequada, ao preço que os pacientes e a comunidade possam pagar (OMS, 2002: 78).

A CEME era responsável por normatizar o sistema de vigilância sanitária incluindo o comércio de drogas, medicamentos e insumos farmacêuticos, através das Leis nº 5.991 (BRASIL, 1973), regulamentada pelo Decreto nº 74.170 (BRASIL, 1974); e nº 6.259 (BRASIL, 1975), regulamentada pelo Decreto nº 78.231 (BRASIL, 1976), que irão, posteriormente, instituir o sistema nacional de vigilância epidemiológica, com a Lei nº 6.360/76 (BRASIL, 1976).

Esta lei teve vários artigos alterados para a inclusão da contribuição da assistência farmacêutica, tendo sido regulamentada pelo Decreto nº 79.094, de 5 de janeiro de 1977, que

começa a delinear uma nova vigilância sanitária até a criação da ANVISA, em 1999. A CEME estabeleceu regras próprias para a cópia de medicamentos (BRASIL, 1977).

A Lei nº 5.772, que instituiu o Código Industrial, estabelecia que não fossem privilegiáveis as substâncias, matérias, misturas ou produtos alimentícios, químicos farmacêuticos e medicamentos de qualquer espécie, bem como os respectivos processos de obtenção e modificação. Com esta lei, qualquer substância ativa descoberta podia ser copiada. (BRASIL, 1971).

O país, mesmo não reconhecendo as patentes no setor farmacêutico, não avançou na produção de fármacos e não conseguiu se tornar autossuficiente devido à falta de investimento contínuo e de um projeto estruturado para o setor farmacêutico, permanecendo à margem do seleto clube dos inovadores de produtos da indústria farmacêutica (LISBOA *et al.*, 2000).

Em consequência deste desrespeito à propriedade industrial, o Brasil sofria pressões internacionais e, tendo em vista o interesse em abrir negociação com outros mercados, fez acordo com a Organização Mundial do Comércio (OMC), assinando o TRIPS e passando a respeitar as patentes internacionais em todos os setores, inclusive o farmacêutico (BERMUDEZ, 1995).

As reclamações constantes pela falta de produtos, perdas, custos, armazenagens e processos burocráticos culminaram na sua desativação, por meio do Decreto nº 2.283, de 24 de julho de 1997 (BRASIL, 1997). Com a desativação da CEME, os anos seguintes foram marcados por um processo de transição dentro do Ministério da Saúde. A Secretaria Executiva ficou responsável pela manutenção das atividades de aquisição e dis-

tribuição dos medicamentos dos Programas Estratégicos para as Secretarias Estaduais de Saúde e ocorreu um amplo processo de discussão no Ministério da Saúde no sentido de definir uma nova política de medicamentos. Com a institucionalização do SUS, necessário se fazia formular uma política de medicamentos consoante com a nova estrutura do sistema de saúde do Brasil.

## **2.2. A emergência do SUS, a implementação da Política de Medicamentos e o papel da ANVISA**

A partir de 1990, coube à Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde coordenar o processo de elaboração e construção da PNM para o Brasil, de modo a acompanhar a reforma do setor. O processo da elaboração desta política foi realizado de forma participativa e democrática envolvendo ampla discussão e resultou na edição da Portaria GM nº 3.916 (BRASIL, 1998), instrumento importantíssimo para o movimento dos medicamentos genéricos, pois apresentou como um dos seus objetivos a promoção do uso destes medicamentos e determinou que o gestor federal deveria identificar os mecanismos necessários para atingir esta finalidade, o que desencadeou a elaboração e a aprovação da Política de Medicamentos Genéricos. A PNM abrange os seguintes instrumentos:

### **➤ Adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)**

Esta relação é integrada pelo elenco de medicamentos essenciais, que devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitam. O Ministério da Saúde estabelece mecanismos que permitam a contínua atua-

lização da RENAME, imprescindível instrumento de ação do SUS. Trata-se, portanto, de meio fundamental para orientar a padronização, quer da prescrição quer do abastecimento de medicamentos, principalmente no âmbito do SUS, constituindo-se em mecanismo para a redução dos custos dos produtos.

A RENAME tem um efeito indutor sobre a indústria farmacêutica, já que o setor público é o maior comprador; portanto a lista serve de “norte” para o setor, informando qual demanda deve ser suprida, favorecendo o uso racional de medicamentos, na medida em que estes são selecionados com base em critérios de eficácia, segurança e custo-efetividade (VIEIRA, 2010).

### ➤ **Reorientação da Assistência Farmacêutica**

O modelo de assistência farmacêutica proposto pela PNM foi reorientado de modo que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. As ações incluídas neste campo da assistência tiveram por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais. A reorientação do modelo de assistência farmacêutica, coordenada e disciplinada em âmbito nacional pelos três gestores do Sistema, deverá estar fundamentada: a) na descentralização da gestão; b) na promoção do uso racional dos medicamentos; c) na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público; d) no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado.

Pode-se destacar como medidas, a partir desta diretriz e prioridade, os programas desenvolvidos de melhoria do aces-

so, como o da Farmácia Popular. A implantação da política de genéricos gerou mudanças no mercado, com a redução de preços, resultando em economia tanto para o consumidor final quanto para o governo, gerando desenvolvimento e manutenção dos programas.

### ➤ **Desenvolvimento científico e tecnológico**

Neste item, propõe-se a revisão da tecnologia de formulação farmacêutica e a dinamização de pesquisas na área, com destaque para aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico nacional, incentivando a integração entre universidades, instituições de pesquisa e setor produtivo. O governo, como ação estratégica, lançou o Profarma – P&D BNDES (Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social), para estimular a pesquisa, desenvolvimento e inovação (P, D & I); além de incentivos fiscais de diversas naturezas para as empresas que realizem pesquisa tecnológica e desenvolvimento (QUENTAL *et al.*, 2008).

### ➤ **Promoção da produção de medicamentos**

A criação da Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos, através da publicação da Portaria nº 2.438/2005 (BRASIL, 2005), foi o instrumento utilizado pelo MS, no sentido de melhoria da produção de medicamentos (KORNIS *et al.*, 2008). O conjunto de laboratórios públicos é capaz de produzir, aproximadamente, 11 bilhões de unidades farmacêuticas/ano, com 195 apresentações farmacêuticas, abrangendo mais de 107 princípios ativos. A produção destes laboratórios representa cerca de 3% da produção nacional em

valor e 10% em volume, sendo equivalente a cerca de 10% do total de compras em medicamentos do Ministério da Saúde (BERMUDEZ; OLIVEIRA; LABRA, 2006).

Uma estratégia do governo para os medicamentos genéricos foi o apoio à indústria nacional para a produção, com o estímulo para a instalação de indústrias e a modernização de suas plantas industriais, através de linhas de financiamento pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), por meio do programa de Apoio ao Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde – BNDES Profarma (BNDES, 2012).

### ➤ **Regulação sanitária de medicamentos**

A necessidade de construir uma nova gestão da assistência farmacêutica no SUS se fundamenta na precisão e no desenvolvimento de ações estruturantes, com aplicação de novos conhecimentos, habilidades, ferramentas e técnicas, indispensáveis à qualificação e à melhoria das atividades desenvolvidas.

Neste sentido, em 1999, o Ministério da Saúde criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Lei nº 9.782 (BRASIL, 1999), definindo a estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, que irá cumprir papel estratégico no desenvolvimento da PNM, incluindo a política em relação aos genéricos.

A ANVISA tem como missão proteger e promover a saúde, garantindo a segurança sanitária dos produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras. A cria-

ção da ANVISA estabeleceu, entre outras medidas, a regulação sanitária de medicamentos no país (OPAS, 2005).

A sua criação criou elementos necessários para a implementação dos genéricos dentro de condições adequadas à regulação sanitária, contribuindo para a garantia da promoção ao acesso da população brasileira aos medicamentos essenciais por um preço reduzido e, ao mesmo tempo, com as necessárias segurança e eficácia, possibilitando seu intercâmbio com o medicamento de referência (COSENDEY *et al.*, 2000).

Nessa política, a legislação inseriu inovações e exigências na produção, por exemplo, a ordenação institucional de que o medicamento genérico faça o teste de bioequivalência, que é um estudo comparativo entre as biodisponibilidades do medicamento de referência, inovador ou original e do genérico correspondente, para garantir a sua autorização e comercialização no país.

Os medicamentos genéricos têm, desta forma, a sua qualidade assegurada pela ANVISA e são de custo mais baixo quando comparados aos medicamentos de referência correspondente. Os genéricos, portanto, são medicamentos que podem ser intercambiáveis com os de referência e garantidos pela qualidade através dos testes de bioequivalência.

### **2.3. Processo de Descentralização: bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica (AF)**

Após a publicação da PNM, dando início ao processo de descentralização da AF no SUS, por meio da portaria GM/MS nº 176/99 (BRASIL, 1999), foram estabelecidos os critérios e requisitos para os estados e municípios se habilitarem a

receber esse incentivo financeiro. Foi instituído o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), que estabelece repasse financeiro do fundo federal diretamente para os fundos estaduais e municipais de saúde, pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com responsabilidade compartilhada entre os três níveis de gestão.

O Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, destinado à aquisição de medicamentos para oferta à população, especialmente, em serviços ambulatoriais do SUS, foi dividido em três componentes: básico, estratégico e especializado. Dentro do bloco da Assistência Farmacêutica consta, também, o componente relativo a sua organização, que é destinado ao custeio de ações e serviços inerentes à AF (CONASS, 2006).

a) Componente Básico – para a aquisição de medicamentos e insumos de AF no âmbito da atenção básica em saúde e daqueles relacionados a agravos e programas de saúde específico.

b) Componente Estratégico – para financiamento dos seguintes programas: controle de endemias (tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas e outras doenças endêmicas); antirretrovirais do programa DST/AIDS (Doenças Sexualmente Transmissíveis/*Acquired Immunodeficiency Syndrome*); sangue e hemoderivados; e imunobiológicos.

c) Componente Especializado – para o financiamento do programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional, destinado ao tratamento de patologias específicas. Entre os usuários destes medicamentos estão os transplantados, os portadores de insuficiência renal crônica, de esclerose múltipla, hepatite viral crônica B e C, epilepsia, esquizofrenia refratárias, doenças genéticas, entre várias outras.



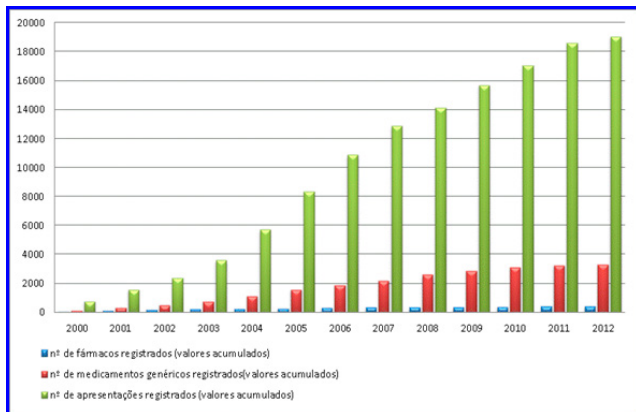
A orientação do Ministério da Saúde para o setor, explicitada na Portaria nº 3.916, estabeleceu avanços, como a reorientação da AF, descentralização e financiamento, a regulação sanitária, ação de controle aos registros de medicamentos e produção, o estímulo à produção de medicamentos no setor privado e oficial, incluindo o medicamento genérico.

### **3. PARTICIPAÇÃO DOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS NO MERCADO BRASILEIRO**

Desde a implantação da política de medicamentos genéricos no Brasil, em 1999, o mercado de medicamentos genéricos apresenta uma franca expansão. A aprovação da Lei nº 9.787/99 (BRASIL, 1999) fez com que fossem criadas as condições para a implantação do medicamento genérico no Brasil, em consonância com normas adotadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e países da Europa, Estados Unidos e Canadá.

No ano de 2000, teve início a permissão para os primeiros registros de medicamentos genéricos e a produção. Os primeiros genéricos foram registrados quase seis meses depois da publicação da Resolução nº 391 (BRASIL, 1999), que estabelecia as condições de registro, fabricação, controle de qualidade, testes, prescrição e dispensação, conforme a Resolução nº 74 de fevereiro de 2000 (BRASIL, 2000). O Brasil acumulou os seguintes números: 342 fármacos, 2.839 registros de medicamentos e 15.672 apresentações (ANVISA, 2012). O Gráfico 1 apresenta o número de registros desde 2000.

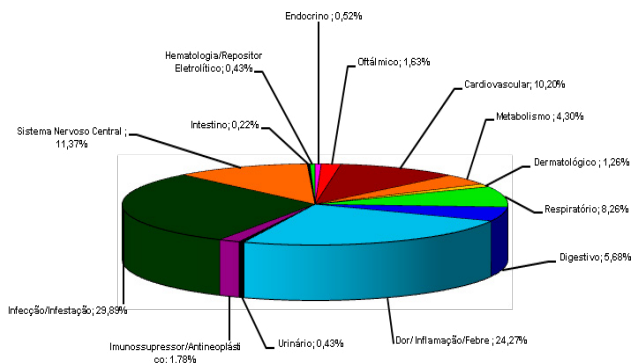
**Gráfico 1** – Número de registros de genéricos – valores acumulados, Brasil – 2000 a 2012.



Fonte: ANVISA, 2012.

Em 2004, os medicamentos genéricos cobriam 60% da prescrição médica. Nas últimas décadas, ampliou-se a abrangência do medicamento de modo que, hoje, existem produtos para quase todas as enfermidades. Nesta década, a situação não é diferente: os genéricos cobrem quase 90% das doenças existentes, de acordo com o Gráfico 2, e representam um avanço considerável para a população ao longo do processo de implantação/implementação da política de medicamentos genéricos.

**Gráfico 2** – Distribuição do registro por ação geral do Medicamento.



Fonte: ANVISA, 2011.

O mercado de genéricos no Brasil, desde o seu lançamento, vem crescendo mês a mês, seja em número de unidades, que é o mais importante, seja em valores. No período 2001–2004, no Brasil, o mercado farmacêutico geral esteve praticamente estagnado. Em contraposição, o mercado de genéricos continuou crescendo (VALENTE, 2006). Em 2009, cresceu 8,4%, com 300 milhões de unidades comercializadas. A receita atingiu R\$ 3,7 bilhões, com aumento de 19% sobre 2008. Com este resultado, a participação dos genéricos no mercado total de medicamentos ficou em 18,6%, um desempenho bom para o setor, mas tímido, se comparado ao de outros países como os Estados Unidos cujo índice de medicamentos genéricos no mercado é de 60% de participação em volume, já com mais de 20 anos de existência (PRÓ-GENÉRICOS, 2009). O segmento dos genéricos foi o que mais cresceu nos últimos anos, atingindo um crescimento, nos últimos cinco anos, de 33,48% em unidades (Tabela 1).

**Tabela 1 – Mercado farmacêutico em unidades.**

Unidades	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Crescimento%
<b>Total Mercado</b>	1.374.336.745	1.436.958.119	1.443.723.435	1.531.485.211	1.631.114.224	1.786.557.168	2.090.626.315	
<b>Mercado Farmacêutico</b>	1.217.204.260	1.242.016.178	1.245.423.375	1.295.170.206	1.350.681.822	1.450.929.819	1.642.634.587	13,21
Fatia do mercado	88,57	86,43	86,26	84,57	82,81	81,21	78,57	
<b>Mercado Genérico</b>	157.132.485	194.941.941	198.309.060	236.315.005	280.432.402	335.627.349	447.991.728	
Fatia do Mercado Genérico	11,43	13,57	13,74	15,43	17,19	18,79	21,43	33,48

Fonte: IMS *Health* do Brasil, 2011.

Em 2011, as vendas totais do setor farmacêutico somaram R\$ 36,741 bilhões, um aumento de 17% sobre o ano anterior. O mercado de genéricos em moeda local atingiu, neste ano, R\$ 6,378 bilhões. Comparado com 2009 e 2010, teve crescimento de, respectivamente, 41,80% e 27,61%. De acordo com os dados consolidados pela consultoria IMS *Health*, o crescimento médio nos últimos cinco anos foi de 38,16% (Tabela 2).

**Tabela 2** – Mercado Farmacêutico em Reais R\$.

Moeda Local	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Cresc. %
<b>Total Mercado</b>	19.231.115.322	21.452.318.060	21.659.987.914	23.850.063.264	26.475.479.496	30.603.279.976	36.741.794.020	20,06
<b> Mercado Farmacêutico</b>	17.505.190.149	19.150.553.881	19.301.111.215	20.857.276.920	22.763.461.226	25.986.318.300	30.363.103.268	
Faixa do Mercado	91,02	89,27	89,11	87,45	85,98	84,91	82,64	16,84
<b> Mercado Genérico</b>	1.725.925.173	2.301.764.179	2.358.876.699	2.992.786.344	3.712.018.270	4.616.961.676	6.378.690.752	
Faixa do Mercado	8,98	10,73	10,89	12,55	14,02	15,09	17,36	38,16

Fonte: IMS *Health* do Brasil, 2011.

A indústria farmacêutica no Brasil passou por grandes transformações após a implantação da política de medicamentos genéricos, que conquistou um grande espaço no mercado nacional. Em 2002, contava com apenas 29 laboratórios farmacêuticos no Brasil e, em 2009, salta para 83 laboratórios, demonstrando o quanto o setor está aquecido (ANVISA, 2012).

Existem 101 laboratórios produzindo genéricos no Brasil, dez vezes mais do que em 2000, uma indústria genuinamente brasileira e que conta com 90% de capital nacional. A política de genéricos fortaleceu a indústria brasileira, fato observado pela presença de quatro empresas dentre as seis maiores que produzem genéricos. Por origem de capital, 88% são nacionais; 3,6% indianas; 1,8% alemãs; 5,1% suíças; 1,1% americanas e; 0,3% canadenses (PROGENÉRICOS, 2012).

A implantação da política dos medicamentos genéricos buscou ampliar o acesso da população a medicamentos com qualidade garantida e preço menor para a população. O genérico é uma realidade no Brasil. A produção de medicamentos genéricos é uma alternativa que os países em desenvolvimento têm utilizado para garantir o acesso de forma adequada.

#### **4. POLÍTICA DE GENÉRICOS E ACESSO AO MEDICAMENTO**

A situação mundial do acesso a medicamentos essenciais é ainda considerada crítica. Embora a atenção à saúde seja um direito fundamental, o que inclui o acesso aos medicamentos essenciais, a OMS estima que cerca de dois bilhões de pessoas (1/3 da população mundial) não têm este direito assegurado (OPAS, 2005).

O consumo *per capita* de medicamento é extremamente desigual, variando cerca de US\$ 400,00/ano, em países desenvolvidos, a US\$ 4,00/ano, em países em desenvolvimento. Segundo estimativas da OMS, em termos de valores, 15% da população mundial consomem mais de 90% da produção mundial de medicamentos (OPAS, 2005).

Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) mostra que os gastos com remédios comprometem 12% da renda dos mais pobres. O gasto médio mensal com medicamentos chega a R\$ 6,55 por pessoa. Entre as famílias mais ricas, o gasto médio *per capita* é de R\$ 59,62, que representa apenas 1,7% da renda e nove vezes mais do que o das famílias mais pobres. Segundo o IPEA, o consumo por pessoa de remédios comprados na rede privada diminuiu de 11,24 para 9,24 unidades entre 1999 e 2009, uma redução de 19,9%. O estudo destaca que, do total da população mais pobre, 64,3% tiveram acesso ao medicamento gratuito fornecido pelo SUS, enquanto que, na população mais rica, o percentual é de apenas 15,9% (ALBUQUERQUE, 2010).

#### **4.1 Estratégias do Ministério da Saúde para ampliar o acesso**

Uma das ações de atenção à saúde do governo brasileiro tem sido o fomento da produção pública de medicamentos. Os laboratórios oficiais contribuem para atender as necessidades de medicamentos essenciais, especialmente destinados à atenção básica e direcionados para o suprimento das demandas oriundas das esferas estadual e municipal do SUS (OPAS, 2005).

Em 2005, o Ministério da Saúde criou a Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos (RBPPM) com o

propósito de aperfeiçoar a gestão e socializar as iniciativas de fomento e de desenvolvimento tecnológico dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais (LFO) (BRASIL, 2005).

A RBPPM produz medicamentos de diversas classes terapêuticas – analgésicos, antirretrovirais, hipertensivos, antibióticos, vacinas, etc. (TEMPORÃO *et. al.*, 2005) –, com capacidade potencial de 16,6 bilhões de UFs/ano, sendo que todo este potencial ainda não atende todo o elenco da RENAME, não suportando a demanda do MS (MAGALHÃES; BOECHAT; ANTUNES, 2011). Além de fomentar a rede pública para incremento da produção, o governo investiu na ampliação da rede de distribuição de medicamentos, por meio de iniciativas como o Farmácia Popular, lançado em junho de 2004. Este programa é a estratégia do MS para ampliar o acesso a medicamentos, em especial para a população mais carente. O Programa possui uma rede própria de farmácias populares e a parceria com farmácias e drogarias da rede privada, chamada de “Aqui tem Farmácia Popular”.

O programa “Aqui tem Farmácia Popular” oferece à população medicamentos com até 90% de desconto, para o tratamento de asma, incontinência, osteoporose, rinite, colesterol, doença de Parkinson, glaucoma e anticoncepcionais. Em 2011, o MS lançou o “Saúde Não Tem Preço”, uma ação dentro do programa “Farmácia Popular” que distribui gratuitamente medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, identificados pelo princípio ativo.

O negócio é bom para o freguês, porque agora ele não paga nada. É bom para a farmácia, porque o cliente acaba comprando mais alguma coisa. É bom para os laborató-



rios porque, vendendo grandes quantidades ao MS, ganham com a expansão do mercado (GASPARI, 2012).

Por meio do “Saúde Não Tem Preço”, em um ano de implementação, a iniciativa mais que triplicou o número de brasileiros beneficiados com medicamentos gratuitos. No primeiro ano do programa, foram beneficiadas mais de 7,8 milhões de pessoas nas farmácias e drogarias credenciadas (MS, 2013).

Em um ano, a quantidade de hipertensos beneficiados aumentou 318%, saltando de 658 mil para 2,7 milhões; no mesmo período, o número de diabéticos beneficiados aumentou 230%, passando de 306.826 para 990.453. Este aumento do acesso se deve, em grande parte, à expansão dos pontos de retirada dos medicamentos (BRASIL, 2013). O programa melhora a qualidade de vida das pessoas e resulta em economia de recursos para o SUS, uma vez que, desde o seu lançamento, o número de internações por conta da hipertensão e diabetes vem diminuindo. Em 2011, foram menos 8,4 mil internações por causa da hipertensão e 2,7 mil a menos por causa do diabetes (BRASIL, 2012).

O acesso da sociedade ao medicamento de qualidade é quesito básico para a AF e para o próprio SUS. Entretanto, percebe-se que este ocorre de forma que compromete os fundamentos do sistema e da Constituição apresentando como: falta de recurso e pessoal, em especial hospitalar; espera longa para atendimento; desvalorização da atenção primária; desajustes entre a prestação de serviços públicos e os planos de saúde; prestação de serviço insuficiente; ausência na qualidade desejada; erros médicos; alta de medicamentos; e o uso irracional. (CONASS, 2010).

## 5. CONCLUSÃO

O setor público é o grande incentivador da política de medicamentos genéricos, aportando os recursos necessários, utilizando as mídias com esclarecimentos à população, adotando medidas necessárias para a industrialização, estabelecendo legislação pertinente para viabilizar os genéricos, e, quando necessárias, ações de correções, tudo com o intuito de que a política funcione durante a sua implementação.

A entrada de medicamentos genéricos tem revelado impacto sobre o mercado, como a redução dos preços de medicamentos; inclusive aqueles de referência que sofreram diminuição em resposta à oferta dos genéricos no mercado, permitindo um maior acesso da população a medicamentos.

A melhoria de avanço no acesso é realidade na conjuntura social e econômica do país. Contudo a produção de medicamentos genéricos não é suficiente para garantir o acesso de forma adequada, ainda, demandando investimentos em outros aspectos relacionados a essa questão.

A política é positiva, mas ainda há muito o que se avançar: já que se fala em um SUS com integralidade nas suas ações, o acesso a medicamentos é condição para o alcance desta integralidade no âmbito da assistência. Assim, são necessárias políticas que fortaleçam a organização da AF e um estudo minucioso, sobretudo em relação ao acesso.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Estatísticas, valores acumulados**. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 5 abr. 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Mercado de genéricos no Brasil**. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2012.

ALBUQUERQUE, F. Estudo do IPEA mostra que gasto com remédios comprometem 12% da renda dos mais pobres. **Revista Cidadania & Meio Ambiente**. 2010. Disponível em: <[www.ecodebate.com.br](http://www.ecodebate.com.br)>. Acesso em: 12 mar. 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS – PRÓ-GENÉRICO. Disponível em: <<http://www.progenericos.org.br>>. Acesso em: 15 maio 2013.

BANCO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL – BNDES. Disponível em: <<http://www.bndes.gov.br>>. Acesso em: 12 maio 2012.

BERMUDEZ, J. A. Z. **Indústria farmacêutica, estado e sociedade: crítica da política de medicamentos no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1995.

BERMUDEZ, J. A. Z. *et al.* **Acordo TRIPS da OMC e a proteção patentária no Brasil**. Rio de Janeiro: Núcleo de Assistência Farmacêutica/ENSP/FIOCRUZ, 2000.

BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, E. A.; LABRA, M. E. A. produção pública de medicamentos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2379-2389, 2006.

BRASIL. **Decreto nº 68.806**, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1971.

BRASIL. **Lei nº 5.772**, de 21 de dezembro de 1971. Institui o Código da Propriedade Industrial, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1971. Disponível em: <[www.dataprev.gov.br](http://www.dataprev.gov.br)>. Acesso em: 15 maio 2012.

BRASIL. **Lei nº 5.991**, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Brasília, 1973. Disponível em: <[www.cff.org.br](http://www.cff.org.br)>. Acesso em: 10 maio 2011.

BRASIL. **Decreto nº 74.170**, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 11 jun. 1974. Disponível em: <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>. Acesso em: 10 mar. 2011.

BRASIL. **Decreto nº 6.259**, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

BRASIL. **Decreto nº 78.231**, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 e outubro de 1975, que 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: Ministério da Saúde, 1976.

BRASIL. **Decreto nº 79.094**, de 5 de janeiro de 1977. Regulamenta a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que submete a sistema de vigilância sanitária os medicamentos, insumos farmacêuticos, drogas, correlatos, cosméticos, produtos de higiene, saneantes e outros. Brasília, 1977.

BRASIL. Decreto nº 2.283, de 24 de julho de 1997. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN e a desativação da Central de Medicamentos - CEME, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** - Seção 1 – 25 de julho de 1997, p. 16019. Disponível em: <www.camara.gov.br>. Acesso em: 10 maio 2012.

BRASIL. **Lei nº 6.360**, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências. Brasília, 1976.

BRASIL. **Lei nº 9.782**, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. Brasília, 1999.

BRASIL. **Lei nº 9.787**, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1999.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 3916/98**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Ministério da Saúde. Brasília, 1998.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 176/99**. Estabelece Critérios e requisitos ao Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica. Ministério da Saúde. Brasília, 1999.

BRASIL. **Portaria GM nº 2.438**, de 7 de dezembro de 2005. Revoga Portaria nº 843/GM, de 02 de junho de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Resolução nº 391**, de 9 de agosto de 1999. Aprova o Regulamento Técnico para Medicamentos Genéricos. Brasília, 1999.

BRASIL. **Em um ano, mais que triplica número de beneficiados**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <www.portalsaude.saude.gov.br>. Acesso em: 12 jun. 2013.

BRASIL. **Saiba como retirar de graça medicamentos para diabetes, hipertensão e asma**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[www.blog.saude.gov.br](http://www.blog.saude.gov.br)>. Acesso em: 17 jun. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Relatório do Seminário Internacional de Assistência Farmacêutica do CONASS**. Brasília: CONASS, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Para entender o Pacto pela Saúde**. Brasília: CONASS, 9 maio 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

COSENDEY, M. A. E. *et al.* Assistência farmacêutica na Atenção Básica de Saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 171-182, 2000.

GASPARI, E. **Saiba como retirar de graça medicamentos para diabetes, hipertensão e asma**. 2012. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br>>. Acesso em: 17 jun. 2013.

IMS Health. **International Medical Statistics**. Incorporated Intelligence Applied. Geneva, 2011.

LISBOA, M. *et al.* **Política governamental e regulação do mercado de medicamentos**, 2000. Disponível em: <[www.fazenda.gov.br/central-de-documentos](http://www.fazenda.gov.br/central-de-documentos)>. Acesso em: 20 jun. 2013.

KORNIS, G. E. M. *et al.* **Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006)**. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 85-99, jan./mar. 2008.

MAGALHÃES, J. L.; BOECHAT, N.; ANTUNES, A. M. S. Laboratórios farmacêuticos oficiais e sua relevância para saúde pública do Brasil. FIOCRUZ. RECIIS – **Rev. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, mar. 2011.

MAGALHÃES, J. L.; BOECHAT, N.; ANTUNES, A. M. S. Principales desafios de la producción pública de medicamentos en Brasil y panorama del sistema de salud. **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 34, n. 3, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde; Ministério da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**: proposta. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 8 set. 2011.

QUENTAL, C. *et al.* Medicamentos genéricos no Brasil: impactos das políticas públicas sobre a indústria nacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, (supl.), p. 619-628, 2008.

ROMANO, R.; BERNARDO, P. J. B. Padrões de regulação de preços do mercado de medicamentos. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Org.). **Brasil: Radiografia da Saúde**. Campinas: Instituto de Economia; UNICAMP, 2001.

TEMPORÃO, J. G. *et al.* **Vacinas, soros e imunizações no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 420 p.

VALENTE, V. **Medicamentos genéricos**: uma pílula difícil de engolir para a grande indústria. 2006. Disponível em: <<http://www.wharton.universia.net/>>. Acesso em: 25 jun. 2015.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud. Pública**, v. 27, n. 2, p. 149-156, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Medicines Strategy 2004-2007**: countries at the core. Genebra: WHO, 2004.

# CAPÍTULO 3

## OS DESAFIOS DO PLANEJAMENTO REGIONAL COMPARTILHADO À LUZ DO DECRETO Nº 7508: UM ESTUDO DE CASO SOBRAL – CEARÁ

**Gisela da Costa Mascarenhas**

**Helena Eri Shimizu**

### INTRODUÇÃO

O Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8080/1990, recoloca a necessidade de aprimorar o planejamento regional integrado para a garantia da integralidade da atenção (BRASIL, 1990; 2011). Este Decreto estabelece alguns dispositivos e instrumentos para promover a regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) com o propósito de implementar a integralidade da atenção, contudo, são diversos os desafios para operacionalizá-los no âmbito regional (BRASIL, 2011).

O termo integralidade é polissêmico; mormente, pode ser compreendido como rede de serviços com distintos níveis de complexidade e de competências em que a integração entre as ações se realiza e satisfaz o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo ou pela coletividade (MATOS, 2004; MARINHO, ANDRADE, 2014).

Em decorrência da forma de descentralização adotada no Brasil, a municipalização autárquica tem dificultado a garantia e a organização da atenção em rede, apesar dos avanços



relacionados à maior autonomia financeira. Isto ocorre porque o município é o responsável pela gestão do sistema de saúde no âmbito local. Em realidade, esta forma de organização tendeu a construir sistemas de saúde fechados, conduzindo à fragmentação dos serviços, à perda de qualidade e à ineficiência na utilização dos recursos (SILVA; GOMES, 2013).

Alguns países, como Inglaterra, Alemanha, Itália, Espanha e Canadá, que têm adotado a descentralização articulada a processos de regionalização têm conseguido melhorar a organização de redes de serviços associadas à criação e ao fortalecimento das autoridades sanitárias regionais, com extensão das funções de planejamento e gestão sobre as políticas de saúde (LIMA *et al.*, 2012).

No Brasil, a regionalização em saúde ganhou destaque ao ser editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), em 2001, que foi reformulada em 2002 e, posteriormente, com a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006 (BRASIL, 2004; 2005; 2006a; b; c). Concordamos com Lima *et al.* (2012) que afirmam que este processo teve início tardio, se organizando após sucessivos ciclos de descentralização, que foram induzidos pela esfera federal e sem uma definição adequada do papel dos governos estaduais.

No entanto, o Pacto pela Saúde introduziu mudanças significativas na forma de condução do planejamento regional, estimulando a articulação solidária entre as três esferas de governo, de modo a conferir direcionalidade à gestão pública da saúde, incluindo as ações de monitoramento e avaliação. Neste sentido, o Pacto pela Saúde induziu uma nova forma de realizar planejamento que ultrapassa o nível municipal, com foco em uma perspectiva regional. Um planejamento que con-

sidere as especificidades do território, as necessidades de saúde da população e a definição de diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas mediante ações e serviços programados pelos três entes federados.

Apesar dos progressos permitidos pelo Pacto, algumas regiões não conseguiram avançar no processo de regionalização cujo propósito é garantir aos seus usuários serviços de qualidade, ao menor custo social, econômico e sanitário possível. Nesta lógica, o sistema regional de saúde recompõe uma escala necessária à organização dos serviços ao agregar, em um sistema cooperativo, um conjunto de municípios. Consequentemente, pode ajudar a promover a equidade, ao desconsiderar recursos exclusivamente articulados em poucos polos estaduais e, ainda, reduzir os custos sociais altíssimos decorrentes dos deslocamentos de longas distâncias dos usuários do SUS, para fora de suas regiões, situação bastante comum em nosso país (SILVA; GOMES, 2013).

A despeito dos progressos na discussão sobre planejamento regional trazidos, tanto pelos instrumentos normativos do Ministério da Saúde (MS) como pelas instâncias de gestão do SUS, ainda existem grandes dificuldades para a operacionalização da regionalização em saúde, que se caracteriza como espaço permeado pelo poder, por contradições e conflitos permanentes.

Existe certo consenso quanto ao fato de que tanto a descentralização quanto a regionalização da saúde são recomendadas como alternativas para melhorar a eficiência administrativa e a maior participação dos serviços, com destaque para a participação e autonomia locais, bem como para favorecer a redistribuição do poder e, eventualmente, reduzir as

tensões *loco-regionais*. Estes processos devem ser viabilizados por mecanismos financeiros e administrativos. O Decreto nº 7.508/2011, conforme colocado anteriormente, busca esclarecer os instrumentos para promover a regionalização do SUS mediante uma rede de atenção; no entanto, ainda não está claro como estruturá-la em níveis acessíveis ao cidadão.

No Estado do Ceará, após a publicação do Decreto nº 7.508/2011, em março de 2012, teve início o processo de construção do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), sob a coordenação estadual, com a presença e o apoio do MS para a difusão de informações, alinhamentos de entendimentos dos dispositivos do Decreto e discussões de agenda de trabalho.

Contudo, há que se destacar que, apesar do grande investimento do MS para que os estados adiram ao COAP, diversos estados brasileiros têm apresentado resistências, por diversos motivos, sobretudo devido à indefinição de responsabilidade dos diferentes entes federados. Santos e Andrade (2011) esclarecem que se trata de um contrato administrativo que visa oferecer maior segurança jurídica aos entes participantes da região de saúde. Experiências similares têm sido adotadas por alguns países, como França, Itália e Espanha, logrando sucesso na oferta de serviços de saúde necessários à população que vive em um território (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Assim, este estudo tem como objetivo analisar a implantação dos dispositivos do Decreto nº 7508/2011 no Estado do Ceará, a fim de examinar o processo de construção do planejamento regional, especialmente o mapa de saúde da Região de Sobral, com o propósito de verificar as suas potencialidades e fragilidades.

## MÉTODO

Trata-se de estudo de caso, qualitativo, justificado pela novidade devido à escassez de estudos dos processos de planejamento regional em saúde, em curso no Brasil. Ademais, esta abordagem permite privilegiar a investigação das relações sociais e políticas estabelecidas pelos atores – a historicidade, as crenças e os valores acerca do objeto (YIN, 2001).

O Estado do Ceará conta com cinco macrorregiões de saúde: Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Cariri e Litoral Leste/Jaguaribe, subdividas em 22 regiões de saúde, e compostas por 184 municípios (CEARÁ, 2011). Para delimitação destas regiões, o Estado do Ceará estabeleceu os seguintes critérios: malha viária; proximidade dos municípios; deslocamento da população aos serviços de saúde; capacidade máxima dos serviços de saúde, existente nos municípios; sentimento de pertencimento e interdependência; e por fim, disposição política para pactuação.

Para este estudo, escolheu-se a região de Sobral que, em 2012, contava com uma população de 629.957 habitantes. A Tabela 1 apresenta a composição municipal e a distribuição populacional:

**Tabela 1** – Região de Saúde de Sobral, segundo distribuição populacional dos municípios, 2012.

<b>Municípios</b>	<b>Nº Habitantes</b>
1) Alcântaras	11.171
2) Cariré	18.629
3) Catunda	10.218
4) Coreaú	22.653
5) Forquilha	22.998
6) Frecheirinha	13.402
7) Graça	15.281
8) Groaíras	10.668
9) Hidrolândia	19.882
10) Ipu	41.190
11) Irauçuba	23.202
12) Massapé	36.854
13) Meruoca	14.377
14) Moraújo	8.393
15) Mucambo	14.335
16) Pacujá	6.131
17) Pires Ferreira	10.556
18) Reriutaba	19.281
19) Santa Quitéria	43.358
20) Santana do Acaraú	31.133
21) Senador Sá	7.210
22) Sobral	197.663
23) Uruoca	13.348
24) Varjota	18.024
<b>Total populacional</b>	<b>629.957</b>

Fonte: Secretaria Estadual do Ceará, PDR – CE, 2011.

Adotou-se, como procedimento de coleta de dados, a análise documental das atas das reuniões das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e Comissões Intergestores Regionais (CIR), do mapa da saúde contido no COAP, Parte II – Anexo I e da observação participante realizada pela pesquisadora das reuniões de construção de todo o processo de planejamento regional, especialmente o da Região de Sobral.

Para a avaliação das atas, optou-se pela análise de conteúdo, considerando-se as seguintes etapas: leitura flutuante, apreensão das principais unidades de significados e análise dos principais aspectos acerca do planejamento participativo na região de saúde.

Além disso, com base no modelo desenvolvido por Lima *et al.* (2012), analisou-se a dinâmica da implantação do Decreto nº 7508/2011, a fim de examinar o processo de construção do planejamento regional, com destaque para a Região de Sobral, a saber: a) responsabilidades das Comissões Intergestores Bipartite e Comissões Intergestores Regional no Planejamento Regional Integrado, quanto a: presença de assuntos, de questões relativas ao planejamento regional integrado; definição de diretrizes para o processo; presença de construção conjunta da agenda de planejamento regional; frequência e regularidade das discussões relativas ao processo de planejamento regional; e a capacidade de atuação da CIR para o tema, quanto a: capacidade de formular e implementar políticas; capacidade de gerar coordenação intergovernamental (parcerias, formalização de compromissos; superação de impasses e conflitos); capacidade de adaptação do tema à realidade regional; capacidade de gerar inovações para o tema (mudanças nos padrões de relacionamentos intergovernamentais).

## **RESULTADOS**

### **O contexto histórico da regionalização da saúde no Estado do Ceará**

O Estado do Ceará possui um histórico de regionalização da saúde que data do ano de 1998, com a aprovação de um

conjunto de diretrizes visando à atenção primária, secundária e terciária, pelo Conselho Estadual de Saúde daquele estado (CEARÁ, 1998), operado inicialmente em sistemas microrregionais de serviços de saúde. A primeira experiência de regionalização de serviços ocorreu em novembro daquele ano, com o projeto piloto da microrregião de Baturité.

A edição da NOAS SUS 01/2001 influenciou fortemente o modelo de descentralização regionalizada no estado. Durante o processo de implantação desta norma, em 2001, foi construído o primeiro Plano Diretor de Regionalização do estado bem como constituídas e legitimadas as instâncias importantes para a conformação da política de saúde: a CIB, e posteriormente Colegiados de Gestão Regional.

Verifica-se que o estado, historicamente, vem investindo no processo de regionalização, inclusive com a criação de instâncias de gestão que permitem a institucionalidade do processo, fundamental para garantir a legitimidade da cogestão regional.

Atualmente, o Estado do Ceará dispõe de uma Coordenadoria Regional de Saúde para coordenar as regiões de saúde. Conta, ainda, com um coordenador regional de saúde, dois assessores diretos: um assessor técnico e um assistente técnico administrativo financeiro, além de uma equipe técnica de apoio.

As coordenadorias regionais dispõem de um colegiado interno de gestão, composto por gestores (coordenador regional, assessor técnico e assistente técnico administrativo-financeiro) e por representantes dos grupos de trabalho (grupo de vigilância à saúde, grupo de atenção à saúde, grupo de gestão estratégica e participativa, grupo de recursos humanos e grupo de apoio logístico).

Cada região possui uma CIR, com a finalidade de pactuar a organização, o funcionamento das ações e serviços de saúde (dentre as quais as diretrizes regionais para a organização das redes de atenção); as referências da atenção para o atendimento da integralidade da assistência; bem como os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS. A CIR é composta por representantes da Secretaria Estadual de Saúde na região, representada pelo Coordenador Regional, pelo assessor técnico, pelo assistente técnico da Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) e por todos os secretários municipais de saúde da região.

### **O processo de construção do COAP no Estado do Ceará**

Após a publicação do Decreto nº 7.508/2011, em março de 2012, teve início o processo de construção do COAP no Estado do Ceará, sob a coordenação estadual, com presença e apoio do MS para difusão de informações, alinhamentos de entendimentos dos dispositivos do Decreto e discussões de agenda de trabalho.

Foram constituídos os atores estratégicos para o processo, a saber: Governo do Estado, por meio da Secretaria da Saúde; Municípios, por meio da Associação dos Municípios do Estado do Ceará (Aprece) e Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS/CE); e Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A seguir, ocorreu a disseminação de informações e sensibilização dos gestores acerca do COAP para prefeitos e secretários municipais de saúde; e a sensibilização dos procuradores e assessores jurídicos dos três entes federados.



Para a elaboração do COAP, os três entes federados pactuaram oito etapas, a saber: 1) formação da Comissão de Condução Estadual do Processo de Elaboração do COAP; 2) definição dos momentos de elaboração do COAP e construção de uma agenda de compromisso; 3) preparação das equipes regionais: coordenadores e assessores técnicos das CRES; 4) 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 – modelo padrão; 5) monitoramento e recondução do processo; 6) análise de consistência interna das minutas e ajustes dos instrumentos de planejamento; 7) pactuação e aprovação dos COAP nas CIR; 8) homologação dos COAP na CIB; 9) assinaturas dos COAP pelos entes signatários.

Com base no planejamento estratégico, foram, então, definidos momentos para a elaboração do COAP, a saber: Momento 1 – Definição do Território; Momento 2 – Análise Situacional: Mapa da Saúde; Momento 3 – Definição das Ações de Intervenção; Momento 4 – Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde; Momento 5 – Identificação das Responsabilidades Orçamentárias e Financeiras. Alguns momentos ocorreram de forma concomitante.

Na construção conjunta da agenda de planejamento regional, verificou-se que a CIB-CE foi indutora, orientadora das diretrizes para o processo, com elevada frequência e regularidade de discussões relativas ao processo de planejamento regional. A assunção da liderança do processo pelo estado se mostrou imprescindível.

Quanto à presença do tema na agenda de discussão da CIR–Sobral, houve assuntos e questões relativas ao planeja-

mento regional integrado amplos, compartilhados e em grau elevado. A construção conjunta da agenda de planejamento regional foi realizada de forma compartilhada com os atores institucionais da região: secretários municipais de saúde e técnicos das secretarias municipais e da Secretaria Estadual de Saúde. A frequência e a regularidade das discussões relativas ao processo de planejamento regional foi, também, elevada.

A capacidade de atuação da CIR–Sobral apresentou grau elevado tanto para formular e implementar políticas quanto para gerar coordenação intergovernamental (parcerias, formalização de compromissos, superação de impasses e conflitos), adaptar o tema do planejamento regional integrado à realidade regional e para gerar inovações para o tema (mudanças nos padrões de relacionamentos intergovernamentais).

### **Potencialidades e fragilidades do Mapa da Saúde de Sobral**

Em relação ao tema estrutura do sistema de saúde, verificou-se que, embora haja identificação de cobertura da atenção primária, da atenção psicossocial e das equipes de saúde bucal, não resta claro o tipo de prestador das estruturas hospitalares, das farmácias e dos serviços de apoio diagnóstico disponíveis, dentre outros.

Quanto às redes de atenção, verificou-se a indicação de que a atenção primária é a principal porta de entrada. Em relação ao acesso à média e alta complexidade, identifica-se que o referenciamento se dá por meio da pactuação entre os entes signatários. Por fim, verificou-se que as redes temáticas: Cego-nha, Atenção às Urgências e Atenção Psicossocial se encontravam em processo de implantação.

No que tange às condições sanitárias, percebeu-se que os elementos necessários para a identificação da situação epidemiológica, socio sanitária, bem como para a definição das Diretrizes, Objetivos, Indicadores e Metas para a região foram satisfatoriamente demonstrados.

Os fluxos de acesso foram evidenciados, indicando o caminho e a distância a serem percorridos pelos usuários quando da ocorrência de eventos que requerem atenção de média e alta complexidade. Foi observada relevância para o município de Fortaleza como referência de toda a demanda de alta complexidade da região de Sobral.

A previsão dos recursos orçamentários de investimentos e custeio estabelecidos para serem assumidos pelas três esferas de governo estava expressa no mapa, possibilitando a transparência do compartilhamento sobre o financiamento da saúde na região.

No que se refere à gestão do trabalho e educação na saúde, constatou-se inconsistência, pois não foram encontrados dados essenciais à análise como quantidade total de trabalhadores de acordo com os serviços, a descrição da jornada de trabalho dos mesmos, o tipo de vínculo trabalhista e os indicadores de saúde do trabalhador.

Quanto à educação permanente, observou-se a descrição dos cursos realizados e em andamento e, ainda, verificou-se que os centros formadores existentes na região não foram identificados como recursos disponíveis para o desenvolvimento de pessoal da saúde.

Em relação à ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde houve menção da rede Biblio SUS e de revistas publicadas na região, contudo, outras importantes instituições

presentes na região que pudessem contribuir para o desenvolvimento de pesquisas, não foram identificadas, embora estivessem descritas na identificação da região que possui o maior polo universitário do interior do estado, com forte influência sobre todo o norte do Ceará.

Por fim, quanto aos instrumentos de gestão, observou-se que não foram expressos os instrumentos de regulação assistencial. Ademais, não há referências à situação dos municípios quanto à existência de Planos de Saúde, Programações Anuais de Saúde e Relatórios de Gestão. E ainda, a avaliação da gestão não está evidenciada com os elementos referentes à pesquisa de satisfação de usuários e às notas do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS).

## **DISCUSSÃO**

Este estudo permitiu verificar que o Estado do Ceará tem investimento histórico no processo de descentralização, o que tem favorecido a implantação de mudanças no processo de gestão do sistema de saúde local consoante aos pressupostos do SUS.

A implantação dos dispositivos e instrumentos do Decreto nº 7.508/2011 trouxe diversos atores para a arena do debate político, que ocorreu de forma bastante intensa, sobretudo devido ao seu caráter inovador. A CIB-CE assumiu a coordenação do processo, com lideranças que contribuíram como facilitadores, dirimindo parte das inseguranças presentes. Estudos que tratam do processo de governança em sistemas de saúde apontam a importância das lideranças positivas para auxiliar no processo de implantação de grandes mudanças

que, comumente, geram vários tipos de resistências (ANSELL; ALISON, 2008; FOREST; DENIS, 2012).

Concorda-se com Elias (2004) de que não se pode conceber o processo de regionalização do sistema de saúde sem a participação efetiva da esfera estadual, mormente porque esta tem a responsabilidade de articulação e integração dos municípios. Desta feita, a função do estado não é tão somente a de abrir uma organização social na região para tratamento da média e alta complexidade; ele deve, também, apoiar financeiramente os municípios, pois são eles que, de fato, gerenciam os sistemas de saúde de uma região.

No entanto, essa questão não tem sido resolvida de maneira satisfatória, sendo ainda possível perceber, no cenário estudado, alguns indícios de entraves político-administrativos que comumente dificultam o processo de regionalização, relacionados à discordância entre a autoridade e a responsabilidade, às tensões e aos conflitos entre objetivos e integração horizontal e vertical.

Verificou-se, também, grande capacidade da CIR–Sobral para o processo de cogestão regional. Tratou-se, pois de construção ascendente do planejamento regional com foco nas necessidades dos usuários e com escuta mais ativa do coletivo de gestores. Esta experiência contribuiu para a melhor compreensão da região de saúde como território vivo e singular.

O fortalecimento da regionalização do SUS necessita de uma maior integração de todos os municípios e, principalmente, da participação ativa e propositiva destes. Não há regionalização do SUS sem a presença de todos os municípios da região e sem o estado (ELIAS, 2004). Por esta razão, as CIR são espaços fundamentais para se avançar o desenvolvimento regional,

de modo a diminuir os conflitos entre os municípios e entre estes e o estado, inclusive, para que não se sobreponham.

Nessa perspectiva, a CIR se configura como espaço permanente de pactuação e de decisão, mediante identificação, definição de prioridades e de busca de soluções conjuntas para a organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva (BRASIL, 2006c). Em outras palavras, a CIR deve qualificar o processo de regionalização e garantir o exercício da ação cooperada entre os gestores de cada região de saúde, sobretudo com a participação de todos os municípios que a formam e da representação do estado.

Assim, a constituição da CIR é uma etapa da regionalização do SUS que, para o seu pleno funcionamento, requer que os instrumentos de planejamento, regulação, programação e ação coordenada entre os gestores sejam efetivos e permanentes.

Enquanto região de saúde é preciso consolidar a regionalização não somente com base nas normas, que são produzidas constantemente pelo MS, mas, principalmente, com base nas práticas, na abrangência das ações e dos serviços e na responsabilidade dos entes federados.

Ademais, como processo político, a regionalização envolve a distribuição de poder em um delicado sistema de inter-relações entre distintos atores sociais, governos, organizações públicas e privadas e cidadãos em espaços geográficos delimitados. Há grande dificuldade de incluir no debate da conformação do sistema local de saúde as organizações privadas, restringindo-se às organizações públicas. Os cidadãos também pouco participam deste processo. Destaca-se que não existem conselhos de saúde regionais. Além disto, muitos conselhos municipais estão burocratizados, sem a capacidade de diálogo e

sem garantia satisfatória do processo de representação. Avelino, Barberia e Bideman (2014) recomendam aos que decidem sobre políticas, que identifiquem políticas e programas que acelerem o processo de aprendizagem dos conselhos para que seus membros possam adquirir experiência, e a responsabilização local não se torne um mero chavão (BRINKERHOFF, 2004). Há que se repensar a forma de atuação dos conselhos de saúde, considerando-se que, no Brasil, a combinação entre as estruturas de governança interna e externa não é complementar, mas participativa e determinante na definição de diretrizes de políticas sociais, importando capacitar tanto o nível governamental quanto o comunitário para o aprimoramento da tomada de decisão, pois nelas está a dimensão societária da gestão.

O estabelecimento de um sistema de saúde regionalizado é bastante complexo, pois implica a construção conjunta de um planejamento que dê conta da integração, coordenação, regulação e do financiamento da rede de serviços de saúde no território, em um processo contínuo de negociações de toda natureza. Além disto, deve incorporar elementos de diferenciação e de diversidade *loco-espacial*, constituídos muito além dos limites municipais. Regionalização envolve as instâncias organizadas neste tecido, tais como distritos e regiões de saúde em desenhos intramunicipais, intermunicipais ou até mesmo regiões de saúde fronteiriças, passíveis de serem administradas em regime de cogestão.

Nesse sentido, o mapa de saúde de Sobral-Ceará demonstra que houve avanços no sentido de realizar um diagnóstico situacional mais abrangente que extrapola o âmbito municipal. Todavia, em razão da estrutura do sistema regional ter sido demonstrada parcialmente no mapa e as redes te-

máticas de atenção não terem sido retratadas, a identificação de vazios assistenciais restou prejudicada, comprometendo a transparência, o acerto na tomada de decisão pelo gestor e o entendimento do usuário.

Reitera-se que, não resta claro, no mapa da saúde, o tipo de prestador das estruturas hospitalares, das farmácias e dos serviços de apoio diagnóstico disponíveis, dentre outros. Algumas destas estruturas e serviços podem ser privadas; portanto, deveriam complementar as estruturas públicas. Neste sentido, fica evidente que esses serviços deveriam compor o sistema de saúde local com clara definição de responsabilidades (SHIMIZU, 2013).

A falta de detalhamento dos recursos humanos existentes na região também é bastante preocupante, pois são fundamentais para o provimento adequado de trabalhadores e profissionais nos serviços de saúde, bem como para reconhecer, se houver, as carências para a planificação adequada da formação profissional.

Segundo Carvalho, Santos e Campos (2013), o planejamento da força de trabalho é fundamental para um modelo de atenção à saúde condizente com o princípio da integralidade proposto pelo SUS. Nesse sentido, requer-se, não só o conhecimento técnico, mas, também, o político, no sentido de garantir: o número, o perfil e a distribuição de trabalhadores articulados a valores e princípios a serem garantidos na organização dos sistemas de saúde.

Em relação à gestão do sistema, não foi claramente explicitado como ocorrerá o sistema de regulação assistencial. É evidente a importância da regulação como instrumento de melhoria do funcionamento das instituições inseridas no setor da saúde, dado seu papel de minimizar oportunismos dos agentes



e as dificuldades inerentes à sua racionalidade acerca do funcionamento do sistema de saúde. Como em qualquer sistema complexo, reconhecemos que a regulação permite que as suas diversas funções se mantenham operativas dentro de uma baliza ou limites predeterminados, para garantir que o sistema no seu todo atinja seus objetivos essenciais.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo de implantação do Decreto nº 7508/2011 é ainda recente e, portanto, não permite avaliações mais profundas. Contudo, a experiência do Estado do Ceará, mais especificamente da Região de Sobral, demonstrou que os seus dispositivos e instrumentos são potentes para fortalecer o processo de regionalização, sobretudo as CIR, que permitem despertar a consciência de pertencimento regional. O mapa como instrumento do planejamento possibilita ajustar a oferta de serviços de saúde mediante ação cooperativa, visando superar a fragmentação dos serviços de saúde tentando substituir a competição intermunicipal pela cooperação intermunicipal, alterando a atitude de “cada um por si”, para “de todos para todos”.

Além disso, ficou demonstrado que o planejamento regional compartilhado apresenta potencial para melhorar a qualidade do controle público sobre o sistema de serviços de saúde. Contudo, há que se buscar envolver a participação mais direta dos usuários para que possam vocalizar de forma mais contundente as suas necessidades de demandas.

Constatou-se que a operacionalização desse processo não pode seguir modelos prescritivos e requer investimentos que incluam o aprimoramento das dimensões técnica e polí-

tica (SHIMIZU, 2013). Da dimensão política, que se mostrou bastante avançada, ficou evidente que ocorrem disputas de poder e conflitos no âmbito regional, inclusive as que podem ser formatadas pelo sistema de serviços de saúde privado, que esteve excluído, mas que requerem fortes mecanismos de regulação do cuidado, pois devem convergir para preservar a responsabilidade sobre as condições de saúde e de acesso da população às ações e serviços.

A capacidade técnica diz respeito às estratégias de contratualização para a garantia da provisão de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, bem como à logística, para orientar o usuário no itinerário das malhas da rede, sistema de regulação, com normas e protocolos claros para orientar o acesso à rede de serviços, definir competências e responsabilidades, que estiveram presentes na construção do mapa de saúde.

Por fim, é preciso salientar que, apesar dos avanços alcançados pelos instrumentos normativos, a governança deve ser aprimorada para que o processo de regionalização possa avançar no sentido de garantir a integralidade da atenção à população.

## REFERÊNCIAS

ANSELL, C.; ALISON, G. Collaborative governance in theory and practice. **Journal of Public Administration Theory and Research**, v. 18, n. 4, p. 543-571, 2008.

AVELINO, G.; BARBERIA, L. G.; BIDERMAN, C. Governance in managing public health resources in Brazilian municipalities. **Health Policy and Planning**, v. 27, p. 694-702, 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde** – NOAS 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A regionalização da saúde**. Brasília: jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de Gestão**: garantindo saúde a todos. Versão preliminar para discussão interna. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 2 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 699**, de 30 de março de 2006. Diário Oficial da União, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa**. Brasília, DF, 2006c. (Série Pactos pela Saúde, v. 3).

BRASIL. **Decreto nº 7508**, 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, e das outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 nov. 2011.

BRINKERHOFF, D. W. Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. **Health Policy and Planning**, n. 19, p. 371-379, 2004.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil:

breve trajetória histórica. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, 2013.

CEARÁ. Conselho Estadual de Saúde. Resolução 05/98. Aprova o Documento: **Diretrizes de reorganização da atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde do Ceará**. Fortaleza, 1998.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização do Estado do Ceará**. 2011. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>. Acesso em: 10 ago. 2014.

ELIAS, P. E. M. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.

FOREST, P. G.; DENIS, J. L. Real reform in health systems: an introduction. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 37, n. 4, ago. 2012.

LIMA, D. L. *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

MARINHO, S. R.; ANDRADE, L. O. M. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1207-1228, 2014.

MASCARENHAS, G. C. **Decreto nº 7508/11; implantando dispositivos**: estudo de caso da região de saúde de Sobral – Ceará. 159 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, 2014.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1671-1680, 2011.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis [online]**, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013.

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. São Paulo. **Saúde e sociedade**, v. 22, n. 4, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bockman, 2001.

## CAPÍTULO 4

### PLANEJAMENTO EM SAÚDE COMO DISPOSITIVO POTENTE NA (RE) ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**Fernando Sérgio Pereira de Sousa**

**Maria Salete Bessa Jorge**

**Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão**

#### CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

As formas de organização dos serviços de saúde mental, o modo de abordagem às pessoas com transtornos mentais, as práticas de saúde, o modelo assistencial e os saberes no campo da psiquiatria têm se modificado na nossa sociedade. Diante da complexidade da reforma psiquiátrica, consoante a Política de Saúde Mental do Brasil, torna-se necessário desenvolver um processo de planejamento, o que deve representar um acordo entre os envolvidos, respeitando o propósito de legitimação das ações de saúde mental, através da prática de discussão e consenso entre os vários segmentos (gestores, trabalhadores, usuários, familiares, entre outros) que compõem um determinado espaço político-social.

Compreende-se por planejamento um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir pro-

posições e construir a sua viabilidade, com vistas a soluções de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas (TEIXEIRA, 2010). Assim, o planejamento em saúde nas práticas das equipes de saúde mental é considerado como um dos dispositivos capaz de contribuir para a mudança do modelo assistencial, pois se entende o planejamento como algo que tem a potência de solucionar problemas do convívio social e elaborar respostas às necessidades de mudança evidenciadas na relação complexa do campo da saúde mental mediante a construção de procedimentos relacionais e dialógicos. Isso simboliza a quebra de rigidez provocada pela burocratização e instrumentalização do planejamento, fatores marcadamente presentes na organização clássica dos serviços de saúde. Como também, por compreende-se que “negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for” (MATUS, 1993, p. 14).

Ao abordar o planejamento em saúde como dispositivo para o cuidado em saúde mental, torna-se necessário esclarecer do que exatamente estamos falando e qual a concepção que está por trás destas palavras. Para isso, recorreu-se a algumas definições a cerca destes termos: “planejamento em saúde”, “dispositivo”.

Segundo Silva (2006), o planejamento em saúde constitui-se enquanto base norteadora das demais práticas de saúde quando são desenvolvidas de forma dialógica e comunicativa, na qual todos os sujeitos sociais deveriam atuar de forma conflitiva na identificação dos problemas, priorizando-os e propondo soluções.

No que concerne ao termo dispositivo, adotou-se a definição proposta por Baremblytt (1992): [...] é um artifício para

produzir inovações, gerando acontecimentos, concretizando virtualidades, possibilitando renovações. Os dispositivos seriam recursos que alteram o funcionamento das organizações [...] sendo usados para instaurar algum processo novo.

Nesse sentido o dispositivo traz em sua finalidade o intuito de servir como um recurso potencializador de mudanças de diversas ordens (concretas ou subjetivas) desencadeando o exercício crítico do instituído e experiências de crise.

Ao se fomentar a discussão, Abreu de Jesus e Assis (2010, p. 162) afirmam que “considerar o planejamento um dispositivo é nada mais que assumir o fato de ser “ele” o elemento disparador de uma série de acontecimentos que culminam por confluir ao que convencionamos chamar de objetivos ou finalidades, o processo esperado da transformação ou manutenção da ordem estabelecida”.

Perceber o planejamento em saúde como um dispositivo para o desenvolvimento da consciência sanitária tem sido um pensamento do próprio Ministério da Saúde verificado pela proposta política denominada de “Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva”. Assim, o desafio do planejamento em saúde é tornar o arcabouço institucional uma prática coletiva e geradora de consciência sanitária (BRASIL, 2007).

Nessa perspectiva, toma-se como proposta de base teórica para responder as inquietações acerca do objeto deste estudo, o enfoque de planejamento à luz dos trabalhos de Onocko Campos (2003), já que a autora relata que a práxis do planejamento na área de saúde deve ser um dispositivo mobilizador dos sujeitos na busca da consolidação da clínica como uma prática transformadora, sendo isto um desafio, já que a forma-



ção dos sujeitos planejadores ainda está alicerçada na fragmentação tecnocrática, o que os afasta das questões advindas das modelagens clínicas e da reflexão sobre a sua própria práxis, pois, na práxis, o sujeito faz a experiência na qual está inserido e a experiência o faz.

De acordo com Tonini (2005), para se efetivar um planejamento de ações e políticas de saúde mental baseado no cuidado psicossocial, é preciso considerar com quais saberes e técnicas, serviços e técnicos, as ações de saúde vão operar no território, para ouvir histórias e entender sofrimentos. Além disso, é necessário saber como serão organizadas e oferecidas as atividades terapêuticas no espaço territorial.

Quando se pensa na possibilidade de se planejar ações de saúde mental numa realidade com várias contradições e forças contrárias, gerando conflitos ocasionados por relações de dependência e dominação, não se pode deixar de expor, que não basta apenas desfazer o aparato manicomial e a cultura manicomial ainda hegemônica no cenário psiquiátrico, mas, sobretudo, construir uma nova maneira de a sociedade lidar com a “loucura”. A desconstrução do manicômio implica em reinventar não só a psiquiatria, mas a própria sociedade em que vivemos, e essas tarefas são geradoras de conflito num processo de construção de um planejamento (TONINI, 2005).

A busca de se construir um modelo de atenção em saúde mental baseado na gestão de cuidado comunitário, tem demonstrado que o processo histórico da reforma psiquiátrica, compreendida como transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais, é marcado por tensões, desafios e conflitos.

De acordo com Costa-Rosa (2000), no campo da saúde mental, um novo modelo de atenção vem se construindo: o modelo ou modo psicossocial de atenção em saúde mental. É uma forma de atenção que se contrapõe ao modelo manicomial que tem como principais características: o saber médico hegemônico, o espaço do hospital psiquiátrico como o ambiente autorizado a realizar intervenções de cura aos portadores de transtornos mentais e a patologização da loucura, criando todo um aparato tecnológico de intervenções e práticas, sobretudo de caráter individual (CARVALHO; AMARANTE, 2000).

Nesse sentido, o foco da discussão é a questão da organização de serviços dentro de modelos technoassistenciais da saúde mental. Os elementos da clínica, nesses modelos, se entrelaçam aos elementos do planejamento para construir uma práxis que reorienta a própria clínica na direção da eficácia para a organização e operacionalização da gestão do cuidado no campo da saúde mental.

A necessidade de planejar, organizar e programar ações de saúde, independente do método utilizado, tem sido uma demanda crescente nas últimas décadas. No entanto, planejar não é uma questão simples e nem consensual, se considerarmos as pontuações de Merhy (1995, p. 117):

Um olhar mais cuidadoso mostra que sob essa denominação há histórias, conhecimentos, propostas e experiências muito distintas, que se não forem levadas em conta acabam por gerar simplificações na maneira de tratar as questões que o tema suscita. Por um lado, há os que acreditam que o planejamem-

to tem força e a potência de solucionar os problemas das intervenções dos homens no mundo, com base em boas receitas de como se deve atuar; por outro lado, há os que afirmam que o planejamento é um instrumento a serviço da dominação social.

Contudo, como afirma Sousa (2011), embora a produção de estudos sobre o tema saúde mental terem crescido ao longo dos anos, ainda são poucos os que visam compreender as ações do planejamento nos serviços de saúde mental no que tange a gestão do cuidado. Fazem-se necessários estudos que discutam a utilização desse dispositivo nas estratégias de prestação de cuidado em saúde mental na rede de serviços do sistema de saúde.

O objeto desse estudo mostra-se relevante, pois visa contribuir para o entendimento do planejamento em saúde mental como dispositivo para a gestão do cuidado e também para a consolidação do processo de Reforma Psiquiátrica no que concerne à transformação do modelo de atenção em saúde mental. Nesse prisma, o artigo em elaboração tem por objetivo compreender se o planejamento em saúde configura-se como um dispositivo potente de (re)organização do cuidado em saúde mental.

## **CAMINHOS PERCORRIDOS**

Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa, por constituir uma discussão aprofundada sobre a realidade social a partir de um referencial teórico-ideológico, no caso, a reforma psiquiátrica brasileira.

O estudo foi realizado em um cenário no Nordeste do Brasil correspondente ao município de Fortaleza-CE que possui 2.505.552 habitantes, a rede de saúde mental dessa cidade é caracterizada por serviços substitutivos como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residência terapêutica, leitos psiquiátricos em hospital geral e ocas comunitárias (trabalho em saúde mental preventivo e curativo, engajando elementos culturais e sociais ativos na comunidade, com ênfase no trabalho em grupo).

Da pesquisa participaram os formuladores de política de saúde mental e os trabalhadores de saúde que atuam nos CAPS da Secretaria Executiva Regional do Ceará (SER/CE) IV e V, no total de 20 entrevistados. Entre estes, profissionais de nível superior, assim especificados: enfermeiros, psicólogos, médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos; de nível médio, representados pelos agentes administrativos e técnicos de enfermagem. Tais participantes foram subdivididos em dois grupos: Grupo I – Formuladores de política em saúde mental; Grupo II – Trabalhadores de saúde mental.

Como critério de inclusão optou-se por privilegiar os profissionais de nível superior e médio que possuem mais tempo no serviço na rede de saúde mental, pois acumulam uma maior experiência e estiveram presente em momentos distintos da conformação da rede e os que participam em algum momento das atividades de planejamento. Também por gestores que realizam atividades de planejamento e aceitaram participar da pesquisa, após a apresentação e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a coleta das informações utilizou-se a entrevista semiestruturada e a observação sistemática das práticas do planejamento. Referida coleta ocorreu em dois momentos: o

primeiro, em agosto de 2011, com a aproximação aos campos empíricos, a aplicação de entrevistas e a devolutiva dos dados parciais coletados aos sujeitos. O segundo momento deu-se em setembro de 2011, com a continuação das investigações e posteriormente apresentação do relatório final da pesquisa aos participantes do estudo com consequentes discussões e aprofundamento da temática.

Na análise do material empírico, optou-se pela análise de conteúdo, uma perspectiva crítica e reflexiva, conforme proposta por Minayo (2008), com ênfase em eixos temáticos, por possibilitar a descrição e a explicação de um pensamento, o qual pode ser compreendido por meio da linguagem e da observação, como núcleos e instrumentos de comunicação entre os homens.

Essa análise se fez com a leitura do material horizontal, transversal e criação de núcleos de sentido que foram agrupados em categorias e, na sequência, procedeu-se à organização das informações contempladas nas observações, com vistas a ampliar a compreensão do fenômeno.

Cabe ressaltar que o projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), com o parecer favorável do CEP/UECE, sob protocolo 10726674-1.

## **CONCEPÇÕES DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PLANEJAMENTO COMO FERRAMENTA DA SAÚDE MENTAL**

Ao refletir sobre o reconhecimento do planejamento como dispositivo para a (re)organização e funcionamento dos serviços de saúde mental, pretende-se discutir o pacto estabele-

cido entre os múltiplos atores sociais no processo de construção e fortalecimento da prática do planejamento como ferramenta da saúde mental. Assim, descrevem-se as concepções dos participantes do estudo sobre o planejamento, a gestão sobre a dinâmica nos serviços e as tensões na busca pelo objetivo comum que é a inovação de saberes e práticas em saúde mental.

Dessa forma, os trabalhadores do CAPS e os formuladores de políticas da saúde mental consideram o planejamento como um dispositivo que começa a ser utilizado no cotidiano dos serviços com a finalidade de organizar as ações de saúde mental no espaço próprio do CAPS, nos territórios e na comunidade.

Esse entendimento é reforçado ao buscarem solucionar os problemas dos sujeitos em sofrimento mental com ações que emergem no contexto interno dos serviços, como também, fazendo articulações com estratégias de cuidado que estão disponíveis no universo coletivo e territorial, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) o primeiro recurso a ser buscado no intuito de contribuir para uma construção de rede de cuidados centrada em um olhar psicossocial, pois é urgente a necessidade de abrir possibilidades para que esse sujeito circule por todos os serviços de saúde e sociais existentes na comunidade, desconstruindo, assim, os modelos normativos e desburocratizados ainda existentes, como mostram os discursos a seguir:

[...] ora o planejamento é um dispositivo, e diria até que usamos essa ferramenta com certa efetividade no intuito de organizar e solucionar problemas dentro e fora do CAPS, no sentido de articular demandas no

território, pois ainda enfrentamos muitas resistências principalmente da atenção primária em absorve os casos de saúde mental. Ainda escutamos trabalhadores e pessoas da comunidade falarem que lugar de doido é no hospício [...]. (Grupo I).

Sim, o planejamento é um dispositivo utilizado no cotidiano do serviço assim ele serve de base para ações que agente vai desempenhar no serviço seja com o olhar sobre o sujeito ou a comunidade, ele abre portas [...] (Grupo II).

Em consonância às ideias supracitadas, conforme afirmam Abreu de Jesus e Assis (2010), ao atuar como organizador das ações de saúde mental nos serviços e nos territórios, o planejamento se modula como um dispositivo, pois ele pode ser entendido como um sistema maleável de referências teóricas e práticas que não implicam em qualquer pretensão de conhecimento da verdade, mas em estabelecer contato com a realidade vivida, num processo de conhecimento e modificação, transformando ao mesmo tempo as situações encontradas e os marcos teóricos. Nesse mesmo sentido, Onocko Campos (2003) apresenta o ‘dispositivo’ como aquilo que propicia, faz advir.

Nesse sentido, o planejamento assume o papel de articulador de redes que envolva diferentes atores, serviços e instituições interconectados para a pactuação de ações conjuntas que tenha como foco o cuidado em saúde mental, possibilitando a livre circulação do usuário por diversos caminhos no desejo de encontrar respostas para as suas necessidades em saúde, se

colocando como sujeito ativo na gestão do cuidado estabelecido. Além disso, funciona como um dispositivo de atenção psicossocial, uma vez que possibilita um espaço de discussões e reflexões sobre a inserção de pessoas com transtornos mentais na atenção primária e na comunidade.

Os estudos de Moura Fé (1996) possibilitam um maior aprofundamento a respeito da necessidade e dos benefícios dessa articulação da saúde mental com a atenção primária. Ele defende que quando uma rede de atenção primária de saúde não desenvolve, de forma integrada, ações de saúde mental, mostra-se incompleta em seu princípio de ser primária, pelo fato de deixar de perceber o ser humano como uma unidade, biopsicossocial, parcializando as suas atividades numa divisibilidade preconceituosa. A atenção primária só pode ser assim denominada, caso seja capaz de contemplar o que é primário no ser humano, isto é, as suas dimensões de individualidade pessoal e de indivisibilidade existencial.

A conformação em rede assistencial estabelecida entre saúde mental, atenção primária à saúde e demais serviços tem possibilitado a desconstrução do modelo hierárquico do sistema de saúde no Brasil. O modelo hierarquizado baseia-se num modelo burocratizado de referência e contra referência, que dificulta a circulação dos usuários pela rede de serviços e promove a (des)responsabilização dos profissionais pelos usuários (CECÍLIO, 1997). Um dos pontos críticos desta forma hierarquizada é a de que os serviços sejam organizados de uma maneira a racionalizar o trabalho médico, e não com o objetivo de atender às reais necessidades da população. É importante que a demanda seja atendida nas suas reais necessidades e não buscar uma forma de ordenar os fluxos de acordo com as necessidades do sistema de saúde ou dos profissionais (MATTONS, 2007).



A partir da observação sistemática, emerge a necessidade de se colocar em pauta a postura dos trabalhadores da atenção primária e da comunidade no tocante as pessoas com transtornos mentais. Pois existe uma resistência em acompanhar os casos de saúde mental nas unidades básicas de saúde, arraigados de sentimentos de medo e estigma no imaginário social em relação a essas pessoas. Um comportamento que se manifesta ao considerarem o cuidado em saúde mental não faz parte do universo da APS.

Em reforço a esse achado, como relatam Figueiredo e Onocko Campos (2009) em pesquisa realizada em Campinas-SP, evidenciou-se nos resultados o quanto é marcante a expressão de angústia da equipe da atenção primária ao entrar em contato com o sofrimento, e também um determinado medo em relação à necessidade de lidar com os usuários considerados da saúde mental.

Como também os estudos de Dimenstein *et al.* (2009) realizados com coordenadores de equipes de unidade de saúde da família de Natal-RN apontam as grandes dificuldades das equipes em lidar com a demanda de saúde mental na unidade de saúde, pois não se sentem seguras em abordar tais casos. Falta compreensão técnica, tais como: termos específicos da saúde mental, tipos de transtornos mentais, aspectos relativos aos medicamentos e seus efeitos no organismo. Referiram ainda dificuldades em estabelecer prioridades e estratégias de atendimento dos casos de saúde mental nas unidades.

Fomentando a discussão, pode-se afirmar que, possivelmente, os serviços de saúde mental subvertem a lógica da hierarquização e se organizam agregando os diferentes níveis de atenção à saúde. Daí surge a seguinte questão: de que forma

a planificação pode favorecer um encontro entre os diversos segmentos: saúde, educação, cultura e movimentos sociais, dentre outros, potencializados pelo ato de planejar e facilitar essa interlocução de diferentes saberes e práticas no intuito de descentralizar o cuidado das pessoas com transtornos mentais da equipe de saúde mental e, desse modo, compartilhar experiências, produzindo corresponsabilização pelos casos entre as equipes e minimizar os sentimentos de medo, angústia e estigma. Como também, aprofundar e efetivar os planos e estratégias no campo da saúde mental que muitas vezes ficam estagnados no plano das ideias.

Entretanto, nas idas e vindas desse estudo, chama-se a atenção para o seguinte fato: houve divergência, mediante a observação sistemática, quanto a considerar o planejamento como dispositivo preconizado pelos trabalhadores. Pois, identificou-se na dinâmica dos serviços que o planejamento não é algo formalizado e estruturado nos serviços de saúde mental como inicialmente emergiu nos discursos dos participantes e sim apenas como uma intenção de acontecer, como uma ideia ainda a ser discutida e amadurecida na rede de saúde mental do município.

É importante salientar, segundo Amarante (1992), que, historicamente, no âmbito dos serviços tradicionais de saúde mental não eram utilizados recursos de planejamento focados nos processos de trabalho e organização da atenção. A aproximação das diretrizes e instrumentos de planejamento estratégico e outras ferramentas de gestão no campo da saúde mental é algo que vem ocorrendo recentemente, a partir das mudanças no paradigma da atenção, especialmente com a reforma psiquiátrica e proposta dos serviços substitutivos.

Tal dificuldade de ser o planejamento um recurso sistematizado no cotidiano dos serviços de saúde mental pode estar relacionada à compreensão de cada trabalhador sobre os diversos entendimentos referentes ao planejamento em saúde. Pois, a organização e funcionamento dos serviços de saúde referem-se a um mundo próprio, complexo, dinâmico em que cotidianamente os usuários se apresentam com suas necessidades e buscam junto aos trabalhadores de saúde resolvê-las.

Nesse sentido, Barros, Pinto e Jorge afirmam que:

os caminhos a serem trilhados pelo complexo campo da saúde mental. A necessidade dos usuários de (re)estabelecer vínculos para condução de sua vida em sociedade impõe aos serviços de saúde mental, neste caso o CAPS, fortalecer ainda mais seu trabalho em rede de conexão solidária. (2010, p. 750).

O planejamento como meio de intervenção em ambientes complexos é uma concepção apresentada por Onocko Campos (2003). Baseada em Chorny (1998), a autora trata que a razão substantiva do planejamento em saúde é a produção de saúde, ressaltando a questão da eficiência e, principalmente, da eficácia nas organizações. Questão essa praticamente esquecida por alguns planejadores da atualidade que muitas se preocupam mais com os aspectos de custos financeiros do que com toda a complexidade que permeia os serviços de saúde (ONOKO CAMPOS, 2003).

Se intervenção é o “ato de intervir, ingerir, inferir, interferir, interceder, mediar” (HOUAISS, 2001, p. 1.637). Então,

o planejamento, nessa perspectiva, seria um instrumento que permite a intervenção nos ambientes complexos, aqui entendidos como as organizações de saúde mental.

Nessa perspectiva, pensar no planejamento na saúde mental requer compreender que ele tem o papel de funcionar como uma ferramenta que articula e estabelece conexões entre o cuidado e a forma de organização dos serviços de saúde. Diante disso, se faz necessário uma reflexão contínua da dinâmica dessa atenção psicossocial prestada, pois no cotidiano dos serviços de saúde mental as atividades não se modulam de maneira estável e nem da mesma forma, mais sim se adaptando às realidades e necessidades dos usuários.

Conforme revelam os dados empíricos, os trabalhadores e os formuladores de políticas da saúde mental compreendem o planejamento como ferramenta importante na elaboração da política de saúde mental de Fortaleza-CE, que está pautada no modelo antimanicomial e que busca a substituição do hospital psiquiátrico pelos serviços substitutivos de cunho comunitário como preconiza a reforma psiquiátrica, e afirmam que programar as ações de saúde mental por meio do planejamento é visto como algo que tem o potencial de organizar e preparar atividades antes de acontecer, discutir as possibilidades no presente e no futuro e não deveria ser utilizado somente em caráter emergencial como se observa nos relatos a seguir:

*Observo que falta realmente dentro do processo da política da saúde mental um planejamento mais articulado, mais organizado. Pois, quando se fala em planejamento devemos pensar no modo como vai se dar as ações, de que forma*

*vai ser acompanhar, monitorar e avaliar o processo de superação do modelo psiquiátrico hospitalocêntrico [...] então não se tem esse processo acontecendo, às vezes as coisas são pensadas de uma forma mal articulada e fragmentada ou então são ações para atender uma situação de emergência que a saúde mental tá vivenciando, como o caso de uma denúncia de maus tratos nos hospitais psiquiátricos da cidade [...] acaba apagando mesmo só o fogo [...] não consegue criar uma estratégia de planejamento para o fechamento contínuo dos manicômios, por exemplo (Grupo I).*

*[...] se faz o planejamento da reforma psiquiátrica como se fosse trocando a roda ou o pneu do carro andando, planejando e fazendo a ação ao mesmo tempo [...] e realmente é algo que eu pelo menos eu acho que não funciona, funciona de certa forma, mas não funciona muito bem, não funciona com tanta qualidade que poderia funcionar (Grupo II).*

Como se observa nos discursos acima, o planejamento não corresponde à proposta de Onocko Campos (2000), já que a autora afirma que pensar o planejamento como um dispositivo requer uma reflexão crítica, com base na qual seria possível encarar a construção coletiva do futuro, podendo de ser forma antecipar e prevê algumas situações que poderiam ser evitadas ou superadas de forma mais eficaz.

Para tanto, a planificação em saúde mental deverá ser sensível, contínua, dinâmica e reconstruída sempre que necessário, para atender à demanda, seguindo a racionalidade política descrita por Rivera (1989) segundo o qual “[...] o planejamento responde a pressões políticas que se fazem sentir na direção da legitimidade e da mudança [...]”. Portanto, a consolidação da política de saúde mental deve “capturar” as condições subjetivas da realidade e considerar os preceitos da reforma psiquiátrica e as políticas da desospitalização e desinstitucionalização que norteiam os serviços de saúde mental (ESPÍRITO SANTO, 2008).

No entanto, apesar das dificuldades, há um esforço permanente nas reuniões que acontecem de forma contínua que seja elaborado um planejamento que esteja fundamentado nas diretrizes da política de saúde mental.

*[...] é assim, agente tem reuniões quinzenais com o colegiado em saúde mental onde são discutidas, e colocadas as dificuldades. Daí pensasse nas ações, e é onde abordamos o planejamento, então o planejamento é elaborado em cima do material que agente apresenta pra eles lá do colegiado em saúde mental. Todo o planejamento é embasado de acordo com as leis, normas e as diretrizes que são preconizadas pela política de saúde mental do ministério da saúde, buscando sempre a consonância entre as determinações do ministério e a política municipal (Grupo I).*

Dessa forma, o planejamento como dispositivo deteria a potencialidade de se constituir em espaço de produção através de contratos e compromissos determinados de acordo com prioridades, as quais poderiam ser definidas em função de suas diretrizes, no caso deste estudo das diretrizes da política de saúde mental. Assim, “se as diretrizes podem ser entendidas como orientadoras da ação em função de finalidades preestabelecidas, o planejamento seria, então, uma atividade teleológica; ação racional dirigida para fins” (ONOCKO CAMPOS, 2003, p. 28).

Contudo, percebe-se que na realidade do cenário em estudo a maioria das ações e preocupações da gestão de saúde mental municipal está relacionada com a apresentação de números, de dados quantitativos e epidemiológicos como: números de CAPS abertos, número de pacientes atendidos, horários de funcionamentos dos CAPS e quantitativo de profissionais. Onde as ações são baseadas para resolver problemas administrativos, organizacionais e burocráticos dos serviços de saúde mental, ou seja, pautadas no planejamento normativo. Não incorporando de modo diversificado a questão do sujeito como ator social nos diferentes contextos e modelos teórico-práticos, capaz de modificar e interagir com as diretrizes colocadas na política de saúde mental ao discutirem por meio do planejamento os rumos da gestão do cuidado em saúde mental numa perspectiva crítica, comunicacional e estratégica.

Nesse prisma, a planificação normativa prevalece no universo estudado, pois o planejamento se mostra como um corpo rígido, alicerçado no cálculo econômico, no conhecimento técnico e se apresenta como uma norma a ser seguida.

*O planejamento é um dispositivo utilizado [...], porém, acho que ainda está muito a desejar por que eu acho que falta até planejar o planejamento como se fosse isso, por que ele tá muito centrado nas questões administrativas, burocráticas dos serviços (Grupo I).*

*[...] nós temos um planejamento ainda muito mecânico, em relação às atividades, à execução, esse cuidado eu acho que ainda não estar legal (Grupo II).*

Teixeira (2001) afirma que o enfoque normativo do planejamento é marcado pela racionalidade econômica, operando o cálculo da eficiência, da definição de prioridades burocráticas, da combinação de recursos e do estabelecimento do prognóstico como elemento importante na determinação dos elementos constitutivos do planejamento.

Nesse âmbito, os trabalhadores de saúde investigados apontam para a necessidade urgente de se repensar a planificação em saúde mental, bem como de reavaliar o lugar por ela exercido no funcionamento do serviço. Pois, observa-se que permeia uma dimensão teórica sobre a prática do planejamento, mediante o entendimento de que o ato de se planejar as ações de saúde mental se faz necessário estabelecer caminhos pré-estabelecidos de como se dará o acompanhamento, monitoramento, implementação e avaliação dos processos de cuidado. Algo que precisa avançar e ser ampliada para que não se tenha ações mal articuladas, fragmentadas e que buscam dar respostas imediatas a situações que estão sufocando ou estrangulando a rotina dos servidores, trabalhadores, usuários



e familiares. Mas que os delineamentos dos casos sejam feitos com a equipe multiprofissional e interdisciplinar, e ainda que, na própria concepção de planejamento, a subjetividade e a construção coletiva que é uma característica essencial estejam presentes, desviando-se do modelo normativo, burocratizado, fragmentado e centrado nos processos administrativos.

Até o presente momento, foi enfatizada a abordagem dos instrumentos de planejamento e organização de serviços em seu potencial de abrir campo para problematizações e negociações. E na intenção de explorar ao máximo essa perspectiva do compartilhamento dos processos, das metas e do fazer cotidiano.

Em seguimento a essa discussão, segundo se evidencia, a maioria dos participantes do estudo consideram que a prática do planejamento tem possibilitado o início de uma mudança desse olhar simplificado do planejamento onde ele era visto apenas como um dispositivo instrumentalizado, mecanizado e engessado em funções meramente administrativas, para uma ampliação desse entendimento, voltando-se o pensamento para o planejamento pautado nas ações referentes ao cuidado em saúde mental no contexto psicossocial. Isto pode ser compreendido, pois há a percepção de que as ações de planificação sejam voltadas às necessidades dos usuários de saúde mental e da comunidade, e não somente nas necessidades do serviço, dos profissionais e dos interesses do núcleo gestor de saúde mental. Transcendem, assim, o método tradicional do planejamento restrito e descompromissado, consoante os discursos a seguir:

*O planejamento tem a perspectiva no cuidar, na atenção a esse usuário de forma integral [...], pois o CAPS é um serviço que está dentro de uma comunidade, então ele tem que ser planejado tanto dentro do serviço como fora [...] pensando que ações nós podemos fazer baseadas na reabilitação e reinserção social desse usuário (Grupo II).*

*E assim eu acho que o foco principal do planejamento deveria ser e deve ser a questão da clínica pautada no cuidado ampliado do usuário e da comunidade, de que forma esse planejamento vai melhorar as condições de vida dele, e que isso seja mais perceptível até mesmo para o usuário [...] dentro da perspectiva de conseguir captar qual é de fato o cuidado terapêutico que o usuário necessita ao chegar no serviço [...] qual aquele aspecto que de repente para o usuário é o que está menos assistido e agente conseguiu observar isso e trabalhar muito em cima disso pra de fato dar uma resposta adequada [...] pois, obviamente, em virtude das contingências, muitas vezes, o planejamento está relacionado a soluções, as questões práticas de ordem de capacidade de atendimento [...] agilizar certas questões que são muito mais de um fato administrativo, como acomodar uma demanda ou uma situação que tá muito pulsante, que muitas vezes considera sim o cuidado ali embutido, mas eu não sei até que ponto aquela atitude realmente vai ter um significado em termo de cuidado mais visível aos olhos do*

*usuário e da comunidade ou se algumas dessas questões mais gritantes estão mais próximas da área administrativa, e se talvez isso sublimine o cuidado, o deixe em segundo plano (Grupo I).*

Neste sentido, as práticas, os procedimentos e as orientações da clínica oficial são insuficientes para abordar toda a variedade de dimensões que compõem as demandas e as necessidades de saúde das pessoas (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

Evidentemente, a potência do planejamento se estende quando se pensa na perspectiva das necessidades (compreendidas no âmbito da clínica ampliada) dos sujeitos-usuários da saúde mental. Pode-se notar que o que se nomeia como dispositivos de projetos terapêuticos, em um sentido, ocupam esse lugar de necessária indissociação entre clínica e planejamento e entre atenção e gestão. Assim, na verdade, o mais importante é buscar provocar e inquietar os profissionais e gestores de saúde mental para perceberem o processo de planejamento e organização atrelado à perspectiva da clínica ampliada sendo este o caminho pelo qual se apresentam, e são reveladas as necessidades reais dos sujeitos/usuários e comunidade.

Portanto, é no âmbito da clínica que se conhece a necessidade e se direciona a ação; e é nesse contexto que essa necessidade e essa ação poderiam ser debatidas, ‘organizadas’, sistematizadas, direcionadas, à luz de um planejamento – planejamento que viria ajudar a pensar critérios, prioridades, fluxos, constituição de equipes, papéis, etc., mas tudo em torno de um objeto claro/esclarecido (necessidades, demandas, prioridades) (SANTOS-FILHO, 2008).

Reforçando o supracitado, Onocko Campos (2001) afirma que o planejamento em saúde que deseja contribuir para efetivação de mudanças em serviços de saúde deve dispor de um certo leque de modelos clínicos, pois, necessariamente para ser eficaz ele precisa de uma interlocução com a clínica.

Daí entende-se que quando se pensa o processo de planejamento como um dispositivo do trabalho em saúde, segundo a concepção proposta por Onocko Campos (2000), ele detém certa capacidade de organizar os grupos para a ação. Não perdendo a sua potência instrumental, só que essa deixa de ser sua única lógica. Ele segue, também, uma lógica analítica, necessária para o amadurecimento e constituição dos grupos que planejam. Implicando certos saberes que estão além dos métodos prontos. Por fim, propõe que se deve pensar o planejamento como um dispositivo capaz de subsidiar questões do contexto psicossocial, como a construção de subjetividade e não aceitar mais a sua tradicional posição de dispositivo de controle, destinado a enquadrar os trabalhadores e os usuários.

Dessa forma, de acordo com Dimenstein *et al.* (2009), a fragmentação das práticas e saberes em saúde, bem como as dificuldades vividas pelos coletivos de trabalho em seu enfrentamento cotidiano está intimamente relacionada ao medo de aventurar-se em direção a algo que abale os valores vigentes, que produza instabilidade. Já que o planejamento assume uma conformação, sendo um dispositivo capaz de promover mudanças histórico-estruturais no ambiente social da saúde, através da instituição de processos de promoção da qualidade de vida de sujeitos e coletivos (ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010).

Como propõe a literatura, a adoção de práticas e processos voltados para a saúde mental requisita elementos da

subjetividade e condição humana e, para se obter um estado de equilíbrio sistêmico e psicológico, a corresponsabilização terapêutica e os momentos de escuta e diálogo entre o terapeuta e o paciente são necessários (BECELLI; SANTOS, 2006; ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2006).

É preciso resgatar para o planejamento em saúde uma preocupação fundamental com os sujeitos que trabalham nos serviços de saúde, com a finalidade de subsidiar um exercício profissional que estimule novas maneiras de subjetivação, e também, uma preocupação com o desenvolvimento de uma reflexão sobre as modelagens clínicas que possam se constituir em suporte para novas práticas (ONOCKO CAMPOS, 2001).

Nesse sentido, concebe-se a necessidade de se ter discussões ampliadas sobre o planejamento em saúde mental, pois, percebe-se que ajudam a não cristalizar a prática, a não se colocar apenas em função da demanda, a refletir sobre uma série de pontos críticos do processo e relações de trabalho, enfim, fazendo aparecer e/ou fortalecer estratégias que têm coerência com as práticas substitutivas. Possibilitando, com diferentes olhares e questionamentos, começar a considerar importantes as informações sobre os aspectos relacionais ao longo da vida dos indivíduos e de suas vinculações sociais atuais, aspectos relacionados às suas redes sociais de apoio, sempre realizando uma articulação entre o processo de sofrimento e adoecimento mental com as possibilidades de apoio existente no contexto social dos sujeitos assistidos.

Portanto, apesar das divergências existentes entre a concepção de planejamento onde ainda há profissionais com os pensamentos arraigados em modelos de assistência de saúde

mental verticalizados, burocratizados e focados no biológico, podemos afirmar que se inicia a implementação de práticas de planificação mais aproximadas do princípio da clínica ampliada, quando conseguem dialogar com outros campos de intervenção e articular a construção do projeto terapêutico conjuntamente com outros profissionais e demais setores sociais, assumindo uma postura compreensiva das diversas dimensões dos indivíduos.

## **DESFECHOS**

O planejamento ainda não se configura como um dispositivo pré-estabelecido que deva ser seguido por todas as regionais, pois cada serviço modula seu planejamento de forma particular e não há uma interlocução com os vários serviços de saúde. Nessa trajetória, percebe-se que o processo das ações de planejamento da saúde mental do município em análise tem ocorrido muitas vezes de forma descontextualizado e descaracterizado, fazendo um movimento com múltiplas contradições, dilemas, tensões e conflitos.

Ressalta-se: o planejamento desenvolvido no cenário em estudo é fundamentado na planificação normativa, de forma que os interesses estão voltados para as demandas administrativas dos serviços de saúde mental, onde as decisões da gestão são estabelecidas de maneira centralizada e verticalizada. Nesse sentido, percebe-se uma divergência com o pensamento de Onocko Campos, que identifica o planejamento como dispositivo, através do qual os sujeitos trabalham para manter a funcionalidade das organizações, com vistas a produzir mudanças subjetivas no ato de cuidar e não tão somente estruturais.

Consoante se depreende, há uma busca constante dos formuladores de políticas e dos trabalhadores que compõe a rede de saúde mental em realizar ações de planejamento no intuito de (re)estruturar uma rede assistencial em saúde mental pautada na lógica do modelo de atenção psicossocial e de (re) organização da rede de serviços de saúde mental e sua interconexão com as demais redes assistenciais e os setores sociais no intuito de possibilitar de fato a reinserção social.

O planejamento em saúde mental é uma ferramenta que tem o potencial de mobilização de todos na construção de novos espaços de cuidado em saúde mental e contribuir fundamentalmente para problematizar as práticas, agregar novos dispositivos, sinalizar os caminhos para a reorganização de outro modelo de assistência à saúde que esteja pautado na atenção psicossocial. Para tanto, muitos limites ainda devem ser superados no processo de mudança desse cenário e assim, faz-se imprescindível a organização dos processos de trabalho em função da produção do cuidado como finalidade do trabalho em saúde, que investe na clínica ampliada, e na responsabilização como forma de proporcionar aos profissionais a oportunidade de ampliarem a relação com os sujeitos pelos dispositivos do planejamento e de estimular o compromisso com a produção do cuidado psicossocial.

## REFERÊNCIAS

ABREU DE JESUS, W. L.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

AMARANTE, P. D. C. A trajetória do pensamento crítico em Saúde Mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: KALIL, M. E. X. (Org.). **Saúde Mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 103-119.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1992.

BARROS, M. M. M. A.; PINTO, A. G. A.; JORGE, M. S. B. Desafios e possibilidades na rede de atenção integral à saúde mental: o discurso do sujeito coletivo dos usuários de um centro de atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 87, p. 744-753, out./dez. 2010.

BECHELLI, L.P.C. e SANTOS, M.A. Transferência e Psicoterapia de Grupo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto/SP: v. 14, n. 1, p. 110-117. Janeiro/fevereiro 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS (uma construção coletiva): estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Cadernos de Planejamento, v. 3.

CARVALHO, A. M. T.; AMARANTE, P. Força, diferenças e loucura: pensando para além do princípio da clínica. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Ensaio**s: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 41-52.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CHORNY, A. H. Enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos. **Revista Educación Médica y Salud**, v. 24, n. 1, 1990.



COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo. (Coord.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

DIMENSTEIN, M. *et al.* O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc.** [online], v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Política Estadual de Saúde Mental. **Diretrizes da Saúde Mental**. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde, 2008.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO CAMPOS, R. T. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 2, n. 38, p. 143-151, 2004.

FRANCHINI, B. **Contribuições do planejamento estratégico à política de saúde mental no município de Blumenau/SC**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; ABRASCO, 2001. p. 39-64.

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

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.). **Razão e planejamento**: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 117-148.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOURA FÉ, N. Saúde Mental em Saúde Pública. In: JORNADA DE SAÚDE MENTAL EM SAÚDE PÚBLICA, 1. **Anais...** Sobral, 13 fev. 1996. Mimeo.

ONOCKO CAMPOS, R. T. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre, o planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 723-731, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2011.

ONOCKO CAMPOS, R. T. Clínica: a palavra negada: sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

ONOCKO CAMPOS, R. T. **O planejamento no labirinto**: uma viagem hermenêutica. São Paulo: Hucitec, 2003.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, 2006. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2006000500018&lng=pt&nr-m=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000500018&lng=pt&nr-m=iso)>. Acesso em: 26 ago. 2015.

RIVERA, F. J. U. Planejamento de saúde na América Latina: revisão crítica. In: Rivera, J. U. (org.). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro, Abrasco, 1989. p. 13-55.

SANTOS-FILHO, S. B. Articulando planejamento e contratos de gestão na organização de serviços substitutivos de Saúde Mental: experiência do SUS em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 172-181, jan./dez. 2008.

SILVA, J. M. **Planejamento em saúde no programa saúde da família em Jequié-BA**: a dialética entre a teoria e a prática. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de Feira de Santana, Feira de Santana, 2006.

SOUSA, F. S. P. **Planejamento como dispositivo para a gestão do cuidado em saúde mental**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

TEIXEIRA, C. F. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010.

TONINI, N. S. **O planejamento em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica**: um estudo dos municípios da região oeste do Paraná. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2005.

# CAPÍTULO 5

## PLANEJAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CEARÁ: CONTEXTOS E HISTORICIDADES DE UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA

Rândson Soares de Souza  
Fernando Sergio Pereira de Sousa  
Maria Salete Bessa Jorge

### 1. INTRODUÇÃO

A discussão acerca das estratégias do planejamento para a construção e a conformação da atualmente denominada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Ceará, e particularmente a da Região de Saúde de Cascavel, oferece um ângulo privilegiado de análise que não pode ser vislumbrado sem a devida consideração dos movimentos históricos que suscitam os ideários do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica e, a partir destes, uma nova forma de simbolizar o processo saúde-doença, tendo em vista que foi por meio dos avanços, tensões e conflitos deste movimento que pôde ser pensada e idealizada uma Rede de Atenção em Saúde Mental (RASM), como comumente vinha sendo denominado o conjunto de equipamentos sociais que oferecem os serviços com foco na promoção e reabilitação psicossocial.

Considerando a contraposição da lógica da assistência asilar, a história do processo de planejamento da reorientação da assistência em saúde mental vem sendo pautada na estratégia de ampliação de serviços substitutivos nos municípios e regiões do país, fortalecendo assim a descentralização e regionalização das ações e serviços, merecendo destaque os CAPS, que foram a exemplo da experiência nacional, também foram implantados paulatinamente no Estado do Ceará (BRASIL, 2005; SAMPAIO, CARNEIRO, 2007).

No processo histórico de construção das Redes de Atenção em Saúde, percebe-se a regionalização como uma diretriz norteadora do planejamento da reorientação da assistência em saúde. Assim, entende-se que resgatar e registrar os processos coletivos de construção histórica da Rede de Atenção em Saúde Mental do Ceará permite a possibilidade de contribuição para que as reverberações desta história replicadas pela ação comunicativa possam também suscitar atos produtivos, reflexivos e de consciência histórico socio sanitária.

Daí, então, se tem a pretensão de analisar a evolução da oferta historicamente constituída na Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Ceará, visto que é fazendo a volta ao passado que se identifica os objetivos alcançados e se olha o horizonte futuro, o que se sabe que configura uma premissa básica do planejamento.

## **2. METODOLOGIA**

O presente estudo constitui uma pesquisa com abordagem qualitativa a partir de uma análise de dados históricos registrados em documentos administrativos da Secretaria de

Saúde do Estado do Ceará, tendo-se como intuito resgatar e registrar a evolução da oferta dos serviços de saúde que atualmente constituem a Rede de Atenção Psicossocial do Ceará.

A pesquisa documental possibilita realizar alguns tipos de reconstrução, pois o documento, seja escrito ou não, constitui uma fonte extremamente preciosa, permanecendo como um testemunho de atividades particulares ocorridas num passado distante e, mesmo, recente (CELLARD, 2008).

Assim, a escolha dos documentos para o estudo foi intencional e correspondeu ao período de 2000-2013. Este período foi definido por coincidir com a discussão e a publicação de normas e ferramentas de gestão que buscaram a viabilização de uma rede regionalizada e integrada nas Regiões de Saúde estudadas (NOAS, PDR, Pacto pela Saúde, decretos e portarias). Foram analisados, deste modo, documentos institucionais que abordaram o processo de regionalização, o planejamento e a coordenação de propostas das políticas federais, estaduais e regionais quanto à constituição da Rede de Atenção Psicossocial.

A análise dos documentos de modo específico contribuiu para que fosse feito um resgate histórico acerca da evolução da oferta de pontos estratégicos que hoje compõem a rede no estado e, particularmente, a rede regional de atenção psicossocial em que se deu o estudo.

Dessa forma, os documentos analisados retrataram o contexto político-institucional que se articulava com os objetivos da pesquisa. Nesta perspectiva, foram selecionados: leis, decretos, portarias, diretrizes, relatórios, plano de saúde, atas, entre outros, como explicitado no Quadro 1.

**Quadro 1** – Documentos técnicos utilizados no processo de planejamento em saúde no âmbito federal, estadual e regional

<b>Documento</b>	<b>Conceito</b>	<b>Quant.</b>	<b>Ident.</b>
Consolidado do Sistema de Planejamento do SUS	Documento que orienta o planejamento no SUS mediante a regulamentação da Portaria 3.085, de 1 de dezembro de 2006.	01	Doc. 1
Decreto nº 7.508	Documento que conduzem os atos administrativos do poder executivo.	01	Doc. 2
Lei Mario Mamede – Lei nº 10.216	Documentos que conduz atos normativos que emanam do poder legislativo, e são sancionadas pelo poder executivo.	02	Doc. 3
Resolução nº 05/98	Documentos emitidos por autoridades administrativas, que publicam instruções sobre a aplicação de leis, sobre a organização e o cadastramento de serviço, etc.	04	Doc. 4
Portarias 4279-336-3088			
Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2006 – Ceará	Vide referencial teórico.	1	Doc. 5
Plano Estadual de Saúde (2007-2010/2012-2015)	Vide referencial teórico.	2	Doc. 6
Relatório de Gestão Ceará -2006-2010	Vide referencial teórico.	5	Doc. 7
Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) – Região Cascavel	Vide referencial teórico.	1	Doc. 8
Relatório de Avaliação e monitoramento do COAP – Região Cascavel	Vide referencial teórico.	1	Doc. 9
Resgate Histórico do COAP – Cascavel	Documento elaborado pela CRES, fazendo resgate histórico.	1	Doc. 10
Nota técnica implantação da RASP-CE	Documento produzido por um órgão acreditado que estabelece regras, diretrizes, ou características sobre um processo ou serviço.	1	Doc. 11

Atas CIB 2000- 2013	Documento que registra resumidamente as ocorrências, deliberações, resoluções e decisões de reuniões.	221	Doc. 12
Atas CIR	Documento que registra resumidamente as ocorrências, deliberações, resoluções e decisões de reuniões.	99	Doc. 13
Histórico da Saúde Mental no Ceará *Relatório do Observatório de Recursos Humanos na Saúde	Documentos que registra o processo de planejamento e constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Ceará.	1	Doc. 14
*Depoimento-Caso Damião Ximenes	Documentos que registra o processo de planejamento e constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Ceará.	1	Doc. 15
*Carta Ytacaranha	Documentos que registra o processo de planejamento e constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Ceará.	1	Doc. 16
<b>Total de documentos analisados</b>	Documentos que deram suporte a elaboração do estudo.	<b>339</b>	Doc. 1 – 16

Os documentos foram coletados por meio de acesso digital (internet) e por aquisição, após aprovação, na 22ª Coordenadoria Regional de Saúde e, em seguida, foi o momento da preparação destes documentos.

Cellard (2008) direciona que, durante a preparação dos documentos, há a necessidade de uma avaliação preliminar, que constitui a primeira etapa da análise documental e se aplica em cinco dimensões que foram utilizadas como aporte teórico durante o processo de análise dos documentos.

Destaca-se que os documentos são impossíveis de serem transformados, que é necessário aceitá-los como eles se apre-



sentam, mesmo que estejam incompletos, parciais ou imprecisos. Contudo, continua sendo de suma importância, avaliar adequadamente, com um olhar crítico, a documentação que se pretende analisar (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

**Quadro 2** – Dimensões de análise de uso dos documentos.

DIMENSÃO	CARACTERÍSTICAS
Contexto	Avaliação do contexto histórico no qual o documento foi elaborado, a dimensão sociopolítica do autor e daqueles a quem foi destinado. Associado a uma análise da conjuntura socioeconômica e política que favoreceu a produção de um determinado documento.
Autor(es)	Ter um bom conhecimento prévio da identidade da pessoa que se expressa, de seus interesses e dos motivos que a levaram a escrever.
Autenticidade e confiabilidade do texto	Assegurar-se da qualidade da informação transmitida e verificar a procedência do documento. É importante estar atento para a relação existente entre o autor e o que ele escreveu.
Natureza do texto	Considerar a origem do texto, abertura do autor, os subentendidos; a estrutura de um texto pode variar enormemente, conforme o contexto no qual ele é redigido.
Conceitos-chave e lógica interna do texto	Delimitar corretamente o sentido das palavras e dos conceitos-chave presentes em um texto e avaliar sua importância e seu sentido, segundo o contexto preciso em que eles são aplicados. É útil examinar a lógica interna, o esquema ou o plano do texto.

Fonte: CELLARD, 2008; SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009.

Na primeira etapa da análise, os documentos foram organizados e codificados por meio da utilização do *software* Nvivo versão 9.0. Nesta etapa, foi utilizado o software *Qualitative Solutions Research Nvivo* (QSR) versão 9.0 que se baseia no princípio da codificação e armazenamento de textos em ca-

tegorias específicas. No processamento do Nvivo, as categorias do estudo, nomeadas “nós”, foram codificadas e, em seguida, conceituadas e agrupadas, para, enfim, terem seus dados analisados (GOMES, *et. al*, 2012).

Na etapa seguinte, fez-se necessário realizar a codificação dos dados que consiste na criação de Unidades de Sentido e na releitura dos textos com os recortes já incluídos nestas Unidades. Com o apoio da equipe pesquisadora, nomeou-se as Unidades e o programa permitiu que os dados fossem organizados nas Unidades que representaram uma ideia onde pode ser armazenada também sua definição (GUIZZO; KRZIMINSKI; OLIVEIRA, 2003).

Para que o processo de codificação tenha início, é necessário que se tenha conhecimento prévio do documento que se quer analisar. Neste caso, existem maneiras de codificar o documento: a forma manual e a forma por busca. A forma manual consiste na codificação de unidades de texto conforme os Nós. Cada unidade de texto é codificada conforme a temática central a que se referir. Já a codificação por busca se dá na procura por unidades de texto que contenham uma determinada palavra (GUIZZO; KRZIMINSKI; OLIVEIRA, 2003). Destaca-se que, no estudo, foi realizada a codificação manual com ajuda da mesma equipe pesquisadora.

As Unidades de Sentido foram criadas, após a análise das informações e dos contextos das premissas e diretrizes estabelecidas por Brasil (2008) e Ceará (2012) intercruzando com as dimensões proposta por Assis e Abreu de Jesus (2010): econômica, técnica, política e simbólica dado que se reconhece que a finalidade do planejamento, objeto em questão no estudo é o acesso.

De tal modo, foi elaborado um instrumento de organização e análise dos dados que contemplou questões centrais acerca do processo de regionalização em saúde e o planejamento da Rede de Atenção Psicossocial na Região de Cascavel, tais como: necessidades e demandas; construção de objetivos; coordenação, flexibilidade e desempenho; avaliação e monitoramento das ações planejadas; compartilhamento decisório, responsabilização e institucionalidade. Após a codificação, a análise dos dados foi realizada a partir dos documentos gerados pelo próprio programa. Assim, iniciaram-se as buscas por Nós. Cada busca resultou em um documento no qual ficam registrados todos os recortes de textos codificados segundo aquele Nó específico, o que permite sua identificação e mais facilmente do que se todas as etapas fossem feitas manuais (GUIZZO; KRZIMINSKI; OLIVEIRA, 2003).

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

#### **3.1. Conformação histórica da Rede de Atenção Psicossocial no Ceará: *regionalização como norteadora do planejamento***

Pela vivência das experiências dos autores e da análise dos documentos e particularmente os destacados (Doc. 12, 13, 14, 15 e 16), identificaram-se quatro diferentes momentos de reorientação da assistência em saúde mental no Ceará. Esses são aqui apresentados e caracterizados: o primeiro período, compreendido entre 1970 e 1991, denominado “Do Movimento Reformista até o ano de 1991”; o segundo, 1991-2001, denominado “Da institucionalidade das Normas Operacionais Básicas à Lei Mario Mamede: contribuições para a organização da RASM”; o terceiro, de 2001 a 2010, intitulado “(Des)

continuidades na construção da RASM no Ceará: Avanços e desafios para consolidação das metas da Carta Ytacaranha”; e o quarto momento, de 2011 até os dias atuais, intitulado “As possibilidades de consolidação da RAPS a partir do Decreto nº 7.508: avanços na cooperação solidária dos entes federados”.

### **3.1.1. Do movimento Reformista até o ano de 1991**

Inicialmente, a “**Reforma Pelon**” na Era Vargas poderia ser apontada como a primeira experiência de regionalização no Ceará se não fosse a falta de cooperação solidária, dado que um conjunto de municípios formava o distrito e concentravam todas as atividades sanitárias de forma hierarquizada, obedecendo a um comando único e não articulado aos demais, sendo época foram estabelecido cinco distrito: Aracati, Quixadá (região Central), Juazeiro do Norte (região Sul ou Cariri) e Sobral (região Norte). O distrito sede possuía um Centro de Saúde, nos outros municípios do distrito existia um Posto de Higiene Fixo e um Posto Itinerante. Tal estrutura só fora alterada em meados de 1971 quando são estabelecidos os Centros Executivos Regionais com oito escritórios regionais de saúde, passando em 1974 a se chamar denominação de Delegacias Regionais, instituídas em quatorze regionais de saúde (BARBOSA, 1994).

Nessa trajetória histórica, inaugura-se à década de 1970-1980, período marcado de inúmeras transformações e lutas conquistadas no setor saúde, tendo forte participação dos atores sociais que se organizavam no Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), impulsionando a Reforma Psiquiátrica Brasileira e Reforma Sanitária numa conjuntura, que em meio as constantes denúncias da situação de saúde da

população e da inoperância do Estado suscitaram a criação do SUS em seus princípios estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e regulamentado em pela Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (AMARANTE, 1996, 1998).

O período mencionado encontra o recorte temporal aqui caracterizado em quatro diferentes momentos da reorientação da assistencial em saúde mental no Ceará. No Doc. 14, constata-se que a prática hospitalocêntrica e manicomial era possibilitada pela progressiva abertura de serviços, como o Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM) de 1963 e ainda na década de 1970 a inauguração de nove hospitais psiquiátricos privados, inclusive dois no interior do estado, em Crato e Sobral.

Constata-se que em satisfatória divergência a essa lógica referida, o Doc. 15 aponta iniciativas de ações que a época favorecia a reorientação da assistência em saúde mental, vista a adesão do Ceará ao Plano Integrado de Saúde Mental (PI-SAM) em 1977-1979, que viabilizou o início de novos atos produtivos de saúde com a prestação de atendimentos ambulatoriais descentralizados responsáveis pelo atendimento de uma definida região, fomentando a formação em saúde mental para médicos generalistas em lócus territorial, somado ainda o dinamismo da Sociedade Cearense de Psiquiatria (SOCEP), marcado pela criação das Jornadas Cearenses de Psiquiatria.

De fato, os acontecimentos finais desse primeiro momento refletem o período germinativo para a possibilidade de efetivação Reforma Psiquiátrica em defesa de uma desinstitucionalização que progressivamente que ofereça e fortaleça a existência de espaços e serviços substitutivos, possibilitando a reinserção social dos que por muito tempo foram esquecidos e

colocados à margem da sociedade (TAVARES, 2005; JORGE *et al.*, 2006; LOUGON, 2006).

Com funções estratégicas de substituir o atendimento manicomial dos asilos psiquiátricos e de ser ordenador da promoção da saúde mental nos territórios, os CAPS surgem ainda em 1987 na cidade de São Paulo (CAPS Luiz da Rocha Cerqueira), e se espalham além Brasil como unidades de atendimento para portadores de transtornos mentais. Tais centros permitem uma participação maior dos familiares no tratamento dos acometidos pelos transtornos, bem como não priva os pacientes do convívio com a comunidade (BRASIL, 2005; DELGADO *et al.*, 2007).

### **3.1.2. Da institucionalidade das Normas Operacionais Básicas à Lei Mario Mamede: contribuições para organização da RASM**

O segundo momento, de 1991 a 2000, embalado pela institucionalidade legal do processo de implantação do SUS, demarcadamente pelo contexto das NOB 91, 93 e 96, a concretização da descentralização das ações e serviços de saúde no Ceará avança inclusive com destaque nacional na área de Saúde Mental, dado que conforme o Doc. 3 o Estado já teria então, pelo menos na institucionalidade, dado “o grande salto” frente à aprovação da Lei “Mário Mamede”, nº 12.151, de 29 de julho de 1993, ajudando a alavancar no cenário nacional a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamentando rigorosamente a internação psiquiátrica compulsória, a frente do nível nacional dado que a aprovação da Lei Brasileira 10.216,

que redireciona a assistência em saúde mental no País, só foi aprovada em 6 de abril 2001.

A análise dos documentos das atas de CIB e do Depoimento do Caso João Ximenes (Doc. 12 e 14), possibilitou a elaboração e a apresentação do quadro 3, no que claramente se supõe que a implantação dos CAPS no Ceará ocorreu frente à interiorização.

Quadro 3 – Implantação histórica dos CAPS no Estado do Ceará – 1991-2000.

<b>Implantações históricas do CAPS no município</b>	<b>Ano</b>
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS – Iguatu	1991
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS – Canindé	1993
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS – Quixadá	1993
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS – Iço	1995
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS – Cascavel	1995
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS – Juazeiro do Norte	1995
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS – Aracati	1997
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS – Fortaleza SER III	1998
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – Sobral, Barbalha, Morada Nova e Itapipoca	1999
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS – Capistrano	2000
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS – Horizonte	2000-2001

Fonte: Elaborado a partir do Doc. 12, 14 e15.

Destaca-se a cidade de Iguatu pioneira junto a outras cidades do interior, sendo Cascavel a quinta cidade cearense a contar com o CAPS, não sendo a metrópole, nessa situação, a metrópole tão desenvolvida e evoluída, dado que historicamente são esses os adjetivos atribuídos, não sendo denotada então uma participação satisfatória da capital Fortaleza, principalmente quando é levado em consideração, segundo os dados do Censo IBGE (2000) o fato de essa concentrar, a época, quase 30% da população do Estado em relação aos 174 municípios.

Sobre a inexpressiva participação da capital nesse dado momento, Sampaio e Santos (1996, p. 130) caracteriza-a como sendo o “bastão da resistência” da Reforma Psiquiátrica, que impedia o surgimento do novo, pois se concentravam os hospitais psiquiátricos no entorno de 800 leitos, sendo boa parte pública.

Pontes e Fraga (1997) colocam que a interiorização observada não ocorre por acaso, pois isso explicaria, em grande parte, a resistência dos proprietários de hospitais psiquiátricos privados da cidade de Fortaleza, inibindo o surgimento dos novos serviços na capital, tendo a operacionalização da reforma enfrentado outras dificuldades como: a não aceitação da desospitalização dos pacientes psiquiátricos pelos familiares destes e pelos trabalhadores humildes do setor, devido ao medo, respectivamente, de perder o hospital psiquiátrico como opção de tratamento e de perder o emprego, colocando-se ainda que os profissionais da área de saúde mental estariam indo para os novos serviços com uma formação e uma prática consolidada no interior de hospitais convencionais que a época ainda prestavam assistência eminentemente asilar.



Acerca dos resultados positivos produzidos nas cidades interioranas com a implantação dos CAPS, o estudo avaliativo acerca das experiências dos CAPS e o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira realizado nos cinco (5) primeiros CAPS, do Estado, realizado por Sampaio e Santos (1996), destaca o CAPS de Quixadá, e a partir da análise dos dados apresentados tomou-se algumas considerações e por que não dialeticamente quantificá-las, para visualizadas numa démarche da racionalidade estratégica. Notou-se, então, a época uma redução de 90% dos encaminhamentos para internações psiquiátricas em Fortaleza, tendo em vista que antes ocorriam duas internações por mês e depois passou a ser uma internação a cada oito meses, e ainda a secretaria municipal reduziu em 66% a dispensa de tranquilizantes, ansiolíticos e indutores de sono, o que fora representado pela diminuição de 4500 para 1500 comprimido/mês, somado acréscimo de consultas, visitas domiciliares e as ações desenvolvidas nos serviços de atenção básica. E nessa situação, em si tratando de Quixadá e seus monólitos no Sertão Cearense, a época podia dizer-se num sentido conotativo ao atribuído no caloroso Sertão Baiano por Antonio Concelheiro, que “o sertão vai virar mar e o mar vai virão sertão”.

Nesse ínterim, depreende-se que os resultados em geral dessa implantação até 1996 seriam positivos, salvo as dificuldades que mesmo diagnosticada a mais de 17 anos ainda hoje se observam, muitas delas elencadas no quadro das necessidades e demandas atuais do planejamento (Quadro II), mas a época as registradas no estudo fora: as resistências culturais em conviver e acolher as pessoas com transtornos ou sofrimentos mentais em seu seio social; dificuldades iniciais enfrentadas pelos trabalhadores de saúde mental com práticas multidisciplinares.

nar e falta de habilidade em lidar com os problemas crônicos; falta de recursos financeiros para funcionamento pleno do serviço e ainda rotatividade de profissionais atraídos pelas “ilusões da metrópole”, impossibilitando, assim, a formação de vínculos afetivos tão necessários entre os trabalhadores, familiares e usuários dos serviços (SAMPAIO; SANTOS, 1996).

Retomando a proposta da articulação concernente ao pensamento desenvolvido da regionalização como diretriz articuladora da reorientação da assistência em saúde mental, quase no final do segundo momento, outras experiências somam-se as que particularizam a saúde mental, permitindo o aumento de relações interfederativas intermunicipais coordenadas pelo poder estadual. De tal modo que diante a não captura efetiva do registro nos documentos analisados e considerando a finalidade do planejamento aqui assumida, toma-se dados de Silva *et al.* (2012) ao estudar a regulação do acesso no Ceará em que aponta o registro das primeiras experiências do sistema de referência e contrarreferência no ano de 1997, tendo-se a época quatorze trechos no Estado, por onde convergiriam os municípios aos polos terciários (Fortaleza, Sobral e Cariri).

Articulado ao dado histórico de Silva *et al.* (2012) registra-se que a démarche da instrumentalidade estratégica consubstanciava as relações interfederativas, dado que à época sabe-se que tinha sido instituída a PPI como um importante instrumento de gestão, traduzindo para todos os níveis de gestão a pactuação de responsabilidades, objetivos, metas, referências de atendimento entre os municípios, e ainda, hoje eminentemente por esse instrumento os recursos e tetos orçamentários e financeiros (DOURADO; ELIAS, 2010).

Já o Doc. 4 (Resolução nº 05/98) coloca e reconhece oficialmente a reorientação política de saúde do Estado com a publicação das “Diretrizes de reorganização da atenção e dos serviços do SUS no Ceará”, estabelecendo que a microrregiões de saúde nesse momento se caracterizava como um espaço territorial composto por um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência em que os 14 sistemas microrregionais de serviços de saúde foram substituídos por vinte microrregionais. E segundo Norões (2001), em face da sua oficialização no início do ano 2000, com mais uma microrregional, passou-se a ter 21 microrregiões assistencial definidas para responderem pela organização dos serviços com diferentes interações com os macrorregiões de Fortaleza, Cariri, Sobral (KEINERT, ROSA, MENEGUZZO, 2006; NORÓES, 2001).

E na busca histórica da construção vivida que pode favorecer as possibilidades de efetivação dos objetivos do planejamento proposto, registra-se no Doc. 16, a “I Oficina de Saúde Mental, realizada nos dias 26, 27 de maio de 2000 em Sobral” com diferenciados atores sociais, “totalizando 120 participantes”, ocasião em que se elaborou o documento referido (Carta de Ytacaranha) com encaminhamentos que consta a “estratégia de construção da estrutura tecnoassistencial” (Quadro II).

Soma-se ao fato decorrente dos encaminhamentos do evento, foi posteriormente passado em CIB, conforme o registro do Doc. 12 (atas da CIB) a aprovação da estratégia inicial de consolidação Reforma Psiquiátrica Brasileira no Ceará, destacando-se então

“a implantação de CAPS prioritariamente nas 21 microrregiões de saúde, considerado potencialmente para implantação regionalizada 31 municípios de médio porte, servindo esses de referência para equipes mínimas de Saúde Mental nos Centros de Saúde e nos PSF dos municípios de pequeno porte. Instituído ainda que os municípios de maior porte teriam que contar com Hospital – Dia, Residência Terapêutica e outras ações além do CAPS que seria agiriam articulando as políticas, programas e serviços, também incluindo atenção domiciliar e comunitária em parceria com PSF e demais programas”.

Quantas ideias, quantos movimentos, quantas ações planejadas nesse rico momento explicativo e normativo. De tal forma que diante à meta apresentada destaca-se a identificação da regionalização como diretriz histórica articulada aos processos de planejamento das Redes, particularmente a RASP. E diante de tantos fatos, partindo do reconhecimento da importância da necessidade da importância da avaliação e controle das ações, mesmo que num recorte histórico já passado, elaborou-se, a partir da Carta Ytacaranha (Doc. 16) e atas CIB do ano de 2000 (Doc. 12), o Quadro II para se ter um norte do que se avançou.

Quadro 4 – Plataforma Reorientação da Assistência em Saúde Mental no Ceará, em 2000

<b>FUNDAMENTOS E PRINCÍPIOS</b>
<p>Superação do modelo de assistência psiquiátrica asilar, fomentando a substituição do modelo excludente e mortificador para o de atenção psicossocial, com construção planejada, a fim de garantir o financiamento contínuo e efetividade plena, sob responsabilidade hegemônica do setor público.</p>
<p>Elaboração de política pública de saúde, baseada nos princípios do SUS. Tendo como tríade básica da política, a Saúde Mental, a Saúde do Trabalhador e a Saúde da Família por composição setorial e integrada estrategicamente para uma atenção primária e de sistemas locais de saúde, sob controle social efetivo.</p>
<p>Articulação entre cidadania, qualidade de vida, expressão da subjetividade e saúde mental pela lógica de cuidados na promoção e educação em saúde, prevenção e tratamento de transtornos, atentando para as especificidades demográficas, econômicas, socioculturais e psicossanitárias de cada município.</p>
<b>ESTRATÉGIAS</b>
<p>1. Estratégia radial microrregional – Visando garantir alternativa imediata ao sistema hospitalar instalado e retirar da capital do estado a convergência da atenção saúde mental, colocando sobre responsabilidade do poder público a implementação de um CAPS na sede de cada microrregião de saúde do estado e um CAPS em cada Secretaria Executiva Regional (SER) de Fortaleza.</p>
<p>2. Estratégia de construção da estrutura tecnoassistencial, por porte de município. <b>Municípios de pequeno porte</b> - (população menor que 40.000 habitantes), <b>Municípios de médio porte</b> -(população de 40 a 100.000 habitantes)- <b>Município de porte metropolitano</b>- (população de mais de 100.000 habitantes).</p>
<p>3. Estratégias de Formação de Pessoal – Educação continuada, através de oficinas de vivência, seminários de atualização, minicursos temáticos, eventos e formação de biblioteca específica, sob responsabilidade municipal. Formação sistemática, estruturada, através de Cursos de Especialização e de Residência Interdisciplinares em Saúde Mental, sob responsabilidade estadual, que pode usar a publicação de editais, respeitando polos de formação instalados e a parceria com universidades. Inclusão de conteúdos de saúde mental no Curso Introdutório de PSF.</p>

Fonte: Elaborado a partir dos Docs. 12 e 16.

### **3.1.3. (Des)continuidades na construção da RASM no Ceará: avanços e desafios para a consolidação das metas da Carta Ytacaranha**

Somada a proposta estratégia de construção da estrutura tecnoassistencial da plataforma (Quadro 33) para implantação de CAPS em municípios de médio porte de forma regionalizada a atender as 21 microrregionais, considera que, no decorrer do curso, mais propostas favoreceram o processo, destacando no nível nacional em 2006 a publicação do que vinha sendo discutido desde a Carta de Sergipe em 2003-2004, trata-se da Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 em seus três componentes, especificamente o Pacto de Gestão, propondo e constituindo espaços de cogestão e resgate do apoio entre os entes federados, num processo compartilhado de solidariedade (BRASIL, 2006).

No Doc. 12 consta que, no Ceará, em 2005, por orientação nacional, ocorreram as discussões para a revisão do Plano Diretor de Regionalização (PDR), mas o que se colocou aqui, até então, foi como se deu o favorecimento da regionalização no Estado, articulado a contribuição instrumental que da institucionalidade política para que a regionalização seja diretriz articuladora de redes regionalizadas, de modo específico a RASM. Mas alguns trechos do Doc. 12 (ata CIB ano de 2005) quando se deu o processo de revisão chamam atenção, quanto à recorrentes dificuldades iniciais para que a proposta que começou a ser pensada, fosse a atos consolidado. A observação é que mesmo diante do “material morto”, este “assume vida”, incitando e pontuando aqui uma necessária discussão relacionada (des)entendimentos dos que participam desse processo de planejamento de elaboração do “deve ser” e mesmo da concretude do agir.

[...] foi discutido e definido no PDR que os Serviços de Alto Custo não podem ser implantados por decisão isolada de gestores municipais já que o recurso da AC pertence à gestão coletiva de gestores incluindo o Estado e portanto a discussão desse assunto deve se dar na Bipartite Estadual já que não existe no Ceará, fórum de negociação Macrorregional (Extrato do Doc. 12).

Efetivamente reconhece diante do exposto o movimento hermenêutico e dialético necessário para que os atores sociais possam de fato efetivar a política-institucional, pois não é a instrumentalidade o suficientemente posto ao que pode ser ter concebido em outras instâncias e outros contextos ou mesmo aquilo que fora negado inicialmente, mas a posterior tornam-se possibilidade. Temos então dois vértices do Triângulo de Governo pensado pelo PES estabelecido por Matus (1997), mas como diria Testa (1995) o projeto e a capacidade de governo precisam ser pensados não só na racionalidade estratégica, mas nas relações de poder que se estabelecem, sendo o poder político a expressa defesa dos interesses dos diversos grupos envolvidos. De tal modo que se reconhece que não seja a instrumentalidade, nem a defesa de interesse de um só grupo que possibilitará o êxito de ações planejadas, mas sim, como se assume nesse estudo, a possibilidade das renegociações e novas pactuações estabelecidas mediante o reconhecimento das linhas de investigação sugeridas pelo planejamento comunicativo.

A consideração é apenas pontual frente à instrumentalidade observada do momento já ocorrido, mas esta é melhor

apresentada e discutida por conta dos discursos apreendidos na atualidade. Voltar-se-á à continuidade da caracterização do terceiro momento histórico e pontuar-se-á um acontecimento histórico que muito contribuiu para a conformação da atual RASP da região em que se deu o estudo. Trata-se do posto pelo Doc. 12 (Atas CIB 2005) que, por conta da revisão do desenho PDR-2006, propôs, estrategicamente, o desmembramento da 1ª Região de Saúde, antes composta por 14 municípios, de tal modo que, para a situação específica, ocorresse o reconhecimento de entendimentos convergentes e complementares dos sujeitos envolvidos, como exemplificado nos trechos das atas a seguir:

[...] manifestou sua satisfação pela criação da nova Micro e enfatizou os avanços do setor da saúde, durante sua gestão naquele município, assim como as potencialidades sócio-econômicas da região, acrescentando que esse feito traria muitos progressos para o SUS no Ceará (Extrato do Doc. 12).

[...] defende a descentralização da gestão dos serviços de saúde, mas admite que ao se criar uma nova Microrregião estão se conformando modelos assistenciais cujo funcionamento exige capacidade de decisão do gestor para dar as respostas que a população necessita (Extrato do Doc. 12).

Desta forma, as convergências levam ao consenso: “sem mais comentários, a Plenária da Bipartite aprovou a alteração do Regimento Interno da CIB/CE para inclusão da 22ª CIB



Microrregional de Saúde, com sede em Cascavel”, tendo sido aprovado, pelo Conselho Estadual de Saúde (Resolução nº 10/2005 – CESAU), o PDR-2006, com a manutenção da divisão geográfica do Estado em três Macrorregiões, no entanto, acrescentando uma Microrregião de Saúde, passando a ser vinte e duas, pois a primeira microrregião foi dividida em duas, 1ª e 22ª. Pontua-se, aqui, a criação e aprovação da Região de Cascavel, conforme o registro abaixo:

Aos quatro dias do mês de novembro do ano dois mil e cinco, às quatorze horas e trinta minutos, no auditório do CESAU da Secretaria de Saúde do Ceará, situada à Av. Almirante Barroso, 600, nesta capital, realizou-se a 16ª Reunião Ordinária de 2005 da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Ceará... Apresentação do novo desenho do PDR do Estado do Ceará com a agregação da Microrregião de Saúde de Cascavel, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde (Resolução Nº 10/2005 – CESAU). “xxxxx” esclarece que este item se refere às alterações do Plano Diretor de Regionalização do Ceará dentre as quais fora apresentada a proposta de desmembramento das Microrregiões de Fortaleza e Aracati para criação da 22ª MR com sede em Cascavel... A nova Microrregião de Saúde ficou composta dos seguintes municípios: Beberibe, que saiu da MR de Aracati e Pindoretama, Horizonte, Pacajus, Chorozinho, Ocara e Cascavel (Sede e Pólo) que pertenciam à MR de Fortaleza. Em face

disso, colocou para a Plenária a decisão da CIB de autorizar a alteração do Regimento Interno desse Colegiado para a inclusão da 22ª CIB/Microrregional. Informou que a SESA não terá uma representação fixa na Microrregional recém-criada, mas será representada na estrutura de 22ª. CIB/MR através da 1ª CERES.

Dáí em diante, os desafios iniciais para a efetivação da proposta de reorientação precisavam ser enfrentados para que, de fato, ocorresse a Reforma Psiquiátrica no Ceará e em todo Brasil, de forma que, do ponto de vista jurídico-legal, mais uma luta do ideário reformista se concretizava, pois o trâmite que começou com o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, ainda em 1989, fora finalmente aprovado sob a égide da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Doc. 3), dispoendo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. (LOUGON, 2006), o que veio a fortalecer ainda mais o que vinha sendo desenvolvido no Ceará.

A análise dos documentos (Docs. 12 e 15) também aponta um caso emblemático e histórico que teve repercussão internacional, inclusive na Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA), tratando-se da morte de Damião Ximenes Lopes, no Hospital Psiquiátrico Casa de Saúde de Guararapes, na cidade de Sobral, em 2001, em que se detecta ações de direção convergente com as orientações do programa, pois o poder municipal da cidade Sobral, frente à situação vivenciada, acelera o processo

de Reforma Psiquiátrica, tornando-se uma referência estadual e nacional, por meio de ações que incluíram: o fechamento definitivo da “Casa de Repouso Guararapes”, em 2001, iniciando o processo de implantação de uma rede de atenção integral em saúde mental com a criação do primeiro Serviço Residencial Terapêutico (SRT) do Estado, em 2002, e com a implantação do primeiro CAPS AD, também no mesmo ano, seguido da existência de leitos psiquiátricos em hospital geral e de uma interlocução e apoio matricial com a atenção básica.

Ressalta-se, no Doc. 4, que os SRT e os CAPS AD fazem parte da continuidade estratégica de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira no Brasil, sendo o SRT entendido como moradias ou casas inseridas na comunidade destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais egressos de internação psiquiátrica de longa permanência que não possuam suporte social e laços familiares, viabilizando a sua reinserção social. Já o CAPS AD é o serviço destinado à clientela usuária de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Destarte, é no movimento de pensar/saber/fazer/concretizar que o Movimento de Reforma Psiquiátrica do Ceará acontece, por meio de uma verdadeira mobilização social, apresentando sucessos e insucessos, seguindo, ainda nesse período, com a forte participação das cidades das regiões interioranas, mas sendo notável e merecendo destaque, a partir da análise dos documentos (Docs. 12 e 14 e 15), o importante avanço que teve a reorientação da assistência na capital, Fortaleza, quando comparada à sua participação até então. Registra-se que, a partir de 2005, na primeira gestão da prefeita Luizianne Lins (PT), a cidade passou a ter uma rede melhor estruturada, vindo a somar com o protagonismo e o bandeirismo de di-

ferentes municípios do interior e da região metropolitana que contribuíram, avançaram e consolidaram a sua participação neste momento, sobretudo com a contínua implantação de assistência equivalente aos propósitos.

Discutindo e conhecendo melhor a estratégia de reorientação da assistência em saúde mental no Ceará e no Brasil, destaca-se que o projeto original do CAPS o define como sendo uma “estrutura intermediária” entre o hospital e a comunidade que visava oferecer às pessoas “um espaço institucional que buscasse entendê-las e instrumentalizá-las para o exercício da vida civil”. Conhecendo a Legislação Específica para o seu funcionamento, pelo Doc. 04, apresentam-se as modalidades de CAPS atualmente existentes junto ao *chronos* da evolução histórica da implantação de CAPS e outros serviços no Estado do Ceará, conforme a os Docs. 12, 14 e 15 (Quadro 5).

Registra-se que, anteriormente, segundo o Doc. 14, o Estado do Ceará até o início do ano de 2008, contava com 67 CAPS: 52 CAPS gerais, 11 CAPS AD e 4 CAPSi e encontrando-se em processo de cadastramento mais 17 CAPS. Além destes serviços, o Estado, à época, tinha 3 Serviços Residenciais Terapêuticos instalados, somando-se ao processo a redução de 800 leitos psiquiátricos, no período de 1992 até o início de 2008.

### Quadro 5– Implantação histórica da RASM no Ceará 2011-2010

<b>Implantação Histórica da RASM no Ceará 2001-2010</b>		<b>Ano</b>
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS - Fortaleza SER VI, Fortaleza Regional SER IV, Quixeramobim, Crateús, Marro e Horizonte.		2001
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS - Crato, Tauá, Aquiraz, Paraipaba, e Sobral (AD),		2002
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS -Jardim, Caucaia, Maracanã, Maranguape e Iguatu (AD)		2003
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS - Caucaia (AD), de Juazeiro do Norte (AD) e Camocim,		2004
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS - Euzébio, Tamboril, Limoeiro do Norte, Farias Brito, Itarema, Amontada, Fortaleza SER V, Trairi, Ibiapina e Iguatu (Infantil)		2005
Serviço Residencial Terapêutico - SRT- Iço		2005
Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza- 14 CAPS, 6 CAPS geral tipo II, 6 CAPS AD e 2 CAPSI. 01 Residência Terapêutica; 01 Unidade de Saúde Mental em Hospital Geral, com 30 leitos; 02 Emergências Psiquiátricas Especializadas; 09 Emergências Clínicas em Hospitais Municipais, que estão iniciando atendimento às situações de crise psicótica e alterações pelo uso ou abuso de álcool ou outras drogas e 01 ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU especializada para saúde mental; 18 Equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental, apoiando ações de saúde mental na Atenção Primária. 02 Ocas de Saúde Comunitária, que realizam atividades de promoção de saúde, com os grupos de resgate de auto-estima, terapia comunitária e massoterapia		2005-2008
Serviço Residencial Terapêutico - SRT- Iguatu		2006
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS - Redenção, Maranguape (AD e Infantil), Russas, Acopiara, Itaitinga, Senador Pompeu, Monsenhor Tabosa, Cruz, Santana do Acaraú, Icó (AD), Cedro, Orós, Icapuí, Brejo Santo e Pambú.		2006-2007
Centro de Atenção Psicossocial -CAPS -Ocara,Várzea Alegre, Guaraciaba do Norte, Novo Oriente, Coreaú, Forquilha, Uruburetama, Barbalha(ad), Ipu, Viçosa do Ceará, Camocim(AD), Pentecoste, Cruz.		2008
Centro de Atenção Psicossocial de Larvas da Mangabeira, Araripe, Paracuru, Ipuerás, São Benedito, Barbalha (CAPS tipo III), Maracanã (AD), Quixeramobim(AD) e Iço (Infantil)		2009
Centro de Atenção Psicossocial- CAPS- Irauçuba, Pedra Branca, Carriaguá, Jaguaruana e Bela Cruz.		2010

CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS AD	CAPS AD III	CAPS I
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Atende crianças e adolescentes com prioridade para sofrimento e transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.</li> </ul>

Fonte: Elaborado a partir do Doc. 12, 14 e 15.

O Doc. 12 (Atas 2009 e 2010) demonstra que, no intuito de dar continuidade e consolidação aos avanços da reorientação da assistência em saúde mental, os esforços dos gestores municipais confluem para o desafio do alcance da meta

nacional de um CAPS para cada 100.000 habitantes, tendo os gestores municipais em CIB do final do ano de 2009, decidido e pactuado a meta de alcance de 0,90 e 0,94 CAPS para cada 100.000 habitantes nos anos de 2010 e 2011, respectivamente, chegando a implantar 94 CAPS, sendo 13 novos, e, posteriormente, mais cinco, totalizando um total de 99 CAPS no ano de 2011.

Os resultados alcançados para essas metas pode ser analisado a partir do Relatório de Gestão de 2007-2010, intitulado “Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica”. Conforme esta análise, nota-se que o Estado do Ceará conseguiu lograr êxito no alcance da meta estabelecida de 99 CAPS, ainda em 2010, atingindo a taxa de 0,93 CAPS para cada 100.000 habitantes, superando o indicador da Região Nordeste, de 0,81 CAPS para cada 100.000 habitantes, e o indicador nacional, de 0.66 CAPS para cada 100.000 habitantes, sendo o terceiro estado no *ranking* da Região Nordeste, superado apenas pelos estados de Paraíba e Sergipe (BRASIL, 2011).

Ressalta-se que, nesse processo histórico de implantação dos CAPS, SRT e demais serviços da RASM, no Ceará – 2001-2010, os Doc. 12 e 13 (atas CIR e CIB) contam que alguns municípios não lograram êxito, no que se refere à consolidação e implantação efetiva de alguns CAPS, tendo em vista algumas situações relacionadas a dificuldades tais como a falta de elaboração adequada de projetos, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS); de espaços físicos adequados para a implantação dos CAPS; e, principalmente, a falta de recursos financeiros suficientes para manter a funcionalidade dos serviços, devido, consubstancialmente aos entraves dos processos

de repasse pelo Ministério da Saúde e pela capacidade financeira comprometida de alguns municípios.

O exposto nos documentos analisados é convergente com a preocupação da direção nacional, tendo sido reconhecido, no Relatório da Coordenadoria Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2011), o desafio do financiamento como um problema crucial agravado pelo contexto acentuado de (des) financiamento da saúde, devendo a sustentabilidade financeira das ações e serviços de saúde mental ser motivo de preocupação de todos os gestores e também do controle social, sendo fundamental que seja priorizada a continuidade das ações do campo frente às pactuações estabelecidas entre os três entes federados, a fim de assegurar o financiamento e a continuidade da expansão dos CAPS e de outros serviços que possibilitam a reorientação da assistência em saúde mental no país e, particularmente, no Ceará (BRASIL, 2011).

Argumenta-se, então, que, em relação à questão do financiamento, este não pode ser reconhecido como o fator mais preponderante para a continuidade da reorientação da assistencial em saúde mental, no Ceará e no Brasil, pois muito já se fez sem as condições adequadas, fazendo-se necessário que o movimento, que as ideias da Reforma Psiquiátrica sejam fortalecidas e permaneçam vivas junto à qualidade e efetividade da clínica ampliada e complexa que se exige das ações e serviços que compõem a RASM nos diferentes contextos do nosso país. Reforça-se, então, que, cada vez mais, o processo seja, de fato, compreendido com a continuidade de uma mobilização social, assim como foi outrora, entendendo que este depende e está intimamente ligado às ações de cada um dos atores sociais (gestores, trabalhadores de saúde, familiares e usuários dos ser-

viços) envolvidos no processo de planejar, efetivar e consolidar uma Rede de Atenção Psicossocial que, de fato, coadune e concretize os ideários da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

### **3.4. As possibilidades de consolidação da RAPS a partir do Decreto 7.508: cooperação solidária dos entes federados**

No cenário nacional, mais uma vez, a institucionalidade vem oferecer possibilidades estratégicas de se enfrentar os desafios, orientando a conformação das Redes de Atenção em Saúde, como apreendido na Portaria nº 4279, 31 de dezembro de 2010 (Doc. 4 ) e complementado com o Decreto nº 7508/2011 (Doc. 2) quanto aos entendimentos necessários para definições mais claras de conceito, caminhos e instâncias para que, por meio do COAP, se processasse a regionalização e a efetiva conformação da RAS em suas diferentes linhas de cuidado (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012).

Ao analisar até aqui todos os modelos e as diretrizes operacionais para a construção de uma situação desejada, coloca-se que, de fato, pensar a RAS é assumir o desafio de promover uma configuração capaz de considerar a economia de escala e escopo, a implementação de linhas de cuidado, redes temáticas e de apoio matricial ampliando a capacidade de intervenção da Atenção Primária em Saúde como ordenadora da rede (SILVA 2011).

No âmbito do Estado do Ceará, como consta dos Docs. 12 e 13, as novas intencionalidades fazem refletir mais uma vez sobre a avaliação do PDR, em 2011, que coloca a permanência da divisão em 22 áreas territoriais, subdivididas em quatro (4) macrorregiões e mantém a representação das 21 CRES como



representação do poder estadual, que, conjuntamente com as representações das secretarias municipais formam espaços intergestores, a exemplo da CIR (antiga CIB/Microrregional), operacionalizando a discussão do planejamento das redes regionalizadas.

Demarca-se, então, a instrumentalidade do recorte temporal daquilo que se denominou quarto momento de reorientação da assistência em saúde mental no Ceará que é fortalecida mais ainda pelo Doc.4, dada a publicação da Portaria nº 3088, 23 de dezembro de 2011, que institui a então agora denominada Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

Registra-se que, até o final de 2012, a RASP do Ceará tem somado, em sua (des)contínua trajetória histórica de movimento de tensões, conflitos e consensos, a implantação de 108 CAPS, sendo 52 CAPS I, 29 CAPS II, 03 CAPS III, 06 CAPS i, 18 CAPS ad e nenhum CAPS ad II, com uma cobertura de 0,988 CAPS por 100.000 habitantes. (BRASIL, 2013).

Vê-se, então, o grande desafio a ser enfrentado pelo estado, dado os números de CAPS i, ad e, sobretudo ad III, considerando a situação do uso e abuso do crack no cenário nacional. O dado quanto ao CAPS ad poderia ser questionado visto ter sido, ainda no primeiro semestre de 2012, em Fortaleza, por decisão da gestão local, ampliado para 24h o atendimento do CAPS ad já em funcionamento, reconhecendo-se a sua importância. Destaca-se, porém, que o registro deste não consta no CNES, o que não garante o financiamento do ente federado. Em se falando em rede e articulação interfederativa,

tal instrumentalidade do ato se faz necessária, a fim de que seja garantido o maior número de recursos e possibilite a melhor organização e funcionamento do serviço, mesmo em se tratando da capital que, por si, já detém um maior número de recursos financeiros.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Entende-se que, respeitada a instrumentalidade que guia o processo, no nível nacional e estadual, faz-se necessário reconhecer que, na realidade, embora o SUS tenha o caráter de ser único, com os mesmos princípios e diretrizes, ele não se efetiva do mesmo modo em todas as regiões do país, dadas as diferenças de capacidades técnica, financeira e política. Neste sentido, a regionalização deve ser entendida pelos atores sociais como estratégia política para lidar com a diversidade do próprio SUS no território (VIANA; LIMA, 2011).

Tal entendimento torna o processo de regionalização mais complexo do que o relacionado à simples descentralização político-administrativa. Neste entendimento, a regionalização se configura como uma estratégia do planejamento regional em uma perspectiva mais abrangente e integrada à transformação socioeconômica, à redução das desigualdades e, conseqüentemente, de ampliação da cidadania e efetivação do direito à saúde.

Assim, é necessário ir além das simples fronteiras político-administrativas municipais e regionais para que haja a construção, conformação e a integração das ações e serviços que configuram uma rede de atenção à saúde efetiva, considerando nela a RASP. É diante do entendimento das particulari-

dades dos processos de regionalização e conformação das redes de atenção em saúde que passa a ser apresentado como este processo histórico tem contribuído para a construção e a conformação da Rede de Atenção Psicossocial de Cascavel-Ceará.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (org.) **Loucos pela vida**: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, SDE/ENSP, 1995. [ [Links](#) ] **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, Fio Cruz, 1996.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fio cruz, 1998.

AMARANTE, P. D.; GULJOR, A. P. Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2005.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. G. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

BARBOSA, J. P. A. História da Saúde Pública do Ceará: da Colônia a Vargas. Fortaleza: Edições UFC. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental; 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS; Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do

SUS e de Gestão/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ministério da Saúde (Série Pactos pela Saúde) V.1 Brasília, Ministério da Saúde 2006  
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006.** Brasília (DF): MS; 2008.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto 7336, de 19 de outubro de 2010. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções Referências Bibliográficas 69 gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União 2010.

Sistema Único de Saúde — SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília, 2011.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012: regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Metas e diretrizes: objetivos, metas e indicadores, 2013-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva:** organização e funcionamento. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CARVALHO, G. *et al.* **Redes de Atenção à Saúde no SUS**: o pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 469-478, set. 1997.

CELLARD, A. A análise documental. In: NASSER, A. C. (Org.). **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis (RJ): Vozes, 2008. p. 295-316.

COSTA, L. D.; JORGE, M. S. B. A Atenção Básica de Saúde e sua Interface com Saúde Mental: um estudo de representação social no Programa Saúde da Família. In: SILVA, M. G. C.; JORGE, M. S. B. **Construção do Saber em Saúde Coletiva**: transição epidemiológica, saúde mental e diversidades. Fortaleza: INESP; EDUECE, 2002. p. 149-157.

DELGADO, P. G. G. *et al.* Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DIMENSTEIN, M.; BEZERRA, E. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. M. Regionalização e dinâmica política de federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p.204-211, 2011.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão, 2005**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2006. Disponível em: [www.saudefortaleza.ce.gov.br](http://www.saudefortaleza.ce.gov.br).

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão, 2006**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2007b. Disponível em: [www.saudefortaleza.ce.gov.br](http://www.saudefortaleza.ce.gov.br).

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão, 2007**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2010. Disponível em: [www.saudefortaleza.ce.gov.br](http://www.saudefortaleza.ce.gov.br).

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2006-2009**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2008. Disponível em: [www.saudefortaleza.ce.gov.br](http://www.saudefortaleza.ce.gov.br).

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-198.

GOMES, A. M.A.; CAPRARA, A; LANDIM, L. O. .P; VASCONCELOS, M. G.F **Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde**. *Physis* [online]., vol. 22, n. 3, pp. 1101-1119. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000300014>. Acesso em: abr, 2015

GUIZZO B. S.; KRZIMINSKI, C. O.; OLIVEIRA, D. L. L. C. O Software QSR NVIVO 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 53-60, 2003.

JESUS, W.L.A.; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, Jan. 2010 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000100022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100022&lng=en&nrm=iso)>. Acessos em: 14 abr. 2015.

JESUS, W. L. A. **Re-significação do planejamento no campo da saúde coletiva**: desafios teóricos e busca de novos caminhos. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, 2006. Feira de Santana, Bahia, 2006.

JORGE, M. S. B. *et al.* Reabilitação psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, nov./dez. 2006.

KEINERT, T. M. M.; ROSA, T. E. C.; MENEGUZZO, M. Inovação e cooperação intergovernamental: microrregionalização, consórcios, parcerias e terceirização no setor saúde de São Paulo: Annablume, 2006. 222 p.

LOUGON, M. *Psiquiatria Institucional: do hospício à Reforma Psiquiátrica* (1a ed.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006.

MATTOS, R. A. (Org.). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001, p. 39-64.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MATUS, C. *O Método PES: roteiro de análise teórica*. São Paulo: FUNDAP, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. Rev. São Paulo: Hucitec, 2008.

NORÕES, N. M. R. *A saúde no Ceará*. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2001. 175p.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação de rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio 2006.

PONTES, P.A. R.; FRAGA, M. N. O. Reforma psiquiátrica no Ceará: descrição de um caso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 5, n. spe, p. 45-50, mai. 1997.

QUINDERÉ, P. H. D. **Atenção à saúde mental no município de Sobral-CE**: interações entre os níveis de complexidade, composição das práticas e serviços. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) –Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza, 2008.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANE, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev. Bras. Hist. Cienc. Soc.**, v.1, n.1, p.1-15, 2009.

SAMPAIO, J. J. C.; CARNEIRO, C. Rede de atenção integral à saúde mental de Sobral-CE: planejamento, supervisão e reflexões críticas. Sanare: **Revista de Políticas Públicas**, Sobral-CE –, v. 6, n. 2, p. 7-25, 2007.

SAMPAIO, J. J. C. & SANTOS, A. W. G. dos. **A experiência dos Centros de Atenção Psicossocial o Movimento Brasileiro de reforma psiquiátrica**. In: PITA, A. M. F. (org.) Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec. p.127 -134. 1996.

SILVA, J.M. **Planejamento em saúde no programa saúde da família em Jequié – BA**: a dialética entre a teoria e a prática. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Universidade de Feira de Santana, 2006. p. 225.



TAVARES, C. M. M. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 3, p. 403-410, 2005.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

VIANA, A. L. d'A.; LIMA, L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: VIANA, A. L. d'A.; LIMA, L. D. (Orgs.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 11-24.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Rev. Estudos de Psicologia**, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, v. 9, n. 2, p. 373-379, 2004.



## **PARTE 2**

### **IMPLICAÇÕES ESTRATÉGICAS NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

## CAPÍTULO 6

### OLHAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA GESTÃO: ENFOQUE NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

**Isabella Lima Barbosa**

**Anna Paula Sousa da Silva**

**Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**

**Daniella Barbosa Campos**

**Paulo Félix de Almeida Pena**

**Raimunda Magalhães da Silva**

#### INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença sistêmica, não sendo apenas algo localizado, crescendo de maneira incomum, podendo ser visível ou não. A neoplasia só começa a existir em um organismo propício. São pessoas que, por muitos anos, não respeitaram as suas próprias células, abusaram de um estilo de vida desfavorável. Sendo assim, as causas do câncer são multifatoriais (FELIPPE JÚNIOR, 2011).

Dentre os tipos de câncer mais frequentes nas mulheres destaca-se o câncer de mama que, assim como outras neoplasias, resulta de uma multiplicação incontrolável de células anormais que se originam em função de alterações genéticas, sejam elas hereditárias ou adquiridas por exposição a elementos ambientais ou fisiológicos (BRASIL, 2013).

Alguns fatores são conhecidos como predisponentes a esse tipo de câncer, podendo ser a idade, a história familiar, a dieta, fatores reprodutivos e hormonais, história de câncer anterior e fatores genéticos (ÁVILA *et al.*, 2000).

Neste sentido, o câncer de mama é considerado incomum antes dos 35 anos, no entanto, acima desta faixa etária, sua incidência aumenta progressivamente, sendo motivo de temor na sociedade em geral e, principalmente, entre as mulheres, em decorrência do elevado índice de morbimortalidade e de mutilação com conseqüente comprometimento do desenvolvimento social (FERNANDES *et al.*, 2007).

De acordo com as estatísticas de câncer, em 2008, houve 182.460 novos casos de câncer de mama em mulheres nos Estados Unidos e 40.480 mortes em decorrência dele (JEMAL *et al.*, 2008).

O perfil dessa neoplasia está mudando, pois está afetando, de maneira crescente, as mulheres dos países de menores recursos. Hoje, mais de 55% das mortes por câncer de mama se apresentam nos países de recurso baixo e médio. Em 2020 por volta de 70% dos casos desta enfermidade se apresentarão no mundo em desenvolvimento.

No Brasil, os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer de mama, acusam-no como problema de saúde pública. No entanto, trata-se de uma doença que possibilita o controle, mediante ações de Promoção à Saúde, detecção precoce e exames clínicos periódicos. Neste sentido, a formulação de políticas públicas de saúde fomenta a implantação de práticas educativas objetivando a promoção da saúde mamária e a detecção do câncer (BRASIL, 2004).

Segundo os dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), a estimativa de casos novos de câncer de mama feminina no Brasil, para o ano de 2014, é de 57.120 (20,8%), sendo a maior estimativa na região Sudeste, com 142.820 casos; seguida do Nordeste, com 51.540 casos; Sul, com 49.720; Centro Oeste, com 20.150; e Norte, com 9.930 casos novos.

Ainda segundo o INCA (2014), a doença apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 11,3 óbitos/100.000 mulheres, em 2009.

No Ceará, estima-se 1.770 novos casos, correspondendo a 39,11 casos por 100 mil habitantes. Em 2011, foram registrados 10,46 óbitos por 100 mil habitantes. Na capital, a estimativa seria de 720 novos casos, correspondendo a 52,78 casos por 100 mil habitantes (INCA, 2014).

Nesse sentido, o panorama da doença mostra a necessidade de planejamentos na tentativa de minimizar os danos e detectar precocemente a doença.

Em 1991, foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com o objetivo de contribuir para a descentralização das ações de saúde bem como promover a cobertura da assistência à grande demanda da atenção básica, melhorando a capacidade da população de cuidar da sua própria saúde, transmitindo-lhes informações e conhecimentos (NASCIMENTO; ERDMANN, 2005).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é uma pessoa muito importante, visto que este se constitui como o elo entre os usuários e os serviços de saúde, além de acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob

sua responsabilidade, identificando pessoas vulneráveis a situações de risco e encaminhando estas para os serviços de saúde (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde confere ao ACS uma série de atribuições, como realizar mapeamento em sua área, identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco, orientar famílias para utilização adequada do serviço de saúde, as quais transcendem à sua formação profissional. Portanto, tais profissionais devem participar de esquemas de qualificação e atualização permanentes (SILVA, 2012).

Os ACSs devem ser coordenados por um enfermeiro e este é responsável pela capacitação aos agentes comunitários de saúde, para que as informações auxiliem sua prática e seja baseada em caráter científico (BRASIL, 2012).

Contudo precisa-se de um apoio no serviço de saúde para que os profissionais ACSs se fortaleçam nas ações frente a detecção precoce do câncer de mama, seja na educação em saúde, seja nas estratégias de intervenção com material adequado, necessitando, assim, de um gestor proativo nas decisões de atuação.

É importante entender que no gerenciamento de uma UBASF, o gestor necessita dominar uma série de conhecimentos e habilidades das áreas de saúde e de administração, bem como, ter uma visão sistêmica no contexto em que elas estão inseridas. O mesmo deverá ter compromisso social com a população, pois é o gerente quem organiza a produção dos bens e serviços de saúde ao indivíduo e a coletividade (PASSO; CIOSAK, 2006).

O profissional gestor precisa relacionar-se com as equipes interprofissionais, estarem cientes dos procedimentos médicos assistenciais, intermediando possíveis conflitos em

situações interrelacionais. As atividades inerentes ao gerente também incluem as ações previstas no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), hoje também conhecido como Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), que atribui ao enfermeiro diversas atividades de gerenciamento, principalmente na condução dos ACS e profissionais de enfermagem na ESF (RAMOS, 2011).

Nesse processo de trabalho, o gerente, sendo enfermeiro ou não, precisa adequar-se a determinados mecanismos próprios da unidade, que propiciem o desenvolvimento da execução da prática gerencial, tendo como foco principal a garantia dos princípios do SUS (PASSO; CIOSAK, 2006).

O gestor deve ter um perfil de liderança situacional, ciente do seu papel de apoiar atividades para desenvolver o potencial das pessoas e levá-las a realizar um trabalho com suas responsabilidades no atendimento à população, à família e à comunidade. Esse trabalho é desenvolvido de maneira mais eficaz quando as atividades assistências ocorre em paralelo com reuniões administrativas de equipe estando todos a par do diagnóstico situacional da comunidade visando o planejamento e execução das atividades educativas, atendendo a necessidade da população (RAMOS, 2011).

Diante do exposto, questionamos sobre: qual o apoio que o ACS tem da gestão para atuar com a comunidade na detecção precoce do câncer de mama?

Na perspectiva de responder esta questão procuramos investigar as características de gestão da atenção primária na detecção precoce do câncer de mama sob o olhar do agente comunitário de saúde.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. O estudo ocorreu nas Unidades Básicas de Saúde da Família, pertencentes à Coordenação Regional em Saúde (CORE) VI. Os sujeitos da pesquisa foram 19 Agentes Comunitários de Saúde da CORE VI entrevistados em seis unidades de saúde selecionadas aleatoriamente, em que foi parada a coleta pela saturação das falas. Como critérios de inclusão participariam da pesquisa Agente Comunitário de Saúde que atuassem em Unidade Básica de Saúde da Família pertencente a Regional VI. A coleta de dados se deu através da aplicação de questionário semiestruturado. As perguntas contemplavam os dados sociodemográficos como idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, renda familiar e tempo de serviço na atenção básica. Outras questões contemplavam assuntos referentes à gestão do serviço, como por exemplo: você tem algum poder a tomar decisão e resolver algum caso que necessite de encaminhamento? Se não, o que você acha que poderia ser feito? Na sua unidade de saúde o seu coordenador lhe apoia quando é feito um encaminhamento por você? Se não, o que você propõe para que isso passe a acontecer? Os dados foram analisados pela técnica da análise de conteúdo de Bardin, na qual é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que faz uso de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2009). Emergiram-se as seguintes categorias: o agente comunitário de saúde e seu poder frente às decisões para encaminhamentos; o gestor e a capacitação dos ACSs; planejamento das atividades educativas. A discussão dos dados embasou-se nas políticas oficiais de saúde do Brasil. A pesquisa foi submetida pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), recebendo aprovação sobre o protocolo nº 618.818.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Da totalidade, 14 agentes de saúde são do sexo feminino e cinco 5 do sexo masculino. A idade dos profissionais variou entre 25 a 60 anos, sendo destes, cinco com idade de 25 a 35 anos, e oito com idade de 36 a 45 anos e seis com idade acima de 46 anos. No que se refere ao grau de escolaridade, nove agentes concluíram o ensino médio. Quanto ao estado civil, 11 profissionais são casados, 7 são solteiros e 1 em união estável. No que se refere a renda familiar, 14 possuem renda de 2 a 4 salários mínimos. Em relação ao tempo de serviço, 13 ACSs possuem até 5 anos de serviço na atenção primária em saúde.

### O ACS E SEU PODER FRENTE ÀS DECISÕES PARA ENCAMINHAMENTOS

Os ACSs apresentaram uma lacuna de conhecimento nas suas atribuições, não estando estas, bem definidas. Como demonstradas nas falas abaixo:

*Meu dever é comunicar ao médico e a enfermeira da equipe, e de acordo com a necessidade, eles fazem o encaminhamento (ACS 16).*

*Eu acho que deve ser encaminhada pelo médico ou enfermeira. A nós, ACS, somente ser o elo entre a comunidade e a unidade (ACS 2).*

*Deveria ser feito uma preparação melhor, e poder de encaminhamento (ACS 19).*

Entretanto, conhecendo as atribuições desse profissional, destacam-se, identificar a situação de risco ou problema, conversar com as pessoas e/ou familiares, para, assim, encaminhá-las à unidade de saúde com o intuito de uma avaliação mais detalhada (BRASIL, 2009).

Um dos aspectos bastante abordado nos relatos foi o impedimento no poder de decisão, sendo que a maior parte dos profissionais reflete descontentamento no que diz respeito à autonomia para o encaminhamento direto às consultas. Percebemos isto, claramente nas falas:

*Poderia ter facilidade se nós marcarmos pelo menos a primeira consulta do paciente (ACS 12).*

*ACS é um profissional que só recebem ordem, seu tratamento é em regime ditatorial, não tem opinião e nem direito a nada (ACS 4).*

Através dos depoimentos, fica indiscutível a insatisfação dos profissionais na tomada de decisão em atitudes como agendamento de consultas, estabelecimento de prioridades, acesso direto ao cronograma para atendimento que seja por eles considerados importantes para uma melhor avaliação na unidade básica de saúde com o profissional solicitado.

O agente comunitário de saúde por muitas vezes é recebido nos domicílios e desenvolve seu papel de educador para a saúde ali mesmo, na casa do usuário, onde podem presenciar a realidade das famílias e adequar as informações que sejam mais convenientes em cada caso. Esse profissional precisa dominar diferentes assuntos que permeiam a saúde pública no país.

Mesmo com essa atribuição, ficou evidenciado em suas falas, na percepção do ACS, a sua condição inferiorizada, no que diz respeito ao apoio do coordenador nas ações relacionadas ao encaminhamento realizado pelo agente de saúde. Dentro da sua dinâmica de trabalho, o profissional ACS reconhece que para desenvolver uma atenção mais eficaz na comunidade precisa do apoio de quem coordena a unidade básica. Como é visto claramente nos próprios depoimentos dos profissionais:

*Seria bom se a coordenação escutasse mais o agente de saúde, já que somos os olhos da comunidade (ACS12).*

*Proponho que haja uma aproximação maior entre a coordenação e as equipes de saúde para que se conheça os casos que necessite de mais atenção na área (ACS 11).*

*Eu acredito que um dia o ACS vai ser levado mais a sério (ACS 17).*

O agente comunitário de saúde é estimulado a ser um agente de mudanças, também conhecido, citado nas falas como “vigilantes da saúde”, porém, o trabalho reconhecido e funcionando sob as condições mínimas de dignidade do pro-

fissional, favorecem consideravelmente, gerando um cuidado contínuo as ultrapassando barreiras e limitações. As atitudes positivas exercidas por eles, como por exemplo, uma informação repassada de forma clara e cuidadosa, irá refletir na no dia a dia do trabalho da unidade, e na saúde da população.

Partindo desse ponto é que a coordenação da unidade básica de saúde, ou gestor local, tem importante papel no gerenciamento dessa dinâmica de trabalho. Para contextualizar isto, podemos citar a lei 8.080, conhecida como a lei orgânica de saúde, que ao ser regulamentada, em 1990, definiu que deveria existir um gestor em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

A Unidade Básica de saúde tem o seu gestor local, mais conhecido como ‘coordenador do posto’, que exerce atribuições específicas participando e orientando na organização dos processos de trabalho.

Para tanto, os ACSs em suas falas deixam explícito que ainda falta muito por parte da coordenação. Pontos como, “aproximação”, “acesso”, são repetidos em várias falas. Entretanto, para que os ACS consigam desenvolver seu papel, o elo deve existir também dentro da unidade. Como sugere os profissionais abaixo:

*Deveria ter mais integração entre a equipe com a coordenação (ACS 15).*

*Somos profissionais de baixa remuneração, e nem mesmo somos respeitados na unidade pelos outros profissionais, principalmente os de nível superior (ACS 4).*

Na visão dos ACS entrevistados, o diálogo, atitudes de respeito entre os profissionais, favorecem com as relações da equipe, assim como o conhecimento, a informação são fundamentais na construção de uma saúde para todos.

## O GESTOR E A CAPACITAÇÃO DOS ACS

Nesta categoria analisada, destacam-se a necessidade de “cursos de capacitação”, “informações constantes” e “Palestras para aprender melhor” na opinião dos profissionais entrevistados. Diante disto, é preciso ter uma visão na qualidade das informações que são orientadas por profissionais para que, de fato, gerem conhecimento na comunidade.

Destacam-se nas entrevistas procedidas, um sentimento de descaso da gestão no que tange a capacitação do Agente comunitário de saúde frente às informações sobre o câncer de mama:

*Precisamos ter informações constantes, palestras, cursos (ACS 13).*

*Sugiro palestras para eu entender mais, panfletos, etc. (ACS 6).*

*Não há investimento em cursos de capacitação para os profissionais da saúde (ACS 17).*

*Poderia ter cursos sobre o câncer de mama (ACS 12).*

Percebemos, então, uma fala que cerne todo esse emaranhado de necessidades detectadas por esses profissionais: “*Proponho capacitação para todos os Agentes comunitários de Saúde*” (ACS 1).

Com isso, devemos lembrar que um dos princípios que permeiam o Sistema Único de Saúde (SUS), é a integralidade, portanto, o gestor responsável precisa se dedicar em preparar profissionais capacitados para se deparar com diversos problemas de saúde pública, garantindo a oferta de orientação necessária aos indivíduos, família e coletividade que o procurarem (BRASIL, 2006).

Para isto, é importante que existam os programas educacionais e estes devem ser elaborados e baseados no desenvolvimento de competências de cada equipe, se possível, utilizando métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos e, quando possível, incluindo novas tecnologias, como a educação a distância. Além disso, dentro deste contexto, o desenvolvimento de algumas competências transversais, como a capacidade de trabalhar em equipe e a comunicação, devem fazer parte de qualquer programa educacional do ACS e dos outros profissionais de saúde (TOMAZ, 2002).

Diante dos fatos, fica evidenciado que o ACS poderá realizar essa educação em saúde na detecção precoce do câncer de mama, mas que isto só poderá acontecer com eficiência quando este profissional for bem orientado por seu gestor local através de capacitações e investimentos para a ação, entendendo que esta atividade é de suma importância para a prevenção de maiores agravos.

Neste sentido, Gottardi e Silva (2005) salientam que o agente deve ter um papel destacado como promotor de saúde e cidadania, sendo estes profissionais pessoas essenciais para o desenvolvimento do PSE. Por isso, capacitá-lo e valorizá-lo é de fundamental importância, pois aqueles que atuam na saúde e a promovem, ou seja, os trabalhadores, podem ser vistos como um bem público.

## **PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS**

Planejar é organizar o que será feito, é não improvisar, é preparar atividades e acompanhar sua execução, muitas vezes reformulando decisões já tomadas e, se preciso, redirecionando sua execução. Planejar envolve, também, avaliar o resultado ao término da atividade (BRASIL, 2009).

Segundo o mesmo autor, existem várias formas de se fazer planejamento, porém, no que se refere às ações de saúde, o planejamento participativo é o mais adequado, pois torna mais fácil a atenção com o comprometimento de todos. Porém, percebemos que planejar é condição necessária, mas não é suficiente para que as ações de saúde sejam implementadas de forma qualificada, gerando benefícios efetivos para a população em geral.

Em seus estudos, Santos e Fracolli (2010) dizem que, entre as definições do perfil de Agente Comunitário de Saúde, estão o planejamento e a avaliação das ações em saúde, restando previsível que o ACS seja capaz de realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito da Unidade de Saúde. O trabalho do ACS tem potencial para contribuir com o desenvolvimento de processos de envolvimento das lideranças locais nas discussões e enfrentamento dos problemas de saúde e seus determinantes sociais presentes no seu território.

A princípio, entendemos que deve existir, na rotina dos profissionais, um momento para planejar. Deste modo, as discussões de casos de uma comunidade devem acontecer com o envolvimento de vários profissionais em que todos tenham acesso às informações, pois, só assim, com a contribuição de

todos, é que se define a melhor assistência para o caso. Planejar o cuidado também pode ser entendido como uma boa elaboração de atividades educativas. Mas, para que o assunto proposto seja relevante, é preciso que apontem as reais necessidades da comunidade envolvida.

Com a importância de se realizar reuniões periódicas na tentativa de solucionar problemas, perguntamos, aos sujeitos do estudo, se eram realizados planejamentos na unidade básica de saúde (UBS), com o foco na detecção precoce do câncer de mama. Obtivemos relatos como:

*Temos reunião para vacinas, campanhas dos surtos epidemiológicos, e quanto ao andamento do atendimento na unidade (ACS 1).*

*Não temos reuniões, e são necessárias para melhoria do nosso trabalho junto com a comunidade (ACS 2).*

*Na minha unidade as decisões são feitas de cima pra baixo, o ACS só tem que obedecer (ACS 4).*

*Tem que ter sensibilidade para a gestão. Sabendo que essas reuniões são fundamentais para desenvolver o trabalho (A 16).*

Para tanto, essas reuniões precisam ser vistas como algo resolutivo, seja a curto, médio ou longo prazo, e devem contemplar não só o assunto de maior evidência, mas, também, as reais necessidades da população e os problemas de saúde pública como, por exemplo, o câncer de mama. Quanto a este assunto, a gestão local e os profissionais que trabalham na uni-



dade devem saber que quanto mais se investe em prevenção e promoção na saúde, menores serão os agravos com o tratamento, pois o que seria tratado, agora é prevenido.

É, no mínimo, preocupante, para um profissional, não ter voz ativa e participação em um processo que, muitas vezes, se inicia com ele. É o caso do Agente Comunitário de Saúde que, em sua unidade, não é convidado a participar das reuniões e planejamentos junto à equipe. É o ACS que cadastra as famílias e, muitas vezes, até residem na comunidade, o que fortalece o vínculo entre o usuário e o profissional. Mas esta inclusão nas atividades pode diferir de Unidade para Unidade: foi o que percebemos quando colocada a mesma pergunta a agentes de outras Unidades Básicas de Saúde:

*Temos reunião mensal com o coordenador, e reunião quinzenal com a equipe (ACS 15).*

*As reuniões gerais são mensalmente, e as reuniões de equipes são semanais (ACS 11).*

*Temos reunião chamadas de rodas, para tentar solucionar os problemas, mas às vezes não temos solução (ACS 8).*

De modo geral, precisamos incluir o ACS em todos os momentos do planejamento, sendo estes pautados para o levantamento de questões relevantes, a análise de dados e a priorização das necessidades. Isto deveria ocorrer independentemente de onde este agente trabalhe, pois ver este profissional como um colaborador e um promotor de saúde nos dará uma maior abrangência para detectar precocemente o câncer de mama.

Ao se planejar as atividades, além da participação de todos e a sua capacitação, precisamos ter insumos de materiais disponíveis, investimentos de recursos metodológicos e financeiros, uso de tecnologias, leve, leve-dura e dura, e tudo o que possa contribuir para que a atividade seja bem compreendida pelo público alvo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As representações obtidas neste estudo configuram o Agente Comunitário de Saúde como sendo um profissional que não tem reconhecimento do seu trabalho pelo gestor ou equipe local, capacitação adequada e conhecimento do seu papel enquanto promotor da saúde, limitando seu papel na atenção primária em saúde na detecção precoce do câncer de mama.

Ficam demonstrados os fatos em relatos como: “*Eu acredito que um dia o ACS vai ser levado mais a sério*”, sugerindo que esse profissional precisa ser visto como um ator importante na resolubilidade de suas ações, mais precisamente um ser agente de mudança que pode contribuir satisfatoriamente, sempre que bem orientado e motivado para isto.

Contextualizamos, nesse estudo, que o câncer de mama, mesmo com todo o aparato de informações e tecnologias de que dispomos atualmente, ainda é considerado uma patologia com alto índice de mortalidade, sendo apontado como um problema de saúde pública. A Unidade Básica de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, junto aos profissionais e com o apoio da gestão precisam unir forças para que aconteça uma detecção precoce deste tipo de câncer, pois só assim, reduzir-se-iam danos e gastos à sociedade nesse contexto.

No estudo, ficou clara, também, a insatisfação do Agente de Saúde sem autonomia para tomar decisões sobre encaminhamentos, quando estão frente a frente ao usuário, na comunidade. O Manual do Ministério da Saúde e o Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde trazem informações e possibilidades de como esta categoria pode intervir no assunto. Porém, este material, mesmo sendo bem elaborado, com ilustrações e sistemático, precisa ser repassado, de forma didática, aos interessados para que atenda seu objetivo.

Em uma das categorias, foi explanado o planejamento das atividades educativas, que não acontecem sistematicamente nas equipes em que os ACS estão inseridos, o que denota uma lacuna no planejamento e na resolubilidade de suas ações.

Portanto, ficou evidenciada a importância da participação ativa do gestor e da equipe nas ações do Agente Comunitário de Saúde com enfoque na detecção precoce do câncer de mama, ressaltando a prevenção para esta doença.

## REFERÊNCIAS

ÁVILA, K. G. *et al.* **Câncer de Mama**. Departamento de Genética e Evolução. Porto Alegre: FFCMPA, 14 nov. 2000.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa; 70, LDA, 2009.

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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Controle do Câncer de Mama**: documento de consenso. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do ACS**, Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: MS, 2013.

FELIPPE JUNIOR. J. Câncer de mama. **Medicina Complementar**, v. 11, n. 9, p. 1-17, out. 2011.

FERNANDES, A. F. C. *et al.* Ações para detecção precoce do câncer de mama: um estudo sobre o comportamento de acadêmicas de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 2, 2007.

GOTTARDI, R. L. B.; SILVA, A. L. Educação em saúde: o agente comunitário de saúde sob foco. **Boletim do Instituto de Saúde – BIS**, n. 37, p. 10-12, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014**: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

JEMAL, A. *et al.* Cancer statistics. **A Cancer Journal for Clinicians**, v. 58, n. 2, p. 67-125, 2008.

NASCIMENTO, K. C.; ERDMANN, A. L. Perfil dos Agentes Comunitários de saúde e as ações de cuidado aos clientes portadores de hipertensão arterial. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 6, n. 3, p. 95-104, 2005.

PASSO, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde: relato de pesquisa. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 40, n. 4, p. 464-482, 2006.

RAMOS, L. H. **Gestão de Serviços de Saúde: Módulo Político Gestor**. 2011.

SANTOS, L. P. G. S.; FRACOLLI, L. A. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 44, p. 76-83, 2010.

SILVA, G. A. Câncer de mama no Brasil: estratégias para o seu enfrentamento. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, jan. 2012.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface – Comunic. Saúde Educ.**, v. 6, n. 10, p. 75-94, 2002.

# CAPÍTULO 7

## ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA DE UNIDADE HOSPITALAR

**Luis Felipe Martins dos Santos**  
**Aluísio Gomes da Silva Júnior**  
**Mônica Tereza Christa Machado**  
**Leandro Cacciari Cardozo Porto**  
**Igor de Barros Rezende**

### INTRODUÇÃO

Dentre as formas de acesso aos serviços de saúde, os Serviços de Emergência hospitalares ainda representam importante porta de entrada para o usuário. Embora a atenção às urgências deva ser feita em todas as unidades de saúde, é também nos hospitais que os problemas do setor afloram de maneira inequívoca.

A superlotação é apontada como uma das principais causas dos problemas relacionados às emergências hospitalares, fruto da busca dos usuários pela certeza de atendimento e inserção em uma cadeia de cuidados consistente, em uma associação de ideias comum a esses serviços (O'DWYER; MATTIA; PEPE, 2008). Observamos, frequentemente, a presença

de usuários com pouca ou nenhuma gravidade clínica ou cuja abordagem mais efetiva seria ambulatorial e que, ainda assim, aguardam horas a fio por uma consulta médica, configurando o que chamamos de uso inadequado do serviço (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009).

Desde a década de 1990, surgiram diversas propostas para lidar com essa questão, que ocorre em muitos países, com diferentes realidades em seus sistemas de saúde. Tais propostas assumiram majoritariamente a forma de processos de triagem, que deveriam ser capazes de priorizar os casos que se apresentam ao pronto-socorro, permitindo direcionar os esforços para pacientes em situação mais grave, aumentando a resolutividade dos serviços (MACKWAY-JONES, 1997; BEVERIDGE, 1998; AUSTRALIAN COLLEGE OF EMERGENCY MEDICINE, 2000; GILBOY *et al.*, 2005).

No Brasil, alguns hospitais adotam processos de triagem na emergência, desde 2002, adaptando protocolos internacionais, na tentativa de reduzir o uso inadequado do serviço de emergência (HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI, 2001; RATES; CAMPOS, 2008). O sucesso de algumas destas iniciativas levou à incorporação do tema na Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção (PNH), em 2003, em associação com os processos de acolhimento (BRASIL, 2004b). O resultado disto, o Acolhimento com Classificação de Risco se propõe a acolher o usuário em sua chegada ao serviço de emergência, estratificando a gravidade de seu quadro clínico a partir de protocolos pré-estabelecidos, determinando o grau de atenção, de acordo com a necessidade do usuário e a complexidade de recursos exigidos, e independentemente de sua ordem de chegada à unidade. Para isto, divide-se em qua-

tro níveis de gravidade: *Vermelho* – para pacientes urgentes e com risco imediato de morte; *Amarelo* – para pacientes graves ou pouco urgentes; *Verde* – para pacientes sem risco imediato e de baixa gravidade; e *Azul* – para pacientes de pouca gravidade e nenhum risco imediato, que podem ser redirecionados a outras unidades para tratamento adequado.

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), revista em 2011, coloca o Acolhimento com Classificação de Risco como a base dos processos de atenção à saúde (BRASIL, 2006). No entanto, ainda vemos pouca produção acerca do tema, em que pese o impacto e o alcance desta estratégia, sua velocidade de implantação, condução e resultados até o momento (VITURI *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2013; BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012). Em vista disto, este trabalho tem por objetivo analisar a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em uma unidade hospitalar com serviço de emergência, situada no Rio de Janeiro (SANTOS, 2014).

## **METODOLOGIA**

A abordagem proposta para este estudo é a pesquisa avaliativa, com análise de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco, a partir de um estudo de caso (MINAYO, 2007; YIN, 2001).

Uma vez que a análise de implantação se baseia em três componentes distintos, explicitaremos os seus aspectos. No primeiro componente – a influência dos determinantes contextuais sobre o grau de implantação –, consideramos “implantação” como o uso apropriado e suficientemente intensivo



do processo de Acolhimento com Classificação de Risco, remetendo à extensão da operacionalização adequada da intervenção em foco (DENIS; CHAMPAGNE, 1997). Os elementos de nosso cenário de estudo são, portanto, a equipe profissional que atua diretamente no Acolhimento com Classificação de Risco, a estrutura hospitalar, as formas de gestão e outras características inerentes à unidade hospitalar. A questão aqui é descrever os elementos do cenário e suas relações entre si e com a Classificação de Risco.

O segundo componente é a análise da influência das variações da implantação sobre os efeitos observados. Em nosso caso, alguns dos componentes da Classificação de Risco já haviam sido trabalhados no hospital, anteriormente, distinguindo com clareza os elementos da intervenção e apontando seu grau de eficácia no processo. Por fim, o terceiro componente diz respeito às sinergias e antagonismos que surgem entre o contexto de implantação e a intervenção.

É fundamental, portanto, descrever o contexto do hospital e as práticas correntes na unidade, a fim de entender o funcionamento do cenário. Aqui foram utilizados dados fornecidos pela própria unidade, explicitando seu perfil e seu papel na rede, localização e entorno.

No que tange às práticas profissionais, procedemos à observação dos profissionais envolvidos com a aplicação do protocolo de Classificação de Risco que se deu a partir de questionários construídos sobre as metas planejadas para a Classificação de Risco, de acordo com as normas da PNH, e considerando as especificidades da equipe envolvida. Deste processo, participavam 56 profissionais, entre técnicos de enfermagem e enfermeiros de nível superior.

Com a intenção de delinear o perfil do profissional que atuava diretamente na Classificação de Risco, o questionário apresentava 34 perguntas com respostas fechadas referentes: à situação da equipe – se estava completa, se se mostrava funcional dentro da proposta e se havia sido avaliada na unidade; ao perfil profissional e à capacitação individual – formação, atuação na equipe, tempo de permanência na unidade e no setor, cursos e treinamentos sobre o tema em questão; ao conhecimento das normas da Classificação de Risco – gerais e protocolos da unidade; e à percepção dos resultados do processo. O critério de exclusão foi a eventualidade: profissionais que não eram do setor mas eram remanejados para cobrir eventuais faltas com frequência menor que 2 vezes por semana.

Outros atores de interesse são os gestores da unidade, em seus diferentes níveis de atuação no processo de implantação. A estes, solicitamos a realização de uma entrevista semiestruturada, com questões acerca do processo de implantação, da história da implantação na unidade, de sua execução e normatização atual e sua respectiva participação no processo. Os gestores entrevistados faziam parte do nível gerencial, em funções ligadas ao Acolhimento com Classificação de Risco, e estratégico da unidade. A partir disto, realizamos a Análise de Conteúdo das respostas dos gestores, utilizando como unidade de análise o termo “Classificação de Risco” e trabalhando três categorias: elementos, convergências e divergências (BARDIN, 1977).

A análise dos efeitos da intervenção foi feita a partir de dados relativos à Classificação de Risco e posterior atendimento ou referência e à produção da unidade, no tocante às consultas de urgência. Recorremos, assim, ao Setor de Estatísticas do hospital, que nos forneceu os dados de produção já compilados, além de dados brutos para comparação.

Por fim, na análise da ferramenta Classificação de Risco, utilizamos a documentação disponível na unidade, originada da gestão estadual. Analisamos, neste ponto, as normas vigentes da Secretaria de Saúde, da PNH e os protocolos e diretrizes do hospital.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro (CEP-HUAP), conforme designado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), através da Plataforma Brasil, de acordo com o parecer CAAE 05880912.1.0000.5243, de número 241.263.

Todas as entrevistas foram realizadas e gravadas com a anuência dos entrevistados, de acordo com o disposto em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), segundo a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e os questionários foram aplicados após a assinatura e concordância com os termos do TCLE.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Nosso estudo foi conduzido em uma unidade hospitalar da rede estadual, com capacidade assistencial ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, com serviço de emergência aberto à demanda espontânea. O hospital disponibiliza 157 leitos divididos entre especialidades cirúrgicas e clínicas, leitos complementares e Hospital-Dia. Localiza-se na cidade do Rio de Janeiro, com uma área de atuação abrangendo 29 bairros, com cerca de 942.638 habitantes. A região conta, ainda, com cinco Unidades de Pronto-Atendimento 24 Horas (UPA 24h), 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O perfil de atenção da unidade é prioritariamente voltado para a urgência e seus respectivos desenlaces, com sua organização voltada para o acompanhamento imediato dos pacientes que dão entrada pelo serviço de emergência. Desde 2009, a unidade não apresenta Serviço de Pronto-Atendimento (SPA), consoante ao início das atividades das UPA 24h circunvizinhas.

O hospital apresenta profissionais de saúde com diferentes vínculos empregatícios, dentre estatutários (concurados pela SES), cooperativados (membros de cooperativas prestadoras de serviço) e contratados por tempo limitado. A unidade conta com 181 enfermeiros, sendo 22 cooperativados, 78 contratados e 81 estatutários. Técnicos de enfermagem são 291 no total, sendo 75 cooperativados, 145 contratados e 71 estatutários. Já dentre os 231 auxiliares de enfermagem temos apenas 2 cooperativados e o restante é formado por estatutários. No total, o hospital tem 1541 funcionários: 122 cooperativados, 585 contratados por tempo limitado e 834 estatutários.

O hospital realizou 49.493 atendimentos de emergência, em 2012, cuja maior parte se deveu a agravos e intercorrências de natureza clínica. Além disso, observamos 535 casos de atropelamento, 335 perfurações por arma de fogo, 136 intoxicações exógenas, 115 casos de queimaduras e 21 casos de agressão a idosos, resultando em uma média anual de 130 atendimentos/dia. Realizou, ainda, 3.962 internações originadas no setor e referenciou 498 pacientes para internação em outras unidades. Foram executadas 681 cirurgias de urgência, com seu maior componente em pacientes do serviço de emergência, com pequena parcela gerada pelas enfermarias. A unidade referenciou, segundo registros, 9.068 pacientes para outras unidades, a partir da consulta inicial do Acolhimento.

A produtividade do hospital, medida que traduz o número de atendimentos em um determinado período, acompanha o início da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco. Em 2007, realizavam-se 171.741 atendimentos por ano, discriminados como sendo 127.614 atendimentos de urgência e 44.127 oriundos de consultas clínicas do SPA, ambos abertos à demanda espontânea. Em 2009, o SPA é fechado e o número de atendimentos cai para 25.850, apenas urgências. A abertura de duas UPAs 24h próximas, sem dúvida, contribuiu para esta variação. A tendência já mostra sinais de acomodação da demanda e de readaptação da unidade, mantendo-se, porém, o perfil de unidade de urgência. A evolução no número de atendimentos pode ser conferida no Quadro 1:

**Quadro 1** – Total de atendimentos por ano.

<b>Ano</b>	<b>Emergência</b>	<b>SPA</b>	<b>Total</b>
2007	127.614	44.127	171.741
2008	82.000	32934	114.934
2009	25.848	0	25.848
2010	35.217	0	35.217
2011	38.802	0	38.802
2012	49.493	0	49.493

Fonte: Elaboração própria.

O Programa de Acolhimento com Classificação de Risco foi, inicialmente, implantado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), no ano de 2009, intermediado pelo Grupo de Humanização da SES. Desta forma, o hospital recebia as diretrizes e normas acerca da implantação do Programa diretamente da SES.

Nesse primeiro momento da implantação, foram realizadas reuniões sobre o tema e ministrado um curso de curta duração pela Secretaria. A documentação fornecida à unidade consistiu no manual “Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência”, onde encontramos diretrizes gerais e uma discussão sobre os sentidos do acolhimento, e no documento “Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco”, que discorre sobre a Classificação de Risco e apresenta um exemplo de protocolo elaborado pelo Hospital Dr. Mário Gatti de Campinas, em 2001, para uso próprio.

Em 2011, por iniciativa própria e com base nas normas da SES, o hospital elaborou um protocolo de avaliação clínica para os enfermeiros integrantes da equipe de Classificação de Risco. Este documento se chama “Protocolo do Acolhimento com Classificação de Risco” e apresenta, de maneira sucinta, os objetivos da Classificação de Risco, elencando o mesmo protocolo exemplificado na cartilha da PNH. O protocolo de Classificação de Risco das UPA 24h é mencionado como referência. Como não foram encontrados quaisquer outros documentos sobre o assunto, a norma vigente na unidade é baseada apenas nos três documentos citados.

Embora o início da implantação tenha se dado em 2009, pela SES, a unidade já realizava, por iniciativa própria, um processo de triagem, que consistia, inicialmente, em avaliar os pacientes que procuravam o SPA e priorizá-los, quando necessário, no atendimento. Iniciada ainda em 2002, esta triagem visava ao ordenamento do fluxo de entrada do SPA, visto que, sem haver a possibilidade de redirecionar o usuário para outra unidade, todos eram atendidos, embora pudessem ficar algum tempo à espera da consulta caso não apresentassem gravidade clínica.

Essa triagem, que já dura cerca de sete anos, ao longo do tempo, sofreu uma mudança importante: passa a orientar os usuários a procurar outras unidades de saúde de menor complexidade. Ao aplicar a “triagem” em sua acepção original, a equipe, muitas vezes, se via em atrito com os usuários. A equipe contava, então, com um médico, realizando a avaliação clínica em conjunto com o enfermeiro. Segundo relato dos gestores, muitas vezes, a consulta médica era realizada ali mesmo e, uma vez orientado e com a prescrição em mãos, o paciente era enviado para casa.

No início de 2009, surge a Classificação de Risco em seu desenho atual, com implantação simultânea em todas as unidades da esfera estadual, por diretiva da SES. Com diversas reuniões e um curso para coordenadores e profissionais envolvidos na Classificação de Risco, ministrado na SES, o setor de triagem é redesenhado e passa a cumprir a função de acolher e classificar os pacientes de demanda espontânea. Com a prática de triagem já instaurada na unidade, a transição foi bastante facilitada neste momento. Paralelamente, temos a abertura das UPA 24h, que também recebem usuários em demanda espontânea e, no hospital, a extinção do SPA. O usuário que buscava o pronto-atendimento, sem nenhum sinal de urgência, passa a ser defletido, obrigatoriamente, para as UPA 24h. Três unidades do tipo são referência de pronto-atendimento do hospital, sobretudo devido à sua proximidade.

O processo de Acolhimento segue sem maiores alterações desde 2009. A instalação de um sistema eletrônico de gerenciamento de dados, padronizada em unidades da esfera estadual, é um marco notável do período, facilitando a padronização de dados e seu resgate e compilação posterior.

Entretanto, a operação do sistema exige algum preparo do profissional sem o qual observamos aumento do tempo de preenchimento dos formulários eletrônicos, ocasionando perda de dados em situações de maior fluxo, um problema quando se trata de atenção às urgências.

A Coordenação do setor Acolhimento cabe a uma enfermeira e é subordinada à Gerência de Enfermagem da Unidade. A execução do Acolhimento com Classificação de Risco é precedida por equipes compostas de enfermeiros de nível superior e técnicos de enfermagem, na conformação de um enfermeiro e três técnicos. Esta composição é variável para até dois enfermeiros em uma mesma equipe e é coordenada pela Supervisão de Enfermagem, que pode redistribuir os profissionais do dia conforme as necessidades do hospital, mantendo a lotação no setor a custo de remanejamentos quando necessário. O oposto também é passível de ocorrer: manter a lotação necessária a outros setores retirando profissionais do Acolhimento. Tal fato costuma ser raro, segundo os gestores da unidade.

A PNH pontua o papel do enfermeiro na execução da Classificação de Risco, destacando sua atuação na avaliação clínica inicial do usuário, de acordo com os protocolos de Classificação de Risco, atividade que extrapola a atuação dos profissionais de nível técnico. A equipe de Acolhimento apenas está completa quando conta com a presença de ambos, enfermeiro e técnico de enfermagem. De fato, o papel de cada profissional não é claro, na prática, em que pese a propriedade de função conforme a formação, e os profissionais estabelecem limites próprios dentro das atribuições preconizadas pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN).



A análise das equipes envolvidas partiu de um questionário, procurando traçar um perfil do profissional que atua no setor. Dos 56 profissionais apontados como pertencentes ao setor, obtivemos 19 respostas, sem recusas. O número de ausências é notável: faltas no setor, licenças de natureza diversa e remanejamentos para cobrir outros setores. Este remanejamento costuma ser recorrente, conforme relatos das equipes e dos gestores. Apesar disto, as respostas apresentam convergências consistentes e esta consistência nos permite inferir algumas conclusões claras.

A equipe é composta por profissionais de diferentes vínculos empregatícios, dentre estatutários, cooperativados e contratados. Com isto, apresentam tempos de serviço diferentes no hospital, concentrados nos extremos, menos de um ano e mais de cinco anos. A maioria, 63%, tem menos de seis meses no Acolhimento, evidenciando a grande rotatividade nas equipes.

A grande maioria da equipe (89%) é capacitada em algum grau para a Classificação de Risco, notadamente os enfermeiros, em cursos ministrados nesta ou em outra unidade. Da equipe atuante, 36% já realizaram mais de um curso sobre o tema e apenas 2 enfermeiros nunca realizaram nenhum curso na área, trabalhando com base em orientações recebidas no setor. A maior parte dos profissionais da equipe tem mais de cinco anos de experiência em serviços de emergência e acompanha o Acolhimento desde seu início como projeto da SES, em 2009, ainda que em outra unidade. Dentre os profissionais, 52% afirmam a realização de atividades de Educação Continuada sobre o tema na unidade, enquanto o restante desconhece quaisquer atividades de capacitação ali realizadas.

A maior parte da equipe conhece os fluxos de pacientes em sua passagem pelo setor (84% para os pacientes oriundos da demanda espontânea, 68% para a demanda referenciada) e é consenso que o Acolhimento capta a totalidade dos usuários de demanda espontânea, com raríssimas exceções.

Acerca dos protocolos, as equipes afirmam que a unidade apresenta protocolos definidos para a Classificação de Risco (78%), familiares aos profissionais do setor (73%), com a documentação eletrônica clara e de preenchimento padronizado (89%). Entretanto, aferimos alguma dificuldade no preenchimento do formulário eletrônico, já que apenas 53% dos profissionais afirmam seu preenchimento correto sempre, contra 42% que afirmam seu preenchimento correto com alguma frequência e 5%, com pouca frequência. Não há um tempo de espera definido após a Classificação de Risco, segundo 89% da equipe, não ocorrendo reavaliação dos pacientes (84% da equipe). Contraditoriamente, 63% da equipe afirmam que as metas de tempo estabelecidas para a Classificação de Risco são cumpridas. Embora não haja espera pelo Acolhimento com Classificação de Risco, segundo 84% da equipe, pode variar até cerca de 30 minutos, conforme a percepção de 5% dos questionados. É importante frisar que o protocolo vigente na unidade não utiliza nenhuma meta de tempo para o atendimento, conforme diretriz da PNH. As respostas acerca de tempo de espera refletem a percepção da equipe de que o atendimento aos casos urgentes é imediato, não havendo filas de espera na unidade, já que pacientes classificados como pouco graves são referenciados para outras unidades.

Segundo 89% da equipe atuante, o usuário é referenciado após a consulta de Classificação de Risco, podendo acon-

tecer de ser referenciado antes da consulta. Essa referência é balizada tanto por orientações da unidade (57%) quanto pelo conhecimento da equipe de plantão (53%), embora haja aqui um componente notável de conhecimento do próprio profissional sobre a rede. Ao mesmo tempo, 53% dos profissionais afirmam não haver na unidade qualquer protocolo de referência para o Acolhimento. As equipes são categóricas em afirmar que os usuários são frequentemente atendidos ou referenciados de maneira adequada, com apenas 5% de discordância neste ponto. Note-se que “referência” aqui diz respeito apenas àquela feita pela equipe do Acolhimento para outras unidades.

As contradições aparentes nas respostas das equipes de Acolhimento são elucidadas pelas falas dos gestores da unidade. Os quatro gestores entrevistados representam não apenas o momento atual do setor e da unidade, mas, também, o momento inicial da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco, alguns deles fazendo parte do serviço em diferentes momentos e diferentes papéis, tendo participado do anterior serviço de triagem realizado antes do advento da Classificação de Risco.

As falas dos gestores apresentam uma grande gama de convergências e apenas uma divergência notável, no que diz respeito à presença do profissional médico na equipe. Apontada por três gestores como deletéria, na maior parte do tempo, e inócua, na melhor hipótese, o médico apareceria na composição da equipe principalmente com duas funções. A primeira seria resolver casos de menor monta, aliviando, ainda que temporariamente, o problema daqueles que seriam referenciados para outra unidade. Estes usuários já sairiam da unidade com algum tratamento prescrito ou uma orientação terapêutica

mais acurada, ainda que não sejam admitidos no hospital. A segunda função do médico seria dar suporte à avaliação do enfermeiro, aumentando sua credibilidade perante o usuário e facilitando o processo de referência, muitas vezes entendido pelo usuário como uma negativa de atendimento.

A figura do médico já fez parte da equipe de triagem do hospital, antes da implantação do Acolhimento, e realizava justamente essas duas tarefas. Contudo, duas falhas despontavam, segundo os gestores: a primeira era a inatividade prolongada do médico, o que gerava desagrado e reclamações tanto do próprio profissional quanto de outros setores do hospital, criando atritos internos à equipe de triagem; a segunda era a consulta médica inoportuna, dentro do propósito da triagem que é selecionar os casos que devem ser priorizados e encaminhar os demais para outras unidades. Quando o médico conduzia uma consulta durante a triagem, ele desvirtuava o papel da equipe, minando sua credibilidade junto ao usuário referenciado, além de criar um consultório à parte, fora do corpo do serviço de emergência. Com isto, muitos usuários conhecedores da dinâmica do setor se negavam a ser avaliados pelos enfermeiros e exigiam a consulta médica disponível ali.

Apesar desta divergência pontual, as convergências são muitas e destacamos as que mais nos interessam para o escopo deste trabalho.

Acerca das equipes, é consenso que a diversidade de vínculos de emprego dos profissionais prejudica demasiado o Acolhimento com Classificação de Risco. De fato, prejudica o andamento de toda a unidade. Dificulta, sobremaneira, a gestão de pessoal, uma vez que os vínculos são estabelecidos pela SES, com pouca ingerência da unidade, acordados e cancela-

dos de maneira imprevisível, causando enormes flutuações em todos os setores, principalmente no pessoal de nível técnico. Desta forma, os quadros variam muito no espaço de poucas semanas, com funcionários de pouca permanência ou sem reposição de funcionários demitidos. Isto afeta o planejamento da unidade em todos os níveis e requer remanejamentos constantes para manter a funcionalidade do hospital.

Outra consequência da pluralidade de vínculos ressaltada pelos gestores é a falta de vínculo afetivo com a unidade. Profissionais cuja passagem pela unidade é efêmera não criam laços afetivos com o hospital e isto afeta diretamente o seu modo de produzir saúde. Profissionais com vínculos precários, de curta duração e alto grau de instabilidade não mostram compromisso com a unidade, causando problemas aos serviços. O exemplo comum é a falta aos plantões, sem maiores justificativas e, posteriormente, sem maiores sanções disciplinares, já que vínculos diferentes não são sujeitos às mesmas regras de contratação. Falta de compromisso com o bem-estar do paciente, falta de compromisso ético, ou com os colegas de serviço são queixas comuns dos gestores e associadas, principalmente, aos profissionais de vínculos empregatícios mais precários, como cooperativados e contratados por tempo limitado.

Essa flutuação de pessoal dificulta o planejamento das atividades de capacitação, de qualquer tipo. Existe uma impossibilidade prática na realização de atividades recorrentes de capacitação sobre um mesmo tema e a instabilidade de recursos humanos já se arrasta há algum tempo, provocando a ausência deste tipo de atividade. Inicialmente, a SES promoveu um curso de capacitação para os gestores de diversos níveis, notadamente o gerencial, a fim de balizar a implantação do

Acolhimento com Classificação de Risco. Esta atividade logo ficou a cargo dos Grupos de Humanização inseridos em cada unidade hospitalar. É consenso entre os gestores que este tipo de atividade se tornou escasso assim como a presença do Grupo de Humanização no apoio ao setor. Os gestores que inicialmente implantaram o Acolhimento com Classificação de Risco expressaram a ideia de que o projeto perdeu fôlego. Além disto, a falta de continuidade de ações nos diversos níveis de gestão foi um problema recorrente. Nas mudanças da gestão interna da unidade desde a implantação do Acolhimento não houve qualquer tipo de rechaço claro, mas o apoio à iniciativa foi variado, especialmente na relação com a SES, intermediada pelo pouco percebido Grupo de Humanização.

Na questão dos protocolos de avaliação clínica, houve clara preocupação com o fato de ainda não se ter conseguido criar um protocolo consistente conforme dita a PNH, isto é, adequado para as especificidades da unidade. O principal fator impeditivo foi, também, segundo consenso, a volatilidade dos recursos humanos. A unidade precisa lidar diuturnamente com os redimensionamentos propostos pela gestão da rede estadual, refletidos na precarização de vínculos e na diminuição do número de profissionais, dificultando o processo de criação de protocolos adequados. Ao mesmo tempo, as mudanças de gestão interna levam a perdas na continuidade das ações em andamento, muitas vezes em definitivo, requerendo que muitos processos sejam reiniciados.

Em termos de impacto no serviço, o efeito positivo da Classificação de Risco é consensual, com diminuição real não apenas dos atendimentos de urgência, mas, também dos óbitos em 24 horas. A emergência passou de cerca de 1.110 aten-

dimentos/dia para 130 atendimentos/dia, com um perfil de maior gravidade e risco iminente à vida dos pacientes. Os gestores apontam a importância da iniciativa anterior, a triagem, em acostumar a população abrangida a um novo perfil de unidade que já se conseguiu atingir, que é o de hospital terciário focado na grande emergência. Este perfil é mantido e reforçado pelo Acolhimento com Classificação de Risco. Conquanto o perfil epidemiológico local e a ocupação dos leitos da emergência deem margem a um questionamento sobre a recente perda deste perfil, mudando o foco para o agravamento de doenças crônicas, conforme apontado por um dos gestores, o papel do Acolhimento com Classificação de Risco em reorientar o fluxo de pacientes é inequívoco. Contribuiu, significativamente, nesse processo, a expansão da rede de pronto-atendimento, materializada nas cinco UPA 24h circunvizinhas que passam a receber grande parte do fluxo de usuários de menor gravidade, acomodando a demanda que antes era direcionada ao SPA do hospital. Segundo os gestores, a Classificação de Risco se mostra parte fundamental do serviço de emergência ou, conforme definiu um dos gestores, é o “coração do hospital”.

## **CONCLUSÕES**

O Acolhimento com Classificação de Risco é um processo que visa ao ordenamento dos serviços de emergência, possibilitando a criação de fluxos mais eficientes para o setor. Estes fluxos se direcionam às unidades de menor complexidade ou para o interior do próprio hospital, conforme a necessidade do usuário, ditada por sua condição clínica quando da chegada à unidade. Diante do exposto e considerando a extensão e operacionalização dos processos de Acolhimento com Classificação

de Risco, conforme a definição que adotamos previamente, é seguro concluir que sua implantação é um fato consumado. Acerca disto, entretanto, cabem algumas considerações.

No tocante à Classificação de Risco, a implantação se mostra insatisfatória. Ainda não se verificou a construção de um protocolo próprio, específico às necessidades da unidade, conforme preconizado nos manuais da PNH. A documentação acerca do assunto, bastante escassa, é excessivamente vaga, orientando a elaborar uma ferramenta cuja utilização não é claramente disposta. As publicações ministeriais priorizam as discussões sobre o ato de acolher e insistem na diferenciação entre acolhimento e triagem, sem esclarecer a contento o significado da Classificação de Risco como ferramenta de ordenação de fluxo. A descontinuidade das ações posteriores à implantação, por parte dos órgãos ordenadores da iniciativa, é uma causa importante desta falha, sempre reiniciando o processo com pouca ou nenhuma produção documental.

Na elaboração de protocolos próprios, há que se considerar os recursos disponíveis na unidade para tal tarefa. A instabilidade de recursos humanos impede este processo, na medida em que afeta a disponibilidade dos serviços. Qualquer protocolo criado neste ambiente de instabilidade será de curtíssima duração: determinadas condições clínicas podem deixar de ter suporte naquela unidade e será necessário readaptar não apenas os protocolos, mas as equipes que os aplicam. Note-se que não se deseja aqui advogar pelos protocolos pétreos, imutáveis, mas afirma-se que eles serão tanto mais eficazes quanto refletirem melhor a capacidade assistencial da unidade. A situação atual, com protocolos vagos e incompletos, que deixam muito à subjetividade do examinador, abre espaço para



discordâncias grosseiras entre examinadores diversos. Isto não apenas diminui a eficácia da ferramenta como é um potencial gerador de atritos entre as equipes da emergência. Em meio a este tipo de conflito, o usuário é o maior prejudicado, tendo seu diagnóstico retardado por tempo indeterminado.

A elaboração de um Protocolo de Classificação de Risco específico para a unidade depende, portanto, da definição do perfil da unidade que, por sua vez, depende de uma normatização superior advinda da gestão da rede, uma vez que os esforços atuais têm sido no sentido de fortalecer uma rede de atenção melhor definida. E como a Classificação de Risco pressupõe a possibilidade de referência, é fundamental que haja uma mínima funcionalidade das outras unidades da rede assistencial para que a Classificação de Risco possa cumprir sua função.

Acerca das equipes, duas questões são imediatas: capacitação e padronização. Embora a maior parte dos profissionais tenha experiência com emergência e Classificação de Risco, inexistente uma programação real de capacitação, o que se deve, em grande parte, à volatilidade dos recursos humanos do hospital, cenário que virtualmente impossibilita manter um cronograma de atividades. Daí a importância de abordar a questão dos recursos humanos, buscando o fortalecimento das equipes responsáveis pelo Acolhimento com Classificação de Risco.

No tocante à padronização, referimo-nos tanto ao componente interno do hospital, que possibilita uma linguagem única entre equipes diferentes, quanto a um padrão que possa ser utilizado pela rede, melhorando a qualidade assistencial oferecida ao usuário e permitindo que este seja referenciado

para outra unidade já com dados clínicos claros e disponíveis, ocasionando a menor perda de tempo possível. A existência de um sistema de dados eletrônico é um fator a ser melhor explorado na comunicação entre diferentes unidades, podendo facilitar a troca de informações sobre os usuários. Considerando-se as restrições apresentadas pelas equipes, tanto em seu preenchimento quanto em sua utilização exclusiva no interior da unidade, podemos afirmar que este recurso ainda não é explorado a contento.

Uma reflexão importante é o propósito da Classificação de Risco, quando de sua correta aplicação. A possibilidade de referenciar os usuários para unidades de menor complexidade, mais adequadas ao usuário naquele momento, é o que permite organizar e priorizar os recursos do serviço de emergência em prol dos pacientes de maior gravidade. Ao mesmo tempo, entretanto, os usuários não urgentes, ao serem redirecionados para outras unidades da rede, são excluídos do atendimento na unidade hospitalar naquele momento ou, ao menos, deixados em situação de espera por tempo indeterminado. É crucial que o restante da rede assistencial esteja em condições de receber estes usuários não urgentes, caso contrário, a Classificação de Risco atua como restrição factual ao acesso, causando o agravamento de muitas condições pela dificuldade em conseguir atendimento em outras unidades da rede. Não por acaso, os profissionais têm dúvidas acerca da eficácia desta referência para outras unidades e a aplicação da Classificação de Risco se mostra irregular.

É imperativo, portanto, que se compreenda e explicita a função da Classificação de Risco, entendendo que ela é uma estratégia em um processo maior, uma ferramenta de triagem

que se presta à ordenação dos fluxos assistenciais. Difere, essencialmente, do Acolhimento, que é uma estratégia de humanização da assistência que se presta a outros objetivos. Amalgamar as duas, humanização e triagem, em uma única atividade é algo que deve ser feito de forma cuidadosa, com maiores discussões pautadas pela clareza de propósitos.

Para terminar, reforçamos a importância de adotar protocolos mais definidos, que reflitam o perfil do hospital e que as equipes comprometidas com a aplicação destes protocolos sejam devidamente treinadas. Apenas a definição dos protocolos, contudo, não é suficiente para permitir à Classificação de Risco alcançar todo seu potencial como ferramenta organizadora de fluxos. É vital garantir que os fluxos gerados possam fluir a favor do usuário, com redes de urgência e atenção básica capazes de acolhê-los quando necessário, garantindo a integridade do cuidado em todos os níveis de atenção (MASCARENHAS, 2003; SILVA JÚNIOR, 2003; SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004; SILVA JUNIOR; ALVES; ALVES, 2005).

## REFERÊNCIAS

AUSTRALIAN COLLEGE OF EMERGENCY MEDICINE. **The Australian Triage Scale**. [S.l.]: Carlton Vic Publishers, 2000.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 6. ed. Lisboa: 70, 1977.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Implantação do acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: atuação do enfermeiro. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 396-401, abr./jun. 2012.

BEVERIDGE, R. CAEP issues. The Canadian Triage and Acuity Scale: a new and critical element in health care reform. Canadian Association of Emergency Physicians. **Journal of Emergency Medicine**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 507-511, jan. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS – acolhimento com avaliação e classificação de risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A.; DOMINGUES, M. R. Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-28, jan. 2009.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Cap. 3, p. 49-88.

GILBOY, N. *et al.* **Emergency Severity Index Version 4**: Implementation Handbook. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005.

HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI. **Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco do Pronto Socorro do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti de Campinas.** Campinas, 2001.

MACKWAY-JONES, K. **Emergency triage:** Manchester Triage Group. London: BMJ Publishing Group, 1997.

MASCARENHAS, M. T. M. **Implementação da Atenção Básica em Saúde no Município de Niterói, RJ:** estudo de caso em unidade básica de saúde tradicional e módulo do Programa Médico de Família. 2003. 168 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; São Paulo: Hucitec, 2007.

O'DWYER, G.; MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do Estado do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1637-1648, set./out. 2008.

OLIVEIRA, G. N. *et al.* Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, mar./abr. 2013.

RATES, S. M. M.; CAMPOS, G. W. S. Segredos e impasses na gestão de um hospital público. In: ARAÚJO, G. F.; RATES, S. M. M. **Co-gestão e humanização na saúde pública:** experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte: Sigma; 2008.

SANTOS, L. F. M. **Análise da implantação do programa de acolhimento com classificação de risco em emergência de unidade hospitalar.** 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

SILVA JÚNIOR, A. G. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003. p. 113-128.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde; trabalho em equipe; participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ; 2005. p. 77-89.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 241-257.

VITURI, D. W. *et al.* Acolhimento com classificação de risco em hospitais de ensino: avaliação da estrutura, processo e resultado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 5, set./out. 2013.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

# CAPÍTULO 8

## REGULAÇÃO EM SAÚDE E A ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: DESAFIOS À GOVERNANÇA DO SUS

**Dayse Vieira Santos Barbosa**

**Nelson Bezerra Barbosa**

**Estela Najberg**

### INTRODUÇÃO

A nova fase de transição demográfica e epidemiológica no Brasil, apontada em dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), evidencia o aumento da morbimortalidade por causas crônico-degenerativas e por causas externas (acidentes e violência) e, em consequência, a demanda por serviços de urgência.

Em decorrência dessa realidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) se tornou a principal porta de entrada dos casos de acidentes e violências, com registro de 700 mil internações por ano no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e R\$ 661 milhões de gastos hospitalares, no ano de 2007, por essas causas (BRASIL, 2008a).

Os óbitos por causas externas, que dizimam a população economicamente ativa e são precedidos de situações de urgência clínica e cirúrgica que incidem no perfil de morbidade, já são identificados entre os principais problemas de saúde públi-

ca no país. Interessa destacar que a evolução do perfil de morbimortalidade no Brasil e a transição demográfica, observadas no período anterior à criação do SUS, continuam presentes também atualmente, nos indicadores que as dimensionam.

Registros normativos retrospectivos relativos ao SUS denotam um processo progressivo de reestruturação do sistema de serviços de saúde na perspectiva de organizar as ações direcionadas às urgências dentro de uma lógica sistêmica, conformando uma política de urgências (BARBOSA, 2012).

Com base no diagnóstico das necessidades de saúde em uma determinada área geográfica e na definição de grades assistenciais de referência pactuadas entre gestores de suas unidades federadas, torna-se exequível organizar os sistemas regionais de saúde em suas especificidades (atenção às urgências, atenção à saúde materno-infantil, atenção à saúde do homem etc.) e estabelecer protocolos e fluxos dos pacientes nos diferentes níveis de atenção de suas unidades componentes, ao que denominamos Regulação.

A definição de responsabilidades entre os gestores configura um processo de organização de um sistema de governança<sup>1</sup> no âmbito do SUS, voltado para a efetiva regulação do sistema, em especial para a organização de oferta e demanda em uma de suas áreas mais sensíveis – a atenção às urgências e emergências. O presente trabalho teve como objeto o processo de regulação no setor saúde e, como objetivo, a caracterização das políticas de urgência e regulação e suas implicações sobre a governança do sistema. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental sobre o tema regulação em saúde, destacando o seu papel sobre as demandas na atenção às urgências.

---

<sup>1</sup> Reporte-se o termo governança, neste contexto, à capacidade que o agente público (Estado) tem para formular e implementar políticas públicas diante da sociedade civil (NAJBERG, 2003).



## ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO CONTEXTO DO SUS

A importância de se priorizar a área de urgência na assistência à saúde e de promover atenção qualificada à população vitimada cresce diante dos seguintes fatores: (i) a maioria das mortes por causas externas são precedidas por internações e estas, por atendimentos em serviços de urgência; e (ii) as doenças crônico-degenerativas evoluem com quadros agudos que respondem por aumento do volume dos referidos acolhimentos. Esta inter-relação é ilustrada pela “pirâmide das lesões” (BRASIL, 2008b).

Figura 1 – Pirâmide das lesões.



Fonte: CDC/EUA, 2005.

Esse conjunto de fatores demanda do Ministério da Saúde (MS) a prioridade na elaboração de políticas públicas que favoreçam um sistema de atenção às urgências ágil e operante. Atuar no enfrentamento das urgências é tarefa de toda a sociedade, o que inclui os poderes públicos, as entidades não governamentais, as empresas privadas, as universidades, as associações, os conselhos, as comunidades, as famílias e os indivíduos.

É uma tarefa intersetorial que se inicia por uma análise das diferentes áreas envolvidas (trânsito, bombeiros militares, polícias militares e rodoviárias, transporte, publicidade, consumo de álcool e outras drogas psicoativas, trabalho, educação, urbanização, custos econômicos e sociais das urgências etc.) para a adoção de medidas promotoras de saúde e preventivas, que diminuam a ocorrência das urgências e contribuam, especialmente, para a mudança do padrão brasileiro de morbimortalidade relativo ao trauma e à violência.

Simultaneamente, busca-se um modelo de atenção às necessidades de saúde na área das urgências que seja adequado à realidade levantada e no qual se elejam e mobilizem recursos técnicos, tecnológicos e financeiros para a efetivação de uma política de urgências com ações a serem articuladas e integradas nas três esferas de governo, nos diversos setores que prestam socorro aos cidadãos acometidos por agravos de urgência.

Torna-se marcante reconhecer, como Ferreira, a extrema importância e a alta efetividade de “ações e serviços de urgência e emergência acessíveis e resolutivos [...] junto aos usuários do sistema de saúde e de toda a sociedade” (2007, p. 7-8). Além disto, é relevante considerar que as unidades de referência em urgência, em seu papel de observatórios de saúde, notificam dados de seus atendimentos e alimentam os sistemas de informações que embasam a definição de prioridades do MS bem como a formulação, a implementação e a avaliação das políticas públicas nos níveis locais, regionais e nacional.

### 3. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (PNAU)

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), tal como concebida na primeira norma que a regulamenta, é composta pelos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais e suas respectivas redes de atenção e deve se organizar de forma a “garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências [...] e consubstanciar as diretrizes de regionalização da atenção, mediante a adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais [...]” (BRASIL, 2003, Art. 2º).

A magnitude da política de urgências não se resume ao consignado na portaria específica da PNAU. Abrange as normas posteriores, programas de duração continuada e formas de financiamento e gestão estabelecidas na sua estruturação; ou seja, na implementação dos seus componentes fundamentais postos em lista no Artigo 3º da norma regulamentadora mencionada.

A atenção Pré-Hospitalar Fixa, deve ser “prestada pela rede básica de atenção e também por uma rede de Unidades Não Hospitalares de Atenção às Urgências” (BRASIL, 2006a). Em seu Anexo I, a Política Nacional de Atenção Básica estabelece como uma das características do processo de trabalho das equipes neste nível de atenção a responsabilidade do primeiro atendimento às urgências (BRASIL, 2011a).

Outro componente da PNAU, o Pré-Hospitalar Móvel, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, “e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências [...]” (BRASIL, 2003, Art. 3º), progressivamente, se qualificam e se ampliam para todo o território nacional.

Cooperam para o seu fortalecimento, a organização da rede de atenção às urgências e a regulação da relação entre a demanda de necessidades e a oferta de ações e serviços que, reduzindo o intervalo terapêutico das urgências, contribuem com a qualificação da atenção (RBCE, 2011).

No que se refere ao componente Pós-Hospitalar da PNAU, estão arroladas as “modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária” (BRASIL, 2003, Art. 3º, item 3d).

A organização e o estabelecimento da articulação entre estes níveis da oferta de serviços e ações de urgência e do fluxo de pacientes entre os componentes das redes são atribuições definidas na PNAU como **regulação médica de urgências**, de forma a garantir o atendimento ágil e compatível com a necessidade do paciente, o que demanda a instalação e a operação das “Centrais de Regulação Médica das Urgências” (BRASIL, 2003, Art. 3º, itens 2b e 3), inicialmente restritas ao atendimento pré-hospitalar móvel.

Decorridos oito anos da regulamentação da PNAU, ocorrida em 2003, considerou-se necessária a sua reformulação através da Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS, suas diretrizes, organização, componentes e operacionalização, a ser implementada segundo critérios epidemiológicos e demográficos (BRASIL, 2011b).

Sem dúvida, reformula-se a PNAU tendo em vista a decisão política dos gestores do SUS – MS, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde – de estímulo à organização e à implantação da RAU articulada a todas as redes

de atenção presentes no território, devidamente hierarquizadas e reguladas, e ao aprimoramento das condições para a implementação de todos os componentes da Política.

Com esse propósito, prioriza-se a organização de sistemas regionalizados com regulação médica, hierarquia resolutiva, responsabilização sanitária, universalidade de acesso, acolhimento com classificação de risco, integralidade na atenção e equidade na alocação de recursos e ações, tendo por finalidade o benefício dos indivíduos e da coletividade sob agravos de urgência. Vemos, então, evidente, a importância da regulação como fator ordenador e articulador das ações e serviços relacionados a esta forma de cuidado.

#### **4. CONCEITUAÇÃO, FORMATO E ALCANCE DA REGULAÇÃO**

A regulação das urgências adveio da necessidade de organizar e ordenar a oferta de ações e serviços na Rede de Atenção às Urgências (RAU), articulando os diferentes níveis de densidade tecnológica inerentes aos componentes da rede e dentro desta.

É necessário assinalar que a falta ou a dificuldade de acesso à assistência nos serviços de atenção primária, a baixa resolubilidade deste nível assistencial e a não viabilidade da contrarreferência do paciente para o acompanhamento ambulatorial induzem a procura dos usuários com queixas crônicas e sociais por serviços de urgência como porta de entrada do sistema de saúde. Soma-se a isto, a insuficiente oferta de leitos hospitalares nos serviços da rede assistencial, que prolonga a permanência dos pacientes em espera do leito apropriado

para a continuidade da assistência. De maneira geral, os leitos hospitalares de urgência disponíveis nos municípios-polo regionais não servem à assistência exclusiva aos seus municípios. Oriundos de outros municípios e estados, pacientes chegam às unidades hospitalares de referência no atendimento às urgências, ora por livre demanda, ora encaminhados por mecanismos de pactuação entre municípios.

Dessa forma, as emergências estão superlotadas, comprometendo a agilidade e a qualidade da assistência, fato que ganha repercussão frequente na grande mídia, com a expressão do descontentamento da população. São apontadas deficiências da estrutura física, da gestão e de recursos humanos, nos serviços de urgência, como fatores contributivos do comprometimento da qualidade da assistência, que tem causado insatisfação e insegurança dos profissionais e usuários (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011), sobrepondo-se, ainda, a propensão ao agravamento dos quadros de urgência com progressão para a letalidade ou maior incidência de sequelas.

Nesse contexto, torna-se compreensível a importância da implementação do processo de regulação das urgências, corporificado em políticas públicas, como mecanismo de organização da assistência, com vistas a desconcentrar a atenção efetuada pelos prontos-socorros e contribuir para a limitação do dano na população assistida.

Uma das diretrizes da RAU colocadas na política de urgências é a regulação articulada entre todos os seus componentes, “com garantia da equidade e integralidade do cuidado” (Art. 2º, inciso III). Outra diretriz, a de regionalização do atendimento às urgências, propõe “articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde” (Art.

2º, inciso XIII). Introduce-se, aqui, uma nova lógica: a articulação na RAU e entre as redes, e a regulação do acesso na linha de cuidado. (BRASIL, 2011b).

A Regulação Médica das urgências permite que se responda a essa demanda conforme as diretrizes do SUS, de forma harmoniosa, proporcional e ordenada, “consistindo o ato de regular em guiar, orientar, ajustar, sujeitando a regras todas as respostas às situações de urgência/emergência em um município ou região” (RCBE, 2011, p. 11).

O conceito de regulação é derivado da Economia e tem como significado o controle sobre as falhas de mercado, observando os dois polos da relação em ambientes de mercado – a oferta e a demanda. O debate no campo de ação do setor saúde se inicia com o escopo desta atividade (regulatória) voltada para o mercado de planos e seguros de saúde. No âmbito do SUS, ela visa ordenar a relação entre necessidades dos usuários e capacidade de oferta de sistemas e serviços (CASTRO, 2002).

A saúde pode ser vista como um dos diversos setores da atividade econômica e, portanto, do mercado, que pode apresentar falhas a justificar a intervenção do Estado. Em um sistema ideal, a oferta e a procura definem os preços dos bens e serviços que são produzidos e distribuídos em condições de perfeita competição. O equilíbrio é alcançado pela maximização de lucro, pelos produtores, e da utilidade dos bens e serviços, pelos consumidores.

As condições para a perfeita competição são a racionalidade dos consumidores e produtores, a inexistência de externalidades, o perfeito conhecimento do mercado pelo consumidor, a capacidade de livre decisão pelo consumidor em

seu próprio benefício e a impossibilidade de que os produtores influenciem o mercado. Entretanto, segundo Donaldson e Gerard (1993), nenhuma das condições para a perfeita competição está presente no setor saúde. A existência de riscos e incerteza é caracterizada pela imprevisibilidade da doença, que dificulta o planejamento de gastos futuros com saúde e pode levar ao desenvolvimento de mecanismos privados de seguro a ressarcir custos.

O mercado de seguro privado de saúde aparentaria “uma solução para responder ao problema da incerteza quanto ao futuro; no entanto, no mercado de seguro privado de saúde ocorrem também falhas”, citadas “as **deseconomias de escala**, **a seleção adversa** e o **risco moral**” (CASTRO, 2002, p. 126, grifo nosso).

A “deseconomia de escala” decorre da competição entre pequenas companhias de seguro-saúde que repercute no maior custo final de seguro para o consumidor. Seu contrário – a economia de escala –, representa menor custo por unidade de produto como resultado da distribuição do custo fixo de grandes empresas (CASTRO, 2002).

Já a “seleção adversa” consiste na exclusão do acesso ao seguro saúde para segurados como idosos e portadores de doenças crônicas os quais se veem impossibilitados de custear o seguro relativo às situações de maior risco às quais estão submetidos.

O “risco moral” consiste no excesso de demanda, que aumenta preços por duas razões. Do lado do consumidor, a confiança no mecanismo de seguro de custo fixo leva à procura não controlada por serviços de saúde e diminui a preocupação com a manutenção da saúde individual, o que amplia o



risco de doenças e a conseqüente procura por assistência. Do lado do provedor de serviços, o profissional da saúde, pode haver influência no aumento da procura, na medida em que este tente influenciar as decisões dos pacientes em prol de mais procedimentos que o necessário, caracterizando a indução da procura pela oferta (CASTRO, 2002).

Essas falhas realçam que o mercado, por si só, não é capaz de promover o equilíbrio entre oferta e demanda, o que justifica a intervenção do Estado na regulamentação e produção de bens e serviços do setor saúde. A regulamentação também é necessária pela alta importância social que o referido setor detém, donde a necessidade de equidade, pouco provavelmente atingível apenas pelo equilíbrio de mercado, que tanto tem baixa inclinação a mudar a distribuição de renda quanto possui alto viés de distribuição de serviços de acordo com o preço que o consumidor pode pagar, o que, automaticamente, prejudica os mais pobres.

O alcance da ação regulatória na área da saúde pública se traduz no grupo de ações mediatas que se põem de permeio entre as demandas dos usuários e seu acesso aos serviços de saúde (BAHIA, 2006b). Este significado da regulação incorpora competências de condução política, análise da situação, planejamento e comunicação, entre outras, na organização e controle de fluxos de acesso, de desempenho de sistemas e de qualidade da assistência.

Importante instrumento de ordenação dos serviços e ações de saúde, a regulação coaduna com os princípios regentes do SUS, pois pretende: a universalidade e equidade na sua prestação; a descentralização com distribuição compartilhada de objetivos e compromissos entre as unidades federadas; e a

regionalização e hierarquização da rede para a garantia da integralidade e continuidade do cuidado aos cidadãos em seus contextos geográficos, socioculturais e sanitários.

A regulação é incluída pelos gestores na elaboração quadrianual dos Planos de Saúde e definida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2001) como uma das Funções Essenciais de Saúde Pública (Fesp) as quais expressam o papel gestor do ente estadual na saúde (CONASS, 2007).

Os processos regulatórios propiciam à gestão pública o estabelecimento de um melhor controle do acesso aos serviços ofertados e a aplicação dos recursos (eficiência) os quais favorecem a organização do sistema de saúde para a atenção às urgências (eficácia) e qualificam esta atenção de forma a proporcionar maior dimensão de alcance dos objetivos sanitários coletivos propostos na política de saúde (efetividade).

Tendo o país dimensões continentais favorecedoras de diferenças e iniquidades regionais que repercutem na atenção à saúde, incluída a atenção às urgências, a regulação contribui com a diversidade operativa das singularidades regionais para a superação destas desigualdades.

## **5. POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO (PNR) DO SUS**

A instituição formal da Política Nacional de Regulação (PNR) do SUS se deu pela Portaria MS/GM nº 1559, de 1º de agosto de 2008, que toma regulação como “conjunto de ações que facilitam ou limitam a produção de bens e serviços no setor saúde, por meio da regulamentação, controle, fiscalização, monitoramento, auditoria e avaliação” (BRASIL, 2008a).

A referida norma classifica a regulação em três dimensões de atuação, integradas segundo as competências da gestão tripartite do SUS:

1. Regulação de Sistemas de Saúde (RSS) – exercida sobre os sistemas municipais, estaduais e nacional por seus respectivos gestores públicos;

2. Regulação da Atenção à Saúde (RAAtS) – atua sobre a produção das ações de atenção à saúde nos diversos níveis de complexidade ambulatorial/hospitalar, dirigida aos prestadores públicos e privados pelas Secretarias Estaduais e Municipais para garantir adequada prestação de serviços; e

3. Regulação do Acesso à Assistência (RAA) ou Regulação do Acesso ou, ainda, Regulação Assistencial – exercida sobre a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso dos usuários aos serviços de saúde nesses níveis, e dos fluxos assistenciais, pelos gestores públicos, no âmbito dos Complexos Reguladores e suas centrais componentes.

As dimensões de regulação evocadas na PNR do SUS ressaltam os meios pelos quais são efetivadas as ações que cada uma delas contempla bem como as atribuições da regulação assistencial e dos complexos reguladores segundo a sua abrangência e estrutura.

Cabe esclarecer que, já em 2011, com a reformulação da PNAU, a instituição da RAU integra os pontos de atenção, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e os sistemas de gestão (MENDES, 2008; LAVRAS, 2011); estando o Complexo Regulador (CRg) e suas Centrais de Regulação (CR) postos como um sistema logístico (BRASIL, 2011b).

Por estar intimamente relacionado à organização da atenção, o conceito de redes remete à regulação médica do fluxo e dos mecanismos de transferência de pacientes por tais centrais de regulação que, inseridas nos complexos reguladores, permitam o consumo racional dos recursos destinados às urgências de modo a garantir o acesso aos recursos assistenciais de saúde necessários às pessoas e às populações usuárias.

As atribuições da Regulação do Acesso à Assistência (RAA), na PNR do SUS, são definidas em conformidade com sua organização e estruturação e se acham relacionadas no §1º do Artigo 8º:

I – garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;

II – garantir os princípios da equidade e da integralidade;

III – fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde;

IV – elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;

V – diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;

VI – construir e viabilizar as grades de referência e contra-referência;

VII – capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde;

VIII – subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde;

IX – subsidiar o processamento das informações de produção; e

X – subsidiar a programação pactuada e integrada (BRASIL, 2008a).

Desempenhada pelo Complexo Regulador (CRg) e suas unidades operacionais, a dimensão da regulação do acesso “abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso, baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização” (BRASIL, 2008a, Art. 2º, inciso III).

Dessa forma, o sistema de regulação, na medida em que opera sobre a relação entre oferta e demanda das ações e serviços à saúde na perspectiva da racionalização dos gastos, tem papel importante na melhoria da gestão dos recursos financeiros e materiais do sistema.

## **6. COMPLEXOS REGULADORES (CRG)/CENTRAIS DE REGULAÇÃO (CR)**

A portaria regulamentadora da PNR preconiza que “a área técnica da regulação do acesso será estabelecida mediante estruturas denominadas Complexos Reguladores, formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação [...]” (2008a, Art. 7º).

Os CRg são estruturas que operacionalizam as ações da regulação do acesso por meio da articulação e integração de um conjunto de CRs: Central de Atenção Pré-hospitalar de Urgências, Central de Internação e Central de Consultas e Exames. As CR são implantadas como unidades de trabalho dos CRg.

Considera-se importante assinalar que o preconizado na PNR corrobora o conceito dos CRg, anteriormente introduzido no Pacto de Gestão, e a sua operacionalização mediante protocolos assistenciais vinculados com a contratação, controlo assistencial e avaliação e com outras funções da gestão como programação e regionalização, a fim de garantir a organização das redes e fluxos assistenciais (BRASIL, 2006c).

Outro fator representativo implícito na regulação é a responsabilização gestora pactuada e “delimitada por níveis de competência e complexidade da rede de serviços” que conduz ao estabelecimento de “fluxos de referência e contra-referência segundo os Planos Diretores de Regionalização – PDR”, tendo como base a “necessidade demandada e a capacidade física instalada” dos entes federados. Uma vez definidas e pactuadas as “regras de referenciamento intraestaduais, intramunicipais e/ou interestaduais com a garantia do financiamento das ações por meio da Programação Pactuada e Integrada – PPI”, torna-se perceptível a necessidade de regulação destes fluxos nos espaços e funcionalidades dos CRg (BRASIL, 2006b, p. 4).

Disposto está, consoante o Pacto de Gestão, que

A operação dos complexos reguladores no que se refere a referência intermunicipal deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos: pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual e pelo gestor municipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região [...] (BRASIL, 2006c).

Os CRg delineados nessa normativa podem ter abrangência intramunicipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional (BRASIL, 2006c) ao passo que a PNR do SUS preconiza estruturas com modelos de CRg Estadual, CRg Regional e CRg Municipal, assim caracterizados:

I – Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado.

II – Complexo Regulador Regional:

a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado;

b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado; e

III – Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação.

§ 1º O Complexo Regulador será organizado em:

I – Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

II – Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e

III – Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência (BRASIL, 2008a, Art. 9º).

As atribuições do CRg incorporadas na PNR do SUS encontram-se relacionadas no §2º do Artigo 8º:

I – fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde;

II – absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos;



III – efetivar o controle dos limites físicos e financeiros;

IV – estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e

V – executar a regulação médica do processo assistencial (BRASIL, 2008a).

Essas estruturas e suas práticas e processos de trabalho operacionalizam toda a arquitetura desenhada no processo de formulação e normatização da Política Nacional de Regulação que atua, portanto, como um centro nervoso que busca equalizar recursos disponíveis e demandados pelos usuários e suas necessidades. A organização do fluxo de usuários dentro das redes e unidades de saúde problematiza, constantemente, a capacidade de resposta do sistema e informa sobre as dificuldades para a sua legitimação junto à sociedade.

A transação de dados proporcionada pelos sistemas de informação nas diversas unidades do sistema de regulação tem buscado dar maior racionalidade ao uso dos recursos e aportar ao usuário maior comodidade e celeridade nos encaminhamentos entre os pontos de atenção à saúde do SUS. Não é apenas um processo de substituição da “fila real” pela “fila virtual”. A transposição de um espaço para outro fornece elementos para suporte ao processo de tomada de decisão no âmbito de articulação dos gestores, pela identificação dos tipos e forma de distribuição espacial das necessidades em saúde e os investimentos correspondentes a serem feitos na ampliação da cobertura, melhoria do acesso e da qualidade dos serviços prestados pelo SUS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição demográfica e epidemiológica representa um grande desafio ao processo de formulação, decisão e implementação de políticas públicas. No âmbito da saúde, estas mudanças repercutem positivamente no aumento da expectativa de vida, mas implicam desafios para assegurar serviços efetivos a um número maior de pessoas em demandas com grau de complexidade crescente. Passamos de um quadro de carga de doenças com peso cada vez maior para as doenças não transmissíveis e para aquelas relacionadas a causas externas.

Este novo perfil da carga de doenças tem pressionado os setores de urgência e emergência, que operam com altos níveis de densidade tecnológica e representam custos elevados para o sistema. A oferta de serviços nesta área reclama, portanto, uma maior racionalidade no uso dos escassos recursos do setor, sob pena de colapso completo do sistema, e a melhor estruturação da rede regional de serviços para o fortalecimento da capacidade de resposta das políticas públicas em foco.

Apenas aumentar os gastos parece não ser suficiente, pois estes dependem de pactos sociais que sustentem decisões desta natureza. As perguntas que se impõem, neste caso, são: até que ponto a sociedade aceita bancar este custo? quais as implicações desta decisão sobre as outras políticas setoriais (educação, segurança, transporte, habitação etc.)?

A integração entre as Políticas de Regulação e Atenção às Urgências representa, hoje, um enorme desafio na construção do sistema de governança para o SUS, pois impõe exigências em relação à *expertise* para desenvolvimento no âmbito da regulação, que abrangem investimentos em: Tecnologia da In-

formação para integrar e articular as bases de dados das várias centrais; na capacidade de contratualização junto ao Sistema de Saúde Suplementar no âmbito de cada região; na provisão de recursos para investimentos na ampliação de serviços na rede pública; no desenvolvimento de competências no campo da avaliação em saúde, com ênfase na capacidade resolutiva dos sistemas regionais; na implementação de financiamento para atenção às urgências com foco no financiamento global e não do pagamento por procedimentos; e no desenvolvimento de projetos de corte intersetorial para redução dos riscos que incidem sobre a demanda na área de urgência.

A construção de sistemas regionalizados de saúde constitui o lócus privilegiado para a experimentação do processo de integração entre estas duas políticas para controle sobre as demandas na área de urgência e emergência, seus condicionantes e determinantes. O esforço inicial do sistema passa pelo desenvolvimento de competências para a resolução dos constrangimentos a esta integração, identificados acima.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, D. V. S. B. **Regulação médica do fluxo das urgências: análise do Complexo Regulador de Goiânia**. 2012. 212 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de pós-graduação em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente – Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica, Anápolis, Goiás, 2012.

BRASIL. **Portaria n. 824**, de 24 de junho de 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Diário Oficial da União, Brasília, 120-E Seção I, 25 jun. 1999.

BRASIL. **Portaria nº 1863**, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, nº 193, 6 out. 2003, Seção 1, p. 56. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Portaria nº 3.125**, de 7 de dezembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde – Programa QualiSUS e define competências. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Seção 1, p. 113-4. Brasília, 8 dez. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Conselho Nacional de Saúde. **Manual de implantação de complexos reguladores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. **Portaria nº 399/GM**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga as diretrizes operacionais do Pacto em seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão Diário Oficial da União, 22 fev. 2006.. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/GM Nº 1559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 148, p. 48, 4 ago. 2008. Seção 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. **Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz III**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008b. Painel de Indicadores do SUS, 5.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 2488**, 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 Estratégia Saúde da Família – ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS; revoga a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 out. 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 1.600**, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS); revoga a Portaria MS/GM nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Diário Oficial da União, 8 jul. 2011. Seção 1, p. 69-70. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 122-135, jan./jun. 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Jornal Medicina** 2011; 197 (Ano XXVI): 5. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais**. Brasília: CONASS, 2007.

DONALDSON, C.; GERARD, K. **Economics of health care financing: the visible hand**. London: McMillan Press, 1993.

FERREIRA, J. B. B. Avaliação do complexo regulador do sistema público municipal de serviços de saúde. Ribeirão Preto: EERP/USP, 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2011. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011/POP2011\\_DOU.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011/POP2011_DOU.pdf)>. Acesso em: 26 mar. 2012.

LAVRAS, C. de C. Descentralização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: IBANEZ, N.; ELIAS, P.; SEIXAS, P. **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP/MG, 2008.

NAJBERG, E. **Análise dos fatores que dificultam a implementação da política ambiental do plano de desenvolvimento sustentável do Rio Grande do Norte.** 2003. 406f. Tese (Doutorado). Curso de Pós-Graduação da EAESP, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Medição do desempenho das funções essenciais de saúde pública.** Guia para a aplicação do instrumento de desempenho das funções essenciais de saúde pública. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIA – RBCE. Institucional. 2011. Disponível em: <<http://www.rbce.org.br>> Acesso em: 14 fev. 2012.

## CAPÍTULO 9

### AS CONTRIBUIÇÕES DA ERGOLOGIA E DA PSICODINÂMICA PARA ANÁLISE DA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Helena Eri Shimizu

#### INTRODUÇÃO

O objetivo deste artigo é refletir sobre os modos de gestão do trabalho em saúde, sobretudo, apresentar alguns referenciais teóricos (Psicodinâmica do Trabalho e Ergologia) que permitem a análise da gestão do trabalho em saúde em uma perspectiva mais dinâmica e flexível e que possibilitam proporcionar um cuidado mais completo e humanizado e a satisfação no trabalho.

O trabalho em saúde envolve cuidar de outro ser humano, constantemente, e o contato direto com a fragilidade e com a finitude da vida humana. Portanto, é variável e dinâmico, o que pode contribuir, por um lado, para o desgaste afetivo do trabalho e, por outro, para o reconhecimento social do trabalho (SANTOS-FILHO; BARROS, 2009).

É realizado por diversos profissionais e trabalhadores, com diferentes formações, com o propósito de abarcar toda a complexidade do cuidado. Neste sentido, há que destacar que o trabalho na saúde, nos últimos tempos, tem incorporado

novos saberes e novas tecnologias que, mesmo sem alterar expressivamente o núcleo tecnológico da produção do cuidado, vem ressaltando a necessidade de reflexão e de criação de novos dispositivos para o campo da gestão e do cuidado (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2011).

Os modelos teóricos que têm fundamentado a gestão do trabalho em saúde se baseiam, predominantemente, nas Teorias Gerais da Administração (TGA) que enfatizam o indivíduo e as organizações com enfoque fordista-taylorista, de caráter prescritivo e normativo. Estes modelos focalizam o aspecto estrutural com ênfase na organização formal que privilegiam as regras, as normas, e os elementos técnicos explícitos (MISHIMA *et al.*, 1997; FELLI; PEDUZZI, 2005).

Ademais, as características axiomáticas da administração científica se transformaram em racionalidade preponderante perpetuada em outras teorias administrativas contemporâneas, também presentes na gestão do trabalho em saúde em que há ênfase no controle e no comando que estimula relações autoritárias que contribuem para a renúncia de desejos e interesses por parte dos trabalhadores.

Essa forma de conduzir, baseada no “princípio da autoridade”, de acordo com os estudos de Foucault (1975; 1979; 2006), teria sua origem antes mesmo da criação das primeiras indústrias capitalistas. Foi nas escolas, hospitais, prisões e exércitos que técnicas disciplinares foram introduzidas, baseadas em redes de micropoderes que teriam como objetivo transformar indivíduos em seres obedientes e dóceis.

Os modelos de gestão do trabalho em saúde atualmente vigentes, devido ao fato de abarcar intensa variabilidade e dinamicidade por envolver questões relacionadas à vida e à



morte, mormente reforçam esses mecanismos de poderes disciplinares que dificultam a expressão dos trabalhadores. Há que se considerar, contudo, que estes constrangimentos são contundentes, mas, sempre existe oportunidade para a criação humana (CARAPINHEIRO, 1993; CECÍLIO; MENDES, 2004; SHIMIZU; COUTO; MERCHAN-HAMANN, 2011), ou seja, para o trabalhador, por mais rígidas que sejam as regras institucionais há espaço para novos modos de fazer. Nesta perspectiva, vislumbra-se maior ênfase no protagonismo dos atores institucionais que podem superar as restrições e as regras e reconstruir, permanentemente e de forma ativa, as relações dentro das organizações.

Desta feita, há que se pensar em modelos de gestão em saúde que permitam repensar os modos de organização do trabalho bem como as relações dos sujeitos implicados neste processo. Contudo, é preciso ter clareza de que existem diversas matrizes teóricas e metodológicas que embasam os modelos de gestão considerados mais democráticos, alguns dos quais se fundamentam no que se tem denominado de gerencialismo que, com frequência, limitam o exercício da condição de sujeitos da gestão do processo de trabalho. São, aparentemente, mais flexíveis, mas exigem o máximo dos trabalhadores, levando-os à exaustão e, sobretudo, à alienação (CARAPINHEIRO, 1993; CECÍLIO; MENDES, 2004; SHIMIZU; COUTO; MERCHAN-HAMANN, 2011).

## **AS CONTRIBUIÇÕES DA ABORDAGEM ERGOLÓGICA**

A abordagem ergológica foi escolhida porque permite a análise do trabalho, considerando-o como inerente às experiências

de vida bem como é passível de ser colocada em debate permanente e em confrontação para a produção de novos significados.

O termo Ergologia significa estudo do trabalho e tem sua origem na palavra grega *ergo* que diz respeito à ação, à obra, que faz referência à vitalidade, à relação que a pessoa tem com o objeto de trabalho (SCHWARTZ, 2000; DURRIVE, 2011).

Schwartz propõe que a Ergologia como o estudo da atividade humana é composta por três características fundamentais: a) a transgressão, que diz que nenhuma disciplina, nenhum campo de práticas pode monopolizar ou absorver conceitualmente a atividade, pois ela atravessa o consciente e o inconsciente, o verbal e o não verbal, o biológico e o cultural, o mecânico e os valores; b) a mediação, que afirma que a atividade impõe a dialética entre todos estes campos assim como entre o “micro” e o “macro”, o local e o global; c) a contradição, porque a atividade é sempre o lugar de debates com resultados sempre incertos entre as normas antecedentes enraizadas nos meios de vida e as tendências à renormalização ressingularizadas pelos seres humanos (SCHWARTZ, 2000).

Logo, o conceito de atividade é mais amplo que o de trabalho, sendo este delimitado por regramentos jurídicos, relações mercadológicas e econômicas. Esta diferenciação propiciou a criação do conceito de “atividade industriosa”, que destaca a necessidade de análise entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Neste sentido, a atividade industriosa abrange o debate de normas (SCHWARTZ, DURRIVE, 2007) que envolve as regras preexistentes à atividade e aquelas que estão em gestação ao longo do processo, ou seja, há o que foi chamado de “renormatização”, a partir das resultantes da atividade humana (SCHWARTZ, DURRIVE, 2007).

Nesse sentido, Schwartz e Durrive (2007) explicam porque o trabalho nunca é pura execução, pois, para desenvolver qualquer atividade, o trabalhador deve fazer “usos de si”, o que significa recorrer às suas capacidades ou as próprias maneiras de fazer que, por sua vez, acionam as escolhas pessoais. Nesta lógica, pode-se dizer que o trabalho em saúde é bastante rico porque convoca o trabalhador a assumir o protagonismo devido à variabilidade e simultaneidade das ações que prescindem de tomadas de decisão, utilizando, neste processo, diversas tecnologias de trabalho – instrumentos, normas, máquinas, um conjunto de conhecimentos e agires que estão dispersos nas experiências e nos modos singulares de produção do cuidado (MERHY, 2006).

Por outro lado, não podemos esquecer que o trabalho formalizado ele o é mediante a estruturação e aplicação de normas, de regras e pela própria organização, que constroem o uso de si por si mesmo. Em uma sociedade que orienta o processo produtivo em função da lógica de mercado, a capacidade de usar-se é cada vez menos visível, não sendo diferente no trabalho em saúde.

Considerando-se que o trabalho não se reduz à mera execução automática das normas antecedentes, como visto anteriormente, mas inclui o constante processo de renormatizações em função das situações concretas do cotidiano, conclui-se que é possível antecipar os riscos para a saúde não somente por meio da análise das normas antecedentes, mas, também, com o que o ato de trabalhar faz com o conjunto de normas sociais que mediam o processo de trabalho, sendo que há riscos à saúde relacionados à organização do trabalho.

Schwartz (2000) nos lembra, ainda, que toda organização coletiva de atividade humana implica divisão de tarefas entre os membros. Esta organização pode ter um componente formal, estruturado em organogramas, normas, definição de tarefas e responsabilidades, conforme proposto pelo Taylorismo. No entanto, sempre há um componente informal que se distingue da estrutura racionalizada, que envolve o estar junto, com a conseqüente produção de bens comuns (compartilhados) que fortalecem o estabelecimento de canais de comunicação e das experiências que escapam à racionalidade administrativa. A esta organização, Schwartz denomina Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP) (SCHWARTZ, 2000; 2006; SCHWARTZ, DURRIVE, 2007).

Ampliando essa linha de raciocínio, Yves Clot (2001; 2006) convida a pensar o trabalho no contexto da ergologia em termos de uma clínica da atividade e, baseando-se nas pesquisas de Lev Vygotsky e Alexei Nikolaevich Leontiev, dentre outros, parte do pressuposto de que a realidade não deve ser tomada como algo dado para o sujeito, mas, sim, como um produto das ações deste, incluindo-se as complexas interações com outros seres humanos mediadas pela linguagem. Nesta perspectiva, o coletivo se torna um conceito central para a clínica da atividade, pois a coletividade é fundamental para o desenvolvimento do próprio indivíduo; e não apenas o coletivo como grupo, mas o coletivo como recurso para o desenvolvimento da subjetividade e da intersubjetividade individual e coletiva (CLOT, 2006, p. 102).

O coletivo enquanto recurso subjetivo e intersubjetivo é instrumento fundamental para a cognição e para o pensamento, para a produção de valores e saberes, bem como para

arranjos entre os mesmos. Segundo Clot (2006, p. 106), o pensamento se desenvolve na discussão, na confrontação e, portanto, a controvérsia é a fonte do pensamento. Neste sentido, o trabalho é um elemento fundamental não somente do ponto de vista da reprodução dos meios materiais e simbólicos de vida, mas como fator que viabiliza a centralidade das atividades sociais, não apenas das atividades individuais (CLOT, 2006; 2008).

Assim, as atividades relacionadas com o trabalho são um aspecto particular do conceito de atividade e da relação subjetividade/coletividade. Clot também propõe o conceito de “real da atividade” que, além das diferenças entre trabalho prescrito e trabalho real, deve incorporar as vivências subjetivas do sujeito que age, pois as formas de pensar e de sentir mudam em função da situação concreta onde a atividade está inserida (CLOT, 2006; 2008).

Nos tempos atuais, a eficiência do processo do trabalho supõe o trabalho em equipe, a interação organizada entre diferentes indivíduos, competências e biografias. Esta dinâmica aumenta as diferenças entre as prescrições e o trabalho real, o que torna mais complexas as interações entre os indivíduos, entre estes e seu objeto de trabalho e as resultantes de todos estes encontros (CLOT, 2006; 2008; SCHWARTZ, 2000; 2004; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Nesse contexto, Clot (2008, p. 67) apresenta a ideia de “poder de agir” dos indivíduos e dos coletivos. Agir no sentido de poder construir suas próprias normas, subvertendo as normas vigentes na prática da atividade. Este poder, esta potência, se relaciona diretamente com o processo saúde–doença do ser humano. Ser normal não é ser adaptado à situação, mas ser cria-

dor de normas. Ser normal não é ser conformado. Ser normal é fazer subversão, em todos os sentidos. A atividade humana é a subversão dos objetos da atividade. De certa maneira, então, a saúde se relaciona com a invenção e a criação de normas. Se as pessoas, ou os trabalhadores, voltarem a controlar a situação e a fazer a experiência, então, como ter saúde não é somente viver no meio, mas criar o meio para viver, claramente, a dedicação criará melhor eficácia no trabalho.

Isto posto, é importante destacar outro dispositivo proposto pela Ergologia, três polos de suma importância para análise do trabalho:

- o *dos saberes formalmente constituídos* ou das competências disciplinares abertas a serem retrabalhadas sob a perspectiva do conceito de atividade;
- o *das forças de convocação e validação dos saberes investidos na atividade e em permanente recriação*, que ocorre no confronto com os saberes disciplinares;
- o *das exigências ético-epistemológicas*, que rege um modelo de mundo a construir, suporte de cooperação entre os outros dois polos.

Esses dispositivos compostos pelo polo dos conceitos, pelo polo da experiência e por um terceiro, ético e epistêmico, que efetua a ligação entre os dois primeiros são extremamente relevantes para a análise do trabalho em saúde que comporta grande complexida-

de e dinamicidade e que, portanto, requer um constante processo de renormatização da atividade.

Jean (2005, p. 12), ao falar sobre análise do trabalho em saúde, se refere ao dispositivo e a três polos como a ideia da necessidade de uma coprodução sistemática e em todos os níveis de uma organização, ou seja, entre interventores e protagonistas do trabalho. Além disto, alerta que este processo não deve se tratar de criar simplesmente condições para a expressão de pontos de vista de maneira igualitária, desconsiderando os contextos de desigualdade e as relações de dominação dentro das organizações.

Nesse sentido, a contribuição da abordagem ergológica consiste na construção de dispositivos que vão permitir coproduzir as problemáticas, os objetivos e os resultados das intervenções nas situações de trabalho junto com as pessoas às quais estas transformações dizem respeito. É, no fundo, a ideia da necessidade de uma coprodução sistemática e em todos os níveis entre interventores e protagonistas do trabalho (JEAN, 2005).

Por fim, o autor considera, ainda, que o dispositivo a três polos pode ser utilizado não só para a análise do trabalho, mas ser, por exemplo, dispositivo criador de democracia e da transformação das relações entre os homens (JEAN, 2005).

## AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO

A psicodinâmica do trabalho também pode trazer contribuições valiosas para a análise do trabalho em saúde, especialmente porque permite compreender os conflitos que emergem do encontro de um sujeito portador de história singular, que compreende não somente seu repertório de conhecimentos formais e informais, mas seu conjunto de expectativas e preferências conscientes e, também, seu elenco de defesas psíquicas (DEJOURS, 2003) e uma situação de trabalho cujas características são dadas, em grande parte, pelas organizações.

Criada por Christophe Dejours, inicialmente denominada Psicopatologia do trabalho e tendo como preocupação central a relação entre a organização do trabalho e a saúde mental do trabalhador, na primeira fase, os estudos nesta área tinham a preocupação de investigar o sofrimento e o seu surgimento a partir do confronto do psiquismo/organização do trabalho. Centravam sua atenção na dinâmica geradora deste sofrimento e na análise das estratégias individuais e coletivas suscitadas pelo sofrimento advindo do trabalho. Na segunda fase, denominada psicodinâmica, eles se dedicaram ao desdobramento do sofrimento em direção ao polo saúde. Nesta perspectiva, as condições para o direcionamento da dinâmica da saúde mental passam pela constituição de outra instância – o *coletivo de regra*. Esta é uma estratégia construída pelos próprios trabalhadores para tentar atenuar o sofrimento no trabalho na qual estes passam a partilhar a cooperação, a confiança e regras comuns, ou seja, em que ocorre a instauração de uma ética na qual são estabelecidos alicerces de confiança recíproca entre eles. (DEJOURS, 2003; DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).



É necessário enfatizar que diversos estudos dedicados à análise do trabalho em saúde, no Brasil e na Europa, especialmente, na França, voltados para os processos de trabalho em hospitais, sob a ótica da psicodinâmica, demonstraram que essas organizações hierarquicamente rígidas (SHIMIZU; CIAMPONE, 2004; MOLINER, 2008) tendem a potencializar o sofrimento de seus membros, pois desconsideram as limitações de seus modelos e das normas prescritivas bem como não reconhecem as iniciativas de adaptação de seus membros hierarquicamente inferiores.

Além disso, esses estudos revelaram que a divisão rígida do trabalho reduz as incertezas dos trabalhadores de todos os níveis da organização, permitindo a quantificação, a simplificação e o controle. Em contrapartida, a responsabilidade individual pelo produto final é reduzida ao mínimo. Desta forma, se o trabalho bem feito era irreconhecível individualmente, o improvisado também o era (DEJOURS, 1999; 2003; 2007).

Grande parte dessas organizações, que incluem os serviços de saúde, para enfrentarem o intenso volume das atividades têm recorrido à polivalência, em conhecimentos e práticas generalistas, que aumentam as incertezas de seus membros. A polivalência, além de aumentar a tensão no trabalho, torna mais complexo e incerto o processo de coordenação do processo de trabalho nas organizações (DEJOURS, 2003).

Esses estudos estavam centrados na busca das patologias do trabalho, de um lado, oriundas da organização e das condições do trabalho; do outro lado, outros estudos evidenciavam as síndromes e os adoecimentos que acometiam os trabalhadores. Apesar dos avanços permitidos na compreensão dos fatores causadores do sofrimento e danos do trabalho, entre estes dois

extremos, permanecia a lacuna na apreensão de como a organização do processo de trabalho se convertia em adoecimentos na estrutura biológica ou mental do trabalhador individual e coletivo (BOUYER, 2010).

Essa lacuna foi superada, em parte, ao se incorporar, nas pesquisas sobre análise do trabalho, a investigação do modo pelo qual se estruturam a ideologia defensiva a partir da instância coletiva de defesa. Esta investigação fornece subsídios para a compreensão de algumas das mais sérias dificuldades que se opõem à conscientização no processo necessário à transformação do trabalho nocivo em trabalho saudável e prazeroso (DEJOURS, 1986; 1988; 1992; DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994). Neste sentido, propõe-se o lugar da fala dos trabalhadores, da expressão coletiva do sofrimento e da busca de mecanismos de transformação da situação vigente. Estes mecanismos adotados pelos trabalhadores auxiliam no fortalecimento da identidade grupal, pois todos os sujeitos se sentem reconhecidos e respeitados em suas capacidades e sentimentos.

As estratégias coletivas de defesa vieram preencher um espaço antes incompreensível das articulações entre o singular e o coletivo no contexto do trabalho. A Psicodinâmica do Trabalho agora tem, no trabalho, o seu operador de inteligibilidade essencial para a compreensão dos processos relativos à saúde mental ou às patologias, buscando compreender, também, outros processos que se passam na invisibilidade das vivências psíquicas (como o sofrimento) (BOUYER, 2010).

Para a saúde mental, faz-se necessária, ainda, a “psicodinâmica do reconhecimento” (DEJOURS, 2006, p. 34), ou seja, o reconhecimento pelo outro do esforço para suprir a lacuna entre a organização do trabalho prescrita e a organização do trabalho real.

Por mais qualificadas que sejam a organização e as concepções formais relacionadas ao processo produtivo, o trabalho efetivamente realizado é diferente do idealmente modelado. O indivíduo, para tornar seu trabalho eficaz e efetivo, se vê, portanto, na situação de ter de aplicar práticas e conhecimentos que não estavam preditos nas prescrições. A este investimento feito pelo indivíduo, Dejours denomina zelo, que é:

precisamente tudo aquilo que os operadores acrescentam à organização prescrita para torná-la eficaz; tudo aquilo que empregam individual e coletivamente e que não depende da 'execução'. A gestão concreta da defasagem entre o prescrito e o real depende, na verdade, da mobilização dos impulsos afetivos e cognitivos da inteligência (2007, p. 30).

Infere-se do exposto que há uma relação entre a capacidade da organização de lidar com o zelo de seus membros e o conjunto de recursos subjetivos que os indivíduos têm para serem efetivamente zelosos. Esta relação não obrigatoriamente é direta ou convergente, principalmente em um contexto de exigência de produtividade e competitividade.

Ser reconhecido pelo seu fazer é um dos objetivos daquele que trabalha (DEJOURS, 1999). Este mecanismo é fundamental para o fortalecimento da identidade e, portanto, tem relação direta com o sofrimento ou com o prazer no trabalho. Assim, a capacidade da organização em lidar com o zelo potencializa as fortalezas ou fraquezas dos mecanismos de defesa estruturados por cada um de seus membros, independentemente da posição hierárquica.

Os estudos realizados na área da saúde demonstram que o reconhecimento é baixo, sobretudo o salário, que, quando comparados a outras profissões não tão sacrificantes mostram claras desvantagens. Por outro lado, existe o reconhecimento social, pela nobreza do ato de cuidar da vida e da morte (SHIMIZU; COUTO; MERCHAN-HAMANN, 2011).

O trabalho tem, portanto, uma função psíquica: é um dos grandes alicerces de constituição do sujeito e de sua rede de significados. Processos como reconhecimento, gratificação, mobilização, mobilização da inteligência, mais do que relacionados à realização do trabalho estão ligados à constituição da identidade e da subjetividade. (LANCMAN, 2008, p. 31).

Quando estes processos acima citados se encontram impedidos ou dificultados, abre-se espaço para o sofrimento e, talvez, posteriormente, para as descompensações psicopatológicas. Isto nos tem permitido compreender a gênese dos danos à estrutura psíquica dos trabalhadores pela organização do trabalho em suas novas facetas no mundo contemporâneo (BOUYER, 2010).

Do exposto, apreende-se, conforme Mendes, que a “psicodinâmica do trabalho adota como modelo de ser humano um ser concreto, ator em uma situação concreta, cuja qualidade de vida psíquica no trabalho está associada à dinâmica das relações sociais, de trabalho e à sua condição de existência” (2007, p. 106).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Ergologia e a Psicodinâmica do Trabalho são pro-  
fícuas para repensar a gestão do trabalho em saúde em uma

perspectiva mais dinâmica e flexível. Ambos os referenciais, embora enfoquem perspectivas diferenciadas, colocam o trabalhador como protagonista da gestão do seu próprio trabalho. Além disto, colocam em destaque a dimensão coletiva para o co produção do trabalho.

Nesse sentido, tanto a Ergologia como a Psicodinâmica contribuem para o não adoecimento no trabalho, pois tem como preocupação central favorecer a capacidade criativa dos trabalhadores, que propicia a emergência do sentido do trabalho, essencial para a vida.

Finalmente, destaca-se que esses referenciais podem enriquecer a gestão do trabalho em saúde, sobretudo tornando a vida no trabalho mais reflexiva, portanto, constituindo-a como uma poderosa alavanca para propiciar o prazer e minimizar o sofrimento no trabalho.

## REFERÊNCIAS

BOUYER, G. C. Contribuição da Psicodinâmica do Trabalho para o debate: o mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, jul./dez. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572010000200007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 abr. 2014.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. Lisboa: Afrontamento, 1993.

CECÍLIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: porque as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 39-55, 2004.

CLOT, Y. Clinique du travail, clinique du réel. **Le journal des psychologues**, v. 185, p. 48-51, 2001.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

CLOT, Y. Entrevista: Mosaico, **Estud. Psicol.** Rio Grande do Norte. v. 2, n. 1, p. 65-70, 2008.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 54 (4), 7-11.1986.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In J. F. Chanlat (Org.), O indivíduo na organização: dimensões esquecidas (pp. 149-175). São Paulo: Atlas.1992.

DEJOURS, C. **Conferências brasileiras**. São Paulo: Fundap, 1999.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. Estudo de Psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez; 2003.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Produção**, Santa Catarina, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DURRIVE, L. A atividade humana simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 47-67, 2011.

FELLI, V.; PEDUZZI, M. **O trabalho gerencial em Enfermagem**. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão Tradução Raquel Ramalheite. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 1975.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução Roberto Machado. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Organização e tradução Roberto Machado. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

JEAN, R. **Sobre o agir ergológico**. In: Trabalho e abordagem interdisciplinar: Estudos Brasil, França e Argentina. São Paulo: DIEESE; Campinas: CE-SITE/IE/Unicamp, 2005.

LANCMAN, S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 25-36.

MENDES, A. M. **Psicodinâmica do trabalho**: teoria método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E. ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 197-228.

MISHIMA, S. *et al.* Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida Maria Cecília Puntel; Rocha Semiramis Melani. O Trabalho de Enfermagem, São Paulo: Cortez, 1997.

PASCALE, M. A dimensão do *cuidar* no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 33, n.118, p. 6-16, 2008.

SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalhador da saúde**. Muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí (RS): Unijuí, 2009.

SANT'ANNA, S. R.; HENNINGTON, E. A. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 223-244, 2011.

SCHWARTZ, Yves. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. Belo Horizonte: Trabalho e Educação. Revista do NETE/UFMG, jul-dez, 2000, nº. 07, p. 38-46.

SCHWARTZ, Yves. Ergonomia, filosofia e exterritorialidade. In: DANIELLOU, François (coord.). A Ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos. São Paulo: Edgar Blücher, 2004.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF, 2007.

SHIMIZU, H. E.; COUTO, D. T.; MERCHAN-HAMANN, E. Pleasure and suffering in intensive care unit nursing staff. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 565-572, 2011.

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4. p. 623-630, 2004.



# CAPÍTULO 10

## GESTÃO EM SAÚDE: MODELOS, DESAFIOS E POSSIBILIDADES

**Maria Salete Bessa Jorge**  
**Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão**  
**Fernando Sérgio Pereira de Sousa**  
**Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante**  
**Adriana Catarina de Souza Oliveira**

### INTRODUÇÃO

A gestão de serviços de saúde constitui uma prática administrativa que tem a finalidade de otimizar o funcionamento das organizações de forma a obter o máximo de eficiência (relação entre produtos e recursos empregados), eficácia (atingimento dos objetivos estabelecidos) e efetividade (resolução dos problemas identificados). Neste processo, o gestor utiliza conhecimentos, técnicas e procedimentos que lhe permitem conduzir o funcionamento dos serviços na direção dos objetivos definidos.

A abordagem acerca das novas posturas na Gestão em Saúde deve estar fundamentada na consideração de que estas constituem um reflexo das transformações que vêm ocorrendo no ambiente organizacional. Diante disto, torna-se necessário realizar a configuração do ambiente e dos instrumentos de gestão que planejam, avaliam, monitoram os processos de trabalho na busca da excelência na prestação dos serviços.

Tachizawa e Rezende (2000) chamam a atenção sobre as abordagens científicas disponíveis no campo de gestão que buscam focar as mudanças significativas observadas no ambiente das organizações e que se encontram interligadas com as mudanças políticas e econômicas que se processam no cenário mundial.

Para Robbins (2000), as mudanças no ambiente organizacional são responsáveis por uma interferência na organização do trabalho, pois, de acordo com a abordagem sistêmica, as organizações são vistas como sistemas abertos, em constante interação com o ambiente que as cerca.

Fomentando a discussão, Crozatti (1998) destaca que o modelo de gestão é produto do subsistema institucional e que representa as principais determinações, vontades e expectativas do gestor de como as coisas devem acontecer na empresa. Sendo assim, é o instrumento de gestão mais significativo: seria o conjunto de normas e princípios que orientam os gestores na escolha das melhores alternativas para levar a empresa a cumprir sua missão com eficácia.

Desta forma, captar e compreender os desafios que estão presentes no cenário atual constituem um fator de fundamental importância para a sobrevivência das organizações.

Os temas desenvolvidos, portanto, estão organizados de forma a introduzir um universo de questões que apesar de sua multiplicidade, remetem à associação entre gestão e a melhoria da oferta dos serviços de saúde.

## **MODELOS DE GESTÃO**

No campo da ação gerencial na saúde, adere-se ao pressuposto de que a intervenção no processo gerencial por meio

de um corpo dirigente é algo intelectualmente desafiador e merecedor de reflexão mais sustentada por subsídios teóricos e dados de realidade (OLIVEIRA, 2010; MENDES, 2008).

Tendo como princípio de implantação destas mudanças a busca por novas formas de gestão nos Serviços de Saúde, torna-se necessária a incorporação de novos conhecimentos e habilidades sintonizados a uma prática administrativa mais aberta, flexível e participativa, fundamentada não só na razão, na sensibilidade e na intuição (FERRAZ; GOMES; MISHIMA, 2004).

Desse modo, a gestão do processo de trabalho na saúde tem exigido de suas lideranças uma aproximação às teorias organizacionais para que seja possível estabelecer planos e traçar metas que atendam às necessidades e às expectativas de seus trabalhadores, considerando a atual conjuntura da área. Esta, por sua vez, tem demonstrado a fragilidade dos gestores e do sistema de saúde em garantir satisfação aos trabalhadores os quais enfrentam elevadas jornadas de trabalho, carga de trabalho excessiva, má remuneração e desvalorização profissional.

Santos *et al.* (2001) elaboraram um modelo de estudo objetivando explicar o conceito de modelos de gestão e sua vinculação com os momentos históricos e os estágios de evolução das empresas. O estudo abrange três níveis conceituais:

a) o conceito de “Ondas de Transformação”: trata dos grandes momentos históricos de evolução da sociedade humana, cada qual com seus paradigmas próprios relacionados aos aspectos político, econômico, social, tecnológico e organizacional;

b) o conceito de “Eras Empresariais”: dos estágios de evolução empresarial, a partir da Revolução Industrial (Segunda Onda de Transformação);

c) o conceito de “RAN Modelos de Gestão”: conjunto próprio de concepções filosóficas e ideias administrativas que operacionalizam as práticas gerenciais nas organizações.

Modelo de gestão em saúde é uma maneira de organizar os recursos humanos, materiais e financeiros para prestar serviços ou produzir – como é o caso da vacina –, referido a objetivos, metas, interesses pessoais ou partidários, ideológicos. Não existe um modelo ideal, mas modelos que respondem às insatisfações da sociedade, segundo o olhar desta realidade dos grupos de influência.

Assim como não há um modelo de gestão ideal, uma receita única para o sucesso de qualquer organização, da mesma forma, as organizações de saúde devem levar em conta sua história, missão, visão e valores assim como a cultura organizacional. Todos estes fatores tornam uma organização única, o que demanda ações específicas de gestão. Assim são destacados apenas os modelos da Gestão da Qualidade, das Redes de Atenção à Saúde (RAS), da Gestão Estratégica e da Gestão Participativa – Cogestão, como algumas possibilidades para o enorme desafio nesta área.

## **GESTÃO DA QUALIDADE**

A qualidade em saúde passa a ser exigida como uma necessidade. Assim, os gestores devem se comprometer, cada vez mais, com ações e programas voltados para a melhoria da qualidade. Na perspectiva da APS, a Estratégia Saúde da Família se apresenta estruturada como um modelo assistencial em saúde que tem como pontos fortes a ruptura com a lógica taylorista de organização e a gestão do trabalho e como pontos fracos as condições e organização de trabalho.

Segundo Donabedian (2003), a qualidade em saúde pode ser definida como a capacidade articulada dos profissionais, dos serviços, do sistema de saúde e da sociedade, de configurar um conjunto harmônico capaz de oferecer uma assistência digna, tecnicamente bem desenvolvida, por profissionais treinados e justamente pagos, que os clientes possam utilizar sempre e na medida das suas necessidades, sendo este conjunto financeiramente viável, economicamente sustentável e uma escolha democrática da cidadania.

## **GESTÃO DO CUIDADO**

Na trajetória de construção do SUS, observam-se avanços que estimulam a discussão de novas questões que exigem estudos, sobretudo em relação às dificuldades que continuam sem solução, impondo que a urgência seja de aprimoramento do sistema da gestão em saúde. Nesta visão, as condições de trabalho insatisfatórias, de desrespeito aos anseios dos trabalhadores como, também, a visão meramente tecnicista e burocrática desqualificam o cuidado e, por conseguinte, a humanização das práticas (BRASIL, 2006a; FONTANA; SCHEICHER, 2010).

O debate sobre a gestão do cuidado na atenção primária tem assumido um papel cada vez maior na agenda dos gestores, dos profissionais de saúde e dos usuários, particularmente daqueles que participam das instâncias de controle social, seja em nosso país ou no âmbito internacional. Os olhares, as prioridades e as estratégias propostas para a melhoria da qualidade guardam relação direta com o papel e a inserção de cada sujeito na gestão e, em particular, na produção do cuidado.

A gestão do cuidado no processo de trabalho em saúde implica em uma reorganização das práticas para a promoção da autonomia, com ênfase na centralidade dos usuários e na consolidação das RAS no SUS. Para o enfermeiro, em especial, há de se articular as dimensões política e técnica do fazer para que a gestão do cuidado se constitua em reflexão-ação e práxis emancipatória. A gestão do cuidado comporta, pelo menos, três dimensões, que poderiam ser representadas como: “dimensão profissional” – cuidar, tratar; “dimensão organizacional” – prevenir, recuperar, promover; e “dimensão sistêmica” – produzir saúde.

A primeira dimensão da gestão do cuidado se encontra na esfera de responsabilidade profissional e está alicerçada no encontro trabalhador-usuário. Três componentes são essenciais para a configuração da boa ou má gestão do cuidado na “dimensão profissional”: a postura ética do trabalhador, em particular, como ele concebe esse “outro” (o paciente) que necessita de seus cuidados; a competência com que o trabalhador opera o seu “núcleo” de saber, o que nos remete ao maior ou menor domínio técnico-científico para buscar as melhores respostas para o problema apresentado pelo paciente; e a capacidade de criação de um bom vínculo profissional-paciente (PIRES, 2005).

A dimensão organizacional se refere ao processo de institucionalização das práticas de saúde em que se desenvolve a gestão do cuidado em sua dimensão profissional em contextos organizacionais. Uma das características essenciais da transição da medicina liberal para a medicina tecnológica foi, exatamente, a institucionalização da prática dos médicos, o que significa que ela passa a depender, de forma crescente, de contextos

organizacionais para o seu exercício (SCHRAIBER, 1993). Novos atores e novas questões vão configurar esta dimensão do cuidado.

A visão sistêmica da gestão do cuidado, como expresso de forma mais recente no Pacto pela Vida (BRASIL, 2006), é imprescindível para a consolidação do SUS, mas – e este é o ponto que quero destacar –, não será nunca suficiente se não for enriquecida com outras perspectivas ou pelo reconhecimento de sua imanência com as outras dimensões do cuidado que desenvolvemos até agora. Para além das regularidades sistêmicas, seria útil pensar a gestão do cuidado de forma que resultasse na integralidade da atenção buscada pelas pessoas, por tudo o que vimos até agora, como fruto de uma incontável rede de encontros. Encontros nos nós de uma complexa rede de cuidado. Os nós da rede são conexões humanas, são encontros humanos e há um potencial imenso de energia–criatividade–produção retida nos profissionais, nos usuários e nos gestores (BRASIL, 2006).

## **GESTÃO DA CLÍNICA**

A gestão dos sistemas de serviços de saúde no início do século XXI tem sua decisão baseada em recursos, em gestão das condições agudas e crônicas e gestão dos meios da própria gestão dos fins que é a gestão da clínica (MENDES, 2011).

Os fundamentos e as origens da “Gestão da Clínica” levam em consideração princípios e leis dos sistemas de serviços de saúde – a singularidade organizacional, a singularidade tecnológica, a lei de Wildavsky, a variabilidade na prestação dos serviços de saúde, a Lei de Romer, a lei de caneta do médico,

a lei da concentração da severidade e dos gastos com as doenças – e as experiências internacionais – a atenção gerenciada (*Managed Care*), a governança clínica (*Clinical Governance*) (McSHERRY; PEARCE, 2002; MENDES, 2011).

O conceito de gestão da clínica definido é a aplicação de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, aumentar a eficiência, diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais e para os profissionais, prestar serviços efetivos e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

As tecnologias de gestão envolvidas na gestão da clínica são: as diretrizes clínicas (*guide lines*, protocolos clínicos); a gestão da patologia – que consiste no desenvolvimento de um conjunto de intervenções educacionais e gerenciais relativas a determinadas condições ou patologias, definidas pelas diretrizes clínicas, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde e a eficiência dos serviços; a gestão de caso – processo cooperativo que se desenvolve entre o gestor de caso e o usuário para planejar, monitorar e avaliar opções e serviços, de acordo com as necessidades de saúde da pessoa, com o objetivo de incrementar a autonomia do usuário, alcançar resultados custo/efetivos, garantir a continuidade do cuidado e melhorar a qualidade da atenção; a lista de espera – tecnologia que normaliza o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento por risco e promovendo a transparência; e, por fim, a auditoria clínica que consiste na análise crítica sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados para o diagnóstico e o tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes (COCHRANE, 2001; MENDES, 2011).



## GESTÃO DA CLÍNICA AMPLIADA

A proposta da Clínica Ampliada busca se constituir em uma ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas, reconhecendo que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isto signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação (BRASIL, 2009).

Outro aspecto diz respeito à urgente necessidade de compartilhamento com os usuários dos diagnósticos e condutas em saúde, tanto individual quanto coletivamente. Quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maior a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico, maior será o desafio de lidar com o usuário enquanto sujeito, buscando sua participação e autonomia em seu projeto terapêutico.

A relação entre os serviços de saúde e os sujeitos coletivos também pode ser pensada como uma relação clínica. Como construir práticas de saúde neste campo, mais dialogadas, menos infantilizantes, mais produtoras de autonomia, menos produtoras de medo e submissão acrítica? Talvez uma pergunta adequada seja: o quanto nossas práticas de saúde coletiva precisam do medo e da submissão para funcionar?

Trabalhar com diferentes enfoques, trabalhar em equipe, compartilhar saberes e poderes é trabalhar, também, com conflitos. Os instrumentos aqui propostos – Clínica Ampliada, Equipes de Referência, Projetos Terapêuticos Singulares – têm-se mostrado como dispositivos resolutivos seja no âmbito da atenção seja no âmbito da gestão de serviços e redes de saúde.

## GESTÃO PARTICIPATIVA – COGESTÃO

Cogestão significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão). Assim, ela seria exercida não por poucos ou alguns (oligogestão), mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização (BRASIL, 2009). Em outras palavras, é um sistema que pretende eliminar a separação entre quem planeja, quem executa, quem gere e quem avalia. Os estabelecimentos de saúde são organizações complexas, pois lidam com objetos complexos (riscos e doenças), compostas por uma grande diversidade/variabilidade tecnológica e constituídas por sujeitos de áreas diversas (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos, etc.) que detêm autonomia (capacidade de agir com grau de liberdade ampliado) exercida de forma desigual – seus profissionais acumulam poder de forma desigual.

Dessa forma, a gestão das organizações de saúde se torna uma tarefa de grande complexidade impondo inúmeros desafios aos gestores. Olhando para o modo como os serviços de saúde organizaram seu processo de trabalho ao longo do tempo, percebe-se que esta organização se deu a partir do saber das diferentes profissões e categorias e não pelos objetivos comuns. Este tipo de organização não tem garantido que as práticas se complementem ou que haja solidariedade na assistência nem que as ações sejam eficazes no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Isto tem acarretado falta de motivação dos profissionais e de incentivo ao envolvimento dos usuários. Por isto, a gestão participativa é importante como um instrumento valioso na construção desta mudança, para tornar o atendimento não somente eficaz, mas, também, eficiente (BRASIL, 2004).

A proposta do Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – o Humaniza SUS – é enfrentar o desafio de priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS. Por humanização, entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2004).

Com o intuito de implementar o modelo de gestão participativa, encontra-se, na proposta do Ministério da Saúde, dois tipos de ação: a organização do espaço coletivo de gestão para permitir o acordo entre desejos e interesses tanto dos usuários quanto dos trabalhadores e gestores; e um plano de ação que garante a participação no cotidiano das unidades de saúde.

Dentre os espaços coletivos de gestão se visualiza:

- Contratos de Gestão com o Gestor Externo, por exemplo, as Secretarias de Saúde ou mesmo o Ministério da Saúde; e Contratos Internos de Gestão, isto é, contratos feitos na própria unidade de saúde;

- Colegiado da Unidade de Produção: composto por todos os membros da equipe ou por representantes;

- Colegiado Gestor da Secretaria de Saúde ou Hospital: composto pelo secretário, diretores e coordenadores das Unidades de Produção;

– Os Conselhos Locais das Unidades de Saúde, que são compostos por 50% de usuários, 25% de servidores e 25% de gestores e são previstos em alguns municípios, desde as unidades básicas até os hospitais de referência. Seu funcionamento e suas atribuições estão definidos em legislação municipal. Já os Conselhos Municipal, Estadual e Nacional de Saúde, com suas respectivas Conferências, têm sua regulamentação prevista em legislação federal. Dentre os mecanismos que garantem a participação no cotidiano das unidades de saúde podemos citar: a) Visita aberta e direito de acompanhante nas consultas e internações; b) Equipe de referência e gerência com horários abertos para interação com a rede sociofamiliar do usuário; c) Ouvidoria dinâmica, para mediar os interesses entre usuários, trabalhadores e gestores; d) Família Participante, Grupo de Pais, Grupo focal com usuários e trabalhadores nos vários espaços das unidades; e) Grupo de Trabalho de Humanização (GTH).

## **MODELO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS**

As Redes são definidas como sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições, com configuração democrática e participativa, em torno de causas afins. Estruturas flexíveis e estabelecidas horizontalmente, suas dinâmicas de trabalho supõem atuações colaborativas e se sustentam pela aspiração e afinidade de seus integrantes, caracterizando-se como um significativo recurso organizacional para a estruturação social (OLIVIERI, 2003).

No âmbito das organizações de saúde, o que se encontram, segundo Mendes (2007), sistemas fragmentados, caracterizados por atenção descontínua, com forte desarticulação entre o hospital e a atenção primária, sob a hegemonia da aten-

ção hospitalar e pela ausência de uma coordenação dos pontos de atenção à saúde, de um sistema de inteligência que confira organicidade ao sistema e, normalmente, sem uma população adstrita.

Por outro lado, os sistemas integrados estão baseados em três características centrais: a oferta de serviços de forma contínua, por meio de vários pontos de atenção coordenados; a integração destes pontos de atenção através de sistemas logísticos potentes; e a existência de uma população com necessidades definidas que seja responsabilidade do sistema de saúde.

No âmbito da saúde, o conceito de Rede de Atenção à Saúde (RAS) vem ao encontro das necessidades de solução destas fragmentações. As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam a integralidade do cuidado. A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, para a melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS.

A transição entre um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passa pela construção permanente nos territórios que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2010). A atual grande diretriz da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), para o período de 2011 a 2014, é a implantação das RAS, sendo sua gestora no âmbito federal. As Redes de Atenção à Saúde têm como objetivo promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua,

integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

Muitas barreiras, portanto, devem ainda ser transpostas. A combinação da crescente urbanização, da desigualdade e da falta de recursos públicos tem contribuído negativamente para a efetivação de ofertas de serviços de saúde de qualidade.

## **A NOVA CONFIGURAÇÃO DA GESTÃO DO SUS E O NOVO AMBIENTE DE TRABALHO**

Torna-se cada vez mais relevante a necessidade de se avançar no processo de qualificação e pactuação de mecanismos de gestão do SUS que, quer seja referente ao planejamento ou ao monitoramento e avaliação, deve ser pautado na perspectiva da institucionalização da avaliação, com a preocupação de incrementar a qualidade da gestão visando alcançar um sistema mais efetivo e que melhor possa atender às necessidades de saúde da população.

A partir do referencial normativo colocado para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) juntamente com uma análise de questões explicitadas pelos gestores como relevantes para o processo de regionalização, propõe-se uma matriz de monitoramento da instituição das regiões de saúde que possibilite a qualificação de determinados aspectos estruturantes para o seu funcionamento, atendendo a seus maiores objetivos, quais sejam: garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde, em tempo oportuno e de qualidade; efetivar o processo de descentralização por meio da gestão compartilhada, na perspectiva de ações solidárias e cooperativas; e

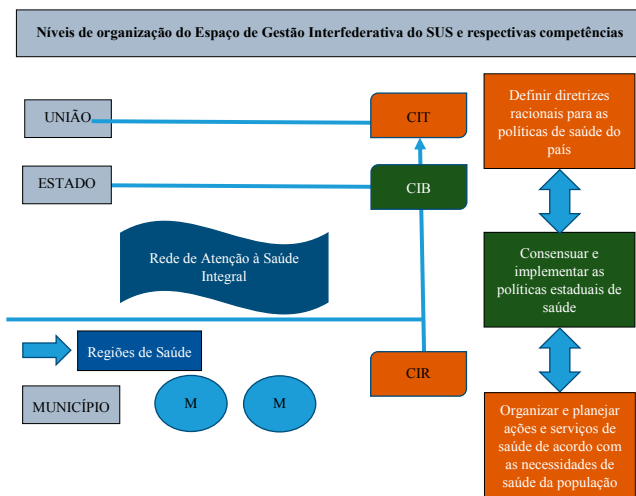
reduzir as desigualdades regionais, contribuindo, deste modo, para o desenvolvimento do país (BRASIL, 2013).

Ressalta-se, aqui, que a Regionalização da Saúde se configura em um eixo estruturante para a gestão do SUS e vem sendo aprimorada, desde então, como estratégia para o fortalecimento da articulação entre os gestores, no âmbito do processo de discussão/negociação/pactuação interfederativa, base para a efetiva gestão deste sistema, de modo a garantir à população os seus direitos constitucionais. Fica clara a necessidade de se instituírem mecanismos de coordenação e cooperação entre os entes federados, reconhecida a sua relação de interdependência, como desafios, do ponto de vista da governança sistêmica do SUS.

A gestão local tem no conceito de território uma de suas principais questões e o ponto de partida metodológico para a intervenção. É que o conceito de território, já há algum tempo e em diversas áreas da gestão pública e do conhecimento, é acolhido como espaço social de construção de identidades e de políticas públicas. Nesta perspectiva, o território é uma construção decorrente do processo histórico resultante da ação de homens concretos e em permanente transformação. Sendo assim, é produto da dinâmica onde se tensionam as forças sociais em jogo. Uma vez que as tensões e conflitos sociais são permanentes, o território nunca está pronto, mas sim em constante transformação. Se os sujeitos, organizações, instituições e populações locais se apoderam do território, fazem dele um espaço de aprendizado e de conquista de cidadania (MENDES; DONATO, 2003).

São três os entes da federação brasileira, com autonomia político-administrativa, apontando a necessidade de coordenação

nação de atividades entre eles, reconhecida a sua relação de interdependência, como possibilidade de maior potencialização em torno de objetivos comuns, mediante acordos intergovernamentais.



Fonte: Brasil, 2013.

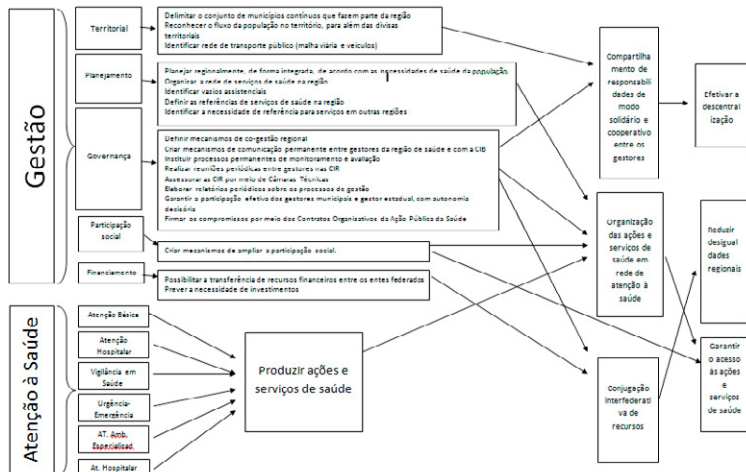
O município está na base territorial onde as pessoas vivem, trabalham, adoecem, constroem seus relacionamentos, transitam pelo território nacional para além de suas divisas político-administrativas, utilizam espaços de cultura e lazer.

A organização do território em regiões de saúde, como um agrupamento de municípios, vem atender à necessidade de se ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde, desafio permanente na consolidação do Sistema Único de Saúde.



Constituem-se, então, como objetivos últimos para a organização das regiões de saúde, garantir o acesso da população a ações e serviços de saúde, em tempo oportuno e com qualidade, efetivar o processo de descentralização e reduzir as desigualdades regionais, a partir das discussões/pactuações e compromissos assumidos entre os gestores, de um planejamento regional para a organização da rede de atenção à saúde na região, ordenada pela atenção básica, de acordo com as políticas de saúde aprovadas nos Planos de Saúde de cada ente federativo.

Figura 2: Modelo Lógico da instituição das regiões de saúde Fonte: CGCI/DAI/SGEP/M



Com a oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento de redes de saúde, a humanização aponta para o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis, envolvendo trabalhadores e gestores do SUS e fomentando a participação efetiva da população, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão.

É importante registrar que diferentes atores, públicos ou não, passam por um processo de formação e apropriação de modelos de gestão de políticas em que se reforçam identidades e participação locais, ainda que as administrações que se sucedam deem maior ou menor peso aos novos modelos aqui supracitados. Cabe destacar a relevância dessa dinâmica das instituições, no caso a burocracia municipal, para o desenvolvimento de uma cultura de gestão que promova a gestão participativa, e colabore com o desenvolvimento de ações que fortaleçam o SUS.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Articulação Interfederativa. Proposta Metodológica para o Monitoramento e Avaliação das Regiões de Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: Acesso em: 21 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão Participativa e Cogestão. 2009. Disponível em: Acesso em: 06 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Cartilhas da PNH. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Editora MS, 2006. v. 3. (Série Pactos pela Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária nas Secretarias Estaduais de Saúde: um diagnóstico preliminar. CONASS Documenta, v. 7. Brasília, 2004, p. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Gestão Participativa e Cogestão. 2004. Disponível em: Acesso em: 4 de abr. 2015.

COCHRANE, D. Evidence-based medicine in practice. In: COCHRANE, D. (Editor) – Managed care and modernization. **Buckingham, Open University Press**, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. O estado e as Redes de Atenção à Saúde: 1ª Mostra Nacional de Experiências. **Conass Documenta**: Cadernos de informação técnica e memória do CONASS, Brasília, n. 25, p. 11-30, 2012. Disponível em: Acesso em: 06 abr. 2015.

CROZATTI, J. Modelo de gestão e cultura organizacional: conceitos e interações. *Caderno de Estudos*, São Paulo, v. 10, n. 18, p. 1-20, 1998. Disponível em: Acesso em: 06 abr. 2015.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

FERRAZ, C. A.; GOMES, E. L. R.; MISHIMA, S. M. O desafio teórico-prático da gestão dos serviços de saúde. **Rev. Bras. Enferm**, v. 57, n. 4, p. 395-400, jul./ago. 2004.

FERRAZ, C. A.; GOMES, E. L. R.; MISHIMA, S. M. O desafio teórico - prático da gestão dos serviços de saúde. **Rev. Bras. de Enferm**; 57(4): 395-400.2004.

FONTANA, A; SCHEICHER, M. An analysis of euro area sovereign CDS and their relation with government bonds. **Working Paper Series**, 1271, European Central Bank. 2010.

MCSHERRY, R.; PEARCE, P. *Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals*. Oxford: Blackwell Science, 2002.

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

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. **Revista Médica de Minas Gerais**. v. 18, supl. 4, p. 3-11, 2008.

MENDES, E. V. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES, R.; DONATO, A. F. Território: espaço social de construção de identidades e depolíticas. **Revista Sanare**, ano 4, n. 1, p. 39-42, jan./mar. 2003.

OLIVEIRA, S. C. Qualidade e acreditação em saúde. In: ANDRÉ, A. M. *Gestão Estratégica de Clínicas e Hospitais*. São Paulo: Atheneu, 2010. Cap. 7, p. 247.

OLIVIERI, L. A importância histórico-social das Redes. 2003. Disponível em: Acesso em: 06 de abril de 2014.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a gestão de políticas de saúde: Conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 729-736, 2005.

ROBBINS, S. P. *Administração: mudanças e perspectivas*. Tradução Cid Knipel Moreiral. São Paulo: Saraiva, 2000.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

SANTOS, A. R. *et al.* Gestão do conhecimento como modelo empresarial. In: \_\_\_\_\_. **Gestão do conhecimento**: uma experiência para o sucesso empresarial. Curitiba: Champagnat, 2001. Cap. 1, p. 11-48. Disponível em: <[http://www1.serpro.gov.br/publicacoes/gco\\_site/m\\_capitulo01.htm](http://www1.serpro.gov.br/publicacoes/gco_site/m_capitulo01.htm)>. Acesso em: 16 jun. 2014.

TACHIZAWA, T.; REZENDE, W. **Estratégia empresarial**: tendências e desafios. São Paulo: Makron Books, 2000.



## **PARTE 3**

**EXPERIÊNCIAS E REFLEXÕES SOBRE  
AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

# CAPÍTULO 11

## A CARTOGRAFIA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO AO TRANSTORNO MENTAL INFANTO-JUVENIL EM UM MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, BRASIL

**Isabela Andrade Vidal**  
**Túlio Batista Franco**

### INTRODUÇÃO

Revelar e refletir sobre a trajetória dos usuários infanto-juvenis na rede de atendimento em saúde mental, a partir do olhar como sujeito integrante desta rede, desvendando os processos produtivos e o desejo dos atores envolvidos nesta dinâmica através das suas ações e manifestações de subjetividade, demonstrada como práxis produtiva. Tal proposta emergiu após alguns questionamentos e inquietações, durante a trajetória da pesquisadora atuando como psicóloga na rede pública de saúde, na Policlínica Municipal Central, do município em estudo, no Estado do Rio de Janeiro, com aproximadamente 1 milhão de habitantes. Este abriga apenas três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, CAPSI e CAPSad) que atendem portadores de transtornos mentais, dentre eles crianças e adolescentes.

Ao se deparar com algumas confrontações e dilemas vivenciados pela família do usuário, por profissionais de saúde, gestores da rede social e Ministério Público (MP), especificamente na Vara da Infância, da Juventude e do Idoso (VIJI), esta experiência começou a delinear o que hoje é objeto deste artigo. Assim, pretendeu-se demonstrar o nível de complexidade das ações em saúde mental em um município do Rio de Janeiro, a fim de verificar como se “desenha” a linha de produção de cuidados neste nível de atenção, tendo como referência a integralidade da atenção à saúde do usuário (FRANCO; FRANCO, 2003).

Nessa perspectiva, buscou-se compreender os fenômenos da produção de cuidados, inclusive a produção de subjetividades daqueles “sujeitos em ato”, no engendramento da micropolítica do processo de trabalho que perpassa os saberes e práticas em saúde.

Além disso, percebeu-se a necessidade urgente da promoção de mudanças na assistência aos usuários, que poderiam ser iniciadas na própria unidade de saúde onde acontecem os processos de trabalho. Por isto, buscou-se enfatizar a importância da construção da produção de cuidados ser ativada pelo “Trabalho Vivo em Ato”, com toda sua intensidade, no plano micropolítico desta organização de assistência e na construção de um novo devir para estes serviços.

A partir dessas considerações, algumas proposições foram formuladas acerca das subjetividades que se revelam como potentes operadoras da produção de cuidados que têm como base o campo relacional entre os usuários e profissionais de saúde.



O objetivo deste artigo foi mapear as diferentes modalidades de atenção em saúde mental, visando, assim, revelar o comprometimento e a articulação das ações desenvolvidas na produção de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, em consonância com as políticas públicas de saúde, tendo como base a Reforma Psiquiátrica. A construção deste estudo emergiu após alguns questionamentos e inquietações, durante o meu percurso profissional como psicóloga na rede pública de saúde, na Policlínica Municipal Central, do município em questão.

A partir de um relato de caso, procurou-se cartografar as modalidades de atenção e cuidado disponibilizadas pela rede básica às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, no referido município, tendo como pressuposto que o cuidado é uma produção de intersubjetividades e se revela como um fio condutor na construção da integralidade e do campo micropolítico do trabalho em saúde.

## **ALGUNS DADOS DA HISTÓRIA**

Diante dessas perspectivas, ressalta-se que, no desenvolvimento das disciplinas médicas, o surgimento da psiquiatria se tornou responsável por manter o poder de descrever, classificar e tratar as “enfermidades mentais”, quando, então, também a loucura se torna objeto da observação médica sendo submetida a cuidados e métodos tecnicistas.

Durante o século XVIII, período em que a razão Iluminista se propagava, a medicina inicia o processo através do qual se constituiu como uma prática racional de cuidados, organizando-se como clínica e como medicina social. Nesse momen-

to, fundamenta-se a “clínica do olhar, como fonte do saber, e conhecimento validado pelo critério da verdade que surge com o conhecimento do corpo anatomoclínico” (FRANCO; GALAVOTE, 2009).

Começam a surgir práticas e saberes reproduzindo toda a singularidade da loucura obedecendo aos paradigmas da “racionalidade e verdade médica, proporcionando a criação de uma rede de biopoderes e disciplinas que produziram a exclusão do louco em espaços asilares” (FOUCAULT, 1978).

Retrocedendo a um período compreendido entre meados do século XVII e fins do século XVIII, nessa época, a medicina era voltada para o indivíduo e é somente com a reestruturação do espaço hospitalar, “a partir de uma tecnologia que pode ser chamada política: a disciplina”, que há a possibilidade de a medicina se instaurar como um saber científico acerca do indivíduo e da população (FOUCAULT, 1992).

Algumas questões são colocadas por Birman, como a atualização da medicina como “a substituição do antigo ideal da salvação pelo moderno ideal da cura” (1992, p. ??). Antes desse período de transição, pode-se considerar que o homem pertencia ao domínio do sagrado, do divino e, a partir do século XIX, se torna objeto da ciência – coisificado, isto é, um ser passível de estudo – em que o corpo se resume à estrutura, então concebida como tal. Instituiu-se a saúde como valor e como indicador maior da felicidade humana.

No entanto, cabe ressaltar que, nessa racionalidade, a concepção implícita de saúde se desenvolve em oposição à doença, no sentido de não ser tomada como objeto do saber médico, que se constituirá eminentemente em um saber acerca das entidades patológicas, tendo-se como testemunho o ad-

vento da patologia clínica. Isto significa dizer que a saúde é tomada em sua relação de oposição ao estado mórbido enquanto negatividade, representando a ausência de patologias.

Prioriza-se, então, a observação contínua do doente e o consequente acompanhamento da evolução/curso da doença, tornando imprescindível a observação dos sinais e sintomas do fenômeno patológico. Pela primeira vez, existe a possibilidade de fazer prognósticos e realizar comparações entre grupos de doentes. Esta nova prática de lidar com a doença e com o doente instaura uma grande transformação epistemológica no saber médico, que acarreta, pelo menos, duas consequências estruturantes desta nova racionalidade produzida nas instituições médicas: a objetivação do corpo humano visto como organismo sede das doenças e a objetivação do fenômeno mórbido como entidade patológica.

Diante dessa perspectiva,

[...] as doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar, de pessoa para pessoa, as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que se devem no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta (CAMARGO JÚNIOR, 2003, p. 71).

O paradigma das Racionalidades Médicas como um referencial que institui determinado modelo tecno-assistencial de ações compartimentalizadas e fragmentadas, é relatado por Luz da seguinte maneira:

a medicina contemporânea afastou-se do sujeito humano sofredor como uma totalidade viva em suas investigações diagnósticas, bem como em sua prática de intervenção. Também na medida em que esse sujeito humano sofredor deixou de ser o centro de seu objeto (como investigação) e de seu objetivo (como prática terapêutica) (2005, p. 151).

O ponto central dos mecanismos de ação constituintes da racionalidade médica ocidental contemporânea é sinalizado pela emergência do que se denomina modelo Biomédico que “[...] realiza na sua prática diária um esforço sistemático em objetivar a doença do sujeito, destacando-a da pessoa enferma” (SIBILA, 2002).

## **A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**

No Brasil, no início do processo de Reforma Psiquiátrica, a partir dos anos 1970, acontece a eclosão do “movimento sanitário” em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Com a Constituição de 1988, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, onde se estabelecem alguns princípios e diretrizes dentre os quais: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização e a participação popular, segundo a Lei nº 8.080/90. É de saber que todo o

texto constitucional é fundamentado em princípios constitucionais e, dentre eles, destaca-se o da integralidade (art. 198, CF/88), norteador do sistema de saúde pública no Brasil.

A integralidade aparece em todo o núcleo de competências que se estruturam em unidades produtivas que ofertam cuidados à saúde. A “linha do cuidado” disponibilizada aos usuários é acionada por certos projetos terapêuticos que requisitam recursos para a assistência aos usuários e, neste ponto, se forma o “encontro” entre o mundo das necessidades e o mundo das intencionalidades dos trabalhadores protagonistas de certas cartografias que vão se desenhando e dando forma à integralidade na saúde.

Em meio ao processo da Reforma Psiquiátrica, surge o primeiro CAPS, em 1987, em São Paulo, como um dos dispositivos estratégicos de atenção à saúde mental, configurando-se, simbólica e numericamente, como a grande aposta do Movimento de Reforma Psiquiátrica Nacional (ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, 2003) e passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país. É função dos CAPS organizar redes de atenção a pessoas com transtornos mentais nos municípios. São eles os articuladores estratégicos desta rede. Como tal, representam um conjunto de concepções de atenção, de modos de intervenção regidos por uma determinada lógica de cuidado e acolhimento. Quanto a esta lógica, trata-se de fazê-la valer no território e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o *locus* primordial desta ação.

O CAPS é um serviço comunitário que se caracteriza por serviços ambulatoriais que oferecem atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, com o apoio de uma equipe

multiprofissional articulada com a finalidade de possibilitar a reabilitação psicossocial dos usuários. Neles, os usuários recebem, dentre outros cuidados, atendimentos individuais e grupais, participam de oficinas terapêuticas, atividades culturais e esportivas. São, ainda, realizadas visitas domiciliares. Sua regulamentação está na Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, e estes centros integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS (BRASIL, 2002; 2004).

Concomitantemente, foram implantados, no município de Santos, estado de São Paulo, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas e criadas, também, cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações.

Com a edição da Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios, a assistência em saúde mental é redirecionada, passando a ser oferecido tratamento em serviços de base comunitária. Assim, a referida lei impõe novo impulso e novo ritmo ao processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil determinando a responsabilidade do Estado sobre o “desenvolvimento da política da Saúde Mental, a assistência e a promoção de ações em saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família”. Esta assistência deve ser prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde” àqueles que necessitam de tratamento. (BRASIL, 2001).

Na assistência em saúde mental, a premissa do atendimento em rede é a de que os vínculos interpessoais que se estabelecem no cotidiano dos serviços de saúde são os principais

mobilizadores na trama que se constrói. A multiplicidade de pessoas e relações que compõem uma instituição pode propiciar a tessitura de uma rede mais forte e com mais nós, capaz de gerar maiores possibilidades afetivas e materiais, melhorando a capacidade de vida de todas as pessoas participantes do processo (MELMAN, 2001).

Na atenção aos usuários com transtornos mentais, também deverão estar incluídas outras instituições que fazem parte do cotidiano e das relações do indivíduo em sofrimento psíquico na sociedade, tais como família, vizinhos, escola, trabalho e esportes.

Em relação à saúde mental na infância, os higienistas demonstravam preocupação com a profilaxia de doenças psiquiátricas, ao despertarem para o desenvolvimento e os cuidados morais da criança normal. Já as crianças insanas eram tratadas em manicômios, juntamente com adultos em sofrimento psíquico, pois não havia estudos sobre as doenças mentais infantis ou uma classificação que as diferenciasse dos transtornos apresentados pelos adultos (MACHINESKI; SCHNEIDER, 2010).

Foi somente a partir do século XX que começaram a surgir estudos científicos acerca da psiquiatria infantil, relacionando-a com questões de deficiência mental, psicologia e pedagogia. No entanto, pode-se ressaltar que, a partir deste momento, ocorreu uma importante mudança em relação à assistência a crianças e adolescentes, engendrando-se, então, um conjunto de medidas calcadas na lógica higienista e de inspiração normativo-jurídica.

Em 1988, diante do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira foram promulgados os direitos da criança na Constituição Federal, no art. 227, que dispõe:

É dever, da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária” [...].

Em 1990, com a edição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o art. 19 preconiza sobre o direito da criança e do adolescente, a convivência familiar e comunitária:

Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes (BRASIL, 1988).

Constituiu-se, então, o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, através da Portaria GM nº 1.608, considerando as determinações da Lei nº 10.216/01 e da III Conferência Nacional de Saúde Mental que apontam a necessidade de estender mais eficazmente as iniciativas da reforma psiquiátrica à população infanto-juvenil. Foi considerada, ainda, a elevada prevalência dos transtornos psicossociais entre crianças e adolescentes e a necessidade de ampliação da cobertura assistencial destinada a este segmento bem como a realização de um diagnóstico aprofundado das condições de atendimento



atualmente oferecidas. A finalidade foi a de consolidar as redes de serviços para o atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Nesse cenário, percebe-se que o processo de transformação no campo da saúde mental tem se esforçado para desconstruir a “lógica manicomial” bem como as relações de tutela e controle social do louco. Para tanto, observa-se uma valorização das práticas de base territorial com o envolvimento de diversos atores sociais articulados em uma rede de cuidados.

## **SAÚDE MENTAL E A ATENÇÃO BÁSICA**

Em relação às intervenções em saúde mental no âmbito da atenção básica, o movimento que se coloca é o da integração e da articulação das práticas sanitárias locais com as novas práticas da atenção psicossocial. A premissa que guia essa mudança no plano assistencial é a conformação de uma rede dinâmica e ampliada de dispositivos comunitários integrados entre si que promovam maior acessibilidade aos serviços de saúde mental e garantam a integralidade das ações voltadas ao sujeito da saúde.

O desafio parece ser qualificar a atenção básica como um dos dispositivos comunitários de apoio aos serviços de atenção diária em saúde mental, ao acolher, atender e encaminhar adequadamente estas demandas que continuam chegando às unidades básicas de saúde, assumindo, assim, um compromisso com a comunidade estabelecendo vínculo e articulação com a rede.

Sobre a designação de serviços de atenção diária, é importante ressaltar os diversos dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial desenvolvidos a partir do movimento de Reforma

Psiquiátrica no Brasil, como os Núcleos de Atenção Psicossocial, Centros de Atenção Psicossocial, Lares Abrigados/Residências Terapêuticas, dentre outros serviços, que se constituíram a partir de experiências diversas e que, atualmente, compõem uma rede de atenção básica substitutiva ao hospital psiquiátrico.

A Atenção Básica deve ser entendida como ponto estratégico de intervenção ao se discutir as mudanças dos modelos de atendimento, ressaltando que esse nível de atenção é um lugar de redefinição das práticas, visando a uma mudança de direção de um sistema “hospitalocêntrico” para um “redebasi-cocêntrico”, “podendo abrir-se, portanto, às mais distintas alternativas de constituição de novos formatos de produção das ações de saúde” (MERHY, 2006, p. 199).

Contudo, não há como falar de atenção básica em saúde sem se reportar à importante dimensão que assumiu a Estratégia Saúde da Família (ESF), quando esta opera na transformação dos processos de trabalho, apontando lógicas novas no modo de produção do cuidado, deslocando as atividades da equipe de saúde ao domicílio dos usuários, facilitando, assim, as inter-subjetividades do cuidador e daquele que necessita de cuidado.

Com as transformações estruturais havidas na atenção básica em saúde, a ESF se apresenta com o objetivo de:

substituir ou converter o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente caracterizado como atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade e, no qual, a equipe de

saúde não estabelece vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade (BRASIL, 2005).

No entanto, necessário se faz atentar para alguns problemas presentes na atual política nacional de saúde mental, em particular, para a “capsização do modelo assistencial” (BRASIL, 2005), na medida em que a reforma psiquiátrica enquanto processo social complexo vem sendo reduzida à implantação desse tipo de serviço.

Não basta somente levantar a bandeira da desospitalização, aspecto importante mas não suficiente para a superação do paradigma psiquiátrico. Por outro lado, não significa nortear a atenção com base em modelos “espaçocêntricos”, perspectiva em que a qualidade da atenção é determinada, exclusivamente, pela mudança dos espaços físicos, sem considerar que, em tais locais, pode se dar a reprodução de práticas cronificadoras e segregadoras, tal como no modelo tradicional asilar (AMARANTE, 2003).

Fica evidenciado que esse lugar se identifica enquanto lugar acolhedor e subjetivante onde se combate a homogeneidade, o anonimato e a invisibilidade do usuário, lugar do cuidado e de construção coletiva de projetos de vida, enfim, de sujeitos sociais singulares. Para isto, é preciso, certamente, uma reconstrução da subjetividade dos atores do campo da saúde bem como uma alteração da cultura organizacional hegemônica, sendo este, então, o grande desafio para o progresso de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica enquanto dispositivo ético comprometido com a invenção de novos modos de vida.

## MÉTODO

Utilizou-se a cartografia como um modo de produzir conhecimento que impõe tomar a realidade na sua dinâmica cotidiana, buscando captar os fluxos de afetos entre os sujeitos, onde as subjetividades se expressam na produção de cuidados. Em definição “cartografar é mergulhar na geografia dos afetos” (ROLNIK, 2006). O cartógrafo utiliza o ato de pesquisar, essencialmente, para deflagrar os movimentos de produção do desejo presentes no campo social.

Diante disso, pretendeu-se mapear a travessia de usuários e familiares na rede de saúde mental através da linha de produção de cuidados, em seus diversos níveis de complexidade. Cabe marcar que esta investigação se situa no espaço existente entre profissional e usuário, construído e expresso através do vetor das práticas em saúde coproduzidas por todos os envolvidos na micropolítica, no processo de trabalho e no engendramento das subjetividades presentes.

Propõe-se, também, dar expressão às subjetividades circulantes de alguns modos de agir em saúde mental, procurando mapear e discutir enfoques e abordagens possíveis do sofrimento psíquico neste cenário, apontando para a necessidade de se considerar os atores principais, o usuário e o profissional de saúde e, mais precisamente, o encontro entre ambos.

Neste estudo, foram utilizados como instrumentos de coleta de dados a observação participante, a análise documental e bibliográfica, o caderno de campo e entrevistas semiestruturadas. Estas entrevistas foram realizadas com os usuários, familiares, cuidadores, trabalhadores e gestores de saúde. Paralelamente a esta estratégia metodológica, realizou-se uma pesquisa e a análise dos documentos oficiais quanto aos serviços ofertados e prontuários disponíveis no CAPSI.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Um caso emblemático: da imposição à eleição

No intuito de selecionar o sujeito do estudo, em encontros informais com a pesquisadora, alguns profissionais do CAPSI relataram, dentro de suas vivências, casos que se enquadrassem na demanda do estudo. Ao estabelecer o diálogo entre os profissionais, percebeu-se que a equipe de saúde mental, em sua maioria, havia sido recentemente contratada pelo último concurso público realizado pela prefeitura do município em questão, no ano de 2011. Portanto, adentrar neste espaço é experimentar a rede em conjunto.

Já os profissionais veteranos foram unânimes em indicar um caso que necessitava de um “porta-voz” na rede. Este caso emblemático foi “dado” como resposta aos desejos da equipe e da gestão do CAPSI diante da implicação afetiva que norteou a produção de cuidados. A condução deste caso se tornou inquestionável diante dos relatos desta equipe.

Foi então disponibilizado um prontuário que aqui se denomina “o caso M”. Dentre alguns analisados, este era o mais denso e, pelo visto, o mais tenso. Então, buscou-se dados e informações na documentação existente. Além disto, foram realizadas entrevistas com os profissionais de saúde responsáveis pelo caso: assistente social e promotoria da Vara da Infância e Juventude.

### “O CASO M”

“M” nasceu no dia 22 de novembro de 1994, mas somente foi registrado pelo seu genitor quatro anos depois, sob ordem judicial. Atualmente, é um jovem de 18 anos, que ini-

ciou a sua trajetória na rede de saúde mental desde os dois anos de idade. Nesta ocasião, a sua genitora começou a observar que “M” apresentava comportamentos arredios e agressivos, como também não andava nem falava. Diante destes comportamentos do filho, resolveu procurar um acompanhamento médico para “M” no posto de saúde próximo de sua residência. A pediatra que realizou a consulta solicitada pela genitora, o referenciou (encaminhou) ao neurologista do “Pólo Sanitário Washington Luiz Lopes” que, naquele momento, era o único médico com esta especialidade e atendia pelo SUS no Município.

Durante dois anos de assistência médica neurológica, “M” recebeu o diagnóstico de hiperatividade e retardo mental. A genitora relata que a demanda neste ambulatório era excessiva, diariamente, o que impingia ao médico atendimentos rápidos e sucintos e meramente prescritivos.

Nesse sentido, afirma a mãe de “M”:

*Eu levava ‘M’ ao médico, ficava horas na fila para ser atendida e quando entrava no consultório o médico nem olhava para o meu filho direito, passava os remédios e pronto. Ficava com vergonha de mim mesma, parecia que ele tinha nojo da gente.*

Aos quatro anos de idade, “M” foi referenciado (encaminhado) pelo neurologista que o acompanhava para a Clínica de Assistência Médica Psicossocial (CAMPSOL) conveniada com a prefeitura local, para atender a usuários infanto-juvenis com necessidades especiais. Justificando tal encaminhamento, o neurologista alegou que não havia condições de “M” ter

continuidade ao tratamento ambulatorial no “Pólo Sanitário Washington Luiz Lopes”(PSWLL), porque ficava muito agitado na sala de espera enquanto aguardava o atendimento.

Já na CAMPSOL, “M” deu continuidade ao tratamento por um ano e seis meses. Porém, nesta instituição, a genitora conseguiu somente a vaga para o atendimento médico, isto é, com o psiquiatra. Não havia vaga para o atendimento multiprofissional como exigido neste caso. Então, “M” foi referenciado para a APAE do município.

Nesta instituição, foram realizados alguns atendimentos de curta duração, pois a alegação era de que não tinham condições de dar o suporte assistencial necessário para “M”. Neste período, a mãe de “M” percorreu outras instituições de saúde, ora públicas ora particulares, que mantinham convênio com o município, buscando, incessantemente, o tratamento de saúde indispensável para o seu filho.

Tal fato foi também relatado pela assistente social da Vara da Infância e Adolescência e Idoso do município que acompanhava o caso. Segundo ela:

[...] então, a falha da rede começou desde aquela situação inicial de “M”, com poucos anos de vida ele já não recebia atendimento necessário da rede. Parecia que ninguém queria se responsabilizar pelo caso, tamanho descaso de todos.

Ao conversar com a mãe de “M” ela fez um desabafo:

*Por diversas vezes pensei em desistir, era muito cansativo procurar os tratamentos que “M” precisava, eu já rodei tudo, pode acreditar, era muito difícil sair de casa com ele, precisava de ajuda até mesmo para subir no ônibus. Custei muito a achar um local para atender meu filho ainda é muito complicado.*

Durante toda essa trajetória, uma verdadeira peregrinação, passaram-se os anos e “M” já havia completado 8 anos de idade e, até então, não havia recebido o atendimento multiprofissional que necessitava, pois não bastava um tratamento que consistia somente em atendimento psiquiátrico.

Mais uma vez a criança foi referenciada (encaminhada) para o CAPSI, através de uma instituição filantrópica que, na ocasião, era coordenada por uma vereadora da cidade que, diante da complexidade do caso, acionou a rede para dar resolutividade a esta demanda. Lá, “M” recebeu atendimento médico ambulatorial quando recebeu diagnóstico de Autismo, isto é, transtorno global do desenvolvimento.

Concomitantemente, “M” iniciou o tratamento psicossocial no CAPSI e fonoaudiológico, na Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos (APADA), instituição que atendia pelo SUS a crianças com necessidades especiais, através de um contrato firmado com a Fundação da Infância e Adolescência do município.

Apesar da idade, “M” não tinha contato com outras crianças e convivia somente com as suas irmãs. Desde os cinco anos de idade, passava o dia inteiro em um “berço” que a mãe mandara construir em um cômodo que parecia uma varanda, que se limitava a um espaço de 1m<sup>2</sup>, com uma cerca de ma-



deira com dois metros de altura, de onde só saía para comer e tomar banho. Segundo o relato da mãe:

*O berço foi construído para proteger 'M', senão ele foge é perigoso porque tem um rio e uma rua atrás da minha casa. Além disso ,meu irmão tem um cachorro no quintal que eu não confio. Acho que eu não posso chamar aquilo de berço, parece uma jaula, né? Não tive outro jeito.*

Corroborando com esse depoimento, diz a psicóloga que acompanhava “M” no CAPSI: “[...] *é realmente uma prisão, é uma cela estreita com barras de madeira, lembrando cabo de vassoura, indo do chão até quase o teto, é muito pequeno, insalubre e assustador*”.

Emocionada, a assistente social relata a sua implicação com o caso:

*E quando fomos fazer uma visita nós ficamos realmente muito espantados. Eu fiquei bastante mobilizada sim, ele estava dentro de uma jaula que não tinha 1 m<sup>2</sup>. Ele ficava ali o dia inteiro e todos os dias e quando nós chegamos o encontramos agachado, um cheiro de fezes muito intenso e nu. Eu olhei para aquele menino muito impressionada. Sabe aquele olhar de quem pede realmente ajuda? Aí, a gente imediatamente fez contato com a promotoria falando da extrema urgência de se tirar aquele menino de lá e abrigar [...] eram péssimas as*

*condições como o menino estava vivendo ali naquela jaula. E aí, quando o “M” é internado, houve nesse momento, uma agilidade da justiça.*

Outro relato, o da coordenadora do CAPSI: *“Esse caso quando chegou aqui no CAPSI nos sensibilizou muito, “M” apresentava uma situação tão delicada, com múltiplas demandas, que ocasionou um envolvimento afetivo dos técnicos”.*

Durante o acompanhamento realizado com a equipe do CAPSI, pôde-se observar a inquietação dos membros da instituição com a precária condição de vida a que este usuário estava submetido.

Os profissionais que atendiam a “M” no CAPSI perceberam a necessidade de sensibilizar os parentes que moravam no mesmo quintal a retirar o cachorro da família que, devido a sua agressividade, vivia amarrado, ninguém podendo chegar perto e, conseqüentemente, segundo o relato da mãe, “M” não podia sair da grade por motivo de segurança. Diante desta situação, apesar de realizarem várias tentativas, de acordo com a família, para retirar “M” daquela condição deplorável de vida, o CAPSI solicitou ajuda da Vara da Infância e Juventude para uma intervenção. A equipe desta Vara, ao chegar à residência de “M”, percebeu que o caso era muito mais complexo do que poderiam imaginar. Não era somente um caso para ter um suporte assistencial, mas, sim, uma intervenção jurídica emergencial, um pedido de socorro.

Segundo a coordenadora do CAPSI,

*tentamos várias vezes conversar com a família sobre a necessidade de retirar o cachorro do quintal, mas percebemos o descaso com a situação em que “M” se encontrava. Nas visitas domiciliares buscávamos sensibilizar os parentes, que moravam no mesmo quintal, para nos ajudar a tirar “M” dessa situação, mas esse nosso movimento não surtiu efeito. Para a equipe que acompanhava o caso, essa situação era muito angustiante. Tivemos que acionar a VIJL.*

“M” foi, então, abrigado (tutelado) e, a partir daí, os profissionais da Vara da Infância, da Juventude e do Idoso iniciaram o acompanhamento do caso.

Segundo informações dadas pela assistente social, a estrutura familiar de “M” era composta por três irmãos (duas irmãs, na ocasião, de 8 anos e 13 anos, e um irmão de 18 anos já falecido) e pais separados que sustentam uma relação bastante conflituosa. A irmã mais nova de “M” também realizava acompanhamento no CAPSI, apresentando transtornos neurológicos. Verificou-se, então, que, naquele momento, a família não estava em condições de cuidar de “M”.

“M” foi acolhido na “Casa Lar Adonai”, localizada em Alcântara, bairro do referido município. Esta “Casa Lar” é de iniciativa privada, dependente de donativos para a sua manutenção. É uma instituição simples que acolhe crianças que foram abandonadas ou negligenciadas pelos responsáveis. Em decorrência do quadro clínico de “M” (autismo), a “Casa Adonai” não teria condições de prestar um atendimento em horário integral, conforme as suas necessidades.

Segundo relatos dos entrevistados, a “Casa Lar Adonai” não tinha condições financeiras, técnicas, inclusive, estruturais para acolher usuários com necessidades especiais. Porém, diante da fragilidade do caso “M”, a proprietária aceitou o pedido da assistente social da Vara da Infância, da Juventude e do Idoso (VIJI) de acolher o usuário, o que, inicialmente, seria um abrigo provisório. Este ato assistencial se perpetuou durante quatro anos, devido a impasses encontrados na rede pública de saúde mental para dar resolutividade ao caso.

### **TECENDO UMA REDE...**

Por falta de opção para escolher um lugar que pudesse acolher e dar resolutividade imediata a “M”, a “Casa Adonai” o abrigou em situação, inicialmente, provisória, pois foi constatado que o município não possuía dispositivos de acolhimento de saúde mental que atendessem às necessidades dos usuários infanto-juvenis. O serviço substitutivo de saúde mental que atende esta demanda se localiza no município vizinho, isto é, Niterói-RJ, o “Educandário Professor Almir Madeira”, uma instituição estadual que atende usuários infanto-juvenis de municípios da região.

Segundo o depoimento da assistente social da VIJI:

*Nós tivemos muita dificuldade. Muita dificuldade mesmo pra conseguir um abrigo que ficasse com ele. Há uma resistência também dos abrigos em receber crianças com essas demandas, hoje um pouco menos, mas ainda ocorre. Eles argumentam, e não é um argumento falso, mas, sim, um argumento verdadeiro de que*

*não tem gente preparada pra lidar com crianças com necessidades especiais, com distúrbios psíquicos ou neurológicos nas instituições. Então, esbarramos nesta dificuldade nos abrigos. Em geral os profissionais encaminham e sinalizam a aquele Almir Madeira, que foi um que resistimos muito em não mandar, porque imaginamos se ele fosse pra lá não sairia, porque lá as são crianças bastante comprometidas e nós ficamos preocupados de “M” acabar ficando institucionalizado mesmo, viraria mais um menino do Almir Madeira, sem identidade, somente número. Não queria isso para “M”, ele poderia ter uma vida melhor.*

Diz ainda a assistente social:

*Lá tem crianças com comprometimentos graves, crianças acamadas, com problemas de paralisia cerebral, com quadros clínicos bastante graves entre outros com comprometimentos mais brandos. Eu fiz umas visitas. Já tem bastante tempo que eu não vou lá, tinha crianças que não eram tão crônicas, mas muitas crianças crônicas. Eu particularmente reluto muito, não coloco criança ali. Acho que acaba ficando uma coisa hospitalar. Parece um paciente terminal. Não é nem institucionalizado, parece que você está mandando uma criança para um hospital de pacientes terminais. Pode não estar assim hoje, você está entendendo, porque tem muito tempo que eu não vou lá, mas quando eu fui , na época me chocou muito.*

Diante das dificuldades encontradas na rede de atenção aos cuidados em saúde mental, fica evidenciado que o usuário, durante o período de acolhimento, necessitava de um suporte de profissionais, como auxiliar de enfermagem e cuidadores, para conduzir, da melhor maneira possível, o seu cotidiano. Sobre esta situação, destaca-se o relato da assistente social:

*Nós tentamos acolher aqui para ver o que se conseguiria da rede, inclusive, tentamos da rede um auxiliar de enfermagem pra ficar lá no abrigo com ele, não conseguimos. Os educadores dariam conta durante o dia, precisávamos de uma auxiliar que ficasse pelo menos o turno da noite, solicitamos profissionais pra ficar com ele, porque tinha que ficar só com ele. Porque ele corria. Ele tinha uma coisa de correr, de se morder, de se bater, de tirar a roupa e defecar no chão, essas coisas. Não comia sozinho, ele era capaz de enfiar uma banana inteira na boca sem mastigar, era um negócio assim... ele não havia sido estimulado de forma alguma. Mas eu não consegui que o município desse esse suporte. Então nós começamos a fazer o seguinte: Eu, meu colega e mais uma promotora, começamos a nos cotizar para pagar uma pessoa para ficar lá, foi assim que a coisa teve que andar. E foi assim por um tempo. O salário da cuidadora de "M" nós que pagávamos, saía do nosso bolso. Ou era assim, ou a clínica não poderia ficar mais com ele.*

Durante esse período, foi pleiteado na justiça o apoio financeiro do município para ajudar na manutenção da “Casa Adonai”, através de convênio firmado com a FIASG, em face dos serviços prestados pela instituição aos menores em situação de risco, tarefa esta de responsabilidade da Secretaria Municipal de Assistência Social. Este apoio foi fundamental para a permanência de “M” na instituição. A ajuda financeira era necessária para pagar a equipe técnica, multiprofissional e este financiamento, atualmente, custeia os serviços da assistente social, psicólogo, cuidadora, auxiliando, assim, a manutenção da instituição.

Vale esclarecer que “M”, nesse período, já estava com 13 anos de idade, sem receber até então os atendimentos multidisciplinares necessários para a sua saúde. Durante este período, foi acordado em juízo que o CAPSI faria o atendimento diurno, com a responsabilidade de desenvolver uma assistência multidisciplinar adequada exigida pelo quadro clínico de “M”. Porém, este acordo não pôde ser cumprido devido a alguns fatores: o município não dispunha de veículo para transportar “M” da “Adonai” para o CAPSI; não havia profissional da rede que pudesse acompanhá-lo no percurso; o telefone do CAPSI estava constantemente “cortado” por falta de pagamento, dificultando, portanto, a comunicação entre os profissionais que prestavam assistência a “M”. Pode-se observar que essas situações eram recorrentes. A assiduidade ao CAPSI era muito irregular, o usuário frequentava as atividades do dispositivo uma vez por semana.

Segundo explicação da coordenadora do CAPSI,

*[...] não é uma coisa das pessoas que trabalham aqui no CAPSI, mas é a própria política do município de fazer o CAPSI funcionar assim, dificuldade não, falta de vontade política, mas isso foi criando um afastamento mesmo da nossa parceria com VIJI, pois não dependia da gente, não tínhamos condições de colocarmos “M” no ônibus. O Juiz determinou a assiduidade de “M” no CAPSI, mas, não houve o comprometimento do município. Parecia má vontade nossa, mas não era, dependíamos de infraestrutura para atender “M”.*

E, disse mais:

*Várias vezes ficamos sem contato com a Casa Adonai ou até mesmo com a VIJI devido o corte do telefone do CAPSI, tínhamos que ligar do nosso próprio telefone. A secretaria de saúde e a coordenação de saúde mental sabiam da situação a qual estávamos passando, parecia que para eles isso não tinha importância. Em relação ao transporte, a situação era pior, ora o carro estava quebrado ora não tinha motorista. Até hoje isso ocorre, nós temos um carro para atender toda a rede de saúde mental e esse carro está sempre quebrado.*

De acordo com a assistente social:



*O CAPSI não conseguiu viabilizar isso, disse que não teria condições de absorver essa demanda do “M”, não tinha carro pra transportar o usuário, não tinha... essa resposta do CAPSI de que não poderia, no máximo atender uma vez por semana e duas horas por dia e essas coisas foram acontecendo, também, foi esse caso que indis pôs muito a gente com o CAPSI, pois a gente tinha uma parceria muito próxima, mas indis pôs bastante.*

Diante das dificuldades para dar prosseguimento ao atendimento psicossocial necessário a “M”, foi realizada uma pesquisa em instituições do município que atendessem a essas demandas.

*Por não ter outra alternativa e a coisa estava ficando insustentável dentro do abrigo, a gente começou a tentar outro abrigo, que foi muito difícil também. Eles disseram que não tinham vaga, a gente não conseguiu colocá-lo lá e aí começamos, então, a ver propostas alternativas que não fossem do município e exigir que o município pagasse. Então, eu comecei a fazer uma pesquisa em todas as instituições particulares que pudessem atendê-lo em regime integral, onde ele pudesse receber vários tratamentos, psicologia, psiquiatria, fono, fisioterapia, TO (terapia ocupacional). Enfim, nós fizemos esse levantamento, vimos muito mais instituições em Niterói, porque oferece mais*

*opções, aqui não conseguimos encontrar nenhuma, fomos em várias instituições, inclusive particular. Nós conseguimos o apoio do MP para o município custear escola para “M”. Percorri várias escolas especializadas, inclusive em Niterói, mas novamente esbarramos na questão do transporte... Infelizmente é isso, nadamos e morremos na praia.*

Durante esse período, a VIJI acionou a rede social do município para realizar um atendimento clínico integralizado para “M” e o encaminhou para a Clínica de Atendimento Psicossocial (PERCEPTO) para a realização de um tratamento de psicomotricidade, ficando o CAPSI com o trabalho psicossocial e a “Casa Adonai” com o abrigo. Esta rede não foi tecida corretamente devido à falta de comprometimento e de resolutividade do município.

Na PERCEPTO, “M” realiza, atualmente, o atendimento de psicomotricidade, uma vez por semana, e, no CAPSI, é feito o tratamento de Terapia Ocupacional, mas este acompanhamento não é assíduo. Já o atendimento psiquiátrico é realizado conforme a necessidade de receitas médicas para a aquisição de medicamentos. Vale ressaltar que “M” já completou 18 anos de idade e que, supostamente, a sua demanda se direcionaria ao CAPS.

O depoimento da diretora da PERCEPTO revela,

*É muito triste a situação de “M”, ele continua largado na rede, que assistência psicossocial ele de fato tem? Ora está aqui na PERCEPTO, ora está no CAPSI, mas o que parece mesmo,*

*sinceramente, que não está em lugar nenhum. Ele adora vir pra cá, entra e sai feliz. Acredito que, quando vai ao CAPSI, isso também ocorre, ótimo. Mas não há um entrosamento das assistências, são trabalhos soltos e desarticulados. Já solicitei reuniões com a equipe, mas não conseguimos realizá-las. A nossa localização geográfica facilitaria esses encontros, já que a distância é de apenas dois quarteirões, mas esse não é o impedimento, não é? Acho que deve ser a sobrecarga de trabalho do CAPSI.*

Este relato, na verdade, aponta para a posição de uma desarticulação da produção de cuidados, demonstra a ausência de integridade na atenção psicossocial da qual os usuários da rede de saúde mental necessitam. Uma rede se tece através de tecnologias relacionais, de subjetividades que potencializam o cuidado. Por conseguinte, pode-se afirmar a necessidade de dinamizar a mudança neste processo de cuidados, fortalecendo um novo desenho organizativo da rede.

Durante a pesquisa, pôde-se perceber a dificuldade de encaminhar os jovens que alcançaram os 18 anos, que deveriam ser encaminhados para o CAPS, mas, devido ao excesso de usuários e à pouca estrutura técnica, o dispositivo não consegue trabalhar de “portas abertas” para a rede. Sendo assim, o CAPSI continua mantendo estes usuários sob os seus cuidados. Verifica-se, então, a urgência da construção de novos dispositivos de saúde mental no município. Segundo a assistente social: “a rede é muito ruim. Por exemplo, nós não temos como encaminhar os pacientes, eles acabam ficando aqui mesmo no CAPSi”.

Nesse mesmo sentido, a coordenadora do CAPSI, diz:

*Estamos com muita dificuldade de encaminhar esses jovens, sei que estamos trabalhando acima dos limites de usuários, mas não sabemos fechar as portas, até porque a proposta deste dispositivo é permanecê-las abertas. Mas está difícil, entra usuário, mas não sai ninguém. Vou deixar esses jovens largados na rede, não posso fazer isso. Um CAPS e um CAPSI para um município com esta dimensão não tem como.*

E a psiquiatra confirma tais informações dizendo:

*[...] o número de crianças que precisam de atendimento é muito grande para um único médico atender. Recentemente, foi contratada uma psiquiatra para atender os jovens que estão saindo do CAPSI e estão indo para o CAPS, você sabe que eles não têm psiquiatra, que agora que conseguiram contratar? Temos pacientes aqui do CAPSI, que estão sendo atendidos, mas que deveriam estar frequentando o CAPS, devido à idade, porém eles lá também estão sobrecarregados. Não estão dando conta dos usuários que frequentam o CAPS, muito menos trabalhar com as portas abertas.*

Esses relatos demonstram, claramente, uma desarticulação interna e revelam a ausência de um planejamento integrado do trabalho em saúde mental. Isto corrobora, inevitavelmente, um engessamento das políticas públicas em relação ao sofri-

mento psíquico. Cabe ao CAPSI acolher o usuário e manter a “porta-de-entrada” aberta à rede de atenção. No entanto, devido ao número reduzido dos dispositivos de atenção diária no município, pode-se constatar a superpopulação nestes serviços substitutivos que reforçam a existência de muitos nós críticos com relação ao sistema de referência da rede, configurando a fragilidade de sua capacidade de conectividade.

Há, ainda, que se considerar que a fragilidade do sistema de referência da rede de saúde constitui um dos ‘nós’ críticos para a configuração dos dispositivos de atenção diária, que, devido à sua especificidade tecnopolítica de instância organizadora da “porta-de-entrada” da rede de atenção, não é plausível pensar que esse dispositivo sozinho assumiria a responsabilidade pelo cuidado à saúde mental. Uma ampla interlocução entre os dispositivos de atenção diária e a atenção básica amplificaria a potencialidade da rede, favorecendo, assim, um modo de cuidar integralizado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

### **A pesquisa em mim: aprendizados no encontro com M**

Adentrando os encontros e desencontros vivenciados através da rede de saúde mental do município pesquisado, no estado do Rio de Janeiro, nessas considerações finais, remete-se a Espinosa, citado por Deleuze (2002), uma inspiração que consegue expressar e resumir, de uma forma simples e sensível, o significado e o sentido deste estudo. Assim, pode-se afirmar que essa experiência produziu bons encontros e afecções alegres que, potencialmente, redirecionaram a vida da pesquisadora.

De alguma forma, esse trabalho coaduna com esta pesquisadora, no que se refere à sua atividade laborativa, às várias transformações que ocorreram neste período, em âmbito pessoal, uma vez que se percebeu, nesta jornada, que os encontros provocam efeitos diversos e inusitados, que instigam uma nova maneira de conduzir a vida. Aos poucos, foi possível compreender os diversos afetos e sentidos que perfazem o meu ser. Essas incalculáveis sensações que permitiram lançar-me a descobertas. Isto tudo ganhou corpo por intermédio deste estudo que me conduziu a repensar sobre a produção de cuidados desses usuários que nos afetam.

Pôde-se perceber, também, que nessa rede da qual faço parte, é possível fomentar bons encontros, tornando-o um dispositivo importante na criação de práticas que possibilitem um “cuidar” fora das regras, dos protocolos e do campo das certezas, abrindo, assim, espaço para novas paisagens. Trata-se, então, de novos agenciamentos, conexões que dão espaço para uma nova produção de vida.

Senti que os encontros realizados nas instituições de saúde, de alguma forma, afetaram os sujeitos envolvidos nesta pesquisa, revelando as subjetividades que atravessam o processo de constituição da realidade. A cada encontro, uma composição, novas formas de ação, uma micropolítica que está sempre em construção, despertando a produção de novos territórios, buscando novo devir.

Diante dessa premissa, pude perceber que tive bons e maus encontros. Maus encontros em que, na maioria das vezes, a força do instituído se fez presente, através da dificuldade de exercer a escuta dos atores envolvidos, favorecendo a repetição de condutas que tentamos abolir no nosso cotidiano. Bons

encontros, que geraram alegria e a possibilidade de construção de novos sentidos, capazes de proporcionar uma abertura para a experimentação de novas formas de viver, de agir, de trabalhar, de se relacionar, enfim, de se encontrar. Assim, através destes encontros, pude revelar a potência que emerge nas formas de ser e de circular pela vida, possibilitando um jeito novo de se relacionar com os sujeitos com sofrimento mental.

A questão que me proponho a discutir é a da compreensão da produção de saúde, que opera através dos encontros de um sujeito com o mundo social no qual está inserido: se os afetos que circulam nestes encontros têm potencializado a rede de cuidados e, conseqüentemente, o processo de desinstitucionalização. Viso ressaltar, que desinstitucionalizar é um processo social amplo que não se restringe à desconstrução do hospital enquanto instância de tratamento e à construção de novas instituições que, pretensamente, funcionariam sob a lógica do novo paradigma da Atenção Psicossocial. É ressignificar as atitudes, as abordagens, é apostar nos processos de subjetivação que vão afetar as mudanças das práticas de saúde.

Através desses encontros realizados durante essa pesquisa na rede, pude conhecer as modalidades de atenção e os tipos de atendimento oferecidos à população usuária do serviço, que chega com necessidades de saúde que se configuram como problemas de saúde mental. Durante este percurso, trilhei um caminho de experimentação que trouxe marcas desses afetos, encontros, desencontros e atravessamentos que foram capazes de ressignificar o meu mundo simbólico e subjetivo, diante dos processos da produção de saúde.

## **Sobre a rede de saúde mental do município pesquisado: outros aprendizados com “M”.**

Durante esse percurso, percebi que o cuidado em saúde mental, especialmente no Município em questão, ainda revela marcas da lógica manicomial no cotidiano dos serviços de saúde, deflagradas sob atos autoritários e inflexíveis, com baixa capacidade de resolutividade.

Viso ressaltar que essa mudança de paradigma não nasce com a criação da normatização que regula as políticas de saúde mental, o que, em si, foi uma conquista, mas, sim, da forma como têm se dado os encontros dos profissionais de saúde com os usuários com sofrimento mental e seus familiares. Sendo assim, não basta seguir as normas, nesta ótica sustentada pelo objetivo do encontro: é preciso ser capaz de afetar e deixar-se afetar pelo inusitado, possibilitando, dessa forma, o desdobramento da potência criativa, inventando novos sentidos para acolher os usuários com transtornos mentais.

Os discursos dos profissionais entrevistados revelaram uma desarticulação das ações de saúde mental, fato este que favorece a produção de ações isoladas onde o acolhimento, a escuta do sujeito, a humanização e a integralidade são pouco exploradas pela equipe. Isto fala, também, da reprodução e não da inversão do modelo assistencial que, em princípio, poderia ser deflagrado pela dinâmica das ações organizadas pela equipe de apoio matricial. E mais, mostra a omissão de propostas claras e estrategicamente definidas para os usuários em sofrimento psíquico, no bojo das políticas locais da atenção básica em saúde.



Diante disso, pode constatar algumas dificuldades que emergiram como pontos críticos a serem repensados em relação às ações em saúde mental, no contexto da produção de cuidado em saúde. A seguir, são levantados e retomados alguns pontos que conduzem as questões que surgiram neste percurso.

A primeira delas se refere à escassez de recursos humanos qualificados para o trabalho em saúde mental e, em especial, para conjugar as ações de saúde mental no âmbito da Atenção Básica. Estas ações, embora sejam regulamentadas pelas atuais políticas e desejadas pelos profissionais de saúde, ainda não se sustentam no cotidiano dos serviços.

Ao transitar pela rede, constatei, através das falas dos usuários, profissionais de saúde e gestores, que o *déficit* de trabalhadores nas unidades de saúde, nos dispositivos, impede uma produção de cuidados adequada à população. Tendo em vista a quantidade de CAPS e CAPSI que integram a rede de um município de grande número populacional, não há o planejamento de uma política pública de saúde para atender à demanda.

Outro aspecto que emerge no contexto das ações de cuidado em saúde mental remete às dificuldades na acessibilidade dos usuários às ações e serviços produzidos pelos profissionais. O acesso se apresenta como o primeiro obstáculo a ser superado pelo usuário que busca atendimento em saúde mental. Este problema da organização da “porta-de-entrada” da unidade mostra uma de suas fragilidades para acolher pessoas em sofrimento psíquico e denuncia um despreparo da atenção primária em, realmente, estar se constituindo como a entrada do sistema público de saúde.

Entretanto, é plácido afirmar a dimensão paradoxal presente nesta rede que ora tem dificuldades de acolher os usuários infanto-juvenis, ora, ao acolher, o dispositivo CAPSI demonstra uma superlotação, apresentando dificuldade de redirecionamento na rede, isto é, não apresenta “porta-de-saída”, de modo que a rede não se constrói, pois perde as suas características de descentralização e conectividade. Portanto, o que vemos é “um conjunto de pontos ligados frágil e burocraticamente” (BARROS, 2003).

Neste relato de caso, ficou evidenciado que sem uma ampla movimentação e compromisso ético-político de planejadores, gestores e trabalhadores em saúde as discussões acerca da inversão do modelo assistencial podem perpetuar o modelo biomédico na assistência à saúde.

Ao que parece, nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica se limitava a discutir a criação dos novos serviços de atenção diária e as ações em saúde mental produzidas na atenção básica que surgiam como modelo assistencial a ser superado sequer entravam na referida discussão. Assim sendo, o risco de depositar todos os esforços no projeto de implementação e consolidação dos CAPS como estratégia substitutiva ao hospital psiquiátrico tende a negligenciar dois fatores essenciais à reorientação da atenção em saúde mental.

O primeiro fator diz respeito ao conceito de desinstitucionalização, aos CAPS como dispositivos que favoreçam a potência das subjetividades circulantes provocando transformações profundas na cultura profissional daqueles que produzem o cuidado.

O outro fator se refere ao conceito de redes e enfatiza a necessidade de maior interlocução entre as estratégias de cui-

dado em saúde mental com as redes intersetoriais e sociais, que possibilitem o diálogo nos diferentes espaços onde o usuário constrói sua vida, de modo a garantir as práticas de cuidado de acordo com as necessidades específicas de saúde de cada usuário.

Cabe lembrar que nenhum serviço, nenhuma estratégia tecnopolítica é capaz, isoladamente, de produzir a inversão do modelo assistencial. Para tanto, é necessário que esta produção ocorra enquanto processo social complexo, advinda dos desejos dos atores envolvidos. Sendo assim, pode-se dizer que a condução e a análise empreendida neste estudo, ressaltam que os encontros que ocorrem nas políticas de saúde mental, potencializam alguns entraves no que se refere à rede de saúde básica existente no referido município. Por outro lado, apresenta-se muito rica, quando os atores envolvidos se propõem a flexibilizar e ampliar as estratégias de ação previstas no nível primário da atenção, a fim de complexificar a abordagem dos fenômenos de saúde/doença.

Este estudo, portanto, destinou-se muito mais a revelar do que a explicar, a instigar a reflexão sobre os movimentos que constroem os processos de trabalho em saúde compostos por multiplicidades de encontros e desencontros que têm potencializado a rede de cuidados e, conseqüentemente, o processo de desinstitucionalização. Quais as implicações que estes encontros têm produzido? Esta cartografia me fez mergulhar em situações inusitadas que me proporcionaram muitas afetações. Diante desta minha experiência como pesquisadora, o que anseio é que esses novos cuidados com o sofrimento psíquico sejam ampliados para além dos serviços de saúde, que adentrem a sociedade como um todo.

Finalmente, cabe pontuar que este estudo não pretende esgotar a temática proposta, entretanto, visa lançar inquietudes e questionamentos nos processos de subjetivação e desinstitucionalização dos usuários com transtornos mentais graves. Sem dúvida, este é um campo em que muito se tem a desvendar.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Coord.) **Saúde mental, políticas e instituições:** programa de educação a distância. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BARROS, R. B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: **Conselho Federal de Psicologia.** Loucura, ética e política: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; AMARANTE, P. D. (Org.) **Psiquiatria sem hospício.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 71-90.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei Federal 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL. **Portaria/GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília, 2002.

BRASIL. **Saúde mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, 07 a 10 de novembro. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, 2005. pp. 6-36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos BRASIL para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

CAMARGO JUNIOR, K. R. **Biomedicina, saber e ciência**: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.

DELEUZE, G. **Espinosa: filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. Tradução José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1978. (Estudos, 61).

FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia e a história. In: \_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Tradução Roberto Machado. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

FRANCO, T. B.; FRANCO, C. M. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da Rede de Saúde, 2003.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. Em busca da clínica dos afetos. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. **Semiótica, afecção e cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2009.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**, v. 7, n. 1, p. 13-43, 2005.

MACHINESKI, G. G.; SCHNEIDER, J. F. **O cuidado em saúde mental na infância**: uma revisão de literatura. Faculdade Assis Gurgacz, 2010.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2001.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

SIBILA, P. **O homem pós-orgânico**: corpo, subjetividade e tecnologias digitais. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

# CAPÍTULO 12

## PRINCÍPIOS PARA A AVALIAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Romeu Gomes

Valéria Vernaschi Lima

### UMA PRIMEIRA APROXIMAÇÃO DO TEMA

A produção de artigos especificamente voltados para a avaliação de serviços de saúde tem se destacado na área da Avaliação e Saúde. Ao acessarmos a SciELO Saúde Pública, base de dados com 16 periódicos desta área, em 18 de fevereiro de 2015, a partir das expressões “avaliação” e “serviços de saúde” nos deparamos com 69 títulos. Ao refinarmos essas expressões, situando-as na categoria “Assunto”, 39 artigos foram identificados abrangendo o período de 1991 a 2014. Deste conjunto, mais da metade (56,4%) foram publicados na primeira década do atual século (2001-2010), seguidos dos situados no período de 1991-2000 (28,2%) e dos do período de 2011-2014 (15,4%).

Com base na análise dos resumos dos 39 artigos, observamos que predominam os estudos sobre agravos e doenças (6 artigos), seguidos pelos relacionados a: serviços hospitalares (4), atenção básica (3), revisões da literatura (3), atenção à saúde da criança e do adolescente (2), satisfação e subjetividade na avaliação (2), ciências sociais na avaliação (2) e epidemiologia

na avaliação (2). Os demais artigos, que obtiveram frequência 1, abrangem uma diversidade de assuntos e estão relacionados a: políticas de saúde, inquéritos, tecnologia, responsividade, assistência farmacêutica, assistência odontológica e saúde suplementar, dentre outros.

Ainda com base nos resumos dos artigos, identificamos que 5 deles discutem propostas de abordagens teórico-metodológicas para a avaliação dos serviços de saúde. Pela leitura destes trabalhos, observamos que, direta ou indiretamente, eles se relacionam com a presente proposta.

O primeiro artigo (ATKINSON, 1993) trata da contribuição que a Antropologia pode fornecer para avaliar a qualidade dos serviços de saúde. Ao tratar das dimensões da avaliação destes serviços, a autora procura estabelecer um confronto entre a dimensão profissional e a leiga e observa que, nesta última dimensão, nem sempre há elementos explícitos que possam orientar a formulação de questionários previamente estruturados e que estes instrumentos costumam se basear em certas suposições. Por outro lado, nem todos os aspectos de cada dimensão coincidem. Na dimensão leiga, por exemplo, pode-se valorizar mais os aspectos interacionais de prestação do serviço do que o conteúdo real do atendimento. Dentre as suas conclusões, o artigo destaca que a qualidade dos serviços de saúde, além do seu contexto, deve contemplar as circunstâncias socioeconômicas da vida dos usuários e as diferenças entre os modelos médico e popular de saúde.

O segundo texto destacado (DESLANDES, 1997) aborda as contribuições de matrizes teóricas e concepções de pesquisa das Ciências Sociais para o campo da avaliação de serviços de saúde, destacando as perspectivas compreensivas e



dialéticas e visando a apresentação de uma proposta de metodologia qualitativa para a avaliação de serviços e projetos de saúde. Nesta proposta, incluem-se aspectos voltados para as relações a serem estabelecidas entre projetos institucionais, políticas de saúde, processos e práticas de saúde e representações sociais dos atores sociais. A autora destaca que, apesar de a proposta se basear nas Ciências Sociais, há o desafio de situá-la no campo interdisciplinar da Saúde Pública.

Outro artigo destacado (KANTORSKI *et al.*, 2009) que se relaciona com a presente proposta relata o percurso teórico-metodológico da avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Região Sul do Brasil, desenvolvida a partir da Avaliação de Quarta Geração. Esta abordagem, segundo os autores, se fundamenta no referencial construtivista com enfoque responsivo e formativo. A lógica dialética e a interpretação hermenêutica também integram tal abordagem. Dentre suas principais contribuições, destaca-se a fundamentação de um processo avaliativo participativo, envolvendo diferentes atores sociais.

O quarto artigo (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2010) focaliza o enfoque avaliativo qualitativo-participativo. Segundo os autores, este enfoque contempla, dentre outros, os seguintes temas: alteridade, dimensões subjetivas e processos de significação. Nele são apreciadas as demandas subjetivas, valores, sentimentos e desejos dos atores envolvidos nas ações de saúde. Ainda que se situe mais no âmbito das reformas sanitárias, pode subsidiar a elaboração de princípios para a avaliação dos serviços de saúde.

Por último, no trabalho de Andrade, Vaitsman e Farias (2010), é apresentada uma metodologia de construção de um Índice de Responsividade do Serviço (IRS) que expressa per-

cepções positivas e/ou negativas dos usuários da organização a partir das dimensões da orientação para o cliente e do respeito pelas pessoas. O objetivo da construção do IRS é orientar intervenções visando melhorar a qualidade do serviço e acompanhar as mudanças na sua responsividade ao longo do tempo. Para os autores, o conceito de responsividade se refere a “quanto o sistema de saúde se adequa às expectativas legítimas dos usuários”. Através do IRS, pode-se abordar a visão dos usuários sobre diferentes aspectos da organização. Neste referencial, além das percepções individuais, leva-se em conta, também, parâmetros definidos como legítimos e universais para se avaliar os serviços de saúde.

A partir dessas considerações iniciais, pretendemos ensaiar uma proposta cujo objetivo central é o de analisar princípios teórico-metodológicos para a avaliação de serviços de saúde.

Este ensaio se apoia em nossa experiência de mais de 15 anos em avaliação nas áreas da educação e da saúde. Do diálogo desta experiência com a literatura relacionada às premissas avaliativas por nós defendidas, esboçamos uma proposta voltada para os serviços de saúde.

## **EVOLUÇÃO DAS PRÁTICAS DE AVALIAÇÃO**

Embora reconhecida como uma prática milenar, primeiramente construída pela civilização chinesa para recrutar funcionários públicos, a avaliação nas sociedades ocidentais data do século XVIII (GUBA; LINCOLN, 1981). Nestas sociedades, podemos identificar quatro orientações no desenvolvimento das práticas de avaliação, mais especialmente a partir do século XIX, conhecidas como “gerações de avaliação”.

Considerando os focos na mensuração (primeira geração), na descrição (segunda geração) e no julgamento (terceira geração), estas abordagens predominaram em determinados períodos dos séculos XIX e XX, na história das sociedades ocidentais. A avaliação de quarta geração, com foco na negociação, pressupõe uma abordagem responsiva e uma metodologia construtivista (GUBA; LINCOLN, 2011; BROUSSELLE *et al.*, 2011). Os eixos que definem a responsividade e o construtivismo têm, em comum, a consideração do outro como um sujeito legítimo (MATURANA, 2009). Neste sentido, passam a ser incluídos como elementos constitutivos da avaliação, os distintos valores e sentidos que estes sujeitos atribuem à realidade e às práticas sociais, a partir do contexto em que estão inseridos. Ao levar em conta os valores e o contexto, a avaliação passa a ser orientada pelas concepções participativa e emancipatória, uma vez que busca ampliar a paridade política dos diferentes grupos de interesse envolvidos no processo avaliativo.

A abordagem de quarta geração é distinta das três anteriores que são orientadas pelo paradigma científico positivista segundo o qual existe uma única realidade objetiva a ser mensurada, descrita ou julgada pelos avaliadores, considerados agentes neutros e separados do objeto avaliado. Mesmo orientadas por distintos paradigmas, as diferentes gerações de avaliação coexistem. Cada uma delas ampliou a prática avaliativa incluindo, para além da coleta de informações sobre indivíduos (foco na medida), a avaliação de objetivos de programas, conteúdos e estratégias (foco na descrição) e o mérito do objeto a ser avaliado (foco no julgamento). A quarta geração busca superar, particularmente, o gerencialismo e o excessivo peso do paradigma científico presentes nas outras três gerações e que comprometem o pluralismo de valores (GUBA; LINCOLN, 2011).

Baron e Monnier (2003) chamam a atenção para uma concepção de avaliação, denominada por eles de quinta geração, também considerada participativa como a de quarta geração. Em síntese, nesta concepção, ideologicamente, valoriza-se a participação da sociedade civil tornando-a com mais poder. Esta participação emancipatória decidiria o conteúdo da avaliação e produziria um juízo acerca das ações do governo. Na avaliação de quinta geração, a perspectiva participativa ocorreria em maior extensão e profundidade.

## **DESAFIOS DAS PRÁTICAS DE AVALIAÇÃO**

Decorrente da própria definição, a avaliação implica um julgamento sobre uma prática social, incluindo as intervenções formalizadas em planos e programas (VIEIRA-DA-SILVA, 2014; BROUSSELLE *et al.*, 2011). Independentemente do reconhecimento da cultura e dos valores dos sujeitos como um elemento constitutivo da avaliação, este elemento determina o modo e as consequências do “fazer e receber críticas”. Neste sentido, vivenciamos tensões tanto na área da educação como na de gestão de serviços de saúde, que geram questionamentos em relação ao: “para que avaliar”, “o quê avaliar”, “como avaliar”, “quem deve avaliar”.

As tensões originadas no “para que avaliar” traduzem um conjunto de dificuldades relativas ao propósito da avaliação. Neste sentido, destacamos a orientação para a transformação ou a reprodução acrítica da realidade. Embora não deva haver, *a priori*, uma intenção de transformar ou de reproduzir, estes desfechos deveriam ser possíveis a partir de qualquer processo avaliativo. Faz toda a diferença se o propósito for o de apenas corrigir erros ou inconformidades, segundo os padrões

estabelecidos, ou o de melhorar continuamente processos e produtos, transformando e construindo novos padrões, sempre que haja necessidade e viabilidade.

Nesse mesmo campo, os caracteres formativo e somativo da avaliação se evidenciam, uma vez que podem se associar, respectivamente, a uma abordagem voltada para a aprendizagem ou a punição. A avaliação formativa gera informações para a melhoria de um programa e a somativa para a tomada de decisão sobre a sua continuidade ou sua interrupção. As principais tensões derivadas da articulação destes dois tipos de avaliação, frequentemente dizem respeito à baixa presença e efetividade das avaliações formativas no sentido de, realmente, possibilitarem e contribuir para a produção de melhorias, em processo.

Embora a quarta geração da avaliação tenha incluído o pluralismo de valores no “o quê avaliar”, este ainda é um dos maiores desafios, uma vez que afeta diretamente a concentração de poder daqueles que, convencionalmente, definem o que deve ser avaliado e o fazem segundo seus próprios valores e interesses. A tensão entre diferentes grupos de interesse somente se expressa se todos os sujeitos envolvidos são considerados e se consideram legítimos, independentemente de seus valores ou inserção social.

Nesse campo de desafios, destacamos a tendência ao gerencialismo, que representa um direcionamento da avaliação para as perguntas, preocupações e reivindicações dos gestores da área em questão. Esses gestores ou administradores são, ou representam, aqueles que contratam e financiam a avaliação. O gerencialismo tende a: retirar o poder dos demais grupos de interesse ou interessados; interferir no formato da avaliação; e definir para quem os resultados da avaliação são divulgados.

Ainda em relação a esse campo, a tensão relativa à *externalidade* e *internalidade* dos critérios da avaliação requer atenção. Desde os primeiros anos escolares, nas abordagens educacionais tradicionais, nossos desempenhos são avaliados por meio de padrões totalmente externos ao caminho que percorremos para aprender algo. É claro que os padrões externos são importantes nos processos de socialização e na constituição de identidades tanto grupais quanto individuais. Não somos ilhas. Somos totalidades integrantes de totalidades maiores. Os padrões externos são necessários. Mas, para que não se perca a singularidade ou as especificidades das totalidades (individuais ou grupais), flexibilizações e negociações são necessárias. Admitir isto implica considerar que aspectos relacionados a grupos ou pessoas necessitam conviver com padrões externos. Esta convivência é salutar porque, como observa Schutz (2008), a vida cotidiana tanto é constituída de um universo de significados culturais quanto de inter-relações pessoais.

A tensão existente no “como avaliar”, em parte derivada da definição do “o quê deve ser avaliado”, também reflete os desafios no uso de métodos quantitativos e qualitativos com vistas à investigação do objeto delimitado. Este debate teve início nos anos 1980, após um absoluto predomínio dos métodos quantitativos na avaliação, entre as décadas de 1960 e 1980. A legitimação dos métodos qualitativos nas práticas de avaliação foi produto da influência da sociologia, que evidenciou os limites e as possibilidades dos métodos quantitativos, e de educadores, que aprofundaram os fundamentos e a utilidade do uso de métodos qualitativos neste campo (COOK, 1997). Esta tensão também tem raízes nas diferentes interpretações dadas à avaliação pelos paradigmas positivista e construtivista, especialmente quando explicitam, respectivamente, a existência de

uma única realidade objetiva a ser avaliada ou das realidades criadas a partir do sentido a elas atribuído pelos sujeitos. Nesta mesma direção, destacamos o debate em torno do papel do avaliador ora como um agente observador e fora da realidade avaliada ora como um agente que, por meio de sua prática, gera construções socialmente compartilhadas.

Finalmente, em relação a “quem deve avaliar”, cabe apontar que as tensões existentes nesse campo, em alguma dimensão, se articulam à questão da internalidade e externalidade, já discutida. Esta tensão se expressa no debate da avaliação como uma especialidade ou como uma prática inerente ao trabalho dos profissionais, particularmente no sentido da gestão do próprio trabalho. Embora haja espaço e pertinência para avaliações internas e externas, cabe ressaltar que a incorporação da prática de avaliação no perfil dos profissionais se relaciona à desconcentração de poder, uma vez que democratiza o acesso e a interpretação de informações. Esta é uma prática muito pouco presente nas organizações, que geralmente recorrem aos avaliadores externos, frequentemente especialistas vinculados a uma outra realidade e contexto de trabalho.

Refletir acerca dessas e de outras tensões nos ajuda a situar a nossa proposta avaliativa em um espaço atravessado por contradições, limites e desafios.

## **PRINCÍPIOS PARA A AVALIAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Ao invés de centrarmos esta proposta em procedimentos técnicos de avaliação de serviços de saúde, preferimos apresentar princípios que consideramos pontos de partida para que os próprios serviços construam suas avaliações.

Por entendermos que os serviços em questão devem avaliar seus avanços, limites e resultados a partir do que concretamente resultou na produção de saúde e na redução/ controle de doenças e agravos, riscos e vulnerabilidades, apontamos como primeiro princípio **a satisfação dos usuários como indicador de avaliação.**

Desde os anos de 1960, na Europa e nos EUA, a satisfação ou a insatisfação de usuários vem sendo levada em conta para se avaliar o atendimento a eles prestados. A partir dos anos de 1970 e 1980, esta perspectiva passou a ser utilizada para a avaliação dos serviços de saúde (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005) sendo que, no Brasil, isto se destaca mais depois da segunda metade dos anos 1990 (GOMES *et al.*, 2011a).

A satisfação dos usuários ou, para alguns autores, a satisfação do paciente pode ser entendida a partir de diferentes sentidos a ela atribuídos. Pode ser vista como a percepção da qualidade de um serviço prestado e não sobre um bem de consumo (CASTILLO *et al.*, 2007). Pode também ser entendida, simultaneamente, como “o julgamento sobre a qualidade dos cuidados em saúde que incorpora as expectativas e percepções do usuário e é resultado do cuidado vivenciado” (SILVA *et al.*, 2011). Ela se relaciona a inúmeros fatores tais como valores individuais e sociais, expectativas, experiências prévias e estilos de vida (GOMES *et al.*, 2011a).

Dentre as abordagens teóricas relacionadas ao tema em questão, destaca-se a Teoria Centrada na Satisfação do Paciente (ARAGON, 2003; ARAGON; GESELL, 2003). Esta teoria, que considera a satisfação ou insatisfação a partir das relações que são estabelecidas entre expectativas do paciente e eficácia/eficiência do atendimento, destaca três aspectos centrais: o



atendimento inicial, o tempo de espera para este atendimento e quem lhe presta o atendimento.

Estudo qualitativo realizado em quatro estados brasileiros (GOMES *et al.*, 2011b). identificou articulações diretas e indiretas com a Teoria Centrada na Satisfação do Paciente. O objetivo deste estudo foi analisar os sentidos atribuídos por usuários homens ao atendimento que lhes é prestado no âmbito da atenção básica à saúde, buscando subsidiar a construção de indicadores qualitativos de satisfação em relação ao uso destes serviços. O desenho metodológico – baseado em princípios hermenêutico-dialéticos – envolveu entrevistas semiestruturadas com 201 usuários. Com base na ótica destes, o estudo chegou a indicadores e descritores (Quadro 1) para avaliar o atendimento dos serviços de atenção básica à saúde.

**Quadro 1** – Indicadores e descritores para avaliar o atendimento de serviços de atenção básica à saúde.

<b>Indicadores</b>	<b>Descritores</b>
Atendimento atencioso	Atendimento “atencioso” e “respeitoso”.
Prontidão do atendimento	Prontidão do atendimento estrutura-se principalmente a partir do desejo de que o tempo entre a procura por atendimento e a efetivação do mesmo seja o menor possível.
Atendimento ancorado na comunicação	Atendimento que se baseia na conversa e que não se reduz ao ato de informar. Trata-se de uma conversa em que tanto médico quanto usuário ora fale, ora escute, a partir de uma compreensão mútua.
Atendimento que faz algo	Atendimento que resolve o problema, com base na capacidade de quem atende e na disponibilidade do remédio necessário.

Fonte: Indicadores e descritores transcritos de Gomes *et al.* (2011b, p. 119).

Embora a base do estudo tenha sido gerada a partir de depoimentos de homens, os indicadores podem servir para a avaliação de usuários em geral, independentemente de seu sexo.

O segundo princípio se refere à **integração entre processos e resultados**. Neste âmbito, problematizaremos aspectos relativos às concepções que orientam a organização do trabalho em saúde, dialogando-as com os conceitos de avaliação formativa e somativa. Este princípio se subordina à concepção de organização e de gestão que os atores envolvidos constroem e transformam, na interação com a sociedade e com o mundo globalizado.

Em primeiro lugar, cabe destacar as tensões produzidas pela modelagem gerencialista na organização dos serviços de saúde, herdeira da administração chamada “científica”, concebida por Frederick W. Taylor (1856-1915), que tem como um de seus eixos estruturantes a disciplina e o controle na produção de bens e serviços.

As diretrizes da administração científica e do planejamento científico separadas da execução; a preparação, especialização e estímulo aos trabalhadores para produzirem mais, em um contexto de divisão do trabalho; o controle com concentração de poder; e a execução orientada para a correção de eventos não conformes à padronização estabelecida (TAYLOR, 1995) têm sido renovadas e ampliadas por abordagens que continuam privilegiando a eficiência e produzindo gerencialismo.

A introdução de outros elementos e enfoques trazidos pelas teorias clássica – de relações humanas, geral de sistemas, estruturalistas, de desenvolvimento organizacional e da contingência, entre outras – tem mantido esse campo em movimento

e originado diferentes modelagens organizacionais alternativas ao gerencialismo, embora contra-hegemônicas (MAXIMIANO, 2000a; CHIAVENATO, 2003).

Na área da saúde, os trabalhos de Donabedian (1980), sistematizando as abordagens avaliativas da tríade estrutura–processos–resultados, atribuem aos processos a forma mais direta de se avaliar a qualidade do cuidado. Este autor aponta que, quando os resultados se referem às mudanças no estado de saúde das pessoas, pode ser complexo inferir que as melhorias verificadas tenham sido decorrentes da intervenção dos serviços de saúde.

Nesse contexto, as interpretações sobre a atuação dos serviços de saúde frente às necessidades de uma dada população têm favorecido a identificação de relevantes desafios e dilemas na organização do trabalho e na avaliação dos serviços de saúde que, predominantemente, envolvem processos. Bolman e Deal (1997) apontam como dilemas: (1) integração *versus* especialização na realização de tarefas; (2) sobreposição *versus* justaposição de tarefas; (3) reprodução de padrões *versus* criatividade para inovar; (4) autonomia *versus* dependência; (5) autoridade difusa *versus* centralização; (6) irresponsabilidade *versus* rigidez no cumprimento de regras; (7) interesses individuais *versus* coletivos; (8) redução de custos *versus* agregação de valor para os usuários.

Segundo Hammer e Champy (1994), os processos são conformados por um conjunto de atividades sequenciais que resultam em um serviço ou em um bem para um determinado grupo de usuários. Este conceito pode estar predominantemente alinhado à redução de custos ou à produção de valor.

Em relação aos resultados na área da saúde, a articulação entre agregar valor à qualidade de vida e à saúde dos usuários e reduzir custos dos serviços tem sido um desafio constante. Para Porter e Teisberg (2007), focalizar a atenção à saúde na redução de custos é um objetivo equivocado que leva a resultados contraproducentes. Ainda segundo este autor, a orientação dos serviços por resultados que agreguem valor à saúde é uma estratégia que visa melhorar a qualidade da atenção à saúde e enfrentar a atual crise de baixa eficiência, efetividade, eficácia e qualidade do setor. Segundo Porter e Teisberg (2007), o valor é gerado pela experiência, pela escala e pela aprendizagem dos profissionais e das organizações, a partir de uma postura reflexiva e problematizadora sobre seus processos e resultados.

Ao buscar identificar valor para os usuários, os resultados a serem alcançados passam a ser multidimensionais, porque incluem a perspectiva, os interesses e a satisfação deles, conforme explicitado no primeiro princípio da avaliação. Ao focar em resultados que agregam valor para os usuários, a articulação entre estes e os processos que os definem é que deve evitar desperdício e promover eficiência, eficácia e efetividade. Neste contexto, aqueles que produzem os atos de cuidado deveriam problematizar a definição de indicadores e de critérios para a avaliação de processos e resultados. A avaliação direcionada ao diagnóstico e aos processos pode ser denominada de formativa.

O conceito de avaliação formativa foi diferenciado da somativa por Scriven (1967): enquanto a avaliação somativa objetiva dar visibilidade aos tomadores de decisões, aos consumidores e à sociedade sobre os potenciais resultados de um determinado serviço ou programa, a formativa gera informações avaliativas para a melhoria, em ato, de processos e produtos. O

objetivo é identificar possibilidades de melhoria, de redução de desperdício e retrabalho, de limitações ou obstáculos e de oportunidades para a criação e a inovação.

Para tanto, o uso de informações é um componente crucial para a integração entre processos e resultados. As tecnologias de informação podem potencializar a coleta e o uso desta, tanto de modo orientado para os resultados que agregam valor quanto para a lógica da produtividade e da estrita redução de custos. Desta forma, os indicadores selecionados para avaliar resultados acabam evidenciando a orientação do processo avaliativo e definindo como e qual o papel da avaliação formativa especialmente focada nos processos.

O terceiro princípio focaliza a **Educação Permanente**, um dispositivo de gestão e de educação, no contexto do trabalho em saúde, particularmente, em sua dimensão avaliativa. O conceito de educação permanente pode ser considerado relativamente recente na sociedade ocidental. A partir da década de 1960, passou a ser mais difundido como uma contraposição à ideia da educação como preparação para o trabalho, realizada em momento anterior a este. Furter (1992) trabalhou o conceito de educação permanente (EP) a partir do pressuposto de que o homem é um ser inacabado e que, por isto, continuamente se educa e se transforma. Para Schwartz (1976), este processo inclui a revisão do próprio modo de lidar com a vida, mesmo sendo este modo fortemente determinado por modelos culturais.

Após os anos 1980, a educação permanente passou a ser interpretada como: (i) toda ação educativa durante a vida das pessoas; (ii) educação de adultos, especialmente a capacitação profissional contínua; e (iii) aprendizagem para além da escola,

conformando um Sistema de Educação Permanente com vistas à transformação da realidade (GADOTTI, 1979).

No tocante à vinculação da EP à noção de cidadania, alguns autores defendem que a construção de novos conhecimentos, habilidades e atitudes é um direito do cidadão vinculado à sua capacidade de aprender ao longo da vida (SCHWARTZ, 1976). Neste sentido, os espaços desta educação incluem “a vida cotidiana, a educação formal e informal, o preparo para o trabalho, a organização e o controle social, a cultura e o lazer” (SAUPE; CUTOLO; SANDRI, 2008). Segundo Thiollent (2012), há autores, como Henri Desroche, que defendem, inclusive, uma característica comunitária para estas iniciativas, no sentido da democratização de oportunidades para um público amplo, na perspectiva de problematizar aspectos relevantes para a vida de uma determinada comunidade.

As iniciativas educacionais, especialmente as dirigidas ao desenvolvimento dos trabalhadores, fazem parte da educação profissional contínua e focalizam ações de atualização e especialização. Neste campo, se inserem as ações educacionais voltadas para a aquisição de novos conhecimentos frente ao desenvolvimento tecnológico da produção de bens e serviços, de modo alinhado à preparação dos trabalhadores para as mudanças do trabalho, particularmente, em economias capitalistas (ROVERE, 1995).

Como um sistema de educação permanente com vistas à transformação da realidade, o sentido da EP ressaltou a ampliação da capacidade reflexiva de grupos e de instituições, visando uma melhor intervenção nos problemas que afetam as sociedades (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

Na década de 1980, o conceito de educação permanente foi aplicado à área da saúde pelas Organizações Panamericana (OPS) e Mundial de Saúde (OMS). De modo vinculado ao programa de desenvolvimento de recursos humanos, a divulgação de estudos e experiências neste campo visou abrir o debate em torno da melhoria da qualidade da atenção e dos serviços de saúde.

No Brasil, a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde (PNEPS), de 2004, definiu a EP como estratégia para a qualificação de trabalhadores do Sistema Único de Saúde, visando à transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2004). Em 2007, foram instituídas diretrizes para a implementação da PNEPS e para o financiamento das ações de educação na saúde (BRASIL, 2009). Nestas duas publicações, podem ser observadas convergências e divergências que têm favorecido distintas interpretações e formatos para as iniciativas denominadas de educação permanente na área da saúde, favorecendo, assim, a coexistência de diferentes traduções dessa política (FRANZESSE, 2014).

Uma metassíntese conduzida por Miccas e Batista (2014) confirmou que as experiências de EPS pautadas por uma prática problematizadora e transformadora da realidade têm promovido a democratização das relações institucionais e com a população.

Para a exploração da Educação Permanente como um dos princípios da avaliação dos serviços de saúde, utilizaremos o conceito utilizado pela OPAS/OMS (QUINTANA; ROSCHKE; RIBEIRO, 1994). A partir deste conceito, destacamos alguns descritores para caracterizar as ações de EP no contex-

to do SUS: (1) intencionalidade – “para quê”; (2) problemas como disparadores da reflexão – “o quê”; (3) participantes – “quem”; (4) periodicidade – “quando”; (5) estratégias – “como”; e (6) avaliação.

A intencionalidade ou o “para quê” é a situação objetiva ou a situação desejada. Para os serviços de saúde do SUS, a intencionalidade deve ser direcionada para a produção de um cuidado adequado às necessidades de saúde dos usuários cuja responsabilidade deve ser compartilhada por todos os envolvidos na sua produção. Este cuidado deve ser integral, envolvendo serviços, ações e profissionais de uma determinada rede de atenção à saúde. Os objetivos intermediários destas ações devem ser a aprendizagem dos profissionais desta rede e a transformação de suas práticas. As transformações das práticas são consideradas “necessárias à realidade mutável e mutante das ações, dos serviços de saúde” (CECCIM, 2005) e das sociedades, requerendo, para tanto, instituições democráticas e flexíveis, também abertas à própria aprendizagem e transformação (MORGAN, 2002).

Ao utilizar os problemas enfrentados no cotidiano do trabalho em saúde para disparar processos reflexivos e produzir educação em serviço, a EP se diferencia da Educação Continuada, fundamentalmente baseada na abordagem de temas ou assuntos transmitidos por especialistas. De modo inverso a temas abstratos, os problemas representam a situação atual do trabalho em saúde. Eles são o “o quê” a ser problematizado e, nem sempre, a intervenção necessária para seu enfrentamento é de natureza educacional. Os problemas devem estar contextualizados em uma dada realidade que representa o trabalho dos participantes; a exploração de problemas permite a iden-



tificação de distintas leituras do mundo (FREIRE, 1996) e a explicitação de redes explicativas e valores que favorecem o reconhecimento de interesses.

Ao, estrategicamente, colocar o processo de trabalho no foco da EP, agregamos a este dispositivo um caráter institucional e que, portanto, institui um sistema organizacional de educação permanente. Esta é uma orientação que define um determinado modelo de gestão alinhado à desconcentração de poder e à cogestão (CECILIO, 1999; CAMPOS, 2000).

A atualização técnico-científica pode ser um dos aspectos a integrar este processo. O diferencial é que as atualizações e a busca por melhores práticas são desencadeadas pela problematização de problemas identificados pelo grupo de profissionais que trabalha junto, ao invés de temas definidos por gestores, especialistas ou mesmo por estes trabalhadores. Invariavelmente, estes temas são abordados por meio da transmissão de conhecimentos de especialistas e dificilmente tratados de modo contextualizado e capaz de favorecer a construção de planos de melhoria em relação aos processos de trabalho das diferentes equipes de saúde.

Uma aprendizagem significativa (COLL, 2000) para profissionais inseridos no trabalho requer que os conhecimentos prévios destes sujeitos sejam considerados na construção de novos saberes e que as condições do contexto do trabalho e da subjetividade de cada participante sejam incluídas como elementos condicionantes da aprendizagem (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Esta abordagem educacional pode ser denominada construtivista, uma vez que a construção dos saberes parte da experiência prévia dos envolvidos e dos problemas por eles identificados (DEWEY, 2011; FREIRE, 1996).

Os envolvidos na EPS devem ser considerados sujeitos ativos e corresponsáveis na busca por informações, na elaboração e implantação de planos de ação para a melhoria dos processos de trabalho e na avaliação dos resultados alcançados.

Os participantes de atividades de Educação Permanente em Saúde devem ser todos os envolvidos na produção de um determinado cuidado. Estes profissionais, em rodas específicas segundo o âmbito de atuação, serviço e equipe devem ser “quem” participa de encontros de EP. Em espaços formais e com periodicidade contínua, estas rodas reflexivas de equipes de saúde colocam seu processo de trabalho sob análise, gerando movimentos de baixo para cima e de cima para baixo, voltados para a transformações das práticas organizacionais e a melhoria da atenção à saúde no contexto do SUS.

As estratégias a serem utilizadas em ações de educação permanente devem garantir espaços coletivos que permitam a exploração crítica e reflexiva dos problemas do cotidiano do trabalho em saúde por aqueles que o produzem. Os problemas identificados devem ser explorados sob diversas perspectivas, propiciando a troca de repertórios e experiências e, devem, especialmente, favorecer que uns aprendam com os outros. A valorização de diferentes saberes, a busca por novas informações e a construção coletiva e corresponsável de planos de intervenção são elementos fundamentais para a construção da identidade de grupo e para a elaboração de uma proposta de avaliação dos serviços de saúde orientada para os resultados que agregam valor à saúde das pessoas sob cuidado. Assim, em algum grau, as capacidades de gestão e de educação, sendo transversais aos perfis profissionais da área da saúde (LIMA; RIBEIRO; PADILHA, 2013), perpassam a exploração dos

problemas do cotidiano do trabalho. Embora estas capacidades devam ser desenvolvidas desde a graduação, a educação permanente é um espaço privilegiado para sua exploração.

Nesse sentido, as capacidades de gestão possibilitam a identificação da natureza dos problemas enfrentados, a priorização destes, a construção de planos estratégicos, a avaliação e a comunicação dos resultados alcançados. As capacidades da área de educação favorecem o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, a identificação de lacunas de aprendizagem, a busca por informações científicas, a análise crítica destas informações e a tomada de decisões baseada em evidências e melhores práticas.

A avaliação dos serviços de saúde por meio da EPS implica a análise da natureza dos problemas identificados e dos resultados alcançados frente aos planos de ação implementados. A própria ressignificação dos problemas a partir dos resultados obtidos faz parte e retroalimenta o processo problematizador e reflexivo. Ceccim (2005) reforça que a avaliação, nesta prática, está presente desde a identificação do problema, quando reconhecemos os sentidos que atribuímos às nossas ações no cotidiano do trabalho e quando estabelecemos que a situação atual dos serviços de saúde não corresponde à que desejamos. Este movimento avaliativo deve ter como referência o princípio que considera a saúde como um direito de cidadania e as diretrizes do SUS como norteadoras das respostas da rede de atenção às necessidades da população.

Assim, a avaliação na EPS não está circunscrita à análise dos resultados alcançados a partir de uma intervenção, mas, também, à metacognição de todo o processo: como o problema foi anunciado e explicado pelo grupo ou equipe e como

os caminhos selecionados para enfrentar o referido problema foram escolhidos e implantados.

O último princípio diz respeito à **participação na avaliação**. A discussão acerca da avaliação participativa é ampla tanto na literatura nacional quanto na internacional.

Furtado *et al.* (2013) consideram que o termo participação é polissêmico e que ainda faltam estudos empíricos para que se possa tanto discutir as formas de sua operacionalização quanto qualificar o seu próprio significado. Para os autores, o significado da avaliação participativa se refere à inclusão de outros agentes além dos avaliadores no processo avaliativo. Nos serviços de saúde, segundo eles, esses agentes iriam desde gestores e avaliadores, passando por usuários até a clientela não abordada ou mal atendida por estes serviços.

Weaver e Cousins (2004) chamam a atenção para três objetivos e interesses distintos relacionados à avaliação colaborativa com a participação de diferentes grupos. O primeiro deles, de cunho pragmático, visa resolver problemas. Adaptando este propósito para a avaliação de serviços de saúde, teríamos profissionais, avaliadores e usuários ou grupo de usuários reunidos para produzir conhecimento acerca de problemas práticos. Este conhecimento auxiliaria na tomada de decisão acerca do programa ou de ações dos serviços de saúde.

O segundo propósito da avaliação participativa, de cunho político-ideológico, seria promover a equidade através do envolvimento dos indivíduos associados com todos os grupos na avaliação colaborativa. Este foco se relaciona ao posicionamento político de caráter emancipatório ou preocupado com a melhoria das desigualdades sociais inerentes às estruturas sociais do *status quo*. No caso dos serviços de saúde, a

escuta da voz dos usuários poderia fazer com que eles fossem reconhecidos como um dos atores no atendimento e tratamento que recebem.

O terceiro e último propósito é o de caráter epistemológico e se refere à produção de conhecimento levando em conta as diferentes perspectivas de atores envolvidos em ações. A interatividade entre comunidades de usuários e produtores de conhecimento pode resultar em efeitos recíprocos. Trazendo esta discussão para o âmbito dos serviços de saúde, teríamos – por meio da colaboração dos diferentes atores envolvidos – um conhecimento atravessado por diferentes perspectivas para que o atendimento nestes serviços tanto contemplasse a diversidade de suas demandas quanto ganhasse maior qualidade em sua performance.

Baron e Monnier (2003) observam que o fato de se solicitar aos beneficiários sua avaliação acerca de um programa para ele dirigido ou, ainda, a prática de retornar as conclusões da avaliação para estes sujeitos avaliados, necessariamente, não indica uma avaliação participativa. Para os autores em questão, as diferentes abordagens de avaliação participativa apontam para duas dimensões da participação: extensão e profundidade. Ancorados nestas duas dimensões, os autores apresentam três tipologias de avaliação participativa: avaliação coproduzida (envolvimento de um número pequeno de atores-chave de um programa para se atingir a quase todos os componentes da avaliação); avaliação pluralista (reunião de muitos atores de diferentes segmentos ou grupos no processo avaliativo para refletir a pluralidade de sistemas de valores sociais); e avaliação emancipatória (envolvimento de uma grande variedade de grupos incluídos em um programa público, dentre eles os que

são mais desfavorecidos, para criar o seu próprio conhecimento, sua própria compreensão da situação e formas para serem agentes de mudanças sociais).

Ainda que a participação dos diferentes perfis de atores nos serviços de saúde seja um caro ideal a ser alcançado, existem limites para colocarmos em prática este princípio no âmbito da avaliação. Diferentes escopos e instâncias da avaliação destes serviços bem como a sua abrangência e a temporalidade em que se situa muitas vezes impõem maior ou menor participação de um ou outro segmento de autores. Por outro lado, observamos que a participação na avaliação dos serviços em questão não significa que todos os atores envolvidos participem em todos os momentos ou da mesma forma.

Junto aos limites, podem ocorrer tensões nos processos avaliativos participativos dos serviços de saúde. Dependendo das relações entre determinados grupos de atores, os níveis de tensão podem ser mais acirrados. Tais tensões, necessariamente, não se constituem em algo a ser evitado ou escamoteado. Em uma lógica dialética, o confronto das tensões pode não só promover a inclusão de diferentes pontos de vista como também pode levar à formação de posicionamentos críticos. Neste confronto, nem sempre se consegue o consenso e não raramente tem que se adotar negociações para que a participação resulte em algo que atenda a todos os interesses que estão em jogo.

Ao se envolver usuários em processos avaliativos dos serviços que lhe são prestados, observamos a necessidade de abrir um espaço para se refletir as diferenças das lógicas técnicas e não técnicas. Assim, por exemplo, ao incluir usuários na avaliação acerca de seu atendimento voltado para uma determinada doença, é preciso que se compreenda a concepção deles

sobre esta doença e em que lógica e contexto esta concepção se ancora.

A reflexão de Adam e Herzlich (1994) nos ajuda a melhor entender as diferenças de lógicas acerca da doença. Os autores mencionados observam que o médico interpreta os sintomas sentidos por seu paciente e os retraduz nas categorias do seu saber. Por outro lado, o sujeito da doença tem o seu próprio ponto de vista sobre o seu estado, fabricando, assim, uma explicação que pode ser, em parte, individual, mas que também está ancorada na cultura. Os autores lembram, entretanto, que as explicações que os sujeitos fazem sobre a sua doença não são apenas uma tradução: o significado da doença faz parte da própria realidade e a modela. Neste sentido, para que médicos e usuários avaliem o tratamento de uma doença é preciso que estas lógicas sejam confrontadas.

Por último, observamos que, antes de se pensar a inclusão de diferentes atores na avaliação dos serviços de saúde, é preciso que se reflita quais objetivos e interesses motivam esta participação.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nossas considerações finais não são tão finais como se anunciam. Na realidade, são pontos de partida para que os princípios possam ser viabilizados no âmbito dos serviços de saúde. A condição fundamental para que tal viabilização ocorra com êxito é o diálogo reflexivo entre as ações de saúde e as informações acerca da realidade onde se inserem tais ações. Em outras palavras, o princípio maior para a avaliação é a reflexividade. Para Giddens (1991), em termos genéricos, esta expressão se refere ao “monitoramento” próprio da atividade

humana, fazendo com que todas as atividades sociais sejam passíveis de ser revistas à luz de novas informações. Trata-se, segundo ele, da reflexão da própria reflexão.

Ainda nesse sentido, a consideração do outro como um sujeito legítimo de modo a incluir os diferentes valores, perspectivas e pontos de vista também é condicional para uma avaliação dialógica. Mais do que nunca, a avaliação precisa produzir “metapontos-de-vista”, a partir da consideração e do diálogo entre diferentes atores (MORIN, 2007). Por meio da dialogia e de uma abordagem construtivista na interação entre trabalhadores, gestores, usuários e sociedade, da definição do propósito, do foco e objeto da avaliação, da abordagem, dos critérios e indicadores e dos participantes se tem elementos que, se problematizados, podem promover um contexto favorável à aplicação dos princípios aqui apresentados.

A superação do enfoque estritamente punitivo da avaliação, a garantia de espaços formais reflexivos para todos os profissionais de saúde, a utilização oportuna dos resultados das avaliações de modo a orientar a tomada de decisão e a colocação do próprio processo avaliativo em análise continuam sendo desafios para os quais ainda há hiatos na produção de conhecimento que precisamos enfrentar.

Parafraseando Giddens (1991), diríamos que a avaliação no âmbito dos serviços de saúde consiste no fato de que as práticas de saúde deveriam ser permanentemente examinadas e reformuladas, organizadas ou transformadas à luz de informações renovadas sobre elas próprias. Isto não significa, necessariamente, a busca pelo novo, mas pela reflexividade indiscriminada. Neste sentido, a prática da avaliação toma esta busca como eixo estruturante e estruturado de suas ações.



## REFERÊNCIAS

ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologie de la Maladie et de la Médecine**. Paris: Nathan Université, 1994.

ANDRADE, G. R. B. de; VAITSMAN, J.; FARIAS, L. O. Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 523-534, mar. 2010.

ARAGON, S. J. Commentary: a patient-centered theory of satisfaction. **American J of Med Quality**, v. 18, Supl. 6, p. 225-228, nov./dec. 2003.

ARAGON, S. J.; GESELL, S. B. A patient satisfaction theory and its robustness across gender in emergency departments: a multigroup structural equation modeling investigation. **American J of Med Quality**, v. 18, Supl. 6, p. 229-241, nov./dec. 2003.

ATKINSON, S. J. Anthropology in research on the quality of health services. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 283-299, Sept. 1993.

BARON, G.; MONNIER, E. Une approche pluraliste et participative: coproduire l'évaluation avec la société civile. **Informations Sociales**, v. 6, p. 120-129, Sept. 2003.

BOLMAN, L. G.; DEAL, T. E. **Reframing organizations: artistry, choice, and leadership**. 2<sup>nd</sup>. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. Modelos avaliativos e reforma sanitária Brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 566-570, jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde.

de. **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.

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

BROUSSELLE, A. *et al.* (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CASTILLO, L. *et al.* Los predictores de satisfacción de pacientes en un centro hospitalario universitario. **Rev Méd Chile**, Santiago, v. 135, n. 6, p. 696-701, jun. 2007.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Phsys - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 16, p.161-68, set. 2004/ fev. 2005.

CECILIO, L. C. O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 315-329, fev. 1999.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. Revisada e atualizada. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

COLL, C. **Psicologia e currículo**: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

COOK, T. D. Lessons learned in evaluation over the past 25 years. In: CHELINSKY, E.; SHADISH, W. R. **Evaluation for the 21st century**. Thousand Oaks: Sage, 1997. p. 31-52.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, jan. 1997.

DEWEY, J. **Experiência e educação**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

DONABEDIAN, A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, volume I). Ann Arbor, Health Administration Press, 1980.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. B. A. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, Supl. 1, p. 303- 312, Sept./Dec. 2005.

FRANZESE, R. **O planejamento da educação permanente em saúde nos estados brasileiros**. 2014. 79 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, 2014.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

FURTADO, J. P. *et al.* A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 102-110, jan. 2013.

FURTER, P. **Educação e vida**. 12. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1992.

GADOTTI, M. **A educação contra a educação**: o esquecimento da educação e a educação permanente. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Ed. Unesp, 1991.

GOMES, R., *et al.* A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4513-4521, nov. 2011a.

GOMES, R., *et al.* O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 113-128, 2011b.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Ed. Unicamp, 2011.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Effective evaluation**: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. San Francisco: Jossey-Bass, 1981.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. Educación permanente de personal de salud. Washington: Organización Panamericana da la Salud, 1994. Serie Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, 1000.

HAMMER, M.; CHAMPY, J. **Reengineering the corporation**. New York: Harper Business, 1994.

KANTORSKI, L. P. *et al.* Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 31, p. 343-355, dez. 2009.

LIMA, V. V.; RIBEIRO, E. C. O.; PADILHA, R. Q. Competência na saúde. In: SIQUEIRA, I. L. C.; PETROLINO, H. M. B. S. (Org.). **Modelo de desenvolvimento de profissionais no cuidado em saúde**. São Paulo: Atheneu, 2013. p. 23-38.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à Administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2000a.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 3. ed. Porto Alegre: Salina, 2007.

PORTER, M.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

QUINTANA, P. B.; ROSCHKE, M. A. C.; RIBEIRO, E. C. O. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud. In: HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. (Ed.). **Educación permanente del personal de salud**. Washington, DC: OPS, 1994. p. 33-61.

ROVERE, M. Gestión estratégica de la educación permanente. In: HADDAD, J.; ROSCHKE, M.; DAVINI, C. (Org.). **Educación permanente en salud**. Washington: OPAS, 1995. p. 63-109.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; SANDRI, J. V. A. Construção de descritores para o processo de educação permanente em atenção básica. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 433-452, nov. 2007/fev. 2008.

SCHUTZ, A. **El problema de la realidad social**. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.

SCHWARTZ, B. **A educação amanhã**: um projeto de educação permanente. Petrópolis, RJ: Vozes, 1976.

SCRIVEN, M. The methodology of evaluation. In: TYLER, R.; GAGNE, R.; SCRIVEN, M. **Perspectives in curriculum evaluation**. AREA Monograph Series – Curriculum Evaluation, Chicago: Rand McNally and Co., 1967. p. 38-83.

SILVA, G. M. *et al.* Uma avaliação da satisfação de pacientes em hemodiálise crônica com o tratamento em serviços de diálise no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 581-600, 2011.

TAYLOR, F. W. **Princípios da Administração Científica**. São Paulo: Atlas, 1995.

THIOLLENT, M. Educação permanente segundo Henri Desroche. **Pro-Posições**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 239-243, dez. 2012.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

WEAVER, L.; COUSINS, J. B. Unpacking the participatory process. **Journal of Multidisciplinary Evaluation**, v. 1, p. 19-40, 2004.

## CAPÍTULO 13

### SATISFAÇÃO DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA COM A IMPLANTAÇÃO E USO DE PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS

**Alexandre Alcântara Holanda**

**Aline Veras Morais Brilhante**

**Ana Maria Fontenelle Catrib**

**Luiza Jane Eyre de Souza Vieira**

#### INTRODUÇÃO

O registro de informações na área da saúde é uma atividade cotidiana e essencial para a adequada assistência à saúde e segurança dos pacientes e dos prestadores de serviços. A tomada de decisões clínicas, em muitas ocasiões, depende de uma boa qualidade dos registros. Avanços científicos e em tecnologia se apresentam em uma rapidez que deixa a prática clínica ainda mais complexa, pois tem que lidar com constantes inovações (DICK; STEEN; DETMER, 1997).

Dentre as tecnologias que aportam aos sistemas de saúde, a implantação e a expansão do prontuário eletrônico do paciente (PEP), nas últimas décadas, acumularam evidências de sua utilidade clínica e gerencial (JOOS *et al.*, 2006).

Apesar desses avanços tecnológicos, parece haver um descompasso entre o uso dessa ferramenta (PEP) e a sua apro-

priação no âmbito dos serviços de saúde e entre os trabalhadores da saúde (MORAES; GÓMEZ, 2007). O uso do PEP pelos profissionais de saúde vai ao encontro do que preconizam algumas diretrizes da Política Nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde (MORAES, 2005).

Importante mencionar que o uso da informática nos serviços de saúde ultrapassa a construção de prontuários. Contudo, o prontuário eletrônico do paciente vem sendo implantado em diversos cenários e há sempre uma expectativa de melhoria na eficiência dos serviços quando se utiliza este tipo de ferramenta. Isto se deve ao fato de o PEP se configurar como apoio aos processos de decisão clínica e administrativa; respaldo legal dos profissionais; pesquisa; e promoção do ensino e do gerenciamento (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2013).

A decisão de implantar um registro eletrônico acarreta mudanças organizacionais. O sucesso de empreendimentos desta natureza está ligado à capacidade dos atores envolvidos de se comprometerem, desde o princípio, com as etapas de implantação dos registros eletrônicos (SCOTT *et al.*, 2005).

Em serviços de Atenção Básica de qualidade, o uso de tecnologia no auxílio às equipes na assistência à saúde das pessoas e comunidades é indiscutível. A rede de Atenção Básica à Saúde de Fortaleza recebeu investimentos de recursos humanos e financeiros em informática, no período de 1997 a 2004. Em novembro de 2002, foi lançado o Cartão Saúde do Cidadão e, em pouco mais de um ano e meio, a rede de Atenção Básica (com 82 unidades) contava com um aparato de informática interligando os pontos de acesso em uma rede de informação.



Em acordo com a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), a informatização tinha os objetivos de: (1) diminuir o tempo despendido em marcações de exames; (2) agilizar os encaminhamentos e prescrição de remédios; (3) controlar a utilização de medicamentos e a gerência de estoque; e (4) disponibilizar o histórico de atendimento em qualquer ponto do sistema de atenção básica (BRASIL, 2004a).

Até 2002, esses procedimentos mencionados na PNIIS eram realizados manualmente, com a utilização de fichas e formulários arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). O acesso a estas informações ficava restrito aos profissionais da unidade local; em algumas unidades, não se fazia registro. Quando da implantação do PEP, algumas unidades partilharam o uso de duas modalidades de registros dos usuários: o eletrônico e o manual.

Esta temática de estudo é complexa e instigante, principalmente, no Brasil onde a incorporação do PEP no cotidiano dos serviços públicos de saúde ainda é incipiente quando comparada com a realidade da Holanda, Nova Zelândia, Inglaterra e Austrália, entre outros (SCHOEN *et al.*, 2006; TAYLOR; LEITMAN, 2002).

Além de demandar altos custos para os sistemas de saúde durante sua implantação, uma vez que exige grande investimento financeiro inicial, outros fatores relacionados à cultura, aos interesses privados, à possível desumanização da relação profissional-cliente, à privacidade em meio eletrônico provocam mudanças nas organizações e dificultam sua incorporação. A adoção pode ser ainda mais difícil se estas inovações tecnológicas afetam a transparência administrativa e clínica, pois podem ser alvo de auditoria com conseqüente resistência (OPAS, 1997).

Pesquisas sobre implantações de PEP em outros países demonstram que ainda há dificuldade de se garantir a participação mais efetiva dos profissionais de saúde que realmente utilizam o PEP (usuário final) na sua concepção, escolha e diálogo, durante o processo de implantação e de acompanhamento (FRANKEL *et al.*, 2005).

O desenvolvimento de líderes e promotores de mudanças dentro do corpo clínico parece ser essencial para o sucesso (DICK; STEEN; DETMER, 1997; ADLER, 2007) da sua utilização. Além disto, é preciso que existam fortes alicerces para garantir o caráter “estruturante” da mudança assim como a existência de processos que deem sustentabilidade à sua operacionalização e atores sensibilizados e instrumentalizados para este fim, para que não se incorra na análise ingênua e acrítica de imputar a responsabilidade das “falhas congênitas” do sistema aos seus usuários diretos.

Diante desses argumentos, este artigo discute a satisfação dos médicos da atenção básica de um distrito de saúde de Fortaleza sobre a implantação, facilidade de utilização, confiança, potencialidades e fragilidades do sistema eletrônico de registro do paciente – o prontuário eletrônico – implantado no município de Fortaleza.

É responsabilidade comum aos gestores do SUS a garantia do uso de tecnologias adequadas, em consonância com as realidades locais ou regionais, no alcance de uma melhor logística no atendimento e produção de dados fidedignos que alimentem o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) gerando indicadores que possam reorientar as políticas públicas em saúde (BRASIL, 2004b).

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, realizada com médicos da Atenção Básica de uma regional de saúde de Fortaleza, Ceará. Retratando a densidade demográfica, Fortaleza tem uma população de, aproximadamente 2,5 milhões de habitantes (FORTALEZA, 2012) e se divide em seis áreas administrativas denominadas de Secretarias Executivas Regionais (SER) que têm autonomia. Fortalecendo a parceria entre a academia e o serviço, esta pesquisa foi realizada na Secretaria Executiva Regional VI (SER VI) que conta com, aproximadamente, 500 mil habitantes e se constitui na mais extensa área territorial entre as regionais. Estudo anterior realizado nesta área identificou elevado contraste social e econômico entre seus habitantes (VIEIRA *et al.*, 2009).

A Regional englobava 20 unidades de saúde, variando em sua modalidade de oferta de serviços em relação ao contrato de trabalho: estratégia saúde da família (contrato de 40 horas) e atendimento por especialidades (contrato de 20 horas). A pesquisa ocorreu em 18 CSF; dois não atenderam aos critérios de inclusão do estudo, ou seja, utilização do PEP nos atendimentos médicos. Caracterizando a relação entre o profissional médico e os Centros de Saúde da Família (CSF), na época do estudo, existiam, em média, 6,3 médicos por CSF. A opção de envolver apenas a categoria médica se deve ao fato de que são estes profissionais que manuseiam o maior número de informações que compõem os registros do PEP.

O estudo foi censitário com 111 médicos que estavam ativos nos meses de setembro e outubro de 2008, independentemente do tempo de uso. Todos os médicos foram convidados a participar, para que fosse garantido o caráter de totalidade da

pesquisa, não se tratando, *a priori*, de uma amostra. Dos 111 médicos, 91 aceitaram participar da pesquisa, configurando uma adesão de 82,0%.

A coleta dos dados se deu a partir de um questionário com categorias preestabelecidas versando sobre: (1) implantação do PEP no serviço; (2) facilidade de utilização do PEP; (3) confiança no PEP; e (4) potencialidades e fragilidades do PEP. Os dados oriundos das questões abertas foram trabalhados em três momentos: pré-análise do material; exploração do material; tratamento dos resultados, seguindo Bardin (1977).

Explorou-se o *corpus* e agregou-se as unidades de registro nas de contexto. As unidades de registro foram palavras ou expressões que obedeceram a um critério semântico resultando em 76 códigos. Da codificação, passou-se ao reagrupamento, considerando as categorias predefinidas e as empíricas construídas frequencialmente. A partir da categorização e organização obteve-se frequências e inter-relacionamentos.

Os dados suscitaram discussões e foram confrontados com o conteúdo de referências e juízos de valor que resultaram em proposições que sinalizaram a satisfação ou insatisfação dos participantes com a utilização do PEP. Foram construídos quadros para melhor visualização, na perspectiva de encontrar as possibilidades para descrever, compreender e contextualizar as respostas dos profissionais, considerando-se mais de uma resposta por participante.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza sob parecer de nº 08-059 e da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza e Coordenação da Atenção Básica.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com as categorias preestabelecidas, apresentamos a distribuição das respostas dos participantes quanto à implantação do PEP no serviço, a utilização do PEP e a confiança do usuário no PEP. Cada categoria suscitou respostas que configuraram potencialidades e fragilidades no âmbito deste estudo.

### Implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente

A percepção dos médicos sobre a implantação do PEP se alterna entre potencialidades e fragilidades. Nos registros que mencionam os aspectos positivos, 48% dos participantes reconhecem a importância e a necessidade desta modalidade de prontuário. Outros (33,2%) acreditam que a implantação impactou de modo positivo, resultando em satisfação no manuseio e em um acesso mais seguro. Outros benefícios citados envolvem melhora no gerenciamento administrativo além da formação de um banco de dados para informação e realização de pesquisas (18,8%).

Algumas falas explicitam a descrição:

*[...] Permite que o profissional de saúde, independente do lugar, que esteja no momento possa acessar as informações contidas (Médico 29).*

*Permitiu a todos os profissionais de saúde que trabalham na unidade fazer treinamento e ter conhecimento de informática (Médico 75).*

O prontuário médico ou do paciente é algo antigo e de extrema importância clínico-epidemiológica passando a ser inerente à prática médica há mais de dois séculos (JOOS *et al.*, 2006). Ele foi desenvolvido por médicos e enfermeiros para garantir que se lembrassem, de forma sistemática, dos fatos e eventos clínicos sobre cada indivíduo de forma que todos os demais profissionais envolvidos no processo de atenção de saúde pudessem também ter as mesmas informações (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2013).

Assim, em muitas ocasiões, a tomada de decisões clínicas depende de uma boa qualidade dos registros (DICK; STEEN; DETMER, 1997), na medida em que as informações registradas no prontuário vão subsidiar a continuidade e a verificação do estado evolutivo dos cuidados de saúde, quais procedimentos resultam em melhoria ou não do problema que originou a busca pelo atendimento, a identificação de novos problemas de saúde e as condutas diagnósticas e terapêuticas associadas. Em termos mais gerais, pode-se afirmar que o sistema de saúde de um país, é estabelecido graças ao que se tem documentado em um prontuário, uma vez que dele são extraídas as informações sobre a saúde dos indivíduos que formam uma comunidade e uma nação (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2013).

Por outro lado, uma parcela dos participantes (52,8%) trouxe à tona questões macro acerca da eficácia de ferramentas atreladas ao suporte de tecnologia e informação. Surgem questões relacionadas a infraestrutura e à manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e à disponibilidade de insumos que interferem na implantação e institucionalização do seu uso:

*[...] a implantação de um prontuário eletrônico seria considerada excelente se funcionasse adequadamente (Médico 65).*

*Não foi planejado um investimento a médio e longo prazo na manutenção e reaparelhagem (Médico 55). A falta de velocidade é a principal falha do sistema (Médico 39).*

*[...] Em muitas ocasiões o prontuário está fora do ar dificultando o nosso trabalho (Médico 73).*

Essas falas refletem falhas na implantação do PEP. De modo geral, pode-se afirmar que a tecnologia não é o problema ao se fazer a integração de sistemas de saúde e sim, a solução. Nos últimos anos, como regra, observa-se que o poder de processamento dos computadores dobra a cada ano, diminuindo cerca de 50% do custo. Todavia, o sucesso de um sistema depende mais das pessoas do que da tecnologia. A dificuldade na realização do PEP não está necessariamente atrelada à tecnologia: é de natureza organizacional. Apesar dos contínuos avanços tecnológicos relacionados às informações, suas organizações são díspares e desconexas. Esta opacidade contribui para sua fragilidade institucional, tornando o controle da informação cada vez mais vulnerável às pressões do mercado (MORAES; GÓMEZ, 2007).

Algumas barreiras para a implantação de um PEP adequado são: a falta de planejamento estratégico na implantação do sistema; pouco ou nenhum incentivo interno da organização para atingir a integração clínica, uma vez que a ideia de

visualizar o todo para poder tratar uma das partes não é praticada por muitos; autonomia dos hospitais e, principalmente, falta de planejamento do atendimento à saúde da população (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2013).

Outros aspectos negativos foram elencados pelos sujeitos: baixa usabilidade (23,9%), inadequação para o propósito da atenção básica (9,5%), descontinuidade nos atendimentos (8,2%), difícil adaptação (3,1%) e problemas na relação médico-paciente (2,5%). Estas críticas ficam mais claras através das falas dos entrevistados:

*Burocratiza muito o atendimento* (Médico 58).

*Grande dificuldade de acesso aos dados do paciente que não são visualizados em tela* (Médico 24).

*O prontuário deveria ser familiar e não individual* (Médico 55).

*[...] nós profissionais não fomos questionados quanto às características ou falhas do mesmo* (Médico 55).

*Atrapalha a atenção dada ao paciente* (Médico 63).

Contudo, quando um participante aponta a existência de um “*prontuário onde antes não existia nenhum*”, esta fala denota que a implantação do PEP é concreta e contribui para a qualidade do serviço.



## Utilização do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

Em relação à utilização do PEP, os participantes polarizam suas percepções em pontos positivos e frágeis. Considerando o lado positivo, a maioria se posicionou pela facilidade de manuseio e simplicidade dos registros (71,4%), pelo bom uso (15,9%) e pelo potencial para ampliar o seu uso (12,7%).

*O treinamento não precisa ser exaustivo para que se possa utilizar (Médico 54).*

*Basta um conhecimento básico de informática para manuseá-lo (Médico 10).*

*Ele poderia “lembrar” o profissional que está na “hora” de solicitar uma mamografia, PSA, microalbuminúria, facilitar através de protocolos – lista de exames periódicos para HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) e DM (Diabetes) (Médico 55).*

Entretanto, apesar da relativa facilidade de uso do PEP (45/71,4%), existem dificuldades logísticas e estruturais pontuadas em 99,2% das respostas. Ao se reportarem sobre os aspectos negativos, as considerações dos participantes convergiram, enfatizando, mais uma vez, questões técnicas e de infraestrutura.

*Para visualização de consultas anteriores já utilizamos os 15 minutos disponíveis para o atendimento do paciente (Médico 8).*

*O sistema é péssimo, cai o tempo todo (Médico 99).*

*Acho complicado, porque, só para entrar são várias etapas (Médico 87).*

*A tela de prescrição são tantos cliques para se conseguir escrever o nome da droga... quando com apenas um clique estaria disponível... (Médico 27).*

*É difícil ainda acessar o histórico, por exemplo (Médico 56).*

*É muito demorado consultar o CID (Classificação Internacional das Doenças) e visualizar as consultas anteriores (Médico 60).*

*Quando o sistema sai do ar você não pode fazer o atendimento completo (solicitar exames, encaminhamentos) (Médico 31).*

*A inadequação do sistema ao propósito (uso num CSF cuja ESF está implantada) me parece o principal problema (Médico 72).*

*... nos obriga a gastar o tempo da consulta olhando para a tela de um computador, prejudicando a qualidade do atendimento e deixando o paciente insatisfeito (Médico 56).*

Mesmo com uma relativa facilidade no manuseio, os entraves estruturais se mesclam e demonstram a grande interdependência entre as variáveis: facilidade de uso e lacunas do apoio logístico. Não há como a utilização ser viável e resolutiva

se todo o processo é lento e, ainda, prejudicado pelas sucessivas “quedas” do sistema, inviabilizando o alcance de um atendimento de qualidade na atenção básica. A facilidade referida pelos usuários quanto ao manuseio não é o mesmo que a usabilidade de um sistema.

Para especialistas da área, um programa informático pode ser fácil e não ser prático ou utilizável. Estas são questões importantes quando novas tecnologias surgem. Muitas são fáceis de usar, mas, na vida cotidiana e prática, não conseguem bom desempenho. A análise de usabilidade é uma maneira de se tentar mensurar tais características <sup>20</sup>. As declarações dos médicos expressam estas ideias e insatisfações demonstrando desconhecimento (7,5%) do significado de facilidade e usabilidade (30,8%) no campo da tecnologia da informação.

A vinculação com as questões técnico-estruturais, de manutenção e assistência persistem. A relação é afetada – na visão de médicos – sempre que a “máquina” não corresponde aos “padrões de agilidade” das consultas seja pela lentidão de inserir e resgatar as informações seja pela inoperância do sistema em virtude das repetidas “quedas da rede”.

Além disso, parece haver inadequação ao propósito. A atenção primária à saúde se caracteriza pelos cuidados ao longo da vida, coordenação de cuidados, primeiro contato e integralidade (cuidados preventivos e curativos) (BRASIL, 2004b). Idealmente, a abordagem deveria ser familiar alinhada à estratégia saúde da família. O PEP, portanto, deveria dar o instrumental para conseguir agregar as informações necessárias para estes fins. Os médicos percebem que, com este PEP, isto não é possível.

## Confiança no sistema e no PEP

Quando indagados sobre “confiança” no PEP, alguns entrevistados demonstraram confiança no sistema.

*O sistema é confiável, pois uma vez salva a consulta ela não pode ser modificada (Médico14).*

*Sim, contanto que os profissionais não divulguem suas senhas de acesso! (Médico 77).*

Houve, entretanto, um predomínio das respostas negativas. A maioria dos médicos revelou desconfiança na segurança dos dados assim como na infraestrutura e manutenção insuficiente para que eles se sintam protegidos na inserção de dados sigilosos de seus atendimentos clínicos.

A fala abaixo demonstra o quanto ainda preocupa ao usuário médico o compartilhamento do PEP entre as várias categorias profissionais, podendo-se inferir que há um descrédito em relação ao sigilo e ética profissional entre os profissionais que respondem pela força de trabalho da atenção básica.

*Tenho muitas dúvidas quanto ao acesso do prontuário médico (que contém informações sigilosas do paciente) por não médicos (Médico 36).*

Temas como inadequação, adaptabilidade do médico ao sistema, falta de conhecimento e interferência na relação médico-paciente foram citados, mas com menos intensidade.

*Sinceramente, não sei. Por falta de um conhecimento mais aprofundado sobre o próprio sistema (Médico 60).*

*Porém, desconfio da eficácia real dele uma vez que a própria SMS (Secretaria Municipal de Saúde) exige que certos registros como notificações, cadastros do HIPER/DIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) e BPA (Boletim de Produção Ambulatorial) sejam feitos também manuais (em papéis) para que sejam realmente registrados (Médico 98).*

*Não confere segurança e vantagens para o relacionamento médico-paciente (Médico 42).*

Alguns relatos demonstram a grave situação de quebra de sigilo médico com repercussões legais significantes. Há indícios de potenciais problemas estruturais nas relações de trabalho, muito mais do que no próprio sistema: senhas utilizadas por outras pessoas; cadastros duplicados; registros em papel quando o sistema parece ter o mesmo registro em meio eletrônico. Estas situações afetam a confiança e potencializam a descrença no prontuário eletrônico. Relatos de desaparecimentos de dados previamente registrados são graves para todos os envolvidos (pacientes, profissionais de saúde, gerência), além de gerar subnotificações e aumentar a desconfiança.

Essas questões indicam insucesso do sistema de informação, demonstrando a banalização do uso dessa ferramenta e a apatia do usuário em relação aos problemas decorrentes do seu uso cotidiano. Ceder senhas pessoais para funcionários

revela a fragilidade ética e legal permeando o processo de trabalho. Acreditar e afirmar que o PEP é “teatro puro” não contribui para o avanço das propostas governamentais em direção à consolidação das diretrizes de inovação tecnológica na saúde.

*O acesso aos dados é amplo e o sigilo não existe (Médico 38).*

*Vários funcionários têm acesso às senhas dos colegas (Médico 47).*

*... observo que alguns registros de alguns pacientes algumas vezes “somem” do sistema (Médico 65).*

*Não confio. Porque às vezes chega um paciente com o mesmo nome de outro e mesma idade (Médico 71).*

*Teatro puro (Médico 99).*

Houve pouca participação ativa de médicos nos processos de escolha, desenvolvimento e implantação do PEP, talvez porque o planejamento ascendente participativo ainda não tenha sido assimilado pela gestão entre as esferas governamentais. Importante mencionar que a literatura sinaliza que esta participação é considerada fundamental para o sucesso dos sistemas. Não basta a existência de médicos participando no processo de planejamento, mas, também, na implantação e no processo de consolidação de uso. *Champion* (palavra de língua inglesa significando apoiador, aquele que aposta), é a denominação dada à pessoa necessária para o sucesso da im-

plantação de um sistema complexo como é um PEP22. No caso da atenção básica, há ainda a questão geográfica, pois são múltiplos pontos de atendimento trazendo a necessidade de vários *champions*. Esta compreensão se fez presente na fala de um dos participantes do estudo.

*Na elaboração do programa deveriam estar presentes médicos da rede que o utilizam (Médico 49).*

Ao afirmar a importância da participação do usuário no planejamento e implantação de mudanças na rede de atenção à saúde, este profissional sinaliza o compromisso com o coletivo e com as possibilidades de aceitação de mudanças e inovações.

Ao se interrogar sobre as potencialidades e fragilidades desse sistema, percebe-se, em alguns depoimentos, características positivas do PEP. Os relatos confirmam a esperança de que este possa, de uma maneira geral, se consolidar como uma ferramenta capaz de aperfeiçoar o processo de trabalho na atenção básica.

*Potencial de se expandir integrando-se aos hospitais da rede municipal e outras (Médico 61).*

*Facilita a relação com o paciente, pois este já chega ao retorno como se você se recordasse completamente da consulta anterior, e se esses dados estão no sistema, há como você recordar (Médico 79).*

*Sem sair do consultório vejo o estoque da farmácia (Médico 87).*

*Utilização de diversos recursos disponíveis, para conhecimento em relação aos atendimentos para obtenção de dados e marcadores importantes (Médico 96).*

Contudo, alguns participantes mantiveram o caráter condicional em suas manifestações:

*O sistema seria melhor se houvesse uma opção para informações importantes (como alergia a medicamento) que surgisse na tela assim que a consulta fosse aberta o que evitaria prescrições erradas (Médico 14).*

*Se houvesse mais infraestrutura o sistema daria um maior acesso a vida médica do paciente dando maior segurança nas investigações evitando desperdício de exames e medicamentos (Médico 10).*

Diante das condições impostas pelos participantes, as fragilidades sinalizadas nesta questão demonstram a natureza inconclusiva do processo de implantação desta ferramenta tecnológica. Se, por um lado, os usuários acreditam no potencial que a ferramenta poderia desencadear em sua prática, por outro, demonstram descrédito, em seus discursos, no que se refere ao processo de implantação e ao seu acompanhamento, haja vista que o PEP, até o momento da realização deste estudo, não tinha sido objeto de investigação avaliativa.



Desse modo, os temas discutidos e representados nos Quadros 1, 2 e 3 apresentam as fragilidades na implantação, facilidade de utilização e confiança do sistema e do PEP. Entretanto, a infraestrutura juntamente com a manutenção se mostraram, de fato, as maiores barreiras à utilização do PEP.

*O sistema sai muito do ar, então neste dia além de não visualizar o histórico do paciente, você não pode encaminhá-lo, nem solicitar alguns procedimentos, tendo que marcar novamente outra consulta para fazê-los no sistema (Médico 79).*

*A demora nas consultas, devido a problemas no sistema, irrita a população (Médico 14).*

*As impressoras quebram, falta cartucho fazendo o profissional trabalhar em dobro no computador e à mão (Médico 10).*

O depoimento abaixo evidencia as maiores insatisfações no âmbito da pesquisa em foco, pois expressa a dificuldade de utilização e, ainda, o transtorno originado pela logística equivocada dos atendimentos e da relação médico-paciente no momento da consulta. Esta assertiva é agravada por uma infraestrutura insuficiente e inadequada que tem se revelado constante no cotidiano da gestão pública.

*O sistema sai ‘constantemente do ar’, algumas vezes já tenho redigido toda a história do paciente, exame físico, conduta e ao salvar... “sai do ar ... Reinício o computador... aguardo até o prontuário estar disponível para só então ten-*

*tar escrever tudo de novo. Imagine o tempo que perdi, e o paciente e os outros que estão lá fora esperando? Sem falar nos casos em que o paciente deseja um atendimento especializado ou um exame de realização externa, esse paciente vem um dia para marcar a consulta, vem no outro para consultar-se, aguarda até a sua vez de ser atendido e quando entra no consultório, de repente, o sistema “sai do ar” e daí o paciente tem que voltar outro dia para tentar (Médico 96).*

Na visão dos usuários médicos integrantes do estudo, o caráter disfuncional que o sistema acarreta demonstra a sua incompletude e justificam que não registrar informações das consultas no PEP inviabiliza um acompanhamento com qualidade das condições de saúde e doença, além de encaminhamentos e tomadas de decisão de forma mais precisa e científica.

*Inviável para estratégia de atendimento familiar (Médico 24).*

*Discrepância cultural com o público alvo (Médico 42).*

*Não há lista de HD (hipóteses diagnósticas) do paciente (Médico 53).*

*(Falta do) Calendário vacinal (Médico 17).*

É importante referir que, ao citar a inexistência de “calendário vacinal” este usuário aparenta desconhecer os campos que compõem o PEP em sua totalidade ou ter utilizado de

forma equivocada esta expressão, pois esta ferramenta possibilita acompanhar a aplicação de imunobiológicos das pessoas cadastradas e atendidas na atenção básica ao dispor, em uma de suas interfaces, o cartão (virtual) de vacinação.

Um prontuário eletrônico pode não ser bem preenchido pela sua não utilização e a sua não utilização pode advir do fato de ser incompleto, lento e não estar disponível na hora do atendimento.

*Aumenta o tempo da consulta pelo maior tempo dedicado à máquina (trava, demora abrir tela, etc.), porém diminui o tempo com o paciente (outros pacientes se irritam e induz a um atendimento apressado para compensar o tempo perdido com o computador) (Médico 65).*

*Falta de informações importantes não registradas (Médico 34).*

*Registros “inúteis” feitos por profissionais que desvalorizam o sistema (Médico 81).*

*Ninguém escreve muito talvez pela demora do sistema (Médico 8).*

Quando um prontuário é realmente utilizado pelo próprio médico que o preenche, ele é alvo constante de avaliação, o que resulta em *feedback* para o próprio médico que o preenche e para a equipe multiprofissional que o utiliza. Assegura, também, para o paciente o armazenamento de seu histórico de saúde-doença.

*O espaço para descrever anamnese e EF (exame físico) 'trava' a partir de certo número de caracteres (Médico 53).*

*Dados desnecessários, burocrático. Dificil linguagem. Dificil localização do CID (Código Internacional de Doença) (Médico 58).*

A sequência de falas consegue expressar as dificuldades enfrentadas pelos médicos e as lamentações declaradas oriundas do cotidiano de utilização do prontuário eletrônico em específico, dificuldades recorrentes que levam à descrença no sistema e à resistência em sua utilização.

*Falta de modelo de 1ª consulta para rápida visualização dos: hábitos, história patológica pregressa, história familiar, história ginecológica, história psicossocial (Médico 48).*

*(Necessário ter) meios de acesso mais rápido como ícones que já te levam para onde você quer, por exemplo: marcação de exames (Médico 56).*

*Dificuldade em ver queixa em consultas anteriores (Médico 71).*

*Interface suja e pouco intuitiva (Médico 81).*

*Melhorar e evoluir com a sugestão dos profissionais (o que não acontece) (Médico 55).*

*Falta de preparo dos recursos humanos para o seu uso (Médico 42).*

Através dessas manifestações é possível notar que os médicos, além da identificação do que funciona e do que não funciona no sistema e no PEP, sugerem melhorias, na perspectiva de tornar o sistema mais resolutivo e expressam desejo de contribuir na ampliação ou reformulação desta ferramenta imprescindível na prática clínica.

## CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

O atual PEP da atenção básica de Fortaleza não se mostra adequado aos olhos dos médicos participantes da pesquisa. Neste raciocínio, foram apontadas fragilidades significativas referentes às etapas de implantação, acompanhamento, utilização, manutenção e avaliação do sistema e do prontuário eletrônico implantados na rede municipal de saúde, em Fortaleza.

Embora reconheçam a importância do PEP, os usuários evidenciaram insatisfação com o modelo e a logística vigentes neste município. Planejar e gerir a informação em saúde é muito mais do que implantar “um banco de dados”: significa atender, em suas nuances, as diretrizes da política de informática para a saúde acompanhando sua evolução e transformação.

Vale ressaltar que a insatisfação do usuário é decorrente, em grande parte, da falta de infraestrutura e/ou de qualificação da base técnica sobre a qual ocorre o tratamento das informações armazenadas. O processo de trabalho com a utilização do PEP foi discutido por seus usuários médicos que apresentaram disfunções que emperram e subutilizam os recursos da ferramenta em questão.

Reafirmando, o sistema é utilizado por diversos profissionais – dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem,

gerentes, auxiliares administrativos, dentre outros – de modo que deveria ser avaliado por estes profissionais para que se obtivesse uma análise mais aprofundada dos processos internos de trabalho. Esta assertiva foi sinalizada pelos participantes que também manifestaram o ensejo de se tornarem coparticipes de mudanças e inovações que resultem na melhoria de sua práxis.

A partir dos achados deste estudo, é possível fazer recomendações indicando caminhos para a melhoria do PEP. A principal delas diz respeito à infraestrutura, à manutenção e ao suporte necessário, assim, é prudente que prontuários eletrônicos futuros considerem aspectos apontados neste estudo: suporte adequado, participação de usuários finais na sua concepção, implantação e avaliação.

## REFERÊNCIAS

ADLER, K. G. How to successfully navigate your EHR implementation. *Family Practice Management*, v. 14, n. 2, p. 33-39, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Translation L.A. Reto; A. Pinheiro. Lisboa: 70, 1977.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da População 2007**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

DICK, R. S.; STEEN, E. B.; DETMER, D. E. **The Computer-Based Patient Record: an essential technology for health care.** Revised edition. Washington, D.C.: National Academy Press; 1997. (N.A. Press editor).

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2012.** Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>>. Acesso em: 28 abr. 2015.

FRANKEL, R. *et al.* Effects of exam-room computing on clinician-patient communication: a longitudinal qualitative study. **Journal of General Internal Medicine**, v. 20, n. 8, p. 677-682, 2005.

JOOS, D. *et al.* An electronic medical record in primary care: impact on satisfaction, work efficiency and clinic processes. **AMIA Annual Symposium proceedings**, n. 1, p. 394-398, 2006.

MASSAD, E.; MARIN, H. D. F.; AZEVEDO NETO, R. S. D. (Ed.). **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico.** São Paulo: Organização Panamericana da Saúde, 2003.

MORAES, I. H. S. Política Nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde: um pacto a ser construído. **Revista Saúde em Debate**, v. 29, n. 69, p. 86-98, 2005.

MORAES, I. H. S.; GÓMEZ, M. N. G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 12, v. 3, p. 553-565, 2007.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPAS. Programa de Información sobre Servicios de Salud. **Registros Médicos Electrónicos para três países de Centroamérica.** Washington, 1997. Serie Sistemas de Información sobre Servicios de Salud, 3.

SCHOEN, C. *et al.* On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. **Health Affairs**, v. 25, n. 6, p. 555-571, 2006.

SCOTT, J. T. *et al.* Permanent's experience of implementing an electronic medical record: a qualitative study. **BMJ**, v. 331, n. 7528, p. 1313-1316, 2005.

TAYLOR, H.; LEITMAN, R. European physicians especially in Sweden, Netherlands, and Denmark, lead in use of electronic medical records. **Health Care News**, v. 2, n. 16, p. 3, 2002.

VIEIRA, L. J. E. S. *et al.* Ações e possibilidades de prevenção de acidentes com crianças em creches de Fortaleza, Ceará. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1687-1697, dec. 2009.



# CAPÍTULO 14

## SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Giane Cristina Alvarenga

Ellen Synthia Fernandes de Oliveira

Maria Alves Barbosa

Ricardo Antonio Gonçalves Teixeira

### INTRODUÇÃO

Este estudo elege como objeto a avaliação da satisfação dos enfermeiros de um hospital universitário referência em atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS).

Dimensionar satisfação não é uma tarefa simples, porém, com a ampliação dos estudos impulsionada pelas diferentes demandas de áreas, muitos conceitos com variados enfoques têm orientado estudos para tal compreensão. A dificuldade de apreensão e mensuração ocorre devido à complexidade de aspectos envolvidos e por ser uma variável de atitudes (SIQUEIRA; KURCGANT, 2012).

Na perspectiva do trabalho, a satisfação, de acordo com Melo, Barbosa e Souza (2011), é uma avaliação que o trabalhador realiza, de forma subjetiva, sobre o quanto seu trabalho é benéfico ou prejudicial para o seu bem-estar. Em décadas

anteriores, Locke (1976), Tamayo (2000), Martinez e Paraguay (2003) apresentaram a satisfação no trabalho como um resultado do conjunto que envolve o que o indivíduo procura e o que realmente encontra nele. No âmbito do SUS, há que se ressaltar o conjunto de características e prerrogativas que norteiam tal satisfação, destacando, entre elas, a humanização, como fator essencial nas práticas de saúde, sendo estas não somente voltadas para os usuários, mas, também, devendo fazer parte da rotina dos ambientes de trabalho em saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada, em 2003, pelo Ministério da Saúde, possui e aborda a capacitação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde, com atenção às condições adequadas para a execução das atividades laborativas (BRASIL, 2001; 2010). A partir da sua criação, muito se tem discutido a respeito do tema, especialmente na perspectiva do usuário. Porém, ainda são escassas as discussões sobre a vulnerabilidade do profissional neste contexto (FONTANA, 2010).

Melo, Barbosa e Souza (2011) apresentam que a maior fonte de satisfação da equipe de enfermagem consiste em poder ajudar as pessoas, pois, ao prestar o cuidado, o profissional se sente útil e estimulado pelo resultado do seu trabalho que espera seja valorizado e reconhecido. Salientam, ainda, que, apesar de existirem resultados negativos referentes aos aspectos do trabalho, o comprometimento com o ofício continua existindo entre os profissionais da saúde, inclusive entre a equipe de enfermagem, até mesmo entre os mais insatisfeitos.

O cuidado convertido em profissão é pautado na subjetividade e está relacionado à individualidade de cada ser. O

trabalho em saúde impõe ao enfermeiro uma concepção psicodinâmica da afetividade e subjetividade acarretando, algumas vezes, instabilidade física e emocional. No processo do cuidar satisfatório, o enfermeiro deve estar bem interiormente, ou seja, com sentimentos em equilíbrio, pois isto influencia a qualidade do seu trabalho e o seu reconhecimento enquanto profissional (BORGES, 2013). A rotina resultante do processo de trabalho causa um alto grau de tensão e conflito que perpassa toda a equipe, favorecendo as ansiedades diante das demandas (ALVES *et al.*, 2011).

Estudo de Valente (2014) sobre fatores de risco e acidentes ocupacionais em integrantes da equipe de enfermagem realizado na mesma instituição onde foi feita a presente investigação aponta que os riscos ocupacionais mais citados pelos profissionais de enfermagem foram os biológicos e os psicossociais. Entre estes últimos, os mais percebidos foram: sofrimento psíquico, trabalho de equipe reduzido, violência e agressão. A autora relata que o contexto de trabalho da enfermagem, com elevadas cargas de tarefas, extensas jornadas de trabalho, pressão psicológica e convivência com o sofrimento e os anseios de outrem, deixa estes profissionais vulneráveis aos agravos psicológicos

O profissional enfermeiro é um facilitador do crescimento emocional e promotor da saúde quer sua quer das demais pessoas sob seus cuidados diretos e indiretos. O potencial de saúde se centra na possibilidade de o enfermeiro encontrar alternativas para a solução de problemas e para conseguir conter os efeitos destrutivos destes, pois assume o estatuto social como um profissional competente e hábil diante das demandas da sociedade, nos diversos níveis de atenção e vigilância em

saúde, promovendo, protegendo e confortando, dito de outra forma, responsabilizando-se pela qualidade e estilo de vida daqueles sob seus cuidados (ALVES *et al.*, 2011).

Melo, Barbosa e Souza (2011) recomendam, para a melhoria da satisfação profissional do enfermeiro, a gestão voltada para as pessoas, a valorização da equipe de enfermagem, por meio do diálogo, reconhecimento, respeito, incentivo, estímulo, criação de programas de educação continuada com enfoque no desenvolvimento pessoal e profissional, um sistema eficaz de comunicação interna, planos de carreira, cargos e salários, inclusão do trabalhador da enfermagem no processo de tomada de decisões, promoção de melhorias nas condições de trabalho, realização de fóruns sobre o tema satisfação no trabalho e a elaboração de estudos com fortes níveis de evidência para subsidiar propostas de mudanças e ações da enfermagem.

Pesquisas neste campo envolvendo enfermeiros podem contribuir para a identificação do problemas nos serviços de saúde, subsidiando, através de seus resultados, planejamentos de estratégias e soluções e consequentes melhorias no ambiente de trabalho, nas relações entre os profissionais e na qualidade da assistência prestada aos clientes.

## **METODOLOGIA**

Este capítulo é resultado de uma pesquisa de base transversal, descritiva exploratória, realizada em um hospital de ensino superior, localizado na região Centro-Oeste do Brasil. Trata-se de um hospital de grande porte, com capacidade para mais de 300 leitos, oferecendo atendimento exclusivamente pelo SUS, com finalidade de assistência, ensino e pesquisa.

A população dimensionada no estudo foi composta por 134 enfermeiros com carga horária de 30h semanais, em contratos definitivos e temporários, vínculos federal, estadual, municipal e terceirizado. Os critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa foram: ser enfermeiro admitido por concurso público federal para o devido cargo; ter tempo de serviço na instituição há pelo menos um ano; e escalado para o trabalho no período da coleta de dados. Após o estabelecimento do critério de inclusão, a amostra foi composta por 91 enfermeiros.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro a dezembro de 2013, por meio da aplicação de dois questionários, sendo o primeiro para identificar o perfil sociodemográfico e profissional da amostra e o segundo para avaliar a satisfação no trabalho através do instrumento S20/23.

O S20/23 é um instrumento destinado ao estudo da satisfação profissional de trabalhadores de qualquer área e sua versão na língua portuguesa foi validada por Carlotto e Câmara (2008). Trata-se de uma versão reduzida do questionário S4/82, desenvolvido por Meliá, Peiró e Calatayud (1986).

O S20/23 foi projetado para obter uma avaliação conveniente e rica do conteúdo da satisfação no emprego, tendo em vista as importantes restrições motivacionais e temporais a que pode estar exposto o trabalho do pesquisador ou consultor em contextos organizacionais (MELIÁ; PEIRÓ, 1989).

Os índices de confiabilidade dos fatores no momento da validação variaram de 0,77 a 0,92 e um alfa geral de 0,91. No estudo original foi encontrado um alfa geral de 0,92 e o valor do alfa das cinco subescalas variou de 0,76 a 0,89 (MELIÁ; PEIRÓ, 1989). No Quadro 1 estão explicitados os itens do instrumento nos seus três fatores.

**Quadro 1** – Distribuição dos 20 itens do S20/23 pelos três fatores.

<b>Nº</b> <b>Questão</b>	<b>Itens</b>	<b>Fatores</b>
01 02 03 05	Com o trabalho enquanto fator de realização Com as oportunidades p/ fazer coisas em que se destaca Com as oportunidades p/ fazer coisas de que gosta Com os objetivos e metas que deve alcançar	Satisfação intrínseca do trabalho (4 itens)
06 07 08 09 10	Com a higiene e salubridade de seu local de trabalho Com o ambiente e espaço físico do local de trabalho Com a iluminação do seu local de trabalho Com a ventilação de seu local de trabalho Com a climatização de seu local de trabalho	Satisfação com ambiente físico de trabalho (5 itens)
13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23	Com as relações pessoais com as instâncias de poder Com a supervisão sobre o trabalho que realiza Com a periodicidade das inspeções realizadas Com a forma como avaliam e julgam seu trabalho Com a igualdade de tratamento e sentido de justiça Com o apoio recebido de instâncias superiores Com a possibilidade de autonomia sobre seu trabalho Com sua participação nas decisões na organização Com a possibilidade de participar nas decisões sobre Com o modo como são cumpridas as normas e acordos Com a forma de negociações p/ contratação de benefício	Satisfação com relações hierárquicas (11 itens)

Fonte: Carlotto e Câmara, 2008.

A presente pesquisa foi apresentada aos participantes por meio de leitura do título, objetivos do estudo e apresentação dos instrumentos de coleta de dados.

Para o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo, foi elaborado um questionário. As variáveis pesquisadas

foram idade, gênero, estado civil, filhos e renda familiar; os relacionados ao trabalho incluem o tempo de formação, tempo de trabalho na enfermagem, tempo de trabalho na instituição, carga horária semanal, outro vínculo empregatício, unidade de lotação e tempo em que nesta se encontra, cargo e informação sobre pós-graduação.

Dos 20 itens analisados, apenas 7 apresentaram nível de significância  $>26$ . Destes 7, 3 se relacionam à satisfação intrínseca no trabalho (itens 2, 3, 5); 1 está relacionado à satisfação com o ambiente físico do trabalho (item 8); e 3 dizem respeito à satisfação com relações hierárquicas (itens 13, 19, 20).

Para a avaliação da satisfação no trabalho, utilizou-se uma escala tipo Likert variando de 1 a 5, em que 1 = totalmente insatisfeito, 2 = parcialmente insatisfeito, 3 = indiferente, 4 = parcialmente satisfeito e 5 = totalmente satisfeito. Foram associadas as respostas quanto à satisfação no trabalho como fator de realização (item 1) com as respostas dos demais itens do questionário.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os dados obtidos a partir dos instrumentos aplicados aos 91 enfermeiros do estudo foram apresentados e analisados em relação ao perfil sociodemográfico e profissional e à satisfação no trabalho.

### ***Perfil sociodemográficos***

O perfil sociodemográfico dos profissionais incluídos no estudo se delinea com a predominância de mulheres (90,1%), na faixa etária entre 40-50 anos, tendo, em média, 47 anos; são

casados ou em união estável, 60,4% dos participantes e 25,3% são solteiros; têm, em média, dois filhos; com renda familiar de 10 salários mínimos ou mais, são 71,4%; especialistas são 59,3%, 30,8%, mestres e 4,4%, doutores.

Dados obtidos na presente investigação corroboram outros estudos que também encontraram predominância de mulheres (BECK *et al.*, 2010; HILLESHEIN *et al.*, 2011; LINCH; GUIDO; FANTIN, 2010). Ressalta-se que o trabalho é exercido quase que exclusivamente por mulheres, em decorrência da retrospectiva histórica da profissão (BRANQUINHO *et al.*, 2010; SILVA; FERREIRA, 2011). De fato, o enfoque do trabalho da Enfermagem é o cuidado e cuidar é uma opção concebida naturalmente como feminina, embora a profissão caminhe para uma concepção mais ampla de trabalho expandindo suas atividades para a gestão de serviços, pesquisas, consultorias, ensino ou mesmo integrando comissões não ligadas especificamente ao ato de cuidar.

Os resultados quanto à média de idade dos profissionais do presente estudo corroboram aqueles encontrados por Vasconcelos (2009) e Queiroz e Sousa (2012). Pesquisas apontam que a idade pode influenciar negativamente a capacidade para o trabalho do indivíduo, principalmente a partir dos 45 anos de idade, uma vez que fatores estressores começam a se acumular neste período (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2010).

A maior demanda de enfermeiros por curso de especialização pode se justificar tanto pelo desejo por oferecer melhor assistências quanto pela maior facilidade de inserção no mercado de trabalho em saúde. A pós-graduação *latu sensu* se tornou um importante instrumento para a continuidade da educação profissional, contribuindo para a produção científica



e a adequação do conhecimento à prática (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011). No estudo de Beck *et al.* (2010), um percentual de 25% dos enfermeiros possuía mais de um curso de pós-graduação.

Atribui-se à renda familiar mais elevada o fato de a maioria dos enfermeiros ser casada, característica também encontrada em outros estudos (QUEIROZ; SOUZA, 2012). Entretanto, o aumento de renda devido à carga horária de trabalho elevada não contribui para o bem-estar, pelo contrário, pode prejudicá-lo. Muitos enfermeiros (54,8%) dispõem de outro vínculo empregatício, visto que o enfermeiro que busca melhores condições de vida se dispõe a trabalhar mais para obter uma renda melhor, o que acaba prejudicando a sua qualidade de vida. É imprescindível que as práticas na contratação de pessoal sejam repensadas, considerando o bem-estar dos profissionais e a qualidade da assistência prestada (SANTOS; VANDENBERGHE, 2013).

### ***Perfil profissional***

A maioria dos enfermeiros participantes do estudo ocupa cargos de gestão, sendo 74 (81,3%) enfermeiros supervisores, 8 (8,8%) gerentes de seções e serviços, 7 (7,7%) coordenadores e um ocupa o cargo de direção. No estudo de Silva *et al.* (2009), o cargo dos profissionais estava repercutindo na sua satisfação levando a acreditar que os chefes se sentissem mais autônomos no gerenciamento de suas atividades, o que poderia refletir em maior prazer e satisfação. Com os avanços tecnológicos e a produção do conhecimento, as organizações induzem mudanças em ritmo cada vez mais acelerado, o que altera os processos e as relações de trabalho com impacto dire-

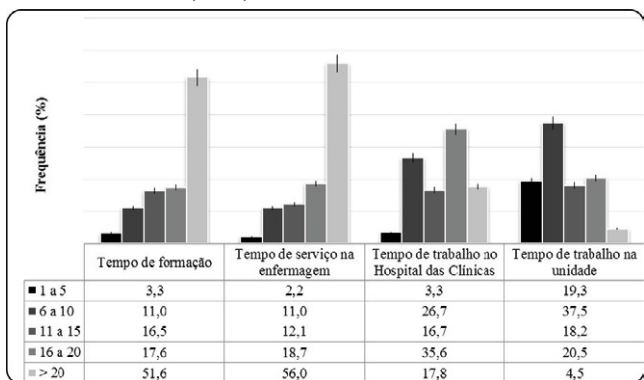
to nos profissionais. Neste cenário, destaca-se a policronia na atividade de enfermagem, ou seja, a realização de atividades simultâneas (LINCH; GUIDO; FANTIN, 2010), evidente entre os enfermeiros, mas que requerem habilidades essenciais além de conhecimento técnico-científico (CUNHA, 2008).

Com relação a outros vínculos, as instituições de saúde, em sua maioria, possuem um ritmo de trabalho bem acelerado e as baixas remunerações obrigam os profissionais de saúde a terem mais de um emprego em diferentes turnos para aumentar sua renda mensal, o que expõe o profissional a enormes riscos (LOPES *et al.*, 2012).

Múltiplos vínculos empregatícios são percebidos como questão de sobrevivência, pela categoria da enfermagem, particularmente entre aqueles que trabalham sob o regime de plantão em hospitais. Este fato reduz o tempo de descanso e lazer, aumenta a duração das jornadas de trabalho, afeta a saúde dos trabalhadores e compromete a qualidade da assistência prestada (GRIEP *et al.*, 2013).

Ressalta-se que a metade dos enfermeiros está formada há mais de 20 anos, trabalhando no Hospital e muitos permanecem na mesma unidade de lotação, conforme se verifica no Gráfico 1.

**Gráfico 1** – Tempo de formação, serviço na enfermagem, trabalho no hospital e trabalho na unidade de lotação de 91 enfermeiros de um hospital universitário na região Centro-Oeste do Brasil – Goiânia, Goiás, 2013.



O tempo de formação confere experiência pessoal e profissional ao indivíduo, tornando-o mais seguro. Pode, também, ser um fator tanto estimulante quanto inibidor para a satisfação no trabalho (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011).

Ao longo dos anos, a satisfação do enfermeiro vai diminuindo, sobretudo quando o tempo de experiência não interfere na hierarquia e nos planos da instituição (MURRELLS; ROBINSON; GRIFFITHS, 2008). Por outro lado, permanecer na mesma unidade de serviço por tempo prolongado pode propiciar maior adaptação ao ambiente e menor estresse ou, até mesmo, a banalização do processo de trabalho e das atividades (SILVA *et al.*, 2009; GUIDO, 2003). No presente estudo, vale ressaltar que, por se tratar de um grupo de profissionais concursados com estabilidade e planos de cargos e salários, a maioria permanece na mesma instituição até a aposentadoria.

## ***Satisfação no trabalho***

A Satisfação Intrínseca do Trabalho foi um fator investigado neste estudo e envolve os elementos relacionados ao próprio trabalho e seu conteúdo – realização; destaque e reconhecimento; apreço pelo que faz; objetivos e metas – (CARLOTTO; CÂMARA, 2008). Neste sentido, “os postos de trabalho são potencialmente motivantes ou desmotivantes, em função das suas características expressas em termos de dimensões” (GOMES; BORBA, 2011).

Na Instituição pesquisada, 79,5% dos participantes se encontram parcialmente satisfeitos em relação às oportunidades que o trabalho lhe oferece para fazer coisas de que gosta e 68,2% estão totalmente satisfeitos. Quanto à satisfação com os objetivos e metas que deve alcançar, 72,7% estão totalmente satisfeitos.

Esses dados são interessantes porque o prazer e ou afinidade com o que faz contribui para evitar a evasão do trabalho, devendo ser considerados, no gerenciamento de recursos humanos, os sentimentos do enfermeiro em relação à sua profissão e ao seu trabalho (JEONG; KURCGANT, 2010).

Linch, Guido e Fantin (2010) também evidenciaram que, dentre os principais fatores motivacionais se destacam o gostar do que faz, o relacionamento satisfatório com a equipe multiprofissional e a possibilidade de obter crescimento profissional. De fato, a satisfação é um fator que pode favorecer a produtividade no trabalho e agregar valores ao indivíduo para que este se mantenha motivado. Por outro lado, há satisfação com as oportunidades para fazer coisas nas quais se destaca entre 81,3% dos respondentes.

Vale ressaltar que reconhecimento, responsabilidade e autonomia proporcionam satisfação enquanto o salário, a qualidade de supervisão, o relacionamento com a equipe e as condições de trabalho são os que mais contribuem para a insatisfação do enfermeiro (SIQUEIRA; KURCGANT, 2012).

### ***A satisfação com o ambiente físico do trabalho***

Existem fatores presentes na estrutura física que também contribuem para a satisfação no trabalho. Na presente investigação, mais da metade (66,7%) dos enfermeiros se declarou apenas parcialmente satisfeito com a iluminação do local de trabalho. Outras características do ambiente físico não foram referidas.

Estudo de Lemos, Rennó e Passos (2012) mostra, entre outros fatores, que boas condições de infraestrutura também estão relacionadas ao significado da satisfação no processo produtivo da equipe de enfermagem, visto que se o espaço físico não é projetado adequadamente, o trabalho pode se tornar penoso e cansativo.

### ***Satisfação com relações hierárquicas***

Refere-se às características da supervisão e gerenciamento (relação com superiores; poder de decisão e autonomia; participação nas decisões). O reconhecimento por parte da instituição e o apoio e respaldo da gerência estimulam a tomada de decisões, fazendo com que os profissionais se sintam valorizados, contribuindo para a satisfação, conforme Herrera, López e Margarita (2012). Neste estudo, 71,4% estão total-

mente satisfeitos com as relações pessoais e com as instâncias de poder, enquanto que 65,2% se encontram totalmente satisfeitos apenas com o trabalho.

Chaves, Ramos e Figueiredo (2011) salientaram que o agente de satisfação mais importante para estes profissionais foi o relacionamento interpessoal no ambiente laboral. No estudo de Paula *et al.* (2012), a maioria dos entrevistados mantinha boa relação.

Analisando a satisfação com a possibilidade de autonomia no próprio trabalho, o presente estudo encontrou que a grande maioria (72,7%) está parcialmente satisfeita com o trabalho, mas insatisfeita com a autonomia. De fato, a falta de autonomia e o fato de se sentirem inseguros são fatores de insatisfação, conforme Kurcgant (2010), em estudo sobre satisfação e insatisfação de enfermeiros de um hospital universitário.

Chaves, Ramos e Figueiredo (2011) analisaram a satisfação de enfermeiros a partir de seis componentes do trabalho (autonomia, interação, status profissional, requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração) e identificaram que a autonomia é o componente considerado mais importante, no que se refere à satisfação profissional. Os autores supõem que o enfermeiro que tem oportunidade de exteriorizar suas opiniões e que atua no processo de tomada de decisão tem retorno do seu trabalho, o que pode contribuir para a sua satisfação pessoal e profissional. Afirmam, ainda, que a autonomia profissional está diretamente relacionada à independência e liberdade na tomada de decisão frente às atividades diárias ou na efetividade do seu processo de trabalho e relatam que existe certo consenso sobre o sentimento do enfermeiro em relação a seu trabalho. Assim, o enfermeiro parece estar mais satisfeito

com os aspectos intrínsecos de sua atividade tais como: reconhecimento, responsabilidade e autonomia.

Em estudo semelhante realizado por Silva *et al.* (2009), em Santa Maria–RS, a autonomia foi o componente a que os enfermeiros do serviço noturno atribuíram maior importância para a satisfação profissional. No entanto, um significativo percentual dos enfermeiros assinala a insuficiente participação no planejamento da assistência para os pacientes e evidencia que as ações do enfermeiro ainda estão atreladas a outros profissionais, por exemplo, o médico. A impotência para resolver determinadas situações que o próprio meio impõe pode acen- tuar o descontentamento e a frustração do trabalhador. No entanto, a constante busca pela autonomia profissional repercute na construção da identidade profissional do enfermeiro que, por meio do conhecimento científico, pode enfrentar situações que requeiram avaliação mais criteriosa.

Em relação à satisfação com a participação nas decisões da organização ou na área de trabalho a que pertence, percebe-se, em nosso estudo, que 78,6% dos respondentes se encontram parcialmente satisfeitos com o trabalho. Dentre estes, 61,7% estão parcialmente satisfeitos com o trabalho e também com a sua participação nas decisões da organização. Regis e Porto (2011) reforçam como fatores de destaque para a insatisfação, a ausência de participação dos funcionários nos processos decisórios da instituição e a falta de comunicação com a chefia de enfermagem.

Ao fazer a relação entre a satisfação no trabalho e o tempo de graduação, verifica-se que a grande maioria (90%) daqueles entre 6 e 10 anos de formados estão parcialmente satisfeitos; 50% dos graduados entre 16 e 20 anos estão total-

mente satisfeitos e 72% dos enfermeiros com mais de 20 anos de formação acadêmica estão parcialmente satisfeitos.

A literatura evidencia que o tempo de formação pode estar relacionado à experiência pessoal e profissional do indivíduo, tornando-o mais seguro em relação às atividades e, possivelmente, com maior controle sobre as situações, fatores que podem oferecer subsídios para a adequada identificação, avaliação e minimização do estresse, contribuindo para a satisfação no trabalho (GUIDO, 2003).

Considerando-se a renda familiar, 59% dos enfermeiros que recebem entre 10 e 12 salários mínimos estão totalmente satisfeitos. Em relação a possuir outro vínculo empregatício, a maioria dos respondentes que informa ter outro vínculo (82%) se encontra totalmente satisfeita no trabalho.

É pertinente a consideração de Guido (2003) quando afirma que, ao manter mais de um vínculo empregatício, o enfermeiro tem redução no tempo para lazer, convívio com familiares e, conseqüentemente, dificuldade para relaxar das tensões do trabalho. Portanto, o excesso de horas trabalhadas, o repouso insuficiente, a improvisação exigida pela ausência de alguns serviços e a criatividade são exigências extras para o trabalhador noturno.

## **CONCLUSÕES**

O perfil profissional do Hospital Universitário não reflete a realidade de outros tipos de hospitais conveniados ao SUS. Constituído por profissionais com títulos de doutores, mestres e especialistas, este perfil impacta na satisfação no trabalho e, conseqüentemente, no planejamento do hospital. Ações pon-



tuais, desarticuladas e verticalizadas não são suficientes para garantir o planejamento adequado ainda demandando investimentos em outros aspectos relacionados a esta questão.

Há muito que se avançar na política relacionada aos recursos humanos, principalmente quando se considera a necessidade da integralidade requerida pelo SUS nas ações de saúde. As condições de infraestrutura, o acesso à educação permanente em saúde e a melhoria na qualidade de vida são indicadores essenciais para o alcance desta integralidade no âmbito da assistência. Entretanto, são necessárias políticas que fortaleçam a organização e o planejamento focados nestes profissionais com um estudo minucioso, sobretudo acerca das possibilidades de decisão e autonomia assim como no que se refere à participação nas proposições e deliberações na gestão.

Embora, sem grande relevância, as relações hierárquicas revelam insatisfação. Outras características analisadas, como o tempo de graduação, renda familiar e outro vínculo de trabalho parecem não interferir na satisfação dos profissionais deste estudo.

## REFERÊNCIAS

ALVES, S. G. S. *et al.* Aproximação à subjetividade de enfermeiros com a vida: afetividade e satisfação em foco. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 3, p. 511–517, 2011.

BECK, C. L. C. *et al.* Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 490-495, 2010.

BORGES, J. L. **Satisfação profissional de enfermeiros de um hospital da rede pública de Goiânia.** [s.l.] Universidade Federal de Goiás, 2013.

BRANQUINHO, N. C. S. S. *et al.* Processo de seleção de enfermeiros de um hospital de ensino da região centro-oeste brasileira. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 18, n. 3, p. 394–399, 2010.

BRASIL. **Programa Nacional de Humanização da assistência hospitalar: Série C Projetos, Programas e Relatórios n. 20.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, 2001.

BRASIL. **Cadernos HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização. Série B Textos básicos de saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, 2010.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Propriedades psicométricas do Questionário de Satisfação no Trabalho (S20/23). **Psico-USF**, v. 13, n. 2, p. 203-210, 2008.

CHAVES, L. D.; RAMOS, L. H.; FIGUEIREDO, E. N. Satisfação profissional de enfermeiros do Trabalho no Brasil. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 507–513, 2011.

CUNHA, K. C. **Organização Gestão de pessoas: foco na enfermagem atual.** São Paulo: Martinari, 2008.

FONTANA, R. T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 1, p. 200-207, 2010.

GOMES, D.; BORBA, D. **Motivação no trabalho. Psicologia das organizações, do trabalho e dos Recursos Humanos.** Coimbra: Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2011.

GRIEP, R. H. *et al.* Enfermeiros dos grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro : características sociodemográficas e relacionadas ao trabalho. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 66(esp), p. 151-157, 2013.

GUIDO, L. A. **Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica.** [s.l.] Universidade Federal de São Paulo, 2003.

HERRERA, Z.; LÓPEZ, A.; MARGARITA, G. Satisfacción laboral de las enfermeras en salas de hospitalización de adultos. Un sentimiento ambivalente. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 30, p. 178–187, 2012.

HILLESHEIN, E. F. *et al.* Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)**, v. 32, n. 3, p. 509-515, 2011.

JEONG, D. J. Y.; KURCGANT, P. Fatores de insatisfação no trabalho segundo a percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Gaúcha. Enferm. (Online)**, v. 31, n. 4, p. 655–661, 2010.

KURCGANT, P. **Indicadores de qualidade para avaliação de serviços de saúde: construção de indicadores de qualidade para avaliação de serviços de enfermagem.** [s.l.] Universidade Federal de São Paulo, 2010.

LEMOS, M. C.; RENNÓ, C. O.; PASSOS, J. P. Satisfação no trabalho da enfermagem em UTI. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)**, v. 4, n. 4, p. 2890–2900, 2012.

LINCH, G. F. C.; GUIDO, L. A.; FANTIN, S. S. Enfermeiros de unidades de hemodinâmica do Rio Grande: perfil e satisfação profissional. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 488–495, 2010.

LOCKE, E. A. The nature and causes of job satisfaction. In: **Handbook of industrial and organizational psychology.** Chicago: Rand McNally Publishing, 1976. p. 1297-1349.

LOPES, B. C. *et al.* Erros de medicação realizados pelo técnico de enfermagem na UTI: contextualização da problemática. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 1, p. 16–21, 2012.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O.; FISCHER, F. M. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. Supl. 1, p. 1553–1561, 2010.

MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 6, p. 59, 2003.

MELIÁ, J.; PEIRÓ, J. La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: el cuestionario de satisfacción S20/23. **Psicologemas**, v. 5, p. 59-74, 1989.

MELIÁ, J. L.; PEIRÓ, J. M.; CALATAYUD, C. El cuestionario general de satisfacción en organizaciones aborales: estudios factoriales, fiabilidad y validez. **Millars. Rev. de Filosofia, Psicologia y Ciencias de la Educación**, v. 11, n. 3-4, p. 43-78, 1986.

MELO, M. B.; BARBOSA, M. A.; SOUZA, P. R. Job satisfaction of nursing staff: integrative review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 1047-1055, 2011.

MURRELLS, T.; ROBINSON, S.; GRIFFITHS, P. Job satisfaction trends during nurses' early career. **BMC Nursing**, v. 7, p. 7, 2008.

PAULA, G. S. *et al.* O sofrimento psíquico do profissional de enfermagem da unidade hospitalar. **R. Pesq.: Cuid. Fundam. (Online)**, v. (Ed. Supl.), p. 33-36, 2012.

QUEIROZ, D. L.; SOUZA, J. C. Qualidade de vida e capacidade para o trabalho de profissionais de enfermagem. **Psicólogo inFormação**, v. 16, n. 16, p. 103-126, 2012.

REGIS, L. F. L. V.; PORTO, I. S. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in) satisfação no trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 334-341, 2011.

SANTOS, D. A. D. S.; VANDENBERGHE, L. Atuação profissional e bem-estar em enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 1, p. 26-34, 2013.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 1, p. 98-105, 2011.

SILVA, R. M. *et al.* Análise quantitativa da satisfação profissional dos enfermeiros que atuam no período noturno. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 298-305, 2009.

SIQUEIRA, V. T. A.; KURCGANT, P. Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 151-157, 2012.

TAMAYO, A. Propriedades axiológicas e satisfação no trabalho. **Revista de Administração**, v. 35, n. 2, p. 37-47, 2000.

VALENTE, N. M. L. M. **Fatores de risco e acidentes ocupacionais em integrantes da equipe de enfermagem em ambulatório especializado de um hospital universitário do Centro-Oeste do Brasil.** [s.l.] Universidade Federal de Goiás, 2014.

VASCONCELOS, S. P. **Avaliação da capacidade para o trabalho e fadiga entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de urgência e emergência na Amazônia Ocidental.** [s.l.] Universidade de São Paulo, 2009.

# CAPÍTULO 15

## PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) DE TIBAU (RN): UM ESTUDO COMPARATIVO

**Richardeson Fagner Oliveira Grangeiro**

**Alexandre Pinheiro Braga**

**Antonio Dean Barbosa Marques**

**July Grassiely de Oliveira Branco**

**Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**

**Luiza Jane Eyre de Souza Vieira**

### INTRODUÇÃO

Como resultado do movimento de reforma sanitária, reivindicando que o Estado assumisse maior compromisso com a saúde, criou-se, no Brasil, a partir da década de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS). Isto tudo foi compreendido pelo Ministério da Saúde (MS) como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” que deu forças à Atenção Básica de Saúde do Brasil (BRASIL, 1998, p. 2).

Após décadas de auge da atenção hospitalar, os esforços, programas e investimentos públicos passaram para a Atenção

Básica, com a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF), por meio de incentivos financeiros específicos e da criação de mecanismos de transferência de recursos federais calculados com base no número de habitantes de cada município. Outros documentos favoreceram estas mudanças, como a Carta de Ottawa que foca na participação social na transformação com ações de sustentabilidade social que, até hoje, refletem na promoção da saúde<sup>2</sup>. O movimento promotor da saúde deve caminhar para um empoderamento individual e coletivo, com todos os atores em ações intersetoriais, multidisciplinares e transversais, envolvendo assim todas as estâncias sociais. A construção desta política deve ser ascendente e seus objetivos e metas devem florescer das necessidades e exigências dos movimentos e conselhos sociais, contrapondo-se à prática atual baseada em dados meramente estatísticos (LANDIM, 2012).

Segundo Escorel *et al.* (2007), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) encerra, em sua concepção, mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial, ao constituir uma equipe multiprofissional responsável pela atenção à saúde de uma população circunscrita, definir o generalista como o profissional médico de atenção básica e instituir novos profissionais, a saber, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), voltados para a ação comunitária, ampliando a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde–enfermidade.

Mas, apesar do fortalecimento e das transformações da Atenção Básica, a ESF enfrenta muitos desafios tais como insuficiência dos profissionais nas áreas de menor acessibili-

2 Processo de empoderamento comunitário que age na qualidade de vida com maior domínio da população. Todos são colaboradores na construção do completo bem-estar. Envolve a participação dos outros setores da sociedade indo mais além do que um estilo de vida saudável. Oferece, assim, suporte para autonomia social na qual as pessoas se tornam agentes que buscam a melhoria da sua saúde e da de todos (BRASIL, 2001).

dade (principalmente, o médico), condições inadequadas de operacionalização e terceirização dos serviços que dificulta a gestão de cada unidade. Por isto, Oliveira (2010) afirma que, atualmente, um dos grandes desafios do SUS é a garantia da qualidade da atenção, considerando a necessidade de esta ser compreendida à luz dos princípios da integralidade, universalidade, equidade e participação social. Nos últimos anos, a Atenção Básica, no Brasil, tem alcançado intensa transformação a partir da ESF na reestruturação de suas práticas buscando uma efetiva mudança no modelo. O acelerado crescimento da ESF e os fortes investimentos na sua expansão trazem a necessidade de reflexão sobre sua concepção, operacionalização e sustentabilidade.

A avaliação é uma prática antiga, antecessora até do processo de aprendizagem. Para as políticas públicas, surgiu logo depois da Segunda Guerra Mundial e sua evolução, neste contexto proporcionou a sua profissionalização com um olhar metodológico e interdisciplinar. A avaliação se torna cada vez mais importante para a política e a economia dos Estados, efetivando assim seus programas e projetos (CONTANDRIOPOULOS, 1997). A excelência da área de saúde é um importante indicador do desenvolvimento de um país, daí a necessidade de constante avaliação.

Em uma operacionalidade cada vez mais eficiente, atualmente, as unidades de saúde estão sempre em busca de acreditar e/ou certificar seus serviços e processos, visando o a conferência e a manutenção de sua qualidade total para agregar-lhes credibilidade e investimentos interno e externo (ALVES, 2012). Para Samico *et al.* (2010), uma avaliação de sucesso produzirá novos questionamentos e desafios que des-



pertam para a reavaliação em um fluxo sempre dinâmico. Por isto, evidencia-se que a ferramenta gestora de avaliação deve ser uma constante, principalmente no campo da saúde cujos serviços promovem a qualidade do bem-estar social.

Na tentativa de conter os embates que comprometem a credibilidade e a sustentabilidade do SUS, recentes iniciativas governamentais possibilitaram a implantação de propostas de avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil. A Avaliação para a Melhoria da Qualidade da ESF (AMQ) objetiva propor novas alternativas específicas de sondagem dos serviços de saúde aos municípios, em um processo de autoavaliação que favorece a melhoria constante do serviço tanto para o gerente quanto para os profissionais de saúde. Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) atenta para a reavaliação e a evolução dos resultados adquiridos como parte essencial do caminho do planejar e do programar saúde (VENÂNCIO *et al.*, 2008). Este campo até então inexplorado constitui uma prioridade no atual processo de fortalecimento da ESF.

Nesse movimento, o gestor nacional instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), de acordo com a Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, que contempla 47 indicadores que estão vinculados ao processo de avaliação externa e serão utilizados para classificar as Equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2012). Este programa, que pode permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil é uma das principais diretrizes atuais do Ministério da Saúde, tendo como objetivo principal induzir à ampliação do acesso e à 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, 2012).

Como constituinte da nova PNAB, o desfecho do PAMQ-AB está condicionado à sua capacidade de mobilizar os atores locais em prol de transformações das condições e práticas de atenção, gestão e participação orientada por diretrizes pactuadas nacionalmente. Depende, fundamentalmente, do fomento de espaços de diálogo/problematização/negociação/gestão da mudança entre equipes, gestores e usuários, com potência de produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO; 2012).

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (AB): adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa; e recontratualização (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, o estudo traz como indagações: como essa avaliação está acontecendo em municípios nordestinos? os resultados deste processo avaliativo são equitativos entre as regiões brasileiras? quais dimensões despontam com potencialidades para a melhoria do acesso e qualidade da assistência?

Em busca de encontrar respostas a esses questionamentos, o trabalho objetiva analisar os resultados da avaliação externa do PMAQ-AB, na dimensão da gestão, no município de Tibau (RN) bem como comparar esses resultados com os de outras regiões do país.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo, de análise de dados secundários, correspondente ao ano de 2012, do Município de Tibau, Rio Grande do Norte, que aderiu ao Programa para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (PMAQ), em 2012. Estes resultados da avaliação estão disponíveis no Sistema de Gestão do Departamento de Atenção Básica (SGDAB) do Ministério da Saúde (2012).

O método comparativo analisa grupos tanto no presente quanto no passado, sociedades atuais e já existentes e povos de diferente grau de desenvolvimento socioeconômico. Utiliza-se dos dados concretos para discussões objetivas, subjetivas e gerais bem como traduções fenomenológicas da sociedade. Esta análise pode ser executada tanto para pesquisas qualitativas quanto quantitativas e para estudos abrangentes ou específicos (MARCONI; LAKATOS, 2006). Por isto é um método ideal para analisar a efetividade da implementação de um projeto, neste caso, de saúde.

A terceira fase consiste na avaliação externa, fase em que se realizará um conjunto de ações que averiguarão as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e de equipes da Atenção Básica participantes do Programa (BRASIL, 2012). A avaliação externa é realizada pelo Departamento da Atenção Básica (DAB) em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP) do país. Nesta etapa, um grupo de avaliadores da qualidade, selecionados e capacitados pelas IEP, aplicam instrumentos para a verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão. São realizadas observações de infraestrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, entrevistas com profissionais

das equipes participantes e com usuários e verificação de documentos e de informações inseridas previamente no módulo eletrônico (BRASIL, 2012).

Esta avaliação está estruturada em duas unidades de análise – Gestão e Equipe – e em cinco dimensões: (1) Gestão Municipal de Desenvolvimento da Atenção Básica (corresponde a 10% da avaliação); (2) Estrutura e condições de funcionamento da Unidade Básica de Saúde (pontua 10%); (3) Valorização do trabalhador (que representa 20%); (4) Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho (correspondendo a 50%); e (5) Acesso, utilização, participação e satisfação dos usuários (representando 10%) (BRASIL, 2012).

Quanto à opção por este recorte temporal diz respeito ao ano em que o município de Tibau (RN) aderiu à PMAQ-AB e à disponibilidade dos resultados pelo Ministério da Saúde do ano selecionado (2012); em relação ao município, se deve ao fato de que um dos autores, atualmente em cargo da gestão municipal, apontou a necessidade de analisar e acompanhar os resultados do PMAQ 2012 para reconduzir lacunas inerentes à complexidade da gestão pública.

Situando o leitor, Tibau é um município de pequeno porte que apresenta uma cobertura populacional de 100% por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), equipes de Saúde da Família e equipes de Saúde Bucal (BRASIL, 2011).

A dimensão Gestão Municipal de Desenvolvimento da Atenção Básica – que é subdividida em: Fortalecimento da Gestão Municipal da Atenção Básica, perfil da gestão; Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe e Apoio Institucional da Gestão Municipal para as Equipes

de Atenção Básica e Apoio Matricial – foi a escolhida para a análise, pois é a que identifica melhor a evolução da Atenção Básica de um município.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Pinto, Sousa e Florêncio (2012) destacam que, mesmo sendo um programa novo e com pouco tempo para a adesão e, ainda, tendo menos de sessenta dias, mais de 70% dos municípios brasileiros ingressaram no PMAQ, revelando uma aceitação surpreendente de adesão voluntária que exigia uma série de pré-tarefas e a assunção de diversos compromissos. Destacam, ainda, que, no mesmo tempo, mais de 75% das equipes de atenção básica que aderiram ao PMAQ utilizaram o AMAQ, mostrando um expressivo interesse das equipes em utilizar instrumentos que permitam a identificação e o reconhecimento das principais necessidades assim como dos principais avanços relacionados ao movimento de ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica.

Em seguida, o Quadro 1 apresenta uma síntese da dimensão analisada, avaliando o município isoladamente e, posteriormente, contrastados com os demais municípios do estado e do país.

**Quadro 1** – Dimensão Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica, subdimensões e conceitos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica do Município de Tibáú, RN, 2012.

Dimensão	Subdimensão	Conceito	Município		Estado		Brasil				
			Nº	%	Nº	%	Nº	%			
I. Conceito da equipe; dimensão Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica	I.1 Fortalecimento da Gestão Municipal da Atenção Básica	Muito acima da média	0	.00	446	20.60	94	22.82	40.48	23.53	
		Acima da média	0	.00	182	8.41	62	15.05	3607	20.97	
	Perfil da Gestão	Mediano ou abaixo da média	1	100.00	1537	70.99	256	62.14	9547	55.50	
		Insatisfatório	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00	
		Excluído	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00	
	I.2 Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe	Muito acima da média	0	.00	570	26.33	151	36.65	3996	23.23	
		Acima da média	1	100.00	725	33.49	162	39.32	6435	37.41	
		Mediano ou abaixo da média	0	.00	870	40.18	99	24.03	6771	39.36	
		Insatisfatório	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00	
	I.3 Apoio Institucional da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica e Apoio Matricial	Muito acima da média	0	.00	363	16.77	91	22.09	3189	18.54	
		Acima da média	0	.00	377	17.41	79	19.15	3077	17.89	
		Mediano ou abaixo da média	1	100.00	1425	65.82	242	58.74	10936	63.57	
		Insatisfatório	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00	
			Excluído	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00

Fonte: SGDAB, 2012.

No âmbito da gestão municipal, foi observado pelos avaliadores do PMAQ que, na subdimensão do Fortalecimento da Gestão Municipal da Atenção Básica de Tibáú (RN), o conceito atribuído foi mediano ou um pouco abaixo da média. Comparando com outros municípios do estado, 71% estão incluídos neste conceito; no comparativo com o país, Tibáú (RN) está na linha da média nacional (55,50%). As evidências apontam que, aproximadamente, 45% dos municípios do Brasil estão acima da média ou muito acima da média. Vale destacar que nenhum município recebeu o conceito insatisfatório e/ou excluído (SGDAB, 2012).

Na tentativa de traçar um perfil para a gestão da atenção básica no estado do Rio de Janeiro, Casotti *et al.* (2013) descrevem como uma tarefa quase impossível, pois percebem

a singularidade dos municípios, as fragilidades e as potencialidades comuns. Também destacam a disparidade de compromisso por parte da gestão, pois, em alguns locais, deparam-se com gestores comprometidos com as equipes e informados do processo da avaliação externa bem como das outras etapas do PMAQ. Em outros, presenciaram os gestores quase que totalmente desinformados sobre o Programa, além da aparente apatia e falta de apoio institucional, demonstrando, assim, fragilidade na relação com suas equipes de atenção básica.

Nesse sentido, podemos apontar algumas fragilidades, no que diz respeito à realização de algumas atividades de planejamento de ações, como levantamento de problemas, prioridades, elaboração de plano de ação, definição de metas e resultados por gestores. Outro fator preponderante é a não disponibilização de informações que auxiliem as equipes na análise de indicadores de saúde do município, impossibilitando o planejamento, monitoramento e reavaliação da assistência prestada ao usuário.

No que concerne à subdimensão Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe, o município foi avaliado com o conceito acima da média, ponderando que 39,3% dos municípios do Rio Grande do Norte foram enquadrados em acima da média e 24,03%, considerados medianos. No cenário nacional, 37,4% dos municípios brasileiros também foram avaliados acima da média e 39,4% incluídos como medianos ou pouco abaixo da média (SGDAB, 2012).

Esses resultados podem estar relacionados ao fato de que a gestão municipal de Tibau possa ter apoiado os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação de informações e indicadores, a discussão dos relatórios do Sistema de Informação

da Atenção Básica (SIAB) e sua relação com o processo de trabalho, o planejamento e a organização da equipe, a avaliação de progressos e resultados, o apoio matricial para a qualificação da atenção à saúde, a educação permanente e a participação nas reuniões de equipe junto com os usuários.

Casotti *et al.* (2013) destacam que, erroneamente, costumamos atribuir somente aos gestores a responsabilidade pelos problemas dos serviços e dos processos de trabalho das equipes. Entretanto, entendemos que o gestor é um importante ator neste processo tão imbricado que é a construção e materialização do SUS.

Não se pode esquecer que o processo de trabalho se baseia nos princípios da integralidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade, o que possibilita a ampliação das interfaces a gerir e coloca novos desafios no plano das competências (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Nesse sentido, os conceitos de “campo” (saberes comuns a diversas profissões) e “núcleo” (saberes de responsabilidade específica de cada profissão), sugeridos por Campos (2000), são úteis para articular a necessidade de polivalência e de especialização e para lidar com a autonomia e a definição de responsabilidades.

Quando nos reportamos a Gestão, emerge o modelo technoassistencial, a organização da gestão e as maneiras como se faz a política de saúde, quando somados se potencializam como elementos críticos nesta situação, pois acabam contribuindo ou dificultando a mobilização e a aglutinação de atores e agentes capazes de contribuir para a indispensável conquista de legitimidade política e social para o SUS (FEUERWERKER, 2005).



Na subdimensão Apoio Institucional da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica e Apoio Matricial, o município foi conceituado como mediano ou um pouco abaixo da média, valendo ressaltar que 58,7% dos municípios rio-grandenses do norte e 63,6% dos municípios brasileiros também ficaram com o mesmo conceito.

No que concerne ao apoio matricial e à equipe de referência, Campos e Domitti (2007) os definem como metodologias de trabalho que vêm sendo utilizadas como mecanismos para se realizar a gestão da atenção em saúde, mas são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais que buscam diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento. A metodologia de gestão do trabalho em saúde baseada em equipes de referência e apoio matricial sofre grande interferência, sendo apontados obstáculos estruturais, éticos, políticos, culturais, epistemológicos e subjetivos para o desenvolvimento deste tipo de trabalho integrado em saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A expansão da Saúde da Família ampliou de maneira impactante o alcance da Saúde Pública, principalmente ao assegurar à população brasileira equidade no acesso a seus serviços. A avaliação em saúde produz mudanças em todas as suas dimensões, traçando, assim, estratégias e técnicas epidêmicas e sociais para a melhoria da qualidade dos seus serviços (SILVIA, 2005).

Os resultados pontuam que o município de Tibau/RN está dentro do conceito mediano ou pouco abaixo da média, podendo-se inferir que não apresenta grandes diferenças em

comparação com o restante do estado do Rio Grande do Norte e/ou demais municípios brasileiros, pois, quando contrastado, mostra a mesma realidade dos demais. Destaca-se como grande diferencial dos demais apenas a dimensão Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe.

A partir das evidências encontradas neste estudo, apontamos que o PMAQ, mesmo que isto não seja visto de forma consciente pelos gestores, tem sido uma ferramenta importante na gestão dos recursos destinados à saúde, auxiliando e contribuindo com melhorias como: a implantação da comissão de gerenciamento de risco; a padronização da assistência de enfermagem; o estabelecimento de controles no setor de regulação, facilitando o encaminhamento para as especialidades, reduzindo filas; controles implantados na coleta de exames laboratoriais, favorecendo a segurança do paciente; a organização do processo de trabalho (implantação de normas e rotinas, manuais, protocolo assistenciais) garantindo a gestão da qualidade e, conseqüentemente, melhorando o desempenho dos indicadores de saúde.

As ações de aperfeiçoamento da qualidade do serviço em saúde, principalmente da Atenção Básica, tão necessitada de resiliência, visa a permanente satisfação dos clientes sendo este o caminho da gestão atual que o vê como o centro do desenvolvimento de qualquer instituição (CATARIN, 1995). A avaliação deve ser perene e compromissada com a satisfação de seus profissionais e clientes, repassando pontualmente seus resultados e metas a alcançar o que proporcionará conseqüentes melhorias tanto internas quanto externas às ações promotoras de saúde.

A gestão da Qualidade Total<sup>3</sup>, que é uma prática usada positivamente no setor hospitalar, pode ser uma ferramenta bastante viável para a manutenção da excelência da Atenção Básica e consequentes resultados positivos nas avaliações executadas pelas esferas gestoras nacionais.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. L. S. **Gestão da Qualidade**: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde**: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. **Avaliação para melhoria da qualidade qualificação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

---

3 Estudo que compara a ocorrência da doença/condição associada à saúde e a exposição de interesses entre um grupo de indivíduos para verificar a possível existência de associação entre elas. A vantagem deste estudo é poder associar exposição e doença/condição em uma perspectiva coletiva. Por outro lado, possibilita o viés ecológico porque uma associação constatada e uma população não significa que a mesma associação ocorra individualmente (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

<sup>3</sup> É o suporte necessário para construção de um novo estilo e comportamento gestor, estando seu caminho relacionado intimamente com a missão da instituição. Segue o método do Controle da Qualidade Total que obedece a três passos: o manual da qualidade, os procedimentos operacionais e os registros, que são documentos norteadores e monitoradores de auxílio da manutenção, do controle e da qualidade dos processos (FEIGENBAUM, 1994).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal em 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_coertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_coertura_sf.php)>. Acesso em: 11 jul. 2014.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 5, supl. 1, 2005.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2007.

CASOTTI, E. *et al.* Narrando singularidades do estado: Rio de Janeiro. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (Org.) **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Saberes, 2013.

CATARIN, M. J. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: J. C. Mezomo, n. 301, 1995.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na área de saúde. HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.

ESCOREL, Sarah *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica**, Washington, v. 21, n. 2-3, 2007.

FEIGENBAUM, A. V. **Controle da Qualidade Total**. São Paulo: Makron Books, 1994. v. 1.

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 18, dez. 2005.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2009.

LANDIM, F. L. P. *et al.* **Promoção da Saúde na diversidade humana e na pluralidade de itinerários terapêuticos**. Campinas, SP: Saberes, 2012.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 4. ed. 3. reimpr. São Paulo: Atlas, 2006.

OLIVEIRA, G. M. C. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família: Experiência do Estado do Ceará. **Rev. Bras. Saúde da Família**, Brasília, v. 58, p. 103-106, 2010.

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. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 6, n. 2, supl., 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/624/1083>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

SAMICO, I. *et al.* **Avaliação em Saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, n. 196, 2010.

SARTI, T. D. *et al.* Avaliação das ações de planejamento em saúde compreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, 2012.

SCHERER, M. D. dos A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, Aug. 2009.

SILVA, L. M. V. da. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde**. In: Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Fiocruz. p. 15-39, 2005.

SISTEMA DE GESTÃO DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA – SGDAB. **Avaliação externa**. Disponível em: <<http://dab-sistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab/login.php>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

VENÂNCIO, S. I. *et al.* **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família – AMQ**: estudo de implementação no Estado de São Paulo. São Paulo: Instituição de Saúde, 2008.

VIEIRA, S. F. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 14, Supl. 1, p. 1565-1577, 2009.

# CAPÍTULO 16

## PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA COMO SUBSÍDIO PARA A ASSISTÊNCIA AO ADOLESCENTE

**Denise Soares de Cirqueira**

**Douglas José Nogueira**

**Marislei de Sousa Espíndula Brasileiro**

**Patrícia de Sá Barros**

**Marcos André de Matos**

**Márcia Maria de Souza**

### INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano marcada por importantes transformações físicas, psicológicas e sociais que compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos e, geralmente, se inicia com a puberdade e termina com a inserção social, profissional e econômica do indivíduo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

O Programa Saúde na Escola (PSE) se caracteriza como uma política intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação com o objetivo de fortalecer as práticas de prevenção a doenças e de promoção da saúde no ambiente escolar, contribuindo para a melhoria das condições de vida, viabilizando o acesso aos serviços de saúde por meio da atenção básica (BRASIL, 2009; QUEIROZ *et al.*, 2014).

O ambiente escolar é um local privilegiado para o desenvolvimento de práticas de saúde, podendo contribuir para a identificação das condições de saúde dos adolescentes de forma a conhecer a magnitude dos fatores de risco e proteção à saúde essenciais para orientar políticas públicas (REIS *et al.*, 2013).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011) preconiza que os adolescentes devem constituir um grupo prioritário no âmbito da promoção da saúde, em razão dos comportamentos que os expõem a diversas situações de riscos, como doenças infectocontagiosas, especialmente as de transmissão sexual; gravidez na adolescência; consumo de drogas lícitas e ilícitas; violências; alimentação inadequada; e sedentarismo (DAVIM *et al.*, 2009; FARIAS JÚNIOR *et al.*, 2009; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

O estudo das intervenções em instituições de ensino, principalmente aquelas relacionadas às atividades do PSE, são importantes para auxiliar no planejamento e no direcionamento de novas estratégias para o alcance dos objetivos propostos pelo programa. Diante da carência de estudos em relação à saúde dos adolescentes atendidos pelo PSE, no município de Goiânia, constatou-se a necessidade de desenvolver o presente estudo com o objetivo de avaliar a saúde dos adolescentes atendidos pelo programa com foco na avaliação nutricional e no comportamento sexual.

Acredita-se que a presente investigação seja substrato para a avaliação do PSE e que possa contribuir para a efetivação de ações que visem assistir os adolescentes de nossa região ainda carente de serviços de saúde voltados para este público.



## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e de corte transversal. A população é constituída por 1.171 adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos, matriculados em cinco Instituições Públicas Básicas de Ensino (IPBE) situadas na região leste do município de Goiânia-Goiás com cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e atendidos pelo PSE.

A coleta de dados ocorreu mediante um instrumento semi-estruturado, em dias letivos de 2009 a 2012, em salas individuais na própria IPBE. Adolescentes que não se dispuseram a participar do estudo, que não foram autorizados pelos pais ou responsáveis mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que faltaram à aula no dia da coleta de dados foram excluídos.

Para a construção do instrumento de coleta de dados, utilizou-se o protocolo preconizado pela Organização Panamericana de Assistência à Saúde (OPAS) referente às seguintes variáveis: perfil demográfico – idade e sexo; dados antropométricos – índice de massa corporal e estatura para a idade; comportamento sexual – sexarca (primeira relação sexual), idade da sexarca, tipo de relação sexual (heterossexual ou homossexual), uso de preservativo masculino, número de parceiros sexuais, acometimento por alguma DST e abuso sexual. (WHO, 2007).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob protocolo n° 058/2009.

Os dados foram analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS 21.0. As diferenças entre as proporções foram analisadas pelo teste Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) com nível de significância adotado de 5%. Para a análise da avaliação antropométrica, utilizou-se o *software* Anthro-Plus-2007 (WHO, 2007).

## RESULTADOS

As características demográficas dos 1.171 adolescentes por faixa etária demonstraram que a maioria é do sexo masculino (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição dos adolescentes em relação a faixa etária e sexo, Goiânia (GO), 2014 (n=1.171).

Faixa etária (anos)	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
10 - 14	349	57,2	292	52,2	641	54,8
15 - 17	237	38,9	235	41,8	472	40,3
18 - 19	24	3,9	34	6,0	58	4,9
<b>Total</b>	<b>610</b>	<b>52,1</b>	<b>561</b>	<b>47,9</b>	<b>1.171</b>	<b>100</b>

N: número de adolescentes; %: Porcentagem.

A distribuição dos adolescentes por sexo e classificação da avaliação antropométrica se encontra descrita na Tabela 2.

**Tabela 2** – Distribuição dos adolescentes por sexo e classificação da avaliação antropométrica de acordo com os valores de score z de Índice de Massa Corporal e Estatura/Idade Goiânia – GO, 2014.

Classificação	Masculino		Feminino		Total		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Índice Massa Corporal#</b>	Magreza acentuada	5	0,8	2	0,3	7	0,6
	Magreza	18	2,9	14	2,5	32	2,7
	Eutrófico	456	74,8	413	73,7	869	74,3
	Sobrepeso	80	13,1	82	14,7	162	13,9
	Obesidade	36	6,0	32	5,7	68	5,8
	Obesidade grave	5	0,8	4	0,7	9	0,7
<b>Estatura / Idade#</b>	SI	10	1,6	14	2,4	24	2,0
	Adequada	564	92,5	537	95,7	1101	94,1
	Baixa estatura	15	2,5	17	3,0	32	2,7
	Muito baixa estatura	6	1,0	5	1,0	11	0,9
	SI	25	4,0	2	0,3	27	2,3

# World Health Organization (2007) / SI (sem informação).

Fonte:

Os achados antropométricos demonstraram que 20,4% dos adolescentes avaliados apresentam excesso de peso semelhante à prevalência nacional de 20,5% (IBGE, 2010) e estudos realizados nas regiões Sul (ADAMI; VASCONCELOS, 2008; VIEIRA *et al.*, 2008), Sudeste (GUEDES *et al.*, 2010) e Nordeste do Brasil (CAMPOS; LEITE; ALMEIDA, 2006).

Os nossos achados evidenciam que os adolescentes do sexo masculino apresentaram maior frequência de obesidade em relação ao feminino. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a prevalência de obesidade tem aumentado gradativamente nesta população, demonstrando índices preocupantes como observado em diversos outros países (OGDEN *et al.*, 2010; DAVIS *et al.*, 2011). Nota-se que este aumento tem atingido todas as faixas etárias e níveis socioeconômicos (WANG; MONTEIRO; POPKIN, 2002; CAMPOS; LEITE; ALMEIDA, 2006), relacionando-se, também, a interações complexas entre fatores genéticos e ambientais, sendo as alterações nos padrões nutricionais e de atividade física considerados os maiores responsáveis pelo aumento da adiposidade (MONTEIRO; VICTORA; BARROS, 2004; SUÑE *et al.*, 2007, IBGE, 2010; MOREIRA; MURARO; BRITO, 2013).

A maioria dos adolescentes mensurados demonstrou valores normativos para a estatura. De maneira geral, a prevalência de baixa estatura foi inferior aos resultados da POF 2008-2009 (IBGE, 2010), em que 7,6% dos meninos e 6,3% das meninas tinham déficit de altura. Costa e colaboradores (2011) confirmam os achados do IBGE, onde os meninos tinham maior frequência de baixa estatura (10,7%) em relação às meninas (7,9%). Em contrapartida, no presente estudo, a

maioria dos adolescentes com baixa estatura se refere ao sexo feminino. A Tabela 3 ilustra os achados referentes ao comportamento sexual.

Tabela 3 – Distribuição do comportamento sexual de adolescentes de acordo com o sexo, Goiânia (GO), 2014.

Comportamento sexual		Masculino		Feminino		Total		P
		N	%	N	%	N	%	
<b>Sexarca</b>	Sim	147	24,1	109	19,4	256	22,0	0,155
	Não	455	74,6	444	79,2	899	76,7	
	SI	8	1,3	8	1,4	16	1,3	
<b>Idade da sexarca (anos)</b>	≤ 11	21	3,5	2	0,4	23	2,0	0,000*
	12 - 14	85	13,9	40	7,1	125	10,7	
	15 - 19	37	6,0	64	11,3	101	8,6	
	SI	12	2,0	11	2,0	23	2,0	
<b>Relação Heterossexual</b>	Sim	140	22,9	108	19,1	248	21,2	0,230
	Não	455	74,6	444	79,2	899	76,7	
	SI	9	1,5	8	1,4	17	1,4	
	N/C	455	74,6	444	79,1	899	76,7	
<b>Relação Homossexual</b>	Sim	6	1,0	1	0,4	7	0,5	0,119
	Não	140	22,9	108	19,1	248	21,2	
	SI	9	1,5	8	1,4	17	1,4	
	N/C	455	74,6	444	79,1	899	76,7	
<b>Parceiros</b>	Único	70	11,5	89	15,9	159	13,6	0,000*
	Vários	61	10,0	14	2,5	75	6,5	
	SI	24	3,9	14	2,5	38	3,2	
	N/C	455	74,6	444	79,1	899	76,7	
<b>Uso de preservativo</b>	Sempre	102	16,7	70	12,5	172	14,7	0,415
	As vezes	23	3,8	24	4,3	47	4,1	
	Nunca	17	2,8	11	2,0	28	2,4	
	SI	13	2,1	12	2,2	25	2,1	
	N/C	455	74,6	444	79,0	899	76,7	
<b>DST</b>	Não	498	81,7	510	90,9	1008	86,0	0,000*
	Sim	2	0,3	5	0,9	7	0,6	
	SI	110	18,0	46	8,2	156	13,4	
<b>Abuso sexual</b>	Sim	4	0,7	11	2,0	15	1,3	0,181
	Não	508	83,2	464	82,7	972	83,0	
	SI	98	16,1	86	15,3	184	15,7	

SI (sem informação); N/C (não contempla); \*nível de significância  $p \leq 0,001$ .

Fonte:

Nota-se que a idade da sexarca, o número de parceiros e as DST foram as variáveis que demonstraram diferença significativa entre os sexos.

Quanto à sexarca, observa-se início da atividade sexual precoce entre os adolescentes em torno de 12 e 14 anos, em ambos os sexos. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) (IBGE, 2013), a média de idade da sexarca foi de 14,9 anos, corroborando os resultados do presente estudo. Outros estudos (CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; WILCOX, 2008; PAIVA *et al.*, 2008; MALTA *et al.*, 2011; MARINHO *et al.*, 2013; OLIVEIRA, 2013) também descrevem resultados semelhantes.

A Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP) realizada com indivíduos de 15 a 64 anos de idade com representação em todo território nacional revelou que a maior porcentagem de homens (36,9%) teve a primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade, apontado para um padrão de menor idade masculina na primeira relação sexual e, conseqüentemente, de maior risco de desenvolvimento de práticas e atitudes que os torna vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. (BRASIL, 2011),

As diferentes influências sociais e culturais relativas à prática sexual que atingem homens e mulheres podem explicar estes resultados. Enquanto os homens têm sua iniciação sexual exigida como uma etapa simbólica de passagem à vida adulta, de forma oposta, as mulheres ainda são pressionadas para a abstinência antes do matrimônio (MARINHO; AQUINO; ALMEIDA, 2009; HUGO *et al.*, 2011). Importante mencionar que este perfil vem, cada vez mais, se alterando, uma vez que meninos e meninas estão iniciando suas atividades sexuais precocemente.

No que tange ao número de parceiros, os meninos apresentaram maior quantidade em relação às meninas, que tinham, na sua maioria, parceiro único, dados que vão ao encontro de Gomes *et al.* (2002), Teixeira *et al.* (2006) e Melo Neto e Cerqueira-Santos (2012). A diversidade de parceiras implica maior uso do preservativo para os meninos enquanto para as meninas observa-se uma relação inversa. Pode ser constatado que a iniciativa do uso da camisinha na relação sexual é atribuída quase sempre ao homem, comportamento que está aliado à visão da mulher associada à passividade e dependência, o que acaba por vulnerabilizá-la diante das doenças de transmissão sexual (DST/AIDS e hepatites virais), na medida em que pode exercer pouca influência nas decisões referentes a sua sexualidade (SAMPAIO *et al.*, 2011). É interessante notar que essas mulheres, possivelmente, encontram maior dificuldade em negociar com os parceiros não apenas o uso do preservativo, mas, também, o próprio relacionamento (TEIXEIRA *et al.*, 2006).

Em relação ao relato de DST, evidenciou-se grande quantidade sem respostas (*missing*) o que pode estar relacionado ao fato de o questionário ser identificável, podendo expor a intimidade dos participantes da pesquisa, além do desconhecimento acerca dos sinais e sintomas de DST nesta fase da vida. Assim, faz-se necessário uma maior articulação entre saúde e educação para realizar ações que discutam sexualidade, doenças de transmissão sexual e comportamento de risco como tema transversal nos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP).

A menarca e a sexarca precoce tornam as adolescentes vulneráveis a DSTs e à gravidez. No presente estudo, 80,2% já haviam tido a menarca, sendo a idade média aos 12 anos. A

precocidade da menarca nos remete à necessidade de orientação sexual precoce para garantir a efetividade das informações sobre sexualidade em caráter preventivo, pois as tendências de queda na idade média da menarca e da iniciação sexual sugerem associação com gravidez na adolescência (CABRAL, 2003; BRÊTAS; OHARA; JARDIM, 2008; MALTA *et al.*, 2011; MELO NETO; CERQUEIRA-SANTOS, 2012; OLIVEIRA, 2013).

Deve-se considerar que várias DSTs podem não ter apresentado sintomatologia (MELO NETO; CERQUEIRA-SANTOS, 2012) e, ainda, que os tabus e preconceitos fazem com que as pessoas evitem buscar cuidados especializados, principalmente adolescentes do sexo feminino que precisam de especial atenção, porque, de acordo com o Ministério da Saúde, em diversos casos de DSTs, não é fácil distinguir os sintomas das reações orgânicas comuns do organismo feminino (BARROS, 2002; BRASIL, 2010). O baixo índice declarado de DST não é conclusivo, mas pode ser considerado como fator positivo para as políticas públicas de saúde.

Finalizamos este estudo afirmando que somente o PSE não conseguirá abarcar todas as necessidades dos adolescentes, sendo, portanto, necessário que a família, equipamentos sociais, mídia e escola se mobilizem para o empoderamento do adolescente, visando conscientizá-lo sobre sua vulnerabilidade e a responsabilidade de fazer opções legítimas sobre o seu estilo de vida, haja vista que seus comportamentos/atitudes são fatores preditores para uma vida adulta saudável.

## CONCLUSÃO

Evidenciou-se que excesso de peso corporal, sexarca precoce, número de parceiros e DST foram estatisticamente significantes. Houve, ainda, diferença entre os sexos, sendo que adolescentes do sexo masculino apresentaram maior vulnerabilidade. Tais resultados podem colaborar para o planejamento de ações de promoção da saúde voltadas para segurança alimentar, alimentação saudável bem como atividade física e educação para a saúde sexual e reprodutiva. Ressaltamos que estas temáticas necessitam ser incluídas, de fato, no Projeto Político Pedagógico e que este seja elaborado juntamente com a comunidade escolar, em especial com a unidade de saúde da área de abrangência, com o intuito de desenvolver práticas mais saudáveis e seguras.

Faz-se, também, necessário a articulação e a elaboração de um plano de cuidado conjuntamente com a Política de Atenção à Saúde Integral do Adolescente (PASIA) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), uma vez que os adolescentes do sexo masculino têm se mostrado mais vulneráveis do que o feminino.

As contribuições deste estudo atenderam a uma das diretrizes do PSE, a saber, a avaliação do programa após um período de execução. Ressalta-se que este estudo é pioneiro em uma região geográfica carente, a região central do Brasil, podendo ser expandido a outras regiões, podendo os resultados ser utilizados para subsidiar políticas públicas para a promoção integral da saúde desta clientela que vivencia momentos de vulnerabilidades individual, social e programática inerentes ao adolecer.



## REFERÊNCIAS

ADAMI, F.; VASCONCELOS, F. A. G. Obesidade e maturação sexual precoce em escolares de Florianópolis - SC. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 549-560, 2008.

BARROS, M. N. Saúde sexual e reprodutiva. In: CONTINI, M. L. J. (Coord.). **Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2002. p. 46-54.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**, ano VI, n. 1, 01<sup>a</sup> a 26<sup>a</sup> - semanas epidemiológicas, jan./jun. 2009, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **PCAP – 2008: Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos de idade**. Brasília, MS, 2011. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/pcap-2008>>. Acesso em: 11 nov. 2013.

BRÊTAS, J. R. S.; OHARA, C. V. S.; JARDIM, D. P. O comportamento sexual de adolescentes em algumas escolas no município de Embu, São Paulo, Brasil. **Rev. Gaúcha. Enferm**, Porto Alegre (RS); v.29, n. 4, p. 581-587, 2008.

CABRAL, C. S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**; v. 19, Supl 2, p. 283-292, 2003.

CAMPOS, L. A.; LEITE, A. J.; ALMEIDA, P. C. Nível socioeconômico e sua influência sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares adolescentes do município de Fortaleza. **Rev. Nutr.**, v. 19, n. 5, p. 531-538, 2006.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; KOLLER, S. H.; WILCOX, B. Condom use, contraceptive methods, and religiosity among youths of low socioeconomic level. **The Spanish Journal of Psychology**, v. 11, n. 1, p. 94-102, 2008.

COSTA, M. C. D. *et al.* Estado nutricional de adolescentes atendidos em uma unidade de referência para adolescentes no Município de Cascavel, Estado do Paraná, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 355-361, 2011.

DAVIM, R. M. B. *et al.* **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 10, n. 2, p. 131-140, 2009.

DAVIS, A. M. *et al.* Obesity and related health behaviors among urban and rural children in the United States: data from the National Health and Nutrition Examination Survey 2003-2004 and 2005-2006. **J Pediatr Psychol**, v. 36, p. 669-676, 2011.

FARIAS JÚNIOR, J. C. *et al.* Comportamentos de risco à saúde em adolescentes do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Rev. Panam. Salud. Pública**, v. 25, n. 4, apr. 2009.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF. **O direito de ser adolescente**: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília: UNICEF, 2011.

GOMES, W. A. *et al.* Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 4, p. 301-308, 2002.

GUEDES, D. P. *et al.* Impacto de fatores sociodemográficos e comportamentais na prevalência de sobrepeso e obesidade de escolares. **Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum**; v. 12, n. 4, p. 221-231, 2010.

HUGO, T. D. O. *et al.* Fatores associados à idade da primeira relação sexual entre jovens: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2207-2214, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA – IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008/2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 9 jan. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2012**. Coordenação de população e indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

MALTA, D. C. *et al.* **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 14, supl. 1, p. 147-156, 2011.

MARINHO, L. F. B.; AQUINO, E. M. L.; ALMEIDA, M. C. C. Práticas contraceptivas e iniciação sexual entre jovens de três capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, supl. 2, p. 227-239, 2009.

MARINHO, T. M. S. *et al.* Opinião e comportamento relacionados à sexualidade de adolescentes atendidos em serviço de saúde no Nordeste do Brasil. **Adolesc. Saúde**, v. 10, Supl. 1, p. 7-15, 2013.

MELO NETO, O. C.; CERQUEIRA-SANTOS, E. Comportamento sexual e autoestima em adolescentes. **Contextos Clínicos**, v. 5, n. 2, p. 100-111, 2012.

MONTEIRO, P.; VICTORA, C.; BARROS, F. Fatores de risco sociais, familiares e comportamentais para a obesidade em adolescentes. **Rev. Panam. Salud. Publ.**, v. 16, n. 4, p. 250-257, 2004.

MOREIRA, N. F.; MURARO, A. P.; BRITO, F. S. B. Obesidade: principal fator de risco para hipertensão arterial sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 57, n. 7, 2013.

OGDEN, C. L. *et al.* Prevalence of high body mass index in US children and adolescents, 2007-2008. **JAMA**, v. 303, p. 242-249, 2010.

OLIVEIRA, P. C. **Estudo do comportamento e conhecimentos em sexualidade entre adolescentes de Goiânia – Goiás**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Adolescent health**. 2010. Disponível em: <[http://www.who.int/features/factfiles/adolescent\\_health/facts/en/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/en/index.html)>. Acesso em: 19 maio 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Health topics: adolescent health**. 2011. Disponível em: <[http://www.who.int/features/topics/adolescent\\_health/facts/en/](http://www.who.int/features/topics/adolescent_health/facts/en/)>. Acesso em: 5 out. 2013.

PAIVA, V. *et al.* Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, supl.1, p. 45-53, 2008.

QUEIROZ, M. V. O. *et al.* Perfil da gravidez na adolescência e ocorrências clínico-obstétricas. **Rev. Rene.**, v. 15, n. 3, p. 455-462, 2014.

REIS, D. C. *et al.* Vulnerabilidades e necessidades de acesso a atenção primária a saúde na adolescência. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 12, n. 1, p. 63-71, 2013.

SAMPAIO, J. *et al.* Ele não quer usar camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 20, n. 1, p. 171-181, 2011.

SUÑE, F. R. *et al.* Prevalência e fatores associados para sobrepeso e obesidade em escolares de uma cidade no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1361-1371, 2007.

TEIXEIRA, A. M. F. B. *et al.* Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 7, p. 1385-1396, 2006.

VIEIRA, M. F. A. *et al.* Estado nutricional de escolares de 1ª a 4ª séries do Ensino Fundamental das escolas urbanas da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 24, n. 7, p. 1667-1674, 2008.

WANG, Y.; MONTEIRO, C.; POPKIN, B.M. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China and Russia. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 75, n. 6, p. 971-977, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Child Growth Standards**. 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/growthref/enf/>>.

# CAPÍTULO 17

## DA PRESCRIÇÃO ADMINISTRATIVA À AUTONOMIA SITUADA: GESTÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira**

**Elizabeth Moreira dos Santos**

**Afonso Teixeira Reis**

**Marly Marques da Cruz**

**Ana Cleide Guedes Moreira**

**Thiago Rodrigues de Amorim**

### INTRODUÇÃO

Este capítulo tem por objetivo discutir as iniciativas recentes do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS, da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (DEMAS/SE/MS), à luz de uma abordagem de monitoramento como prática sociopedagógica reflexiva e situada (SANTOS; OLIVEIRA; CRUZ, 2012). Considerando o arranjo multi-dimensional, plural e abrangente das iniciativas monitoradas pelo DEMAS, a pergunta que se pretende responder é: o sistema proposto de integração entre planejamento estratégico e monitoramento favorece a integração estratégica e as práticas de gestão?

Desde a década de 1990, há um esforço sistemático em reforçar, nos países emergentes, a qualidade da gestão pública desafiada em todo o mundo pelas pressões de reforma do Estado. Como critérios de qualidade, distinguem-se a necessidade de maior eficiência alocativa, da eficiência técnica e do custo efetividade para resultados mais efetivos (MAYNE; ZAPICOGONI, 2007). Para tanto, entre as operações de avaliação, a auditoria e o monitoramento marcam a sua interface com a regulação, processo fundamental para a redefinição das políticas sociais participativas. Em outras palavras, políticas apropriadas e ações efetivas, ambas condicionadas ao melhor uso do recurso público e com decisão democrática dos cidadãos, são consideradas referências para qualificação dos processos de gestão (COUSINS; WHITEMORE; SHULHA, 2013).

Nesse sentido, os sistemas de monitoramento de gestão e a avaliação de desempenho têm sido priorizados nas iniciativas governamentais brasileiras comprometidas com os modelos de gestão por resultado, incluindo o Ministério da Saúde (MS). Este movimento institucional complexo, que tem um potencial questionador por sua potencialidade autorreflexiva, implica em renegociação e repasse de responsabilidades e atribuições. Embora relativamente atrasada em relação à implementação da descentralização de gestão técnica e financeira, a descentralização decisória se apresenta hoje como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é uma política de Estado, suprapartidária, cabendo aos governos das três esferas de gestão desenvolvê-lo e induzir políticas que permitam aperfeiçoá-lo e qualificá-lo. Desta forma, desde 2007, o Ministério da Saúde vem intensificando o desafio de formulação e indução de uma agenda estratégica in-

tegradora, no sentido de abrigá-la sob modelos compartilhados de gestão, monitoramento e avaliação de desempenho.

Essa tendência é coerente com a revisão crítica das atividades de mensuração e monitoramento, centradas na transposição das práticas vigentes no setor privado para o setor público sem a necessária adaptação. Inclui-se, e este ponto deve ser enfatizado, a crítica à falta de discussão sobre o sentido de *accountability* (imputabilidade) para o setor público (MAYNE, 2007) no processo de incorporação das práticas empresariais. Além de sistemas de monitoramento de efeitos finalísticos, tais como os de redução de danos e riscos, crescem as iniciativas de combiná-los ao acompanhamento do modo de funcionamento das ações e aos processos decisórios de sua priorização. Em outras palavras, o monitoramento também pressupõe o acompanhamento da agenda, da integração sistêmica (apreciação estratégica) e do alinhamento dos arranjos da implementação (apreciação lógica e da implementação), incentivando o aprendizado, a transparência e a responsabilização (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Nas democracias ocidentais, de um modo geral, e na América Latina, em particular, houve “a busca de fortalecimento da ‘função avaliação’ na gestão governamental”. Este movimento propiciou, em diferentes países, a construção de sistemas de avaliação das políticas públicas de escopo variável que, de alguma forma, se justificou “pela necessidade de ‘modernização’ da gestão pública, em um contexto de busca de dinamização e legitimação da reforma do Estado” (FARIA, 2005, p. 97), reafirmando, assim, a necessidade de uma política de avaliação para subsidiar os sistemas de planejamento e gestão e o fortalecimento do controle social (ARRETICHE, 1998; PAIM; TEIXEIRA, 2006).



## **Limpendo o terreno: avaliação e monitoramento como prática necessária à autonomia situada**

A definição de desempenho tem variado grandemente, tanto em sentido quanto nas escolhas de seus desfechos de sucesso nas diversas sociedades. Tradicionalmente, o desempenho de políticas e sistemas no setor público é abordado pela perspectiva da mensuração dos chamados 3-E(s): economia (minimizar o gasto com insumos), eficiência (rendimento, relação entre gasto e produtividade) e efetividade técnica-econômica (custo-efetividade) que, como já apontado pela literatura (LUSTHAUS, 2011), não deveriam ser os únicos critérios ou desfechos para caracterizar os efeitos de sucesso em condições de incerteza e desigualdade social (WESTLEY; ZIMMERMAN; PATTON, 2007).

Há, segundo vários autores, a necessidade de incluir outros desfechos tais como empreendedorismo, legitimidade e ética (MAYNE; ZAPICO-GONI, 2007; LUSTHAUS, 2011), para não esquecer a igualdade, desfecho fundamental à sociedade brasileira. No setor público, tanto a terminologia como as concepções de desempenho são variadas e envolvem, desde a diferenciação entre administração e gestão até diferentes concepções do papel do Estado e do Governo tal como é expressado na abordagem recentemente revisada dos 7-S (LUSTHAUS, 2011). Para alguns autores, como os citados, esta instabilidade é positiva, uma vez que ela expressa os diferentes domínios e funções que programas e políticas podem possuir.

A aproximação crítica entre a discussão sobre monitoramento e a organização científica do trabalho é pouco frequente. Raramente se encontra a contraposição da modelização lógica das ações ou da gestão por resultados à discussão da er-

gonomia, da psicologia ou da psicopatologia do trabalho. Uma de suas vertentes orienta várias experiências de auto-observação das ações, com algumas iniciativas no Brasil, como, por exemplo, a questão da qualidade abordada por instrumentos de autoapreciação como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e o Sistema de Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS (QualiAIDS). Entretanto, ainda são incipientes as abordagens em monitoramento que articulem, em situação, as relações do trabalho prescrito e do trabalho real, na perspectiva das práticas de gestão participativa.

Adicionalmente, o trabalho em gestão pode ser compreendido como aqueles processos que mobilizam recursos materiais e simbólicos, inclusive a credibilidade e a legitimidade, para alcance dos resultados pactuados. No limite, eles seriam regulados pela ética e pela inclusão, cada vez mais frequente, dos beneficiários das ações em seus processos de regulação. A gestão participativa torna, assim, o monitoramento e a avaliação pré-condições para a transparência.

A prática de Monitoramento e Avaliação (M&A) da gestão das instituições públicas brasileiras reflete a tendência internacional e tem se organizado em torno de uma oposição simplista referente às práticas de monitoramento da administração *versus* as de gestão. A dicotomia reducionista identifica administradores com os processos (meios), os torna sujeitos à auditoria e associa os gestores aos efeitos (fins), sujeitos à avaliação de imputabilidade (*accountability*), isto é, de mérito e valor.

Desde os últimos anos da década passada, algumas questões interessantes têm aparecido pontuando diferenças entre as concepções de monitoramento e as de avaliação de desempe-

no. No setor público, vem se formando, gradativamente, o consenso de que governos e suas organizações necessitam de produção oportuna de conhecimento tático e estratégico como subsídio de governabilidade. Desta forma, o monitoramento de desempenho tem se consolidado como prática de gestão e mobilização de conhecimento para o desenvolvimento das organizações, mesmo as mais complexas (PATTON, 2011; BARRADOS; BLAIN, 2013; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

O nascimento do monitoramento de desempenho como uma prática de “mensuração de desempenho” sem especificação da abordagem ou plano de monitoramento só muito recentemente vem se modificando. Apesar das dificuldades de acomodação e das controvérsias acadêmicas existentes, tanto o monitoramento de desempenho como a mensuração de desempenho têm sido incorporados aos modelos de avaliação de desempenho institucional. Lahey e Nielsen (2013) discutem a relação de interdependência entre os três, tendo como argumento base o fato de a gestão por resultado requerer uma visão multidimensional de desempenho de forma a responder às múltiplas necessidades da organização, tais como: produção, coordenação, inovação e sustentabilidade. Além disto, como afirmado por Barrados e Blain (2013), baseando-se na experiência canadense, o ciclo, os custos e a operacionalização de avaliações de impacto de políticas públicas, usualmente retrospectivas, têm colocado desafios importantes relacionados à sua utilidade para a obtenção de respostas oportunas e atualizadas para perguntas referentes à eficiência e efetividade das políticas.

A compreensão da apreciação do desempenho apenas como achado de pesquisa avaliativa e voltada para indicadores de impacto e de longo prazo dificulta a incorporação das

práticas de monitoramento de desempenho nas organizações, pelo menos em relação a dois pontos: a validade de dados e a atribuição. Em relação à validade, as principais críticas se referem ao uso de indicadores *ad hoc*, ou seja, não gerados por procedimentos de pesquisa. Para os partidários deste argumento, aquele tipo de mensuração coloca em questão a robustez científica da informação. Usualmente, este argumento é contraposto aos custos e à complexidade dos procedimentos para gerar indicadores válidos, embora a recomendação seja a de alinhar dados obtidos nos sistemas de coleta rotineira àqueles resultantes de estudos avaliativos. Em relação à atribuição, tanto os custos como o tempo de execução das avaliações são obstáculos para a sua utilidade, reforçando a pertinência de sistemas avaliativos que combinem as duas estratégias, isto é, o monitoramento e a avaliação.

A gestão democrática pressupõe não só a informação de qualidade. Assume-se que são necessárias ferramentas de gestão que incluam as parcerias com o público-alvo para a definição dos padrões e estratégias de mudança, tais como conselhos e fóruns deliberativos a serem subsidiados por informação consistente e de livre acesso. A informação é um aspecto de suma importância em todas as esferas governamentais. Ela serve como subsídio para o planejamento, a organização e a gestão dos serviços, o monitoramento, a avaliação e o replanejamento.

As atividades gerenciais enfrentam situações de dificuldades, considerando o número de informações a serem analisadas antes da tomada de decisão, de forma a minimizar os riscos a serem assumidos. Neste sentido, o monitoramento pode ser compreendido como uma prática reflexiva e situada, capaz de

subsidiar a análise estratégica, a apreciação lógica, a de implementação e a de contribuição da intervenção para os efeitos finalísticos esperados (CONTANDRIOPOULOS; TROTTIER; CHAMPAGNE, 2008).

Um sistema de informação pode ser definido como um conjunto de processos relacionados entre si que coletam, elaboram, armazenam e distribuem informação nas organizações. É um sistema no qual a entrada principal são os dados, que são transformados em informação para as organizações e seus usuários. Neste sentido, a transparência do modo de transformação dos dados em informação é a chave do processo de aproximação entre a pluralidade das perspectivas e os interesses envolvidos no SUS. Em uma ótica de gestão autônoma, estes sistemas podem contribuir para a progressão de formas de consciência sobre os significados e sobre a valoração do SUS e da saúde da população brasileira.

Os sistemas de informação são importantes instrumentos de apoio à gestão do trabalho em saúde seja para as ações administrativo-burocráticas seja para as atividades baseadas em conhecimentos técnico-científicos, especialmente as que dependem de informações atualizadas. A utilização deste tipo de informações resulta no aprimoramento do profissional, na ampliação da capacidade de mudar a realidade bem como na inovação nos processos de trabalho quando potencializam as competências pessoais e a capacidade de resposta e soluções de problemas em tempo real.

Os sistemas de monitoramento viabilizam avaliações internas e externas. Em avaliações internas, eles subsidiam reflexões aprofundadas e o acompanhamento do desenho e da utilização do sistema. São fundamentais para estabelecer ciclos

ou rotas de metas de implementação, ajuste ou reconfiguração do próprio sistema. Contudo, os sistemas não excluem a sua apreciação por especialistas externos, o que pode garantir a sua operacionalidade e qualidade.

No Brasil, o movimento de constituição de uma política de avaliação articulada à gestão é recente, usualmente referido aos artigos 15 e 17 da Lei nº 8.080/90, com diretrizes que acabaram por reforçar abordagens fragmentárias e conservadoras, com a dissociação dos processos avaliativos em curso, uma tendência inversa daquela adotada pelos países desenvolvidos (CRUZ, 2011). As concepções que prevaleceram têm enfatizado a perspectiva normativa, ao observar, conforme evidencia Faria, que “nos debates e nos estudos correlatos mais recentes [há uma] prevalência de um viés normativo e/ou uma priorização dos aspectos mais técnicos da avaliação das políticas públicas, bem como uma ênfase em seu papel de instrumento gerencial” (2005, p. 98).

O processo de institucionalização de M&A no sistema de saúde brasileiro teve diferentes iniciativas nacionais, nas décadas de 1990 e 2000, dentre elas, a criação da Rede Interagencial de Informação para Saúde (Ripsa), em 1996; do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), em 1998; do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no mesmo ano (HARTZ, 2002; FELISBERTO, 2004); e do Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids (Monitoraids), em 2004 (SANTOS; CRUZ; DECOTELLI, 2011; SANTOS; REIS; CRUZ, 2010), nas três esferas de governo, em um contexto marcado pelo avanço dos processos de descentralização. As mudanças desencadeadas com a implantação e consolidação do SUS en-

volveram – e continuam envolvendo – atores e contextos locais diversos, a reconfiguração das redes de atenção à saúde, novos sistemas de governança e pactuação, a reorganização de serviço e a definição do M&A como uma das funções gestoras do sistema (CRUZ; REIS, 2011).

Nesse contexto, em 2006, foi criado o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (Demags) vinculado à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde. No mesmo ano, foi instituído o Comitê de Avaliação de Desempenho do SUS e elaborado o primeiro documento sobre a Política Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema Único de Saúde. O documento destaca a matriz do Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS) e recomenda a implementação de uma política capaz de acompanhar os efeitos das ações propostas no sistema de saúde, além de promover a adequação da gestão.

Dois avanços significativos ocorreram em 2011: a redefinição do Comitê de Informação e Informática com a competência da revisão, promoção e fortalecimento da Política de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) – que coordena a sua pactuação e consolidação ocorrida em 2013 e aprovada em 2014, pelo Conselho Nacional de Saúde – e a criação do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (Demas), pelo Decreto nº 7.530/2011, como unidade integrante da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde.

O Demas tem como uma de suas atribuições “coordenar a formulação e execução da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS”. A criação deste Departamento se deu como uma iniciativa de alteração do cenário de grande diversidade de conceitos, metodologias e instrumentos de M&A existentes

no MS e da necessidade de modificar um *modus operandi* que dificultava a implementação das políticas de Monitoramento e Avaliação no âmbito do SUS ou mesmo de pouca reflexão sobre a necessidade de maior envolvimento dos principais interessados no M&A.

### **A construção de evidências**

Foi realizado um estudo descritivo de caráter exploratório das ações implementadas pelo MS com vistas ao estabelecimento da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS. Realizou-se uma revisão da literatura, compreendendo os termos: sistemas de monitoramento de desempenho, avaliação de desempenho e modelos de monitoramento e avaliação de sistemas de saúde. A revisão subsidiou a concepção de monitoramento utilizada para a análise descritiva das ações do Demas.

O estudo abrangeu a análise documental de relatórios referenciais produzidos pelo Demas, em 2012, e a análise de informações disponibilizadas nos sítios da internet correlatos. Os documentos consultados foram: Política Nacional de Informação e Informática em Saúde; Demas: Balanço de 2012 e Perspectivas para 2013; e Balanço Anual do Alinhamento Estratégico do MS (BRASIL, 2014). Já os sites consultados e analisados foram: o do Sistema de Controle Acompanhamento e Avaliação de Resultados (e-Car) <<http://ecar.saude.gov.br:8080/pe2012/>>; da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage) <[www.saude.gov.br/sage](http://www.saude.gov.br/sage)>; do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) <[www.saude.gov.br/idsus](http://www.saude.gov.br/idsus)>; e o do Plano Estratégico do Ministério da Saúde (PE-MS) <<http://ecar.saude.gov.br/pems/>>.



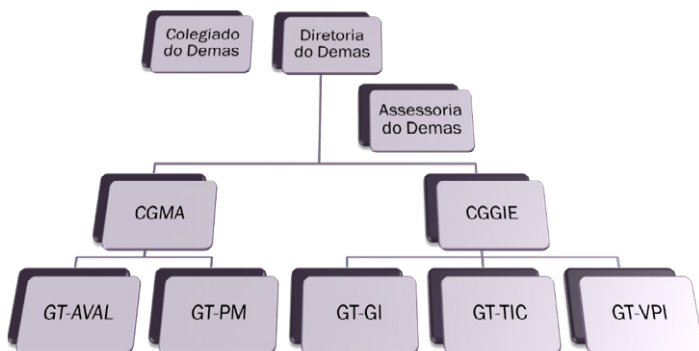
Procedeu-se à análise considerando a caracterização das ações do Demas no ano de 2012 e a análise descritiva destas ações à luz da concepção de monitoramento como prática pedagógica reflexiva e situada com a identificação de seus avanços e desafios bem como de perspectivas futuras da implementação da política de M&A no SUS. Para a identificação de avanços e desafios em relação à pergunta proposta, foi realizada a apreciação das ações propostas pelo Demas, de acordo com as seguintes dimensões: (i) competências do Demas definidas no artigo 10 do Decreto nº 7.797/2012; (ii) utilidade para o planejamento estratégico do setor; e (iii) usos possíveis para implementação das Políticas de Saúde, dos processos de tomada de decisão e gestão reflexiva, incluindo processos de inovação.

## **RESULTADOS**

O Demas é um departamento ligado diretamente à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e está subdividido em duas Coordenações-Gerais: a Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação (CGMA) e a Coordenação-Geral de Gestão da Informação Estratégica (CGGIE).

De acordo com o apresentado na Figura 1, faz parte ainda de sua organização um colegiado de apoio matricial, uma assessoria técnica e uma série de Grupos de Trabalho: de Avaliação do SUS, de Planejamento e Monitoramento, de Gestão da Informação, de Tecnologias da Informação e Comunicação e de Validação e Produção de Informação.

**Figura 1** – Organograma do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS.

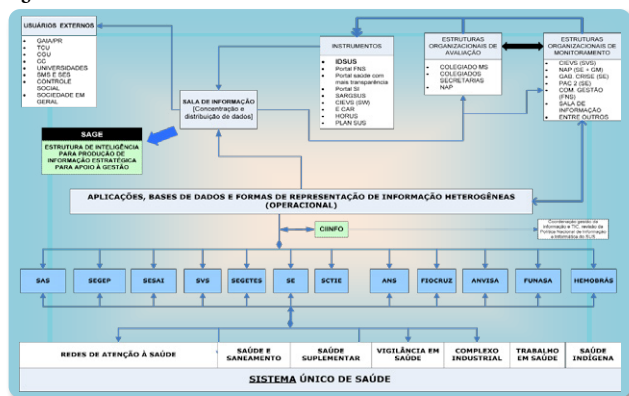


Fonte: BRASIL, Demas/SE/MS, 2013.

Na estrutura regimental do Ministério da Saúde, compete ao Demas: (i) coordenar a formulação da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS; (ii) coordenar os processos de elaboração, negociação, implantação e implementação de normas, instrumentos e métodos necessários ao fortalecimento das práticas de monitoramento e avaliação do SUS; (iii) articular e integrar as ações de monitoramento e avaliação executadas pelos órgãos e unidades do MS (Figura 2); (iv) desenvolver metodologias e apoiar iniciativas que qualifiquem o processo de monitoramento e avaliação do SUS; (v) viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas visando à produção do conhecimento no campo do monitoramento e avaliação do SUS; (vi) participar da coordenação do processo colegiado de monitoramento, avaliação e gestão das informações do SUS; e (vii) sistematizar e disseminar informações estratégicas para subsidiar a tomada de decisão na gestão federal do SUS.

Para dar consequência à abordagem sistêmica das ações de monitoramento e avaliação do SUS e integrá-las aos procedimentos de planejamento e gestão, o Demas coordenou o Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde de 2011-2015, reforçando os processos de priorização de resultados a serem monitorados de acordo com o fluxo descrito na Figura 2.

**Figura 2** – Fluxo do monitoramento do Sistema Único de Saúde.



Fonte: Demas/SE/MS, 2013.

## As ações do Demas: análise descritiva

A partir da análise dos principais produtos e ações do Demas, no ano de 2012, nota-se que eles se concentraram em quatro estratégias: (i) o monitoramento do planejamento estratégico do Ministério da Saúde, já descrito; (ii) a construção da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS; (iii) a revisão da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS); e (iv) a reestruturação da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage).

As estratégias descritas convergem para o atendimento das competências do Demas, de acordo com o estabelecido no Decreto já referido, ou seja, representam intervenções com vistas à formulação da Política de M&A do SUS, à articulação das ações de M&A executadas pelos órgãos e unidades do MS, à participação na coordenação do processo colegiado de gestão das informações no SUS e sua disseminação para tomada de decisão.

No ano de 2012, as intervenções do Demas em relação ao M&A em ações executadas pelo MS, unidades e órgãos a ele vinculados, se desdobraram na realização de 16 oficinas orientadas pelos objetivos estratégicos do MS, por sua vez, devidamente alinhados aos planos plurianuais (PPA 2008-2011 e PPA 2012-2015), ao Plano Nacional de Saúde (PNS 2012-2015) e à Programação Anual de Saúde (PAS).

Por assim ser, esse processo contou com ampla participação de profissionais integrando as diferentes Secretarias do MS para revisão e aprimoramento do processo de planejamento. Ao promover a integração de diferentes áreas cujas intervenções, guardadas suas especificidades, convergem para efeitos comuns, o Demas estabeleceu uma rotina de análise sistêmica, permitindo o acompanhamento do Plano Estratégico completo e das ações prioritárias, em ciclos alternados, conforme a periodicidade previamente acordada.

Sobre a primeira estratégia, a operacionalização do monitoramento contou com um Plano de Consolidação do Planejamento Estratégico validado em uma oficina ocorrida no primeiro quadrimestre de 2012 e da qual participaram cerca de 80 dirigentes do MS. Deste primeiro encontro resultou o desencadeamento de seis ciclos de monitoramento (nos meses de maio, agosto, setembro, outubro, novembro e dezembro), a partir dos quais foram estabelecidos periodicidades e focos de monitoramento. Des-

ta forma, os resultados prioritários das redes de atenção à saúde foram monitorados semanalmente, os resultados prioritários dos objetivos estratégicos, mensalmente e, por fim, todos os resultados do planejamento estratégico, trimestralmente, pelas diversas áreas do MS e demais atores envolvidos, inclusive de instâncias ligadas ao Ministério do Planejamento (PAC da Saúde) e Casa Civil da Presidência da República (Marcas de Governo).

Em consonância com os processos de M&A do Planejamento Estratégico e da disponibilização de informações de caráter executivo e gerencial para subsidiar a tomada de decisão, um sistema eletrônico foi desenvolvido como ferramenta de gestão e encontra-se sob a forma de uma plataforma da internet. Este sistema, denominado Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (e-Car), mostra a relação dos objetivos estratégicos e metas do MS e permite o acompanhamento das ações por meio da inserção de pareceres técnicos advindos das atividades de M&A. De acordo com estes pareceres, procede-se à classificação do grau de alcance das metas. Neste sentido, o e-Car sofreu melhorias resultando em maior agilidade no acesso e facilidades na visualização por parte dos usuários.

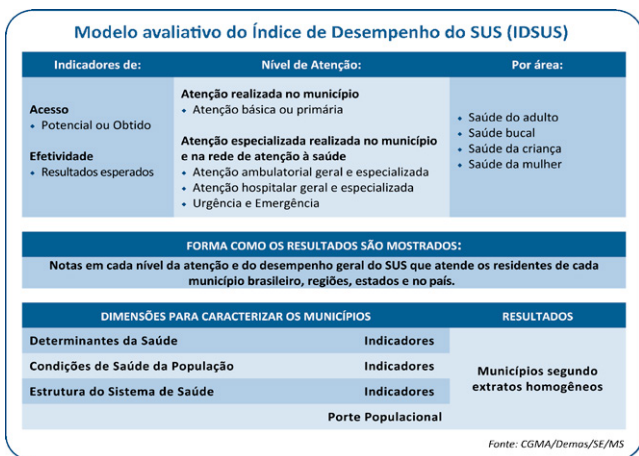
Outras funcionalidades foram agregadas, a exemplo do emprego de etiquetas, que permitem agrupar resultados e produtos por temas, independentemente do objetivo estratégico a que estejam vinculados e do desenvolvimento do Painel do Plano Estratégico (PPE), uma interface do sistema para qualquer computador, *tablet* ou *smartphone* que se comunica com o e-Car, permitindo uma consulta mais ágil das informações.

Os ciclos de registro das informações e sua interpretação por meio de pareceres têm induzido movimentos de apropriação de técnicas de modelização das intervenções e de revisão de indicadores em busca de medidas mais realísticas e apropria-

das. Evidências destes processos podem ser identificadas nas demandas crescentes por oficinas de integração entre planejamento e monitoramento que vêm ocorrendo tanto em nível federal como estadual e municipal, nos últimos dois anos.

No que diz respeito à segunda estratégia, ou seja, a Política de Monitoramento e Avaliação do SUS, o Demas desenvolveu e publicou o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS). Trata-se de um indicador composto, que promove uma avaliação do desempenho do SUS em relação ao acesso (potencial ou obtido) e à efetividade da Atenção Básica, das Atensões Ambulatorial e Hospitalar e das Urgências e Emergências. Os achados têm como foco os usuários do SUS residentes em cada município e podem ser visualizados, de maneira georreferenciada, na forma de cartogramas dinâmicos ou, ainda, em forma de tabelas <[www.saude.gov.br/idsus](http://www.saude.gov.br/idsus)>.

Figura 3 – Modelo avaliativo do IDSUS.



Fonte: Demas/SE/MS, 2013.

A leitura dos resultados georreferenciados do IDSUS permite mapear quais são os pontos fortes e as fragilidades de cada município. A análise dos resultados dos indicadores do SUS em municípios de uma mesma região de saúde permite o refinamento do olhar para as diferenças entre o SUS que atende os residentes desses municípios, seus pontos positivos e negativos. Ambas as visões podem subsidiar os gestores federal, estaduais e municipais no estabelecimento das prioridades de ações visando melhorias (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Em relação à estratégia de revisão da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), foi publicada a Portaria nº 188/2012, contendo o Regimento Interno do Comitê de Informação e Informática (CIINFO) cuja função primordial é atuar no processo de estruturação da governança da informação. Com isto, formalizou-se a estrutura, as competências e o funcionamento do Comitê que passa a contar com três subcomitês atuantes nas áreas de governança de tecnologias da informação e informática, segurança da informação e, finalmente, governança da informação em saúde.

Ainda no referido campo, foi revisada e posta em consulta pública a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), norteadora das iniciativas relacionadas ao tema, com vistas a suprir (i) a falta de padronização dos procedimentos de obtenção e tratamento dos dados em saúde; (ii) a heterogeneidade de sua periodicidade; (iii) a deficiência relativa de qualificação profissional na área; e (iv) a insuficiência de estratégias de financiamento, além de outras lacunas para o alcance da interoperabilidade de dados e informação em saúde.

Com o intuito de contribuir para as ações de M&A como ferramenta de gestão, o Demas ainda mantém uma

Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage) <[www.saude.gov.br/sage](http://www.saude.gov.br/sage)>. O portal da Sage disponibiliza uma série de indicadores para subsidiar a tomada de decisão, a gestão e a prática profissional bem como demonstra ações governamentais em curso. A Sage, criada em 2004 e reformulada em 2012 (Portaria nº 406/2012), redefine e disponibiliza tanto o fluxo quanto as informações estratégicas no MS e entidades vinculadas. Em constante aprimoramento, é uma solução baseada em *software* livre e permite projeções, inferências setoriais e análises situacionais do nível nacional até o municipal.

Na direção do desenvolvimento de sistemas informatizados de gestão, destaca-se, também, a criação do Portal Saúde com mais Transparência, configurando-se um instrumento de disseminação de dados relativos à execução de políticas públicas na área <<http://aplicacao.saude.gov.br/portalthransparencia/index.jsf>>. O objetivo é permitir ao cidadão obter informações sobre os recursos federais destinados ao setor saúde transferidos a Estados, Municípios e Distrito Federal e discriminados por programa orçamentário ou por bloco de financiamento.

Consideradas as competências definidas para o Demas, ainda se faz necessário planejar e implementar intervenções que permitam acompanhar as competências de coordenação dos processos de elaboração, negociação e implantação de normas, instrumentos e métodos para o fortalecimento das práticas de M&A no SUS. Além disto, ainda são incipientes ações para implementação das competências de viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas visando à produção do conhecimento no campo no M&A em Saúde.

Mais recentemente, o Demas deu início à formulação da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS (PMA-



SUS), com a realização de dois encontros para elaboração do documento da Política a ser brevemente submetida a consulta pública. No que se refere ao documento, em início de formulação, uma primeira versão foi submetida à apreciação do GT da PMA-SUS, designado pela Portaria nº 1.517/2013, iniciando seu processo de elaboração e validação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a publicação recente do livro *Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde, 2011-2015: resultados e perspectivas*, o Demas consolida o esforço em romper a fragmentação e fomentar o alinhamento estratégico do planejamento e das práticas em M&A do Ministério da Saúde. A viabilização das informações e o monitoramento do Planejamento Estratégico inovou, possibilitando, pelos seus ciclos de verificação de resultados levado a instâncias de conversações e de responsabilidade, o caminho da integração, dos ajustes e do replanejamento.

Um dos grandes problemas da integração entre gestão e programação parece bem acomodado na combinação entre análise estratégica e operacional possibilitada pelo e-Car. Alguns desafios ainda são presentes: um é a qualificação dos dados e dos pareceres. O acompanhamento dos resultados previstos sem a modelização da estratégia e dos marcos intermediários, dificulta a problematização reflexiva do gestor. Onde e com que prioridade agir? Que resultados priorizar? Considerado o contexto específico, a modelização lógica proveria a estrutura para uma análise mais adequada dos resultados para além de um diagnóstico sobre o modo de funcionamento esperado e facilitaria a identificação de como a estratégia poderia

funcionar melhor. Já se registram, no âmbito de algumas Secretarias do MS, iniciativas no sentido de garantir a qualidade das informações e de integração horizontal entre os resultados definidos pelo planejamento estratégico.

Outro desafio relacionado é a intensificação de processos de *feedback* para tomada de decisão, incluindo o seu monitoramento. Os últimos anos têm marcado, no campo da saúde coletiva, o debate sobre o uso de evidências para a gestão. É importante assinalar que a mera geração da evidência não garante a sua utilização e influência. A utilização e aplicação de informações, sejam elas advindas de pesquisas ou sistemas de informações, é também um processo político mediado por racionalidades não necessariamente técnicas ou científicas.

Diversas concepções de “translação” do conhecimento em ação têm sido mobilizadas para fundamentar as possíveis formas de incorporação do conhecimento em mudança de práticas. Na literatura, “translação” tem diversos significados (LEEUW; MCNESS; CRISP, 2008) embora nenhum deles reflita, com toda a riqueza, o nexu entre produção da informação, formulação de políticas e inovação de práticas e tecnologias, especialmente considerando-se os diferentes usuários e seus interesses plurais.

Isso certamente exigirá um conjunto de competências relacionadas à transformação do conhecimento em ação, mais ainda, se consideradas sob a ótica da mobilização do conhecimento nos processos de trabalho, de forma a permitir a atividade crítica sobre a atividade própria e específica, confrontada de forma transparente à observação de outros qualificados inclusive como cidadãos. O grande desafio se torna, assim, a construção de uma cultura de monitoramento que transcenda

a perspectiva de dispositivos de tradução de normas e padrões em realidade, para uma perspectiva de dispositivos de “transcriação”, em uma analogia aos processos de tradução literária (CAMPOS, 2013), construção teórica que está sendo explorada pelos autores em outro texto em desenvolvimento.

Em outras palavras, é necessária uma agenda de ações do Demas que viabilize o aprendizado para uma gestão reflexiva, considerando a relevância, a utilidade e o custo dos processos de M&A. As reuniões de monitoramento e as oficinas transversais de avaliação dos objetivos e resultados do planejamento estratégico 2011-2015, na recente parceria com o grupo LASER da ENSP/Fiocruz, são marcos iniciais deste processo.

Dessa forma, esse artigo espera ter mapeado hipóteses para a contribuição do Demas, buscando a reflexão com os pares, para o alinhamento das políticas de M&A em saúde e subsidiando o debate sobre eles, de modo a contribuir para a construção de uma agenda de estudos e pesquisas visando à produção de conhecimento, no campo no M&A em saúde, que reflita na integralidade as necessidades do SUS.

## REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. M. *et al.* (Org.). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate. São Paulo: Cortez, 1998. p. 29-39.

BARRADOS, M.; BLAIN, J. S. Improving program results through the use of predictive operational performance indicators: a canadian case study. **American Journal of Evaluation**, v. 34, n. 1, p. 45-56, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011-2015: resultados e perspectivas**. 3. ed. Brasília, 2014.

CAMPOS, H. Da transcrição: poética e semiótica da operação tradutora. In: TÁPIA, Marcelo; NÓBREGA, Thelma (Org.). **Transcrição**. São Paulo: Perspectiva, 2013. p. 77-102.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 11, p. 705-711, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; TROTTIER, L. H., CHAMPAGNE, F. Improving performance: a key for Quebec's health and social services centres. **Infoletter**, v. 5, n. 2, p. 2-6, 2008.

COUSINS, B., WHITEMORE, E., SHULHA, Lyn. Arguments for a common set of principles for collaborative inquiry in evaluation. **American Journal of Evaluation**, v. 34, n. 1, p. 7-22, 2013.

CRUZ, M. M. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p. 181-199. Disponível em: <[www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps)>.

CRUZ, M. M; REIS, A. C. Monitoramento e avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS). In: GODIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Org.). **Qualificação Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: EAD/ ENSP, 2011. p. 415-426.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F. E.; BILODEAU, H. Histórico da avaliação. In: BROUSSELLE, Astrid *et al.* (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 19-39.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 20, n. 59, p. 97-110, 2005.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, 2004.

HARTZ, Z. M. A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, p. 419-421, 2002.

LAHEY, R.; NIELSEN, S. B. Rethinking the relationships among monitoring, evaluation and results-based management: Observations from Canada. In: NIELSEN, S. B.; HUNTER, D. E. K. **New Directions for Evaluation**, v. 137, p. 45-56, 2013.

LEEUW, E.; MCNESS, A; CRISP, B. *et al.* Theoretical reflections on the nexus between research, policy and practice, **Critical Public Health**, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/09581590801949924>>. Acesso em: 5 fev. 2014.

LUSTHAUS, C. **Emerging practices in development evaluations**. Disponível em: <[www.mymade.org](http://www.mymade.org)>. Acesso em: 23 nov. 2011.

MAYNE, J. Accountability for program performance: a key to effective performance monitoring and reporting. In: **Monitoring performance in the public sector: future directions from international experience**. New Brunswick; New Jersey: Transactional Publishers, 2007 [1997]. p. 157-173.

MAYNE, J.; ZAPICO-GONI, E. Effective performance monitoring: a necessary condition for public sector reform. In: **Monitoring Performance in the Public Sector: Future Directions from International Experience**, 2<sup>nd</sup> ed. New Brunswick, New Jersey: Transactional Publishers, 2007. p. 3-29.

OLIVEIRA, P. T. *et al.* O monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde. **Rev. Brasileira de Monitoramento e Avaliação**, n. 5, p. 114-129, 2013.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. spe, ago. 2006.

PATTON, M. Developmental evaluation for equity-focused evaluations In: **Evaluation for equitable development results**. UNICEF, 2011. p. 88-102.

SANTOS, E. M.; OLIVEIRA, E. A.; CRUZ, M. M. Monitoramento em promoção da saúde: uma experiência de capacitação de adultos em um estado do nordeste brasileiro. **Educar em Revista: Dossiê Filosofia e Ensino**, v. 46, p. 193-207, 2012.

SANTOS, E. M; REIS, A. C; CRUZ, M. Análise do desempenho do sistema de monitoramento do programa de controle DST/Aids e hepatites virais (MONITORAids como ferramenta de gestão : desafios e possibilidades). **Rev. Bras. de Saúde Materno infantil**, v. 10, p. 173, 2010.

SANTOS, E. M.; CRUZ, M. M.; DECOTELLI, P. V. Avaliadores In Situ(Ação): reflexões e desafios sobre a institucionalização da prática avaliativa no PN DST/Aids. In: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de Programas e Serviços em Saúde**. Campinas, SP: Unicamp, 2011.

WESTLEY, F, ZIMMERMAN, B., PATTON, M. Q. Getting to maybe: how the word is changed. Canada: Random House, 2007. p. 29-54.

# CAPÍTULO 18

## AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR MEIO DE ENTREVISTAS TELEFÔNICAS: ALCANCES E DESAFIOS

**Nelson Filice de Barros**

**Renata Cavalcanti Carnevale**

**Pedro Cristóvão Carneiro da Cunha Barrio de Sousa Lopes**

**Janaína Alves da Silveira Hallais**

**Maria Fernanda Aidê**

**Pedro Mourão Roxa da Motta**

**Pamela Siegel**

**Bianca Stella Rodrigues**

### INTRODUÇÃO

Embora o acesso à telefonia fixa e móvel atinja praticamente a totalidade dos estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) assim como a maior parte da população brasileira, viabilizando, desta maneira, a realização de pesquisas com a coleta de informações por via telefônica, observa-se grande necessidade de refletir sobre a utilização desta técnica de coleta de dados, uma vez que identificamos importantes alcances e muitos desafios.

De acordo com a Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL, 2015), o Brasil encerrou o mês de maio de 2015 com 44,9 milhões de acessos em serviço na telefonia fixa,

com a taxa de 21,97 acessos em serviço para cada grupo de cem habitantes. Já em relação à telefonia móvel, segundo o Ministério das Comunicações, estima-se que o Brasil tenha 272,4 milhões de linhas de telefones celulares, com uma média de mais de um acesso para cada habitante. A maior parte dos acessos, cerca de 75% do total, é composta por terminais pré-pagos. (BRASIL, 2015).

A incorporação de tecnologias da informação e comunicação no campo da saúde representa uma via de acesso valiosa para a realização de pesquisas de avaliação de serviços, construção de diagnóstico, tomadas de decisão e outras. Seu potencial foi analisado em uma revisão sistemática da literatura realizada por Gonçalo e Barros (2013) na qual se concluiu que se trata de uma técnica de coleta de dados de baixo custo, que garante acesso aos entrevistados, maiores taxas de participação e facilidade de recrutamento dos participantes. No entanto, os autores concluíram, também, que é quase inexistente a literatura sobre o assunto, uma vez que identificaram apenas 37 artigos nos principais bancos de referências do campo da medicina e da enfermagem, respectivamente, PubMed, que compreende mais de 24 milhões de citações da literatura biomédica do MEDLINE, e *Cumulative Index to Nursing & Allied Health (CINAHL)*, que inclui mais de 3,2 milhões de registros de enfermagem que remontam a 1960.

O objetivo deste capítulo é discutir os alcances e os desafios encontrados na utilização de entrevistas telefônicas para a avaliação de serviços de saúde, principalmente a partir da experiência desenvolvida na análise da oferta de Práticas Integrativas e Complementares nos serviços de Atenção Primária em Saúde dos 20 municípios da Região Metropolitana de Campinas.



## 2. O CONTEXTO EM QUE FORAM USADAS AS ENTREVISTAS TELEFÔNICAS

O projeto de pesquisa chamado “As Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares nos Serviços de Atenção Primária em Saúde na Região Metropolitana de Campinas/SP” está sendo desenvolvido por um grupo de pesquisadores do Laboratório de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (LAPACIS, 2015), da Faculdade de Ciências Médicas, da Unicamp.

Contamos com o financiamento obtido no Edital CNPQ/Chamada MCTI/CNPq/ MS – SCTIE – Decit nº 07/2013 para desenvolver o projeto, que é considerado multimétodos, de natureza quantitativa e qualitativa, com três estudos complementares. O primeiro, de natureza quantitativa, tem o objetivo de realizar um censo em todos os serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) (CONTATORE *et al.*, 2015) dos 20 municípios da Região Metropolitana de Campinas (RMC, 2015) para identificar quais são as Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares (RM-PIC) (BARROS, 2000; 2008; BARROS; FIÚZA, 2014) ofertadas. Este estudo foi desenvolvido com a realização de entrevistas telefônicas semidirigidas, com questionário estruturado e questões abertas com coordenadores de todos os serviços de APS da RMC.

O segundo estudo, de natureza qualitativa, tem o objetivo de identificar o perfil sociodemográfico, o processo de formação e a organização do trabalho dos profissionais que ofertam RM-PIC na APS dos 20 municípios da RMC. Para desenvolvê-lo, estão sendo realizadas entrevistas semiestruturadas com amostra intencional dos profissionais que ofertam RM-PIC na APS na RMC.

O terceiro estudo, de caráter qualitativo-quantitativo, tem o objetivo de analisar, longitudinalmente, no período de seis meses, a relação de custo-efetividade de dois grupos de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (diabetes e hipertensão), um que utiliza alguma RM-PIC nos serviços de APS do município de Campinas/SP e outro que não a utiliza.

Este terceiro estudo desenvolverá: a) entrevistas semiestruturadas com dois grupos de usuários dos serviços de APS do município de Campinas/SP; b) entrevistas telefônicas estruturadas quinzenais com os usuários, para coletar dados com o Instrumento Adaptado do “*Measure Yourself Medical Outcome Profile*” (IA-MYMOP) (SIEGEL *et al.*, 2015; BARROS *et al.*, 2014) durante o período de seis meses; e c) análise dos prontuários dos usuários entrevistados, retrospectivamente, pelo período de um ano, para identificar o registro de prática de RM-PIC, consumo de medicamentos e consultas com profissionais de saúde.

No período de setembro de 2014 a junho de 2015, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e pela Secretaria de Saúde da Região Metropolitana de Campinas/SP, foi desenvolvido o primeiro estudo. Inicialmente, foi realizado um levantamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da RMC, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2015). Neste levantamento, foram obtidas informações (nome do serviço, endereço, contatos, equipe profissional e oferta de PIC) das 285 UBS dos 20 municípios.

Em seguida foi construído um questionário no Epi-Data versão 3.1, que foi utilizado para a realização das entrevistas telefônicas, e o seu manual, para a correta realização das entrevistas e o preenchimento do Epi-Data. O questionário foi

composto de perguntas fechadas e abertas sobre: 1) caracterização do perfil sociodemográfico; 2) dados sobre PIC existentes na unidade de saúde e a oferta de cada prática; 3) percepção do entrevistado sobre a oferta de PIC na unidade.

Foi realizado treinamento de 36 horas com os pesquisadores contratados para a realização das entrevistas e o preenchimento do Epi-Data. A realização das entrevistas ocorreu na central telefônica de um centro de pesquisa na Unicamp, durante os meses de agosto e setembro de 2014. Para as ligações, foi disponibilizada uma sala climatizada com cinco baias de trabalho compostas por ponto telefônico, computador (desktop), aparelho telefônico e aparelho de gravação telefônica. O centro esteve disponível para uso dos pesquisadores entre as 07 e 18 horas, de segunda a sexta-feira. Após a obtenção dos dados, foi utilizado o programa Stata (*Statistical Data Analysis* 11.0) para análise dos dados.

A utilização das entrevistas telefônicas para a realização do primeiro estudo do projeto se deveu ao fato de que, em consulta prévia ao Observatório de Indicadores da Região Metropolitana de Campinas (OMI, 2015), foram identificadas 300 unidades de APS nos 20 municípios da RMC. Este número foi checado com os registros do CNES/MS e reduzido para 285 unidades as quais tiveram seus coordenadores entrevistados, compondo, no final, o banco de dados com as frequências observadas no Quadro 1.

**Quadro 1** – Consolidação estatística do Estudo I.

<b>CLASSIFICAÇÃO DAS UBS</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>
Unidades que oferecem PIC	117
Unidades que oferecem outras atividades não convencionais não identificadas como PIC	10
Unidades que não oferecem nem PIC nem outras atividades identificadas como PIC	109
Unidades que foram excluídas	49 Perda de áudio/falta de contato = 11 Recusa = 12 Não é UBS = 23 Fora de funcionamento = 3
<b>TOTAL</b>	<b>285</b>

Fonte: Pesquisa direta, 2015.

### **3. ALCANCES DO USO DE ENTREVISTAS TELEFÔNICAS PARA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Após a realização das entrevistas, foi pedido à equipe de entrevistadores que elaborasse relatório apontando facilidades e dificuldades percebidas durante a coleta de dados. Entre os fatores positivos do uso telefônico houve consonância nos apontamentos relacionados aos seguintes aspectos:

– ***economia de tempo***: a possibilidade de realizar diversas entrevistas por dia permitiu que todo o processo de coleta dos dados das 285 UBS fosse desenvolvido em sete semanas, observando a seguinte sequência de passos:

a) contato inicial como o coordenador dos serviços para explicar a pesquisa e agendar horário para a realização da entrevista: foram realizadas até cinco ligações para completar o contato inicial;

b) realização da entrevista, com a gravação da leitura inicial do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e todas as demais perguntas: foram realizadas até dez ligações para completar a realização das entrevistas;

c) em caso de não conseguir completar o contato inicial e a entrevista, respectivamente, após cinco e dez chamadas, a unidade foi classificada como perda da fase de coleta de dados. Ressalta-se que, no caso das entrevistas realizadas para este estudo, muitas vezes foi necessário passar pelos atendentes para se chegar à coordenação do centro de saúde, no entanto, este fato não foi empecilho para se realizar as entrevistas;

– ***economia de dinheiro***: o fato de não ter havido gasto com transporte, diárias e pagamento por visitas a serviços que estavam erroneamente cadastrados como UBS nos diferentes bancos consultados, inevitavelmente, levou ao melhor uso dos recursos;

– ***flexibilidade dos horários de trabalho***: o contato inicial pelo telefone permitiu que o agendamento das entrevistas com os participantes fosse bastante flexível, de forma que, mesmo que houvesse adiamento da entrevista no dia e hora programado, podia-se realizar o contato inicial com outras unidades de saúde. A flexibilidade dos horários atendeu, também, as necessidades dos pesquisadores que puderam adequar suas agendas de trabalho em relação às necessidades dos entrevistados e ao horário de funcionamento do local utilizado para a realização das entrevistas;

– ***acesso aos entrevistados***: consideramos que foi alto o índice de acesso aos coordenadores das unidades os quais, em geral, estão assoberbados com eventos internos e externos do território que gerenciam, bem como, foi alto o número de

entrevistas completas, obtidas, algumas vezes, ao longo de duas ou três ligações consecutivas.

– ***baixa perda de entrevistas***: a absoluta maioria das unidades de saúde possuía, ao menos, um número de telefone fixo. No município de Campinas, a maior parte das unidades possuía dois ramais telefônicos, o que facilitou a organização dos contatos e o agendamento das entrevistas. Nas poucas unidades que não possuíam telefonia fixa, foi possível obter o número do telefone móvel do coordenador da UBS nas secretarias de saúde dos referentes municípios. Observando os dados do Quadro 1 identifica-se que quase 10% dos registros iniciais constavam erroneamente como unidades básicas de saúde, de forma que registramos como perdas, por recusa, problema de gravação e dificuldade de contato, apenas 10% do universo investigado.

#### **4. DESAFIOS DO USO DE ENTREVISTAS TELEFÔNICAS PARA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

A previsão média para a duração das entrevistas foi de, aproximadamente, 25 minutos, embora tenha havido variação entre 15 e 55 minutos de duração. Dado o número de unidades de saúde a serem entrevistadas assim como o espaço geográfico a ser percorrido pela equipe de trabalho, a opção pelas entrevistas via telefone possibilitou redução considerável nos custos e no tempo para a sua realização. No entanto, identificamos alguns importantes desafios, como:

– ***treinamento dos entrevistadores***: em princípio, pareceu satisfatória a preparação de 36h dos pesquisadores, mas, quando iniciadas as entrevistas, eles se mostraram mais estressados que o esperado, sendo, possivelmente, o motivo prin-

principal para a fragilidade do vínculo estabelecido e a recusa de entrevistas pelos coordenadores. Algumas vezes, quando os entrevistadores notavam indisponibilidade e impaciência por parte dos entrevistados não conseguiam reconstruir a relação para obter a sua confiança, como, muitas vezes é possível quando se tem contato visual entre entrevistador e entrevistado;

– ***construção do primeiro contato***: a maioria das recusas da entrevista se deu por desconfiança dos entrevistados, principalmente pelo fato de o entrevistador não estar presente fisicamente. Em decorrência desta fragilidade relacional houve, em vários casos, a necessidade de enviar o TCLE e mesmo o projeto de pesquisa por correio eletrônico. Não foi incomum, também, a necessidade de contatar um profissional superior na secretaria municipal de saúde, para que ele concordasse que o coordenador concedesse a entrevista;

– ***vínculo instável durante a entrevista***: várias situações podem tornar o vínculo telefônico bastante instável tais como: a agenda do entrevistado, pouca disponibilidade para aprofundar reflexões, má vontade em responder questões externas, local de entrevista inadequado com interferência de ruídos do ambiente e outros. Em algumas entrevistas, esta situação foi agravada pela indisponibilidade de determinadas coordenadoras de unidade pois houve pequena, mas significativa, parcela de unidades em que foi necessário ligar mais de oito vezes para se conseguir realizar a entrevista, geralmente devido à indisponibilidade ou à ausência do coordenador da unidade;

– ***baixa qualidade do sistema telefônico***: condições de trabalho precárias como a baixa qualidade da linha telefônica, com som muito baixo ou com muito ruído assim como

a interrupção involuntária durante a comunicação, produziu insegurança nos entrevistadores e levou à perda de dados de 11 entrevistas, como se observa no Quadro 1.

## DISCUSSÃO

A telefonia fixa e móvel permitiu o contato direto com a totalidade dos estabelecimentos e coordenadores dos serviços de APS dos 20 municípios da RMC, viabilizando, assim, por um lado, a realização do estudo de tipo censo, descrito anteriormente, e, por outro, a reflexão sobre diferentes alcances e desafios desta técnica de coleta de dados.

Segundo Harris *et al* (2008), entrevistas telefônicas são um meio eficaz para acessar gestores e profissionais do campo saúde que possuem papel preponderante na implantação e execução de políticas públicas. Todavia, a utilização do telefone é eficaz, também, para acessar outros públicos (FRANCISCO *et al.*, 2011), pois, afirma Segri (2013) que, em pesquisas populacionais executadas nas capitais brasileiras, as taxas de respostas variam entre 35% e 88%. Não foi diferente em nossa experiência, pois, ajustando o número dos registros com que trabalhamos em relação aos erros em relação ao tipo de serviço, conseguimos entrevistar praticamente 90% dos gestores dos serviços de APS na RMC.

Não é novidade que a realização de entrevistas telefônicas produz economia de tempo e dinheiro como também é conhecido o fato de que elas garantem alto índice de acesso aos entrevistados. (SEGRI, 2013; GONÇALO; BARROS, 2013; BERNAL *et al.*, 2013; BERNAL; SILVA, 2009; FERREIRA *et al.*, 2011; RESNIK; CLARK; BORGIA, 2011; JOHANSEN;



WEDDERKOP, 2010; NAGELHOUT *et al.*, 2010; WARDKING *et al.*, 2010; HARRIS *et al.*, 2008; MATHERS; FOX; HUNN, 2007; ADAY, 1996; BARRIBALL *et al.*, 1996).

No entanto, o relato concordante dos entrevistadores em relação à flexibilidade dos horários de trabalho, agilizando tanto as suas agendas como as dos entrevistados, pode ser identificado como uma novidade bastante positiva em relação a esta técnica de coleta de dados. Porém, o que mais chamou a atenção foi a baixa perda do número de entrevistas, mesmo que algumas tenham sido realizadas em até dez tentativas de contato ou tenham sido completadas em dois ou três diferentes momentos, ainda assim foram realizadas de forma completa e em sua quase totalidade.

É conhecido, também, o fato de que é fundamental o treinamento dos entrevistadores (AYÇA; AYKAN, 2010), no entanto foi bastante impactante para todo o grupo o sentimento de desamparo dos pesquisadores no início dos trabalhos. É possível que este sentimento tenha sido produzido pela utilização de equipamentos de entrevistas pouco usuais, como o sistema computadorizado, que se mostrou bastante “traçoeiro”, pois houve situações em que parecia estar gravando a entrevista e não estava. No entanto, à medida que foram sendo realizadas as entrevistas, os pesquisadores se sentiram mais seguros e à vontade, inclusive, para, em alguns momentos, ampliar sua escuta para a paixão ou a repulsa dos entrevistados em relação à oferta de PIC na APS.

Outro evento conhecido na literatura em relação a esta técnica de coleta de dados é relativo à dificuldade de construção do primeiro contato, pois, sem a interação face a face o pesquisador tem que construir uma relação de confiança

com o pesquisado que, em pouco tempo, deve se sentir seguro para comunicar diferentes tipos de informação (FIELDING, 2010). Uma estratégia que adotamos para as unidades das quais tínhamos algum endereço de *email*, antes mesmo do primeiro contato telefônico, foi enviar uma breve, porém detalhada, informação sobre a pesquisa e que, em breve, a unidade seria procurada para discutir e agendar a entrevista com o coordenador.

Porém, outros dois aspectos apontados pelos pesquisadores como negativos são contribuições inéditas da nossa experiência. O primeiro está relacionado à baixa qualidade do sistema telefônico, que interrompeu chamadas frequentemente e produziu ruídos que inviabilizaram a comunicação, ora no início da ligação ora durante a conversação. Obviamente, este primeiro aspecto está diretamente relacionado ao segundo que é relativo à instabilidade do vínculo durante a entrevista, pois, parte das entrevistas recusadas chegaram a ter início e, por algum motivo, que não conseguimos mensurar ou estabilizar em fenômeno específico, foram interrompidas. Assim, à dificuldade de construir o primeiro contato sugerimos que se acrescente a manutenção do tônico da comunicação, para garantir certa estabilidade do vínculo entre o entrevistador e o entrevistado ao longo de toda a entrevista.

Novick (2008) discute que fatores distrativos no ambiente onde se realiza a entrevista podem levar à redução na profundidade ou até mesmo à interrupção do contato telefônico. Nos serviços dos 20 municípios da RMC em que o coordenador não possuía sala ou telefone específico, as entrevistas aconteceram em local com maior circulação de pessoas e fatores dispersivos, levando, segundo os entrevistadores, a dificuldades

nas entrevistas. Já nas unidades em que os coordenadores possuíam aparelhos telefônicos privados em suas salas particulares as entrevistas aconteceram com muito menor interferência.

Na UBS de Campinas, os coordenadores não se recusaram a responder as perguntas, atenderam bem os entrevistados e garantiram, em sua maioria, respostas com mais profundidade que as fornecidas pelos coordenadores de outros municípios da região. Talvez, isto tenha se dado pela proximidade com a Unicamp e pelas PIC estarem um pouco mais consolidadas na rede de serviços de APS da cidade. No entanto, ao mesmo tempo, as entrevistas com eles precisaram ser reagendadas maior número de vezes, havendo um número pequeno e significativo de casos em que foram necessárias mais de cinco ligações para obtê-la.

Nos serviços de APS dos demais 19 municípios da RMC, observou-se que algumas unidades não possuem o cargo de coordenador de serviço e prevalece a figura do profissional de referência. Também, em média, as entrevistas nas UBS dos 19 municípios foram mais rápidas, possivelmente pelo fato de haver menos PIC instaladas e em desenvolvimento. Este fato pode estar diretamente relacionado ao pequeno número de reagendamentos necessários, uma vez que os entrevistados tinham como certa a curta duração das suas entrevistas. O tempo de duração de uma entrevista é apresentado na literatura como um fator importante para que pesquisas por telefone sejam bem sucedidas, sendo as entrevistas consideradas curtas mais factíveis de sucesso. (ADAY, 1996; BURNARD, 1994; MATHERS; FOX; HUNN, 2007).

Poucas entrevistas foram feitas por celular e não apresentaram problemas em sua realização, visto que poucas uni-

dades não têm telefone fixo ou estes estavam em manutenção ou eram recém-inauguradas e ainda sem a linha telefônica instalada. O fato de a pesquisa tratar de um assunto de âmbito institucional e não da intimidade do entrevistado pode ter influenciado no pequeno número de recusas, pois, segundo Rocheleau (2012), agrega dificuldade à entrevista telefônica tratar de assuntos privados em locais públicos.

Em meados da década de 2000, o Ministério da Saúde implantou o sistema de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) em todas as capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal e, desde então, vem produzindo um conjunto de análises baseadas em dados coletados por meio de entrevistas telefônicas (BRASIL, 2007; 2009; 2010). No entanto, não identificamos, em seus documentos, reflexões sobre os alcances e limites do uso de entrevistas telefônicas que, possivelmente, existem de forma muito diferente dos nossos, dado que estas contaram, pelo menos nas experiências iniciais, com a colaboração de diversas instituições como: uma das maiores companhias telefônicas atuando no mercado brasileiro, que, certamente garantiu-lhes boa estabilidade de comunicação; um instituto de pesquisa de opinião pública; e pesquisadores do *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) do *Center for Disease Control and Prevention* (CDC, Atlanta/ EUA). Certamente, a qualidade das questões que as equipes do VIGITEL vêm experienciando é bastante diferente das nossas, também pelo fato de que, na pesquisa de 2007, por exemplo, foram entrevistadas mais de cinquenta e quatro mil pessoas, número de participantes e índice de respostas obtidas que mostram o potencial do uso desta técnica de coleta de informações em pesquisas avaliativas de serviços de saúde.

Sumariamente, então, pode-se afirmar que, mesmo com distintas dificuldades e a necessidade da realização de mais pesquisas com a coleta de dados por meio de entrevistas telefônicas, a opção por esta técnica trouxe ganhos expressivos, viabilizando a avaliação da oferta de Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde da nona maior região metropolitana brasileira que conta com complexa rede de serviços de saúde e uma população de mais de três milhões de pessoas.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como a telefonia fixa e móvel no Brasil cobre, praticamente, a totalidade da população, a estratégia de coleta de dados por meio telefônico se torna bastante importante, porque promove economia de tempo e dinheiro, garante flexibilidade dos horários de trabalho, acesso aos entrevistados e baixa perda do número de entrevistas. No entanto, mais experiências de pesquisas e reflexões são necessárias sobre o uso desta técnica, pois há importantes limites relacionados à baixa qualidade do sistema telefônico e à instabilidade do vínculo entrevistador–entrevistado durante a entrevista.

A possibilidade do uso de entrevistas telefônicas pode ser fundamental para o campo da saúde, vide os enormes contingentes amostrais cobertos pelas pesquisas do Ministério da Saúde ou mesmo para cobrir regiões inteiras, como em nossa experiência, cujas entrevistas com profissionais dos serviços de saúde de APS podem ser consideradas muito exitosas. O fato de o contato ser realizado por via telefônica possibilita que as entrevistas sejam realizadas de maneira dinâmica, em tempo

hábil, com baixa necessidade de agendamento prévio, baixo custo operacional, ágil manejo de imprevistos e consequente redução da perda de tempo derivada de contratempos ou erros na trajetória para os locais das entrevistas. Além disto, a concentração dos profissionais em um centro de coleta de dados permite que trabalhem com conforto, em sala climatizada e administrem sua própria agenda.

Há situações em que o vínculo entre entrevistador e entrevistado se torna instável e há outro aspecto que precisa ser mais bem estudado que é o efeito da diferença da organização dos serviços e equipes de saúde para a realização das entrevistas, pois ambos os eventos podem comprometer a avaliação de serviços de saúde. Vale apontar que pesquisas telefônicas podem ser utilizadas em uma ampla gama de desenhos metodológicos como em estudos sincrônicos e transversais ou diacrônicos e de seguimento.

Por último, destaca-se que as entrevistas telefônicas não impedem que entrevistadores e entrevistados estabeleçam trocas em relação ao tema investigado, dado que, em várias situações, o diálogo dirigido pelo questionário estruturado não impediu que informações sobre as PIC fossem trocadas durante a entrevista, sobretudo porque aqueles que coordenam serviços que as ofertam querem explicitar suas experiências; aqueles que não as tem em suas unidades inquirir sobre a importância de tê-las; e aqueles que conduzem as entrevistas, no nosso caso, pesquisadores do LAPACIS, comutam intensamente saberes.

## REFERÊNCIAS

ADAY, L. **Designing and conducting health surveys**. 2<sup>nd</sup> ed. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.

AGÊNCIA NACIONAL DE TELECOMUNICAÇÕES – ANATEL. Disponível em: <<http://www.anatel.gov.br/dados/index>>. Acesso em: jul. 2015.

AYÇA, E.; AYKAN, E. Negotiating insider and outsider identities in the field: “insider” in a foreign land; “outsider” in one’s own land. **Field Methods**, v. 22, n. 1, p. 16-38, 2010.

BARRIBALL, K. L. *et al.* The telephone survey method: a discussion paper. **Journal of Advanced Nursing**, v. 24, n. 1, p. 115-121, 1996.

BARROS, N. F. **A construção da medicina integrativa**: um desafio para o campo da saúde. São Paulo: Hucitec, 2008. v. 1.

BARROS, N. F. **Medicina Complementar**: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2000. v. 1.

BARROS, N. F.; FIUZA, A. R. Evidence-based medicine and prejudice-based medicine: the case of homeopathy. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 30, p. 2368-2376, 2014.

BARROS, N. F. *et al.* Yoga e promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1305-1314, 2014.

BERNAL, R. *et al.* Inquérito por telefone: pesos de pós-estratificação para corrigir vícios de baixa cobertura em Rio Branco, AC. **Rev Saúde de Pública**, v. 47, n. 2, p. 316-325, 2013.

BERNAL, R.; SILVA, N. N. Cobertura de linhas telefônicas residenciais e vícios potenciais em estudos epidemiológicos. **Revista de Saúde de Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 421-426, jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2006**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2007**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério das Comunicações. Disponível em: <<http://www.mc.gov.br/internet-telefonia-e-tv-paga/telefonia-movel>>. Acesso em: jul. 2015.

BURNARD, P. The telephone interview as a data collection method. **Nurse Education Today**, Edinburgh, v. 14, n. 1, p. 67-72, 1994.

CONTATORE, O. A. *et al.* Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3263-3273, 2015.

FERREIRA, A. D. *et al.* Validade de estimativas obtidas por inquérito telefônico: comparação entre VIGITEL 2008 e inquérito Saúde em Beagá. **Rev. Bras. Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, supl. 1, p. 16-30, 2011.

FIELDING, N. Virtual fieldwork using access grid. **Field Methods**, v. 22, n. 3, p. 195-216, 2010.



FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Inquérito de saúde no município de Campinas, São Paulo, Brasil (ISACamp): comparação de estimativas segundo posse de linha telefônica residencial. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 10, p. 1951-1960, 2011.

GONÇALO, C. S.; BARROS, N. F. Entrevistas realizadas a distância no campo da pesquisa qualitativa em saúde. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 635-644, 2013.

HARRIS, R. *et al.* Accessing elite nurses for research: reflections on the theoretical and practical issues of telephone interviewing. **Journal of Research in Nursing**, v. 13, n. 3, p. 236-248, 2008.

JOHANSEN, B.; WEDDERKOPP, N. Comparison between data obtained through real-time data capture by SMS and a retrospective telephone interview. **Chiropractic & Osteopathy**, London, v. 18, p. 10, 2010.

LABORATÓRIO DE PRÁTICAS ALTERNATIVAS, COMPLEMENTARES E INTEGRATIVAS EM SAÚDE – LAPACIS. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/lapacis>>. Acesso em: jul. 2015.

MATHERS, N.; FOX, N.; HUNN, A. Surveys and questionnaires. **The NIHR RDS for the East Midlands**. Yorkshire & the Humber, 2007.

NAGELHOUT, G. E. *et al.* Is web interviewing a good alternative to telephone interviewing? Findings from the international tobacco control (ITC) Netherlands survey. **BMC Public Health**, London, v. 18, n. 10, p. 351, 2010.

NOVICK, G. Is there a bias against telephone interviews in qualitative research? **Research in Nursing & Health**, n. 31, p. 391-398, 2008.

OBSERVATÓRIO METROPOLITANO DE INDICADORES – OMI. Disponível em: <<http://www.observatoriometropolitano.agemcamp.sp.gov.br/>>. Acesso em: jul. 2015.

REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS – RMC. Disponível em: <<http://www.sdmropolitano.sp.gov.br/portalsdm/campinas.jsp>>. Acesso em: jul. 2015.

RESNIK, L. J.; CLARK, M. A.; BORGIA, M. Telephone and face-to-face methods of assessment of veteran's community reintegration yield equivalent results. **BMC Medical Research Methodology**, v. 11, n. 98, 2011.

ROCHELEAU, C. M. *et al.* Effect of survey instrument on participation in a follow-up study: a randomization study of a mailed questionnaire versus a computer-assisted telephone interview. **BMC Public Health**, n. 12, p. 579, 2012.

SEGRI, N. J. **Estimativas, ajustes e técnicas estatísticas em inquérito de saúde**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2013.

SIEGEL, P. *et al.* Yoga and health promotion, practitioners' perspectives at a Brazilian university: A pilot study. *Complement Ther Clin Pract.* 2015 May 12. pii: S1744-3881(15)00044-4. doi: 10.1016/j.ctcp.2015.05.005. [Epub ahead of print].

WARD-KING, J. *et al.* Brief report: telephone administration of the autism diagnostic interview-revised: reliability and suitability for use in research. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, New York, v. 40, p. 1285-1290, 2010.

# CAPÍTULO 19

## PMAQ E QUALIFAR-SUS: MONITORAMENTO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA

**Karen Sarmiento Costa**

**Noemia Urruth Leão Tavares**

**Allan Nuno Alves de Sousa**

**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira**

**José Miguel do Nascimento Junior**

### INTRODUÇÃO

A Assistência Farmacêutica passou a ser priorizada como política pública de saúde a partir da abordagem da saúde em capítulo específico, inserido na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e a partir do advento do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990).

Com a promulgação da Política Nacional de Medicamentos – PNM (BRASIL, 1998) e com o aprimoramento representado pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF (BRASIL, 2004), o Estado brasileiro elaborou medidas institucionais com os seguintes propósitos: garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos e seu acesso com o uso adequado; efetivar a Assistência Farmacêutica como política pública de saúde, de forma a viabilizar

tal acesso no conjunto das ações e serviços farmacêuticos, na rede de atenção à saúde do sistema; e qualificar o acesso ao medicamento como fator de saúde, integrado na abordagem do cuidado em saúde do sistema SUS. Tais medidas caracterizam iniciativas do Estado, no tocante à Assistência Farmacêutica como política pública norteada pelos princípios e diretrizes do SUS e em termos do acesso ao medicamento como insumo de saúde, de modo a contribuir para a consolidação do sistema SUS e a melhoria das condições de saúde do país.

A ampliação do acesso da população brasileira ao sistema público de saúde vem exigindo aprimoramento na organização e estruturação da assistência farmacêutica no país, em especial, na atenção básica do SUS. Para tanto, diferentes estratégias têm sido efetivadas no decorrer da primeira década do século XXI, de forma a viabilizar a consecução das diretrizes da PNM e da PNAF, a fim de fortalecer a ampliação do acesso à saúde e da qualidade do acesso, nos mais diversos contextos sociais e sanitários existentes no país.

Várias iniciativas de cunho legal, normativo, regulamentador, de formação e capacitação vêm sendo introduzidas pelo gestor federal de saúde visando nortear os padrões de qualidade dos serviços farmacêuticos, além de estruturar tais serviços no SUS, em termos da sua organização, infraestrutura e equipamentos mínimos necessários para garantir a qualidade dos serviços farmacêuticos prestados à população, a exemplo do Programa QUALIFAR-SUS, objeto do presente estudo, conjuntamente com o Programa PMAQ.

## **QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA A ATENÇÃO BÁSICA E SEU MONITORAMENTO: O PROGRAMA QUALIFAR-SUS E O PMAQ**

Uma das estratégias adotadas com o propósito de fortalecer a ampliação do acesso à assistência farmacêutica visando, também, favorecer a qualidade do acesso, consistiu no desenvolvimento da qualificação em assistência farmacêutica e no fortalecimento da capacitação em temas de assistência farmacêutica para a atenção básica, em seus aspectos teóricos e práticos.

Tem sido destacada, na literatura, a relevância de investir na qualidade das ações de saúde como fator fundamental para a consolidação de mudanças a serem alcançadas na reorganização da assistência nos sistemas públicos de saúde, de diferentes países, e do Sistema Único de Saúde, no caso brasileiro. Vários autores, como Costa *et al.* (2013), postulam que, em que pesem os avanços obtidos, questões relacionadas à qualidades das ações de saúde permanecem como lacunas a serem superadas diante das novas competências e responsabilidades exigidas pela institucionalização do SUS, cenário no qual a qualificação figura como questão primordial.

Com o propósito de incrementar a melhoria das condições de saúde da população do país, o gestor federal em saúde buscou o desenvolvimento da qualificação em assistência farmacêutica e o fortalecimento da capacitação em temas de assistência farmacêutica para a atenção básica, desde meados da primeira década do século XXI, conforme citado. Diante da necessidade de qualificação da assistência farmacêutica, o monitoramento se evidenciou como componente imprescindível, desde o desenvolvimento do processo de planejamento das ações e serviços farmacêuticos.

No investimento para a melhoria da qualificação da assistência à saúde e para a mobilização das equipes gerenciais e técnicas, o monitoramento se caracteriza pelo gerenciamento do desempenho da gestão e assume função consistente. Ele possibilita imprimir maior qualidade às ações e serviços de saúde e à gestão do sistema de saúde, de caráter interfederativo e intergovernamental, na conjuntura institucional da saúde do país (COSTA *et al.*, 2013). A forma pela qual são organizados o monitoramento e a avaliação nos sistemas de saúde, guardadas as especificidades relativas à natureza de cada um, pode formatar, de modo significativo, as modalidades de diagnósticos, levantamentos, indicadores, análises e outros estudos a serem produzidos (HARTZ, 2013). No tocante a monitoramento, a capacitação é considerada como estratégia fundamental não somente para subsidiar a qualificação e a atualização dos quadros gerenciais e técnicos em saúde, mas para a superação de resistências no tocante ao papel do monitoramento na gestão pública em saúde (FACCHINI, 2013).

No sentido de contribuir para essa perspectiva de forma integrada, o órgão gestor federal em saúde propôs, em 2012, a criação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (QUALIFAR-SUS), de modo a favorecer o processo de aprimoramento e implementação das atividades de assistência farmacêutica e no sentido de promover, também, a integração sistêmica da assistência farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando obter uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada (BRASIL, 2012b). Apresenta-se um esboço sucinto do Programa QUALIFAR-SUS, objeto do presente estudo em conjugação com o Programa PMAQ, também delineado na sequência.

## O PROGRAMA QUALIFAR-SUS

O Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS está estruturado em quatro eixos: estrutura, informação, educação e cuidado. O Eixo Estrutura do Programa tem por objetivo contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na assistência farmacêutica, considerando a área física, os equipamentos, mobiliários e recursos humanos. Em 2012, foi regulamentado um financiamento destinado a subsidiar o primeiro ciclo do Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS, por meio do qual foi estabelecida a transferência de recursos para a aquisição de mobiliários e equipamentos necessários à estruturação e à manutenção dos serviços farmacêuticos, no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2012c).

No primeiro ano de implementação dessa ação do Eixo Estrutura, foram selecionados 453 municípios com até 100.000 habitantes, com população de extrema pobreza constante do Plano Brasil Sem Miséria os quais, após a adesão formal do gestor municipal a este Eixo do Programa QUALIFAR-SUS, foram considerados habilitados a receber o recurso financeiro destinado à estruturação dos serviços farmacêuticos no seu município. (BRASIL, 2012b; 2012c).

Com o intuito de compor o monitoramento do Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS, buscou-se estabelecer uma integração com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS).

## O PROGRAMA PMAQ

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, de âmbito nacional, foi lançado em 2011 como uma das principais estratégias de promoção da melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 2012a). O Programa está organizado em quatro fases complementares e interativas: Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização. Dentre os objetivos do PMAQ, destaca-se a institucionalização da cultura de avaliação da atenção básica no Sistema Único de Saúde contemplada na quarta fase, Avaliação Externa.

A fase de Avaliação Externa do PMAQ consiste no levantamento de informações para analisar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica participantes do Programa, de modo a reconhecer e valorizar os esforços e resultados das equipes e dos gestores municipais de saúde na qualificação da atenção. Esta fase é realizada pelas Instituições de Ensino e Pesquisa do país.

Assim que foi estabelecida a pactuação institucional QUALIFAR-SUS/PMAQ, o primeiro resultado da atuação conjugada consistiu em serem priorizados, no processo de seleção para receber os recursos do Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS, os municípios que, no período de inscrição, já se encontravam habilitados no Programa PMAQ (BRASIL, 2012b). Como resultado desta abordagem integrada, os 453 municípios acima citados, selecionados pelo QUALIFAR-SUS no primeiro ano, também faziam parte do conjunto de municípios já habilitados pelo PMAQ.



## **MONITORAMENTO DO PROGRAMA QUALIFAR-SUS E SUA ARTICULAÇÃO COM O PMAQ**

O monitoramento das ações de estruturação dos serviços farmacêuticos, nos municípios habilitados em 2012 ao Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS, foi realizado por meio de uma parceria com o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS), da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, mediante a utilização de uma ferramenta tecnológica denominada Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (e-CAR). Com o emprego deste instrumento gerencial próprio para o planejamento das ações de governo e adaptável às necessidades de cada órgão, os municípios habilitados, em ciclos trimestrais, alimentam esta ferramenta com dados sobre o planejamento e execução, no município, em termos da utilização do recurso financeiro recebido para estruturar serviços farmacêuticos locais (BRASIL, 2013).

Assim o Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS, com suporte da ferramenta tecnológica e-CAR, vem atuando em integração com o PMAQ, no âmbito da estratégia “Saúde Mais Perto de Você” cujo propósito é o aprimoramento da qualidade da atenção básica por meio de ciclos contínuos de monitoramento e avaliação.

Considerando o planejamento das ações de estruturação dos serviços farmacêuticos na atenção básica do Sistema Único de Saúde, desenvolvido em 2012 nos municípios habilitados ao Programa QUALIFAR-SUS, e conjugando-o às ações de planejamento envolvidas na avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), o objetivo do presente estudo consistiu em caracterizar e analisar, no âmbito dos dois programas, os re-

sultados do monitoramento realizado no decorrer do planejamento das respectivas ações.

## **MÉTODO**

No presente estudo, foram utilizadas como fontes para coleta e análise duas bases: a base de dados 1, proveniente dos registros armazenados para o planejamento dos municípios habilitados no Programa QUALIFAR-SUS, iniciada previamente ao lançamento oficial do programa e utilizada no período de janeiro a julho de 2012; e a base de dados 2, proveniente do Censo das Unidades Básicas de Saúde integrantes do Sistema Único de Saúde, censo este realizado no período de junho a setembro de 2012 cujos dados foram registrados no Módulo I, componente da Avaliação Externa do Programa PMAQ. Na base de dados 1 foram obtidas informações relativas aos municípios habilitados ao Programa QUALIFAR-SUS em 2012; e na base de dados 2 constou informações sobre os municípios participantes do primeiro ciclo do componente de Avaliação Externa do Programa PMAQ, desenvolvido em 2012.

A Avaliação Externa do Programa PMAQ tem por objetivo realizar um conjunto de ações com o propósito de averiguar as condições de acesso às ações e serviços de saúde e a qualidade de tal acesso, nos municípios participantes do Programa; e averiguar a atuação técnica das equipes de atenção básica participantes do programa PMAQ.

O instrumento de Avaliação Externa do Programa PMAQ é composto por quatro módulos, conforme o método de coleta de informações aplicado nas unidades de saúde: o Módulo II consta de entrevista com profissionais da equipe de

saúde e coleta de dados documentais; o Módulo III consiste em entrevistas com usuários de saúde; e um quarto Módulo contém questões complementares a serem respondidas, em meio eletrônico, pelos gestores das unidades.

O Módulo I consiste na aplicação, por parte dos pesquisadores de campo, de um instrumento de coleta de dados a respeito de características, condições e situações do campo, em termos dos aspectos referentes a infraestrutura, recursos materiais, insumos e medicamentos existentes nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios habilitados ao Programa PMAQ. Estes dados são identificados e registrados pelos pesquisadores de Instituições de Ensino e Pesquisa do país, por meio dos procedimentos da observação direta no campo.

Na construção dos procedimentos de formulação do Módulo I, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica (CGAFB), desenvolveu ação conjunta com o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, ao compartilhar o processo de elaboração e qualificação das questões referentes aos temas de assistência farmacêutica contidas no referido Módulo I do instrumento de coleta de dados.

O Módulo I foi aplicado a todas as Unidades Básicas de Saúde do país, no seu primeiro ciclo de avaliação, em 2012, independentemente da adesão ao PMAQ, uma vez que este módulo é integrante do Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde.

Os dados sobre os 453 municípios referentes à base 1, armazenados entre janeiro e julho de 2013 no acervo da Coor-

denação Geral de Assistência Farmacêutica Básica, constituíram a base de planejamento do Programa QUALIFAR-SUS. Estes dados representaram os registros documentais e foram coletados por meio de pesquisa documental.

Os dados sobre as Unidades Básicas de Saúde de todos os municípios brasileiros se referem à base 2 e foram coletados durante a realização do Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde e registrados no Módulo I do Programa PMAQ, instrumento de coleta de dados detalhado no item anterior.

A unidade de análise foi representada pelo conjunto das Unidades Básicas de Saúde dos 453 municípios habilitados, em 2012, no Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS, e habilitados também segundo os requisitos da Avaliação Externa de 2012 do Programa PMAQ.

As variáveis do estudo compreenderam, inicialmente, aquelas relacionadas à assistência farmacêutica, no Módulo I do Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ, nas seguintes categorias:

1. Infraestrutura da Unidade Básica de Saúde: existência de farmácia e/ou sala de estocagem de medicamentos na unidade de saúde.

2. Equipamentos e materiais: existência de geladeira específica para farmácia na unidade de saúde.

3. Disponibilidade de medicamentos: relativa ao percentual médio de disponibilidade, na unidade de saúde, de medicamentos prioritários para o tratamento de doenças crônicas, no âmbito da atenção básica, constantes no elenco de referência nacional do Componente Básico da Assistência Farmacêutica na época da pesquisa (BRASIL, 2010, p. 1).

Conforme procedimento definido pelo Programa PMAQ, o medicamento foi considerado disponível quando havia pelo menos uma unidade deste na Unidade Básica de Saúde (UBS), verificado por observação direta do pesquisador de campo.

As ações de estruturação de serviços farmacêuticos planejadas pelos municípios, no período de janeiro a julho de 2013, referentes ao Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS, também foram organizadas para a análise em categorias estabelecidas de acordo com o tipo de recurso financeiro utilizado – capital ou custeio – estratificado pelo porte populacional do município na época do estudo (IBGE, 2010). Tais categorias foram ainda inseridas no conjunto das variáveis do estudo. Desta forma, as variáveis referentes ao Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS (categorias de tipo de recurso financeiro utilizado, “capital” ou “custeio”) foram abordadas de forma integrada às categorias de variáveis relacionadas à assistência farmacêutica da Avaliação Externa do Programa PMAQ.

O tratamento estatístico e a interpretação dos dados foram desenvolvidos com suporte da análise uni e bivariada, realizadas no programa SPSS V.16.0. Os dados foram expressos em frequências absolutas e relativas, médias e desvio padrão. O teste do qui-quadrado foi usado para a comparação bivariada de proporções, com intervalos de confiança de 95% e com valor de  $P < 0,05$  sendo considerado significativo.

As ações planejadas pelos municípios no período de janeiro a julho de 2013 estabelecidas em categorias de acordo com o tipo de recurso financeiro utilizado – capital ou custeio – estratificado pelo porte populacional do município na época do estudo (IBGE, 2010), foram analisadas com suporte do tratamento estatístico e da interpretação temática.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Distribuição dos municípios habilitados ao Programa QUALIFAR-SUS, segundo porte populacional do município e região do país

No ano de 2012 foram apoiados, com recurso financeiro do Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS, um total de 453 municípios com até 100.000 habitantes, com população em situação de extrema pobreza constante no Plano Brasil Sem Miséria (BRASIL, 2012b).

Durante o planejamento das ações do Programa QUALIFAR-SUS, o número de municípios contemplados pelo Eixo Estrutura do Programa havia sido distribuído, inicialmente, segundo categorias de porte populacional: até 25.000 habitantes; de 25.001 até 50.000 habitantes; e de 50.001 até 100.000 habitantes. A seguir, os municípios assim categorizados foram distribuídos pelas cinco regiões do país, em proporções similares àquelas constantes no Plano Brasil Sem Miséria (n=2.257).

**Tabela 1** – Distribuição do número e percentual de municípios habilitados no Programa QUALIFAR-SUS em 2012, segundo porte populacional do município e região do país (n=453) – Brasil, 2012.

Porte populacional do município*	Número e percentual de municípios habilitados por região					Total	
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	N	(%)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
Até 25 mil hab.	41 (10,9)	217 (57,6)	60 (15,9)	41 (10,9)	18 (4,7)	377	(100,0)
25.001 a 50.000 hab.	07 (12,5)	032 (57,1)	09 (16,1)	05 (08,9)	03 (5,4)	56	(100,0)
50.001 a 100.000 hab.	05 (25,0)	011 (55,0)	04 (20,0)	00 (00,0)	00 (0,0)	20	(100,0)
<b>Total</b>	053 (11,7)	260 (57,3)	73 (16,2)	46 (10,2)	21 (4,6)	453	(100,0)

\* Fonte para cálculos dos dados sobre a distribuição de municípios segundo o porte populacional e região do país

A Tabela 1 contém a distribuição do número de municípios habilitados ao Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS, segundo categorias de porte populacional do município e região do país. A Região Nordeste obteve o maior número de municípios contemplados com recursos financeiros, com 57,3% do total de municípios habilitados, enquanto as Regiões Sudeste (16,2%), Norte (11,7%), Sul (10,2%) e Centro-Oeste (4,6%) apresentaram proporções bastante reduzidas. Foi observado que, no tocante ao porte populacional, a maior parcela dos municípios habilitados (377 municípios, equivalendo a 83,2% do total) estava inserida na categoria de menor porte populacional (até 25.000 habitantes). A categoria de menor porte populacional também prevaleceu nas cinco regiões brasileiras: aproximadamente 80% dos municípios habilitados, em cada região, apresentava porte populacional de até 25.000 habitantes.

### **Existência de Infraestrutura e Equipamentos e Materiais, referentes à Assistência Farmacêutica, nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios habilitados**

Os serviços farmacêuticos no SUS têm a finalidade de propiciar o acesso qualificado aos medicamentos proporcionados pela rede pública a seus usuários. Os serviços farmacêuticos são integrados aos demais serviços de saúde e abrangem ações diferenciadas: atividades administrativas – cuja finalidade é garantir a disponibilidade adequada de medicamentos, sua qualidade e conservação; serviços assistenciais – com o objetivo de garantir a efetividade e segurança da terapêutica e sua avaliação; e obtenção e difusão de informações sobre medicamentos e sobre saúde – na perspectiva da educação em saúde e educação permanente da equipe de saúde (BRASIL, 2009a).

Esse conjunto de ações no sistema de saúde deve propiciar a garantia da atenção integral, integrada e contínua às necessidades e problemas de saúde da população, tanto individual como coletivamente, tendo o medicamento como um dos elementos essenciais, de forma a contribuir para o seu acesso e uso racional (OPAS, 2013).

Para o funcionamento adequado de todas as ações e serviços farmacêuticos e para o desenvolvimento de atividades administrativas, logísticas e assistenciais de responsabilidade deste serviço, é necessário contar com área física, equipamentos e mobiliário adequados, além de pessoal capacitado e treinado.

A análise dos dados coletados por meio do Módulo I do Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ, que constitui o Censo das Unidades Básicas de Saúde integrantes do SUS, resultou em informações a respeito da infraestrutura da unidade de saúde, dos equipamentos e materiais existentes na unidade e da disponibilidade de medicamentos detalhadas a seguir. Este conjunto de dados relativos à Assistência Farmacêutica servirá como linha de base para a análise da estrutura e equipamentos e materiais, nos serviços de assistência farmacêutica das unidades de saúde dos municípios que, em 2012, receberam recursos financeiros do Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS, com o objetivo de estruturar os serviços farmacêuticos.

Conforme registrado pelos pesquisadores na observação de campo, menos da metade (45,8%) das Unidades Básicas de Saúde dos municípios habilitados (n=2.835) estavam equipadas com farmácia em sua estrutura física. Um percentual expressivo das Unidades de Saúde não possuía sala de estocagem para medicamentos e tampouco geladeira exclusiva para medicamentos (92,3%) (dados não apresentados em tabela).



**Tabela 2** – Existência de Infraestrutura e Equipamentos e Materiais, referentes à Assistência Farmacêutica, nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios habilitados em 2012 ao Programa QUALIFAR-SUS, segundo região do país (n=2.835) – Brasil, Censo das Unidades Básicas de Saúde, 2012.

Infraestrutura e Equipamentos e Materiais para farmácia, existentes nas UBS	Regiões				
	Norte (n=229)	Nordeste (n=1855)	Sudeste (n=378)	Sul (n=298)	Centro-Oeste (n=75)
	N (%)**	N (%)**	N (%)**	N (%)**	N (%)**
<b>Infraestrutura da UBS</b>					
Farmácia	154 (67,2)	1054 (56,9)	174 (46,4)	111 (37,4)	40 (53,3)
Sala de Estocagem	33 (11,9)	118 (42,4)	73 (26,3)	39 (14,0)	15 (5,8)
<b>Equipamentos e Materiais para farmácia</b>					
Ar-condicionado	43 (19,9)	68 (3,7)	17 (4,7)	10 (3,4)	9 (12,5)
Geladeira	14 (6,1)	92 (5,1)	56 (14,9)	51 (17,1)	5 (6,9)

\* Número de Unidades Básicas de Saúde dos municípios habilitados no QUALIFAR-SUS 2012, avaliadas na região; \*\*p=≤ 0,001 no teste Q-quadrado Pearson; UBS: Unidade Básica de Saúde.

Na Tabela 2, estão apresentados os resultados do levantamento, segundo regiões do país, a respeito da infraestrutura, equipamentos e materiais necessários ao desenvolvimento da assistência farmacêutica, nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios habilitados ao financiamento do Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS, no ano de 2012.

Na literatura consultada, alguns estudos apontam fragilidades do acesso qualificado ao tratamento recebido pelos usuários do Sistema Único de Saúde, a exemplo da falta de estrutura relacionada à dispensação e armazenagem de medicamentos, aliada a processos pouco eficientes e à escassez de recursos humanos (SILVA JUNIOR; NUNES, 2012; OLIVEIRA, ASSIS, BARBONI, 2010; CANABARRO; HAHN, 2009). Os resultados dos estudos dos autores acima se apresen-

tam condizentes com os dados apresentado na Tabela 2 podendo ser identificados problemas de infraestrutura e deficiência de condições adequadas de conservação dos medicamentos em todas as regiões do país, o que poderia ocasionar graves consequências econômicas tais como perda de medicamentos e outras relativas à perda de qualidade dos serviços e à segurança dos usuários destes produtos.

Um conjunto de medidas relativas ao marco legal, de cunho normativo, de regulamentação e de formação vêm sendo adotadas, conforme exposto, com o propósito de promover melhorias na qualidade da assistência à saúde, ao lado de outras medidas suscitadas pelo processo de transformação em tecnologias de saúde. Novas exigências no campo da saúde se reproduzem, por exemplo, em demandas de qualificação em assistência farmacêutica cujo encaminhamento tem sido direcionado a todas as regiões, na forma de projetos de caráter mais duradouro. No entanto, persistem lacunas históricas e institucionais a serem equacionadas, no setor saúde e na assistência farmacêutica, o que reforça a relevância de políticas indutoras, nos moldes do QUALIFAR-SUS (BRASIL, 2009; 2012), para alcançar a mudança deste cenário.

A Tabela 3 contempla os dados referentes à disponibilidade média de medicamentos contraceptivos hormonais/hormônios sexuais, em 2.835 unidades de saúde de 453 municípios habilitados, em 2012, ao Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS, e avaliados também no Censo das Unidades Básicas de Saúde do Programa PMAQ.

**Tabela 3** – Disponibilidade percentual média de medicamentos contraceptivos hormonais/hormônios sexuais em unidades de saúde, em municípios habilitados ao Programa QUALIFAR-SUS e avaliados no Censo das Unidades Básicas de Saúde (n=2.835), segundo regiões do país. Brasil, Censo das Unidades Básicas de Saúde, 2012.

Medicamentos	Região				
	Norte (n=229)*	Nordeste (n=1855)*	Sudeste (n=378)*	Sul (n=298)*	Centro- Oeste (n=75)*
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
Etinilestradiol+levonorgestrel	120 (52,4)	1237(66,7)	232(61,4)	209(70,1)	46(61,3)
Levonorgestrel	53 (23,1)	463 (25,0)	111 (29,4)	73 (24,5)	18 (24,0)
Acetato de Medroxiprogesterona	58 (25,3)	769 (41,5)	145 (38,4)	134 (45,0)	24 (32,0)
Enantato de noretisterona + valerato de estradiol	60 (26,2)	625 (33,7)	151 (39,9)	132 (44,3)	16 (21,3)
Noretisterona	96 (41,9)	1131 (61,0)	182 (48,1)	146 (49,0)	33 (44,0)
Estrogênios conjugados	11 (4,8)	113 (6,1)	41 (10,8)	68 (22,8)	3 (4,0)

\*Número de Unidades Básicas de Saúde dos municípios habilitados no QUALIFAR-SUS 2012 avaliadas na região.

Fonte:

O conceito de disponibilidade de medicamentos, conforme citado no método, consiste no percentual médio de disponibilidade, nas unidades básicas de saúde da região, de medicamentos prioritários para o tratamento de doenças crônicas, no âmbito da atenção básica, medicamentos estes constantes no elenco de referência nacional do Componente Básico da Assistência Farmacêutica na época da pesquisa (BRASIL, 2010, p. 1).

Observa-se, na Tabela 3, que, conforme classificação utilizada, a disponibilidade dos medicamentos contraceptivos nas unidades de saúde variou entre “muito baixa” (<25,0%) e “média” disponibilidade (>50,0% e <75,0%), entre as regiões, para cada medicamento, tendo o Etinilestradiol + levonorgestrel a maior disponibilidade percentual média e os estrógenos conjugados a menor. Este resultado se apresenta de modo

preocupante, uma vez que a aquisição destes medicamentos, prevista no Componente Básico da Assistência Farmacêutica, se caracteriza como estratégia indutora das ações de planejamento familiar nos municípios. Diante disto, vêm sendo sugeridas medidas de revisão dos parâmetros e do modelo vigente, no intuito de ampliar a disponibilidade destes medicamentos na Atenção Básica.

Com relação ao conjunto de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos orais, apresentados na Tabela 4, foi observada uma disponibilidade média heterogênea, para todos os itens e para cada região, evidenciando que o acesso a estes grupos de medicamentos não é equânime na atenção básica ( $p \leq 0,001$ ).

**Tabela 4** – Disponibilidade percentual média de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos orais em unidades de saúde de municípios habilitados ao Programa QUALIFAR-SUS, avaliados no Censo das Unidades Básicas de Saúde, segundo regiões do país (n=2.835). Brasil, Censo das Unidades Básicas de Saúde, 2012.

Medicamentos	Região				
	Norte (n=229)*	Nordeste (n=1855)*	Sudeste (n=378)*	Sul (n=298)*	Centro-Oeste* (n=75)
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
<b>Anti-hipertensivos</b>					
Besilato de anlodipino	70 (30,6)	1062 (57,3)	172 (42,5)	200 (67,1)	28 (37,3)
Atenolol/propranolol/ carvedilol/succinato de metoprolol*	135 (59,0)	1169 (63,0)	227 (60,1)	223 (74,8)	45 (60,0)
Captopril/maleato de enalapril	184 (80,3)	1348 (72,6)	241 (63,8)	225 (75,5)	47 (62,7)
Espironolactona	29 (12,7)	772 (41,6)	149 (39,4)	173 (58,1)	15 (20,0)
Hidroclorotiazida	159 (69,4)	1273 (68,6)	239 (63,2)	215 (72,1)	47 (62,7)
Cloridrato de verapamil	8 (3,5)	61 (3,3)	61 (16,1)	126 (42,3)	5 (6,7)
Losartana potássica	68 (29,7)	777 (41,9)	174 (46,0)	197 (66,1)	16 (21,3)
<b>Antidiabéticos orais</b>					
Glibenclamida	170 (74,2)	1342 (72,3)	240 (63,5)	209 (70,1)	50 (66,7)
Metformina	154 (67,2)	1224 (66,0)	217 (57,4)	206 (69,1)	47 (62,7)

\*Número de Unidades Básicas de Saúde dos municípios habilitados no QUALIFAR-SUS 2012, avaliadas na região.

## **Resultados do Monitoramento conjunto, por meio dos Programas QUALIFAR-SUS e PMAQ, do planejamento das ações voltadas à estruturação dos serviços farmacêuticos, nos municípios selecionados**

Após análise dos dados do diagnóstico da infraestrutura dos municípios que receberam incentivo financeiro para investir na estruturação dos serviços farmacêuticos, por intermédio da base de dados do Programa PMAQ, foram analisados os dados relativos ao monitoramento do planejamento das ações de estruturação dos serviços farmacêuticos, informados pelos municípios habilitados no ano de 2012. Esta análise das ações de planejamento dos municípios, em relação à utilização do recurso recebido, demonstra a relevância da atuação de parceria entre setores da gestão pública federal, por meio do Programa QUALIFAR-SUS, do PMAQ e do e-CAR, com o propósito de promover a articulação entre as informações disponíveis visando ao monitoramento do planejamento das ações voltadas para a estruturação dos serviços farmacêuticos na atenção básica.

Na estruturação das Centrais de Abastecimento Farmacêutico e das Farmácias, no âmbito da Atenção Básica, os municípios foram orientados a utilizar, preferencialmente, o recurso de “capital” em aquisição de mobiliários e equipamentos; e a empregar o recurso de “custeio” em serviços e outras despesas de custeio relacionadas aos objetivos do Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS, de forma a priorizar a garantia de conectividade na utilização de sistemas de informação voltados para a gestão, como também a contratação de profissional farmacêutico para o desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica. O valor recebido para cada categoria variou de acordo com o estrato populacional do município.

**Tabela 5** – Distribuição das ações planejadas pelos municípios habilitados em 2012 ao Programa QUALIFAR-SUS (n=453), para estruturação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (n=3.756), segundo as duas principais categorias de recurso: Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados – e-CAR, 2013.

<b>Recurso</b>	<b>Categoria da Ação</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Capital</b>	Compra de Equipamentos	736	52,0
	Compra de Mobiliário	676	48,0
	<b>Total</b>	1.412	100,0
<b>Custeio</b>	Compra Material Consumo	665	26,0
	Investimento em Conectividade	604	28,0
	Adequação de Infraestrutura	338	14,0
	Contratação de Recursos Humanos	339	14,0
	Outros	339	17,0
	<b>Total</b>	2.344	100,0

Conforme os dados da Tabela 5, foi possível verificar, a partir do planejamento realizado, que as categorias de utilização do recurso destinado à estruturação dos serviços estão em consonância com as lacunas demonstradas nos resultados do PMAQ.

O investimento em compra de equipamentos e mobiliários com o objetivo de melhorar as condições de dispensação de medicamentos e o investimento em contratação de recursos humanos voltados para desempenhar ações e serviços farmacêuticos aliados à busca pela manutenção ou implantação de sistemas informatizados, com rede de conectividade adequada, indicam que os esforços empreendidos estão sendo adequadamente direcionados para o objetivo proposto de qualificação dos serviços farmacêuticos prestados à população.

Destaca-se a pertinência da intensificação da qualificação dos serviços farmacêuticos por meio da produção de informações que possibilitem, aos gestores públicos e profissionais de assistência farmacêutica, o monitoramento e acompanha-

mento do perfil do acesso e utilização de medicamentos por parte da população brasileira. O gestor federal de saúde vem proporcionando, desde 2010, uma inovação tecnológica para a assistência farmacêutica: o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS). As principais mudanças verificadas a partir da implantação deste novo Sistema já estão sendo identificadas e, dentre elas, podem ser destacadas: a melhoria do controle técnico e científico da qualidade da assistência farmacêutica, da dispensação dos medicamentos e da atenção à saúde; a capacitação dos recursos humanos e gestão do conhecimento; a melhoria da relação gestores de saúde/usuários de medicamentos; a melhoria da qualidade da gestão administrativa e maior gestão interfederativa; e a melhoria da infraestrutura tecnológica (COSTA; NASCIMENTO JÚNIOR, 2012).

Cabe ressaltar que o financiamento do Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS se caracteriza como o primeiro recurso federal destinado à estruturação de serviços farmacêuticos, pois, historicamente, o investimento do governo federal tem sido na ampliação de recursos para custeio dos medicamentos. No entanto, mecanismos específicos para investimento em estrutura da assistência farmacêutica pelos municípios vêm sendo regulamentados por meio de portarias que normatizam a execução e o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, com legitimidade fortalecida pelo sistema de pactuações interfederativas por meio de comissões intergestores (BRASIL, 2009; 2010; 2013).

Dentre os pressupostos que nortearam o desenvolvimento da atuação conjunta, conforme consta no documento básico do PMAQ (BRASIL, 2011, p. 43), as organizações par-

ceiras do trabalho conjugado buscaram se nortear por algumas ideias referentes à concepção de monitoramento na qual a informação é buscada com o sentido de induzir mudanças nas ações e com a perspectiva de que o monitoramento seja incorporado, gradativamente, em termos de uma perspectiva formativa, pedagógica e reorientadora das práticas e não apenas com o compromisso formal de cumprir metas. Tal concepção de monitoramento aponta o ensejo de processos de negociação e pactuação entre organizações que compartilham responsabilidades, conforme ocorreu no projeto objeto do estudo ora apresentado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A consonância entre as ações de planejamento informadas pelos municípios e as lacunas apontadas no PMAQ em relação às deficiências na infraestrutura e as falhas de condições adequadas de conservação e de disponibilidade de medicamentos, em todas as regiões do país, foi interpretada, no presente estudo, como resultante de uma articulação conjugada entre organizações institucionais e seus quadros técnicos, viabilizadora da produção de informações geradas conjuntamente, com potencial de favorecer melhores condições de saúde à população, na atenção básica do SUS.

Esse resultado se apresenta como indício da pertinência da articulação de programas para o monitoramento de ações voltadas para a qualificação dos serviços farmacêuticos prestados à população brasileira.



## REFERÊNCIAS

BERTOLDI, A. D. *et al.* Medicine prices, availability and affordability in Southern Brazil: a study of public and private facilities. **LSE Health working papers**, 18/2010. LSE Health, London School of Economics and Political Science, London, UK, 2010. Disponível em: <<http://eprints.lse.ac.uk/28864/>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Capítulo II – Dos Direitos Sociais – Artigo 6º; Seção II – Da Saúde. Artigos 196 a 200. **Diário Oficial da União**, 5 out. 1988, p. 1 (Anexo). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 12 abr. 2014.

BRASIL. Presidência da República. 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. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 20 de setembro de 1990, p. 18055 (publicação original). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 12 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.982**, de 26 de novembro de 2009. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 4.217**, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.214**, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. Diário Oficial [da União]. Brasília: Ministério da Saúde, 14 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_site.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). Brasília, **Diário Oficial da União** nº 114, de 14 de junho de 2012b – Seção I, p. 29. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214\\_13\\_06\\_2012.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html)>. Acesso em 2 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.215**, de 13 de junho de 2012. Regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde.

**Diário Oficial da União**, n. 114, Brasília, DF, 14 jun. 2012c, Seção 1, p. 30. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1215\\_13\\_06\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1215_13_06_2012.html)>. Acesso em: 14 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.215**, de 13 de junho de 2012. Institui transferência de recurso para o Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS. Diário Oficial [da União]. Brasília, 14 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 1.555**, de 30 de julho de 2013. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mais Perto de Você** – acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): Documento síntese para avaliação externa. [s.l.] Ministério da Saúde, 2013.

CANABARRO, I. M.; HAHN, S. Panorama da Assistência Farmacêutica na Saúde da Família em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 4, p. 345-355, 2009.

CAMERON, A. *et al.* Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middleincome countries: a secondary analysis. **Lancet**, v. 373, n. 9659, p. 240-249, 2009.

COSTA, J. M. B. S. *et al.* Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1201-1216, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000500002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 set. 2014.

COSTA, S. K.; NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. Hórus: Inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, suppl. 1, p. 91-99, dez. 2012.

FACCHINI, L. A. Desafios e potencialidades do monitoramento da gestão da vigilância em saúde no SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1217-1220, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000500003-&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500003-&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 11 jun. 2014.

GELDERS, S. *et al.* **Price, availability and affordability**: an international comparison of chronic disease medicines. World Health Organization. Health Action International, 2006. Disponível em: <<http://www.haiweb.org/medicineprices/08092008/EDB068final.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2009.

HARTZ, Z. Do monitoramento do desempenho ao desempenho do monitoramento: novas oportunidades para a Avaliação na gestão da Vigilância em Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1221-1222, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000500005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 10 set. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de **Censo Demográfico 2010 - Resultados do universo**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 abr. 2015.

HELPER A. P. *et al.* Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. **Rev. Panam. Salud. Pública.**, v. 31, n. 3, p. 225-232, 2012. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892012000300007](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000300007)>. Acesso em: 12 jun. 2014.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Avaliação da assistência farmacêutica básica em um município da Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, 2011.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3):3561-3567, 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Mundial de la Salud. **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud**. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPAS, 2013.

PANIZ, V. M. V. *et al.* Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad Saude Pública**, v. 24, n. 2, p. 267-280, 2008.

SILVA JÚNIOR, E. B.; NUNES, L. M. N. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina (PE). **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, Santo André, v. 37, n. 2, maio/ago. 2012.

## CAPÍTULO 20

### OPERACIONALIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS PARA SÍFILIS E HIV NO PRÉ- NATAL

Ana Cristina Martins Uchoa Lopes

Maria Alix Leite Araújo

Ana Fátima Braga Rocha

Aline Veras Moraes Brilhante

Lea Dias Pimentel Gomes Vasconcelos

Raimunda Magalhães da Silva

#### INTRODUÇÃO

Esforços têm sido desenvolvidos para a prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis, dentre eles, o desenvolvimento de novas tecnologias como os testes rápidos (TR), que devem ser realizados no serviço de Atenção Primária à Saúde (APS), para garantir acesso ao tratamento precoce da gestante.

Apesar dos esforços, a estimativa é que ocorram no mundo, a cada ano, um milhão e meio de caso de sífilis em gestantes, segundo a World Health Organization (WHO, 2012). No Brasil, a taxa de detecção de casos de transmissão vertical (TV) de sífilis e HIV, no ano de 2013, foi de 7,0 e 2,5 por mil nascidos vivos (NV), respectivamente (BRASIL, 2012a; 2014). No caso da sífilis congênita (SC), esta taxa é superior à recomendada pela Organização Mundial de Saúde

(OMS, 2007). No Estado do Ceará, a taxa de incidência foi de 3,3 e 3,8 casos de sífilis e HIV por 1.000 NV, respectivamente (BRASIL, 2012a).

Em Fortaleza, local de realização deste estudo, foram registrados, somente no ano de 2012, 523 casos de SC e, entre os de 2008 e 2012, a taxa de incidência aumentou de 8,8 para 16,6 para cada mil NV (CEARÁ, 2013). Destaca-se, ainda, que o problema da persistência de sífilis em parturientes no município está associado a uma série de situações como as condições sociodemográficas, comportamentais e institucionais (ARAÚJO *et al.*, 2013).

Em relação ao HIV em gestantes, foram notificados 7.219 casos, no ano de 2013, e 3.692 casos até outubro de 2014. Vale lembrar que, no ano de 2004, a taxa de transmissão vertical era de 8,5% (BRASIL, 2014). Desta forma, observa-se, aos longos dos anos, a redução na incidência da transmissão vertical do HIV em detrimento da transmissão vertical da sífilis (BRASIL, 2012a), situação atribuída ao grande investimento e aos esforços desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (MS) na prevenção da transmissão vertical do HIV.

A manutenção das altas taxas de transmissão vertical da sífilis e do HIV pode ser considerada como indicador de qualidade da assistência pré-natal, uma vez que a APS representa o espaço apropriado para a oferta dos TR por ser onde acontece o seguimento da gestante.

Visando o controle dessas infecções, o Ministério da Saúde elaborou protocolos dentre os quais se destaca a Rede Cegonha que recomenda a realização dos TR para sífilis e HIV na gestação, na primeira consulta, no início do terceiro trimestre e na admissão para o parto ou curetagem (BRASIL, 2007).

A Rede Cegonha visa melhorar a qualidade da assistência pré-natal e ao nascimento bem como o acesso ao parto nas redes públicas de saúde. Propõe, dentre outras estratégias, a garantia de, no mínimo, seis consultas de pré-natal e o transporte seguro da gestante até a maternidade (BRASIL 2012b).

Os TR para sífilis e HIV se propõem a aumentar a cobertura de testagem em gestantes, reduzir o tempo de espera para o tratamento diminuindo, conseqüentemente, a transmissão vertical destas infecções. Estudos mostram que o acesso facilitado aos exames proporcionam resultados favoráveis e de grande relevância para as gestantes e crianças e, conseqüentemente, para a saúde pública (BENZAKEN *et al.*, 2007; PINTO *et al.*, 2014).

Vale ressaltar que os TR estão comercializados e sendo disponibilizados para a rede básica de saúde. O seu tempo médio de realização de 20 minutos, ainda durante a consulta de pré-natal, poderá contribuir para modificar o atual cenário da sífilis e do HIV no Brasil. Por este motivo, este estudo tem por objetivo analisar a operacionalização dos TR de sífilis e HIV no pré-natal com ênfase na capacitação dos profissionais, aconselhamento, realização dos testes e na identificação das fragilidades para a implantação desta tecnologia.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa avaliativa que utilizou a triangulação de técnicas e, como recurso metodológico, o estudo de caso (MINAYO, 2010).

O estudo foi realizado na cidade de Fortaleza, Ceará, quinta capital do país em termos de população. O referido



município-caso se encontra dividido em seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES) cujo papel é executar as políticas públicas a partir da definição de prioridades e metas recomendadas pelo MS (FORTALEZA, 2009).

O município dispõe de 92 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e de 399 equipes de Saúde da Família (eSF). O processo de implantação do TR é recente e a capacitação ainda não atingiu a totalidade dos profissionais das equipes de Saúde da Família, tendo 33% dos profissionais capacitados em TR na época da coleta de dados. Fizeram parte do estudo, 6 UAPS com base no critério de seleção de ter profissionais capacitados e ter implantado o TR.

Nas doze UAPS incluídas, foram identificados 29 profissionais capacitados. Uma médica, uma enfermeira e um gestor se recusaram a participar do estudo e duas enfermeiras estavam em licença maternidade. Ao final da pesquisa, restaram 25 profissionais capacitados e 79 gestores das UAPS do município.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e setembro de 2014, por meio da observação não participante e de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde capacitados em TR. Para a entrevista, foi lançada a seguinte pergunta norteadora: Na sua unidade, foi implantado o TR? Se sim, como? Se não, por quê? A partir de então, outras questões foram aprofundadas de forma que pudessem esclarecer os aspectos importantes e associar a questão da implantação do TR.

A análise das entrevistas foi realizada seguindo a lógica da análise temática que tem como objetivo descobrir os “núcleos de sentido” que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência tenha significado para o objeto de análise.

Esta técnica analítica é composta por quatro fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2010; BARDIN, 2011).

O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) através do parecer nº 468.751 com base na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram orientados sobre a participação voluntária e que a recusa ou a desistência em qualquer etapa da pesquisa não lhes traria prejuízos. Visando manter o anonimato, os profissionais foram identificados pela letra E para enfermeiros e M para médicos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O TR se encontrava implantado em seis unidades de saúde, entretanto, somente uma o executava na ocasião da consulta de pré-natal. Os enfermeiros representaram a grande maioria dos profissionais capacitados (92,0%).

Do total de profissionais capacitados, (84,0%) se encontravam na faixa etária entre 34 e 42 anos; do sexo feminino, eram 24 (96,0%); entre 2 e 14 anos de graduados, 17 (68,0%); 14 (56,0%) trabalhavam exclusivamente na atenção primária; e 23 (92,0%) e 22 (88,0%) tinham entre dois e oito anos de atuação na unidade e carga horária de 40 horas semanais, respectivamente. Em 19 (76,0%), a capacitação ocorreu entre os anos de 2007 a 2011 e 22 (88,0%) receberam capacitação para ambos os testes: sífilis e HIV.

## **Aspectos envolvidos na implantação do TR e na capacitação dos profissionais**

A implantação do TR de sífilis e HIV na ocasião da assistência pré-natal pode contribuir sobremaneira para a prevenção da transmissão vertical destas infecções, considerando que possibilita o diagnóstico e o tratamento precoces das gestantes.

Inicialmente, pode-se destacar que, obviamente, é imprescindível a capacitação dos profissionais como etapa inicial da implantação do exame. Para o MS, o método, mesmo que de fácil compreensão, necessita da capacitação dos profissionais para a correta efetivação da técnica e, especialmente, do diagnóstico (BRASIL, 2013).

O fato de as equipes de Saúde da Família estarem completas parece não interferir na implantação do TR, corroborando com estudos que mostram que uma maior cobertura da saúde da família não garante mudança nos indicadores de sífilis congênita (ARAÚJO *et al.*, 2012; SARACENI; MIRANDA, 2012).

As 12 unidades avaliadas contavam com, pelo menos, um profissional capacitado por ESF. Observou-se que, em algumas unidades com mais de uma equipe, havia somente um profissional capacitado, impossibilitando a ampliação da cobertura de testagem rápida, considerando que este profissional não tem disponibilidade de tempo para dar cobertura às outras equipes.

*[...] São quatro equipes... Só tem uma enfermeira de uma equipe capacitada (E02).*

*[...] Então assim, o que eu acho é que tem que ser feito, tem que todo mundo ser treinado (E08).*

Alguns profissionais relataram que o tempo estabelecido para a capacitação não teria sido suficiente para a condução adequada do TR bem como para lidar com as implicações provenientes de um resultado reagente.

Com relação ao tempo e ao conteúdo teórico/prático da capacitação, um estudo realizado com pré-natalistas de UAPS do Rio de Janeiro, que avaliou o manejo da sífilis na gestação, mostrou que estes profissionais reconheceram a importância de cursos de curta duração realizados no próprio serviço como alternativas para uma melhor formação. Encontrou, também, que as capacitações não contribuíram para reduzir as dificuldades relacionadas às abordagens do diagnóstico das Infecções de Transmissão Sexual (ITS) (DOMINGUES *et al.*, 2013).

Além disso, é interessante acentuar que o tempo da capacitação necessita ser suficiente para minimizar a insegurança dos profissionais, situação que pode ser complementada por meio de supervisões nas unidades como suporte ao processo de implantação e melhor resolubilidade.

*[...] Eu acho que a parte prática, não é que seja difícil, mas a gente acaba tendo uma dificuldade, destreza de tá né, fazendo a técnica... (E05).*

*[...] mas assim, que acho que a parte prática merecia um tempo maior (E05).*

*[...] só que como é pequeno o tempo e tinha muita gente ao mesmo tempo, né, acho que ficou fragmentada (E08).*

*[...] mas assim, a parte prática (do treinamento), também, eu acho que deveria ter mais tempo, mas destreza (E20).*

Os profissionais não percebem o TR como uma atribuição de toda a equipe, pois, para os médicos, trata-se de uma atividade que deve ser desenvolvida pelo(a) enfermeiro(a), situação não reconhecida por estes(as) profissionais que referem se sentir sobrecarregados(as). Esta situação pode ser percebida nos depoimentos abaixo:

*[...] É assim eu, essa parte eu não sei te informar porque quem sempre faz o acolhimento e quem faz o teste é a enfermeira, eu vejo mais o resultado e faço de acordo com o resultado a prescrição (M21).*

*[...] Então assim, eu acho que deveria ser feito por todo mundo. Então não podemos assumir sozinhas, porque a gente fica sobrecarregada considerando todas as responsabilidades que já temos na unidade (E08).*

É importante destacar, também, que, além de poder favorecer a implantação do TR, as capacitações devem proporcionar condições aos profissionais para se sentirem seguros em todas as suas etapas que vão desde a execução até a entrega do

resultado com o aconselhamento. Estudo mostra que quando o profissional executa suas ações com segurança, aumentam a aceitabilidade e o envolvimento da população nas ações (COELHO; JORGE, 2009).

Para que a prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis se concretize, faz-se imprescindível o envolvimento de todos os profissionais das equipes de Saúde da Família na execução do TR, considerando que esta atribuição não é restrita a uma única categoria profissional e que médicos e enfermeiros realizam consultas de pré-natal (BRASIL, 2013).

Apesar da realização da primeira consulta de pré-natal na atenção básica ser feita pelo enfermeiro, o TR também deve ser executado pelo médico, considerando que oportunidades de identificação e tratamento precoces das gestantes com HIV e sífilis não podem ser perdidas. Em quatro unidades que dispunham de mais de um profissional capacitado por equipe, nem todos faziam o exame, como destacado abaixo.

*[...] O teste rápido nós somos três enfermeiras capacitadas e somente duas que realizam (E20).*

Os motivos relatados pelos profissionais para não realizarem o TR variaram. Dentre eles, destacam-se: considerarem o teste desnecessário; irrelevância em abordar as gestantes em relação ao teste; e a falta de experiência ou insegurança para realizá-lo.

Tendo em vista que existem dificuldades no processo de operacionalização do TR, Fernandes *et al.* (2010) afirmam que

um dos principais obstáculos no gerenciamento das atividades é a falta de capacitação dos profissionais, sendo esta uma ação de aperfeiçoamento necessário. Esta afirmativa é corroborada por outros autores que concluíram sobre o desconhecimento em relação ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento da gestante com VDRL reagente por parte dos profissionais (BRITO; JESUS; SILVA, 2009; SILVA *et al.*, 2014).

É importante salientar que os enfermeiros representaram a categoria com maior participação nas capacitações, mostrando o seu envolvimento e abertura para a execução de ações que venham a qualificar o atendimento (VIEIRA *et al.*, 2011).

O TR necessita de aconselhamento, atividade importante e que pode proporcionar à gestante as orientações e o apoio emocional necessário e fortalecer o processo de aceitação do teste e a adoção das medidas necessárias de prevenção. O profissional deve aconselhar a mulher e suas parcerias sexuais, considerando suas expectativas, seus riscos e vulnerabilidades em IST, orientando-a e apoiando-a nas decisões (BRASIL, 2013). O aconselhamento favorece o esclarecimento das dúvidas, a adesão ao tratamento e melhores formas de lidar com os resultados dos testes (BRASIL, 2007; 2012b; 2013).

O aconselhamento coletivo não pôde ser avaliado, pois não estava sendo realizado em nenhuma unidade. O individual foi avaliado com dificuldade, porque poucos profissionais o realizavam durante a consulta de pré-natal. Entretanto, aqueles poucos que o desenvolviam, o faziam de forma rápida, limitando-se a fornecer um volume de informações totalmente descontextualizadas.

*[...] Faz um aconselhamento mais rápido acreditando na capacidade da própria gestante de estar absorvendo essa informação (E10).*

*[...] A gente fala do HIV, da questão do HIV e da AIDS, da transmissão, né? Da prevenção, né? Enfim, fala do teste rápido e de outras ITS (E11).*

Observa-se, portanto, lacunas importantes no processo de aconselhamento, evidenciando fragilidades dos profissionais em executá-lo, tendo como justificativa o desconhecimento técnico científico acerca da sífilis e do HIV/AIDS e uma formação tecnicista (CARNEIRO; COELHO, 2010; ARAÚJO; VIEIRA; GALVÃO, 2011; SILVA *et al.*, 2014).

### **A operacionalização do teste rápido para sífilis e HIV**

Observou-se diferenças em todas as unidades, em relação à maneira como o TR foi implantado. Cada unidade executava o teste de acordo com a disponibilidade dos profissionais em aceitar executá-lo. Em algumas unidades, um único profissional era designado para realizar o teste, recebendo as gestantes encaminhadas pelos outros profissionais; em outras, o TR era agendado para ser realizado em um dia da semana ou no final do expediente. Somente uma unidade havia implantado o teste na rotina da assistência pré-natal e na ocasião da primeira e trigésima consultas.

*[...] O TR é realizado pelas enfermeiras e organizamos um cronograma para cada uma realizar o teste rápido um dia na semana (E01).*



*[...] Duas tardes na semana que é terça e quinta que a gente faz pras gestantes (E09).*

*[...] O teste rápido acontece toda sexta-feira, é realizado pela enfermeira do programa saúde da família, no período da manhã sendo o turno todo, né? (E19).*

*[...] Eu agendo para outro dia, ou pra mim ou pra outra colega (E23).*

*[...] Após o pré-natal faço os testes rápidos, é o que eu estou fazendo agora (E18).*

Segundo evidenciam os depoimentos, inexistente sistematização para a operacionalização do TR nas unidades, ou seja, não existe um acompanhamento e seguimento de protocolos para a execução do TR como rotina e, principalmente, na ocasião do pré-natal. Inserir o TR na rotina da assistência pré-natal requer planejamento e organização das práticas de atenção à gestante, especialmente no que diz respeito ao agendamento daquelas de primeira vez, considerando o tempo necessário para o desenvolvimento da consulta e do TR.

A participação do gestor da unidade nesse processo de organização da implantação do TR é algo indispensável, fundamentando a sua função de líder e coordenador das atividades prestadas na unidade assim como dos profissionais com suas respectivas funções, fazendo o papel de articulador com vistas a encontrar alternativas diante das dificuldades.

A falta de sistematização pode interferir diretamente na oferta do TR, dificultando a sua implementação na rotina do pré-natal. Desta forma, uma gestão sistemática e organizada

possivelmente seria considerada uma das estratégias de solução para a institucionalização do TR e, até mesmo, de outras atividades que venham como proposta de evolução do serviço de saúde.

Uma situação grave percebida nos depoimentos diz respeito à falta de credibilidade dos profissionais em relação ao resultado do TR. Aqueles que realizavam, referiram solicitar também o VDRL e o anti-HIV, na primeira consulta de pré-natal, como garantia e segurança de um resultado mais fidedigno.

Vale ressaltar que o TR tem alta sensibilidade e especificidade, tendo resultado confiável. O de sífilis é teste de triagem, havendo a necessidade de realização do teste confirmatório somente nos casos reagentes ou de dúvida. Já o TR de HIV é diagnóstico, dispensando, assim, a necessidade de confirmação por meio de outra técnica de análise (BRASIL, 2012b; 2012d).

*[...] Assim, independente do resultado que tenha dado, eu sempre solicito (VDRL e anti-HIV). É como se fosse algo mais confirmatório (E25).*

*[...] É assim, os testes são feitos, né? Pra gente acelerar a coleta laboratorial, mas a gente não inicia o tratamento com o teste rápido do HIV e nem da sífilis não (E10).*

*[...] A gente faz o do dedo (TR) e solicita (VDRL e anti-HIV) para ter confirmação, quando vêm os exames a gente só confirma (E16).*

*[...] Mas a questão da sífilis tem que ter a confirmação do VDRL (E22).*

É importante ressaltar que os profissionais precisam confiar no TR considerando que, como qualquer outro exame, existe a possibilidade de resultados falsos positivos ou negativos, o que não o desqualifica. Acredita-se que, quando o profissional não confia no resultado do exame, pode transferir para a gestante esta insegurança, interferindo na credibilidade e na adesão às recomendações por parte da mesma.

Diante disso, estudo que comparou o VDRL com quatro tipos de TR encontrou que a sensibilidade, a especificidade e o valor preditivo positivo obtiveram desempenho superior, provando sua eficiência e adequabilidade, ao ser utilizado em população de alta prevalência de sífilis (BENZAKEN *et al.*, 2007).

Dessa forma, destaca-se a importância do TR como uma das estratégias que pode contribuir sobremaneira para a prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV, uma vez que possibilita o acesso precoce da gestante ao tratamento e torna desnecessário o agendamento de uma nova consulta, já que o resultado dispensa tempo de espera prolongado e o acompanhamento pode ser iniciado imediatamente.

*[...] O paciente sai da nossa sala, vai marcar ainda o exame, aí com 15 dias sai o resultado, não sei se na próxima consulta, vamos supor se for uma gestante em primeiro e segundo trimestre que as consultas são mensais, não sei se na próxima consulta daqui a um mês ela estará com o teste com o resultado em mãos, e o teste rápido são 15 min o resultado (E20).*

Vale salientar que a agilidade de acesso ao resultado dos TR é extremamente importante, pois, mesmo quando as gestantes iniciam precocemente o pré-natal, esperam por longos períodos para obter o resultado do VDRL, atrasando todo o processo de tratamento (MIRANDA *et al.*, 2009). Em relação ao HIV, apesar de o tratamento não ser disponibilizado na atenção primária, o TR também pode favorecer o encaminhamento precoce da gestante.

A despeito do desconhecimento e da dificuldade de acesso, a oferta do TR requer a disponibilização de espaço físico, de kits do exame e armazenamento correto. Vale ressaltar que as UAPS passaram por reformas na estrutura física que favoreceram para que apresentassem condições adequadas para a execução do TR.

Estudo que analisou os cuidados primários em saúde prestados a gestantes na Estratégia Saúde da Família, em Teixeira, Minas Gerais, concluiu que a falta de espaço físico adequado interfere na realização das atividades assistenciais e educativas (COSTA *et al.*, 2009). Tal fato demonstra a importância de estrutura apropriada para que as atividades em saúde sejam executadas com qualidade.

É necessário que o serviço de saúde organize o processo de testagem rápida dentro da realidade estrutural de cada localidade, porém alguns fatores são essenciais, tais como sala privativa, pia com água corrente (é recomendável, não obrigatório), geladeira, luvas, jaleco, caixa para descarte, piso lavável, boa iluminação e ventilação (BRASIL, 2012b).

Como, na grande maioria das unidades, o TR é agendado, ou seja, não é realizado no momento do pré-natal, os profissionais consideram que outros espaços são necessários.

Apesar de as unidades apresentarem consultórios amplos, colocaram a estrutura física como um obstáculo na implantação do TR, principalmente com relação à disponibilidade de sala, como se pode perceber abaixo.

*[...] Essa estrutura física da nossa unidade, ela não tem condições de fazer esse serviço (E04).*

*[...] A gente tem dificuldade de sala, porque entre dar prioridade em quem está com consulta marcada e dar prioridade ao pré-teste, teste rápido, né? Vai ter prioridade quem está precisando de consultório (E07).*

Os problemas da implantação e da execução do TR, possivelmente, teriam resolubilidade se esta atividade fosse desempenhada durante a consulta pré-natal. Vale salientar que, quando realizado por agendamento, é difícil garantir a privacidade e a confidencialidade das informações e do resultado do TR, situação evidenciada durante o processo de observação.

São muitos os problemas evidenciados para a efetiva implementação do TR. Outro aspecto diz respeito à disponibilização ou armazenamento desses testes, pois muitas unidades não dispunham do kit de TR para sífilis, HIV ou ambos, inviabilizando completamente a sua execução.

*[...] Então agora nós aguardamos é a chegada dos kits para iniciar (E02).*

*[...] Nós só recebemos os kits de HIV, não recebemos os de sífilis (E05).*

Encontrou-se que, mesmo dentre as UAPS que não realizavam a testagem, duas tinham o kit. Em praticamente todas as unidades, existiam kits vencidos. É imperativo manifestar a gravidade deste achado, uma vez que este teste tem um custo alto levando a refletir sobre a necessidade de um controle mais acentuado por parte da gestão local e municipal.

A disponibilização dos kits é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, porém, o armazenamento correto e a conservação é função da UAPS (profissionais e gestores) que, contando com estrutura e insumos necessários, deve garantir o controle de todo o material (BRASIL, 2012b; c; d).

Dentre todas as UAPS observadas, apenas duas não tinham geladeira. Em relação à utilização da geladeira, vale salientar que, em uma unidade, o refrigerador se encontrava ainda na caixa, em outras duas existia o TR, mas não era realizada a testagem, e em outra também estavam armazenadas vacinas, material biológico (escarro) ou outros insumos. Atualmente, alguns kits dispensam a necessidade de geladeira.

Faz-se interessante destacar que, quando existe sensibilidade e envolvimento dos profissionais, as dificuldades encontradas nas UAPS podem ser superadas, pois, praticamente todas as unidades apresentavam condições estruturais semelhantes e aquelas que tinham profissionais sensíveis à causa conseguiram implantar o TR.

*[...] Então eu acho que a questão é de compromisso, é questão de sensibilização profissional (E10).*

*[...] Então, assim, eu acho que basta querer e ter aquela pessoa que queira fazer (E21).*

*[...] Eu acho que é tão rápido, você conversa ali com ela e se tiver mais de uma faz um aconselhamento coletivo. Enquanto tá esperando o resultado você vai conversando. Então assim, eu não vejo empecilho de você realizar o teste durante a realização da consulta, porque você não vai levar muito tempo (E12).*

Quando indagados acerca das dificuldades para realizar o TR na ocasião do pré-natal, a maioria dos profissionais se referiu à entrega de um resultado positivo e à dificuldade de administrar o tempo da consulta e o manejo do resultado.

*[...] Quando dá negativo é uma coisa muito simples, em compensação quando dá positivo (o TR), pois demanda todo um tempo pra paciente. Imagina se a primeira grávida realizar o teste e der positivo, eu tenho nove lá fora esperando (E01).*

*[...] A minha preocupação é exatamente se der um positivo, como eu vou fazer o manejo disso com, vamos dizer, três outras pacientes esperando pela consulta em seguida? (E09).*

O que se evidencia, ainda, é a dificuldade por parte dos profissionais para entregar um resultado positivo para o HIV, situação que não é sentida quando se trata da sífilis, ambas as infecções de transmissão sexual. Causa estranheza que, ainda nos dias atuais, os profissionais da Estratégia Saúde da Família não se sintam seguros com as possíveis repercussões deste re-

sultado. Este fato necessita ser superado, considerando que, há anos, o teste passou a ser ofertado às gestantes, o que provoca, inevitavelmente, a possibilidade de enfrentar tal situação.

A assistência pré-natal é o momento no qual a gestante é acompanhada para a obtenção de orientações e resultados dos exames de rotina; desta forma, é primordial a utilização do TR. Busca-se, assim, uma futura erradicação da SC, que só será possível com o diagnóstico precoce, assegurando o tratamento da mãe e de suas parcerias (MIRANDA *et al.*, 2009).

Dessa forma, foi possível perceber que, para a realização do TR, é necessária a operacionalização e a sistematização na atenção primária, pois a falta destes processos organizacionais foi identificada como a maior dificuldade para a sua implantação, necessitando, assim, da participação da gestão. Ademais, a conscientização e a sensibilização dos profissionais são de extrema relevância para a execução desta atividade.

## **CONCLUSÃO**

Conclui-se que a operacionalização do TR na atenção primária, especialmente no momento da consulta de pré-natal, é factível, porém, carece de uma atenção especial por parte de todos os envolvidos. Evidenciaram-se aspectos que interferem na operacionalização, como tempo de capacitação insuficiente para dar segurança aos profissionais, falta de adesão para execução do teste pelos profissionais e descrédito nos resultados.



## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. L. *et al.* Incidência de sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, 2012.

ARAÚJO, M. A. L. *et al.* Prevalence and factors associated with syphilis in parturiente women in Northeast, Brazil. **BMC Public Health**, v. 13, n. 206, 2013.

ARAÚJO, M. A. L.; VIEIRA, N. F. C.; GALVÃO, M. T. G. Aconselhamento pré e pós-teste anti HIV em gestantes em Fortaleza, Ceará. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 12, n. 2, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: 70, 2011.

BENZAKEN, A. S. *et al.* Rapid tests for diagnosing syphilis: validation in an STD clinic in the Amazon Region, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis**: manual de bolso. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.161**, de 27 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades da Atenção Básica à saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Aids e DST**. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Realização do Teste Rápido para HIV e Sífilis na atenção básica e aconselhamento em DST/Aids da Rede Cegonha**. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde-CNS. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Nota técnica conjunta N°391/2012/SAS/SVS/MS**. Realização do teste rápido da sífilis na Atenção Básica no âmbito Rede Cegonha. 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes**. Rede Cegonha. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV/aids**. Brasília, D.F. 2014.

BRITO, E. S. V.; JESUS, S. B.; SILVA, M. R. F. Sífilis congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal do município de Olinda (PE), Brasil. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 1, 2009.

CARNEIRO, A. J. S.; COELHO, E. A. C. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2010.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Boletim Epidemiológico: sífilis congênita**. Fortaleza, 2013.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologias das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2009.

COSTA, G. D. *et al.* Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2009.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Manejo da sífilis na gestação: Conhecimentos, práticas e atitudes de profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, 2013.

FERNANDES, M. C. *et al.* Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 63, n. 1, 2010.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico: aids, sífilis em gestantes e transmissão vertical da sífilis e do HIV**, v. 13, n. 3, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MIRANDA, A. E. *et al.* Prevalência de Sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. **Rev. da Soc. Bras. de Med. Trop**, Minas Gerais, v. 42, n. 4, 2009.

PINTO, V. M. *et al.* Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 2, 2014.

SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, 2012.

SILVA, D. M. A. *et al.* Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 23, n. 2, 2014.

VIEIRA, S. M. *et al.* Percepção da puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. (Esp), 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **The Global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action.** Geneva: World Health Organization, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis:** promoting better maternal and child health and stronger health system. Geneva: World Health Organization, 2012.

# CAPÍTULO 21

## O “SUBMARINO CARIOCA”: HUMANIZAÇÃO E TECNOLOGIAS DURAS NO HOSPITAL MUNICIPAL JESUS - RJ

**Elizabeth Alt Parente**

**Lilian Koifman**

**Aluísio Gomes da Silva Junior**

**Letícia Maria Araujo Oliveira Nunes**

### INTRODUÇÃO

Discutir e reconceituar a humanização no campo da saúde parece ser uma necessidade urgente. A banalização do tema, equivocadamente identificado a movimentos religiosos, filantrópicos ou paternalistas, menosprezada por grande parte dos gestores e dos profissionais de saúde, a fragmentação das práticas e a “objetivação” de sujeitos no campo da atenção à saúde, no contexto, denominado por Benevides e Passos (2005) de “humanização em saúde”, reforçam nossa reflexão.

Ao compreender as transformações históricas das tecnologias em saúde, sofridas no Brasil a partir dos anos 60 e descritas em diversos estudos por Schraiber (1990; 1993; 1997) nos anos 90, observa-se que a medicina se deslocou de um arranjo tecnológico de cunho artesanal, desenvolvido pelo profissional liberal em consultório privado, para um processo de medicina

tecnológica com base progressivamente tecnicista e empresarial. Passa, então, de um saber reflexivo e pouco aparelhado para um modelo mais mecânico e repetitivo do conhecimento científico, calcado em protocolos e procedimentos operacionais bem definidos, que a autora denomina “técnica-tecnológica”. Certamente tais arranjos trouxeram grandes avanços à saúde. O que se enfatiza, entretanto, é a necessidade de trazer ao mesmo patamar de importância a criação e a inovação, denominada por Schraiber, Mota e Novaes (2008) como “técnica-arte”.

Em sentido confluyente, Ayres (2007, p. 43) discute que os conceitos de saúde e doença se referem a interesses práticos e instrumentais, respectivamente, na elaboração racional de experiências vividas de processos de saúde-doença-cuidado. O autor defende que o obscurecimento desses distintos interesses decorre da “colonização da nossa experiência vivida” pelas estruturas conceituais da biomedicina. Aponta também para a necessidade de contrapor, a essa tendência, a reconstrução das práticas de saúde chamada humanizadora, convertendo profissionais, serviços, programas e políticas de saúde, em mais sensíveis, críticos e responsivos aos sucessos práticos sempre visados por meio e para além de qualquer êxito técnico no cuidado em saúde.

No entanto, Deslandes (2004), ao analisar o discurso oficial sobre a assistência hospitalar, expõe a fragilidade dos consensos teóricos e operacionais do termo “humanização”, propondo um diálogo crítico com autores da área de saúde e das ciências sociais, na busca de valorização da qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, do reconhecimento dos direitos do paciente, de suas subjetividades, suas referências culturais, autonomia e legitimidades simbólicas e assim, forta-

lecendo ações centradas na ética, no diálogo e nas negociações para a geração de novas práticas cuidadoras.

O eixo básico da humanização da assistência deve valorizar o cuidado sob o ponto de vista técnico sem, contudo, se distanciar dos direitos do paciente, de sua cultura e de sua subjetividade. Essas diretrizes da humanização aumentam de complexidade quando o foco de atenção do serviço de saúde é a infância.

A criança não costuma ser reconhecida pelo sistema como cidadã, capaz de merecer um processo de escuta apurado, que a coloque na posição de atriz social na geração do cuidado que a ela diz respeito. Segundo Mitre (2006), é percebida como um ser que precisaria ser cuidado pelo adulto e que seria incapaz de manifestar seus próprios desejos e sentimentos. Faz-se necessário, então, conforme Minayo (2004), que nas interações entre profissionais e usuários, seja reconhecida a humanidade do outro. Isto é, sua capacidade de pensar, de interagir, de ter lógica, de se manifestar e de expressar intencionalidades. É preciso que a equipe de saúde demonstre percepção e sensibilidade, repensando estratégias que contemplem as demandas infantis em sua complexidade.

A integralidade, o cuidado como a alma dos serviços de saúde, o acolhimento como rede de conversações, a atenção integral como escuta à vida, saúde e cidadania de braços dados, são iniciativas reestruturantes das modalidades hegemônicas nas práticas de atender, que são construídas sob o manto das ações profissionais centradas, nas quais o outro é um caso a ser enfrentado por tecnologias duras ou leve-duras (intervenções invasivas ou cabalmente protocolares), das quais apenas o profissional detém o “saber poder” (SILVA JUNIOR *et al*, 2006;

MERHY, 1998, 2002). A propósito da dicotomia rotinização *versus* criação, uma classificação interessante é encontrada nos estudos deste autor, que define os conceitos de tecnologia dura, leve-dura e leve, observando a importância dos três conceitos no processo de cuidar.

A tecnologia dura pode ser representada pelo material concreto: equipamentos tecnológicos (maquinários, *hardware*), mobiliários, materiais permanentes ou de consumo, normas, rotinas e estruturas organizacionais.

A tecnologia leve-dura diz respeito aos saberes estruturados das diversas disciplinas da área de saúde, os quais norteiam a produção técnica do cuidado. Relaciona-se aos saberes tecnológicos, aos saberes clínicos, epidemiológicos, sociais, psicológicos e aos protocolos técnico-científicos que regem o trabalho em saúde. Representa uma espécie de tecnologia “intermediária”, capaz de estabelecer um link entre as técnicas relacionais e o grupo de equipamentos tecnológicos concretos, acima exemplificados. Considerada leve por significar um saber adquirido pelos profissionais e incorporado à forma de pensar os casos em saúde, é, ao mesmo tempo, um saber estruturado, organizado e regido por normas e protocolos fechados e por essa razão, considerada dura.

A tecnologia leve pode ser expressa pelo processo de produção da comunicação, por princípios de escuta, acolhimento, responsabilização e vínculo nas relações profissional de saúde – usuário. Diz respeito ao processo de relações, de encontro entre o profissional de saúde e o usuário/paciente. São falas, escutas, interpretações, construindo intersubjetividades que moldarão a perspectiva de vínculos, responsabilização, confiabilidade, acolhimento e cumplicidade.



Ao dimensionar a necessidade de ressignificar o cuidado, surge a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS (BRASIL, 2004), cujo movimento se propõe à mudança dos modelos de atenção e gestão fundados na racionalidade biomédica (fragmentados, hierarquizados, centrados na doença e no atendimento hospitalar), nas diversas esferas. Sugere uma construção política permanente, um interminável aprendizado em atitude de corresponsabilidade, de protagonismo e de autonomia na realidade concreta dos trabalhadores e usuários de saúde.

A humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) é transcendente à banalização de seu conceito. Representa um processo de subjetivação permanentemente inovadora, demandando a alteração dos modelos de atenção e gestão em saúde.

Este estudo teve como objetivo analisar os efeitos da implantação do projeto “Submarino Carioca” no desenvolvimento da proposta de humanização do atendimento à criança e ao adolescente no Hospital Municipal Jesus, RJ, Brasil, sob a perspectiva da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS.

O tomógrafo, com uma ambiência voltada à humanização e fruto de uma iniciativa público-privada, foi inaugurado em junho de 2012, com o objetivo de contribuir na detecção precoce do câncer infanto-juvenil. Foi revestido numa proposta lúdica e transformado em um grande brinquedo – um submarino, com luzes teatralizadas e sonoplastia mimetizando o fundo do mar. Trata-se de um aparelho de tecnologia de última geração, possuindo capacidade de emanar carga menor de radiação.

Sabe-se que os tecidos infantis são muito mais radiosensíveis, o que aumenta o risco do aparecimento de eventos adversos no futuro, tais como o câncer, a catarata etc. Cada exame realizado, independente da dose de radiação, tem efeito cumulativo.

O “Submarino Carioca” é parte da proposta de humanização da assistência a pacientes portadores de câncer infanto-juvenil, desenvolvida pelo Instituto Desiderata. O Instituto Desiderata é uma Organização Não Governamental (ONG) que construiu uma linha de cuidados para a detecção precoce do câncer infanto-juvenil, denominada Unidos Pela Cura (UPC). Além do “Submarino Carioca”, existem o “Aquário Carioca” e a “Hospedaria Carioca”, espaços humanizados para quimioterapia de crianças e adolescentes, instalados em alguns hospitais públicos do Rio de Janeiro.

Utilizar tecnologias e protocolos específicos para o público infantil, incluindo equipe profissional capacitada e consciente da necessidade de se observar esses aspectos, significa proteger a criança e com isso, dimensionar o cuidado sob a ótica da integralidade.

Como objetivos específicos do estudo, buscou-se analisar a percepção dos usuários – a criança e seu responsável – quanto à realização do exame de tomografia no Hospital Municipal Jesus, assim como analisar a percepção dos profissionais de saúde quanto à realização do referido exame e suas repercussões no processo de trabalho da equipe.

## **CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

Foi realizado um estudo de caso, no serviço de Imagens do Hospital Municipal Jesus, pertencente à Secretaria Muni-

pal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), utilizando-se, como instrumento, entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e com usuários, quais sejam: pacientes pediátricos que realizam exames no setor de tomografia do hospital, possuidores de capacidade cognitiva para as respostas e seus responsáveis, no caso de usuários com idade inferior a 7 (sete) anos ou sem capacidade cognitiva interativa (a exemplo de pacientes portadores de alguma deficiência neurológica, quadro bastante comum entre os usuários do hospital).

O roteiro das entrevistas com os usuários substanciou-se no foco à sua percepção quanto a acolhimento, escuta e resolubilidade. No caso específico da criança, buscou-se perceber se a transformação do tomógrafo em brinquedo reduz a ansiedade, o medo e a severidade em torno do exame. Para o responsável, tencionou-se compreender se o ambiente lúdico interfere nos seus sentimentos, contribuindo ou não na redução de seu sofrimento frente ao adoecimento de um ente querido.

Sobre os critérios de seleção e elegibilidade dos entrevistados, foram verificadas as agendas do Serviço de Radiologia do Hospital Municipal Jesus. Pacientes internados e pacientes externos agendados pelo Sistema de Regulação (SISREG) da SMSDC foram incluídos no estudo, independente de idade, cor, raça ou capacidade cognitiva, uma vez que estes últimos estariam acompanhados de seus responsáveis, que também foram incluídos com o mesmo critério, exceto capacidade cognitiva. Todos realizaram o exame no dia da entrevista.

O roteiro de entrevistas com os profissionais de saúde incluiu suas percepções do projeto “Submarino Carioca” como fator determinante de mudanças em seus processos de trabalho; se a presença do lúdico interferiu na conduta do profissio-

nal, amenizando o desgaste emocional a que são submetidos os que atuam na área de saúde e se facilitou o desenvolvimento das práticas de tecnologias relacionais.

Entrevistas também semiestruturadas foram realizadas com os profissionais do Setor de Radiologia que executam os exames e interagem com os pacientes e seus responsáveis no espaço do tomógrafo “Submarino Carioca”, tendo como foco buscar perceber se essa proposta interfere (e de que forma interfere) no processo de trabalho da equipe, se é consonante com os preceitos da Política Nacional de Humanização e se contribui para a mudança do modelo tecnoassistencial hegemônico, na direção de um modelo de centralidade no usuário e da integralidade do cuidado prestado à criança e ao adolescente que frequentam o serviço.

O critério de saturação, observado pelas falas, que então começam a se repetir, determinou o quantitativo de entrevistas ou participantes da pesquisa (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Pesquisadores auxiliares foram convidados a participar, uma vez que, na qualidade de integrante do grupo de gestão da unidade de saúde, a pesquisadora principal correria o risco de criar, em alguns momentos, vieses nas respostas colhidas. Designados pelo coorientador deste trabalho, três profissionais médicos, com formação em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva – UFF, dois residentes e um mestre pelo instituto, além de uma aluna do internato pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – SP, realizaram as entrevistas.

Os pesquisadores participaram de reuniões com os orientadores e receberam instruções quanto ao modo de entrevistar e descrever as respostas, utilizando tecnologias de grava-

ção, com o objetivo de evitar ou minimizar perdas de conteúdo. A pesquisadora principal não participou do momento das entrevistas, devido às razões acima expostas. Porém, realizou as transcrições das mesmas na íntegra e a análise dos dados.

Quanto à análise dos dados, optou-se pela análise de conteúdo. A análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo produzir inferência do conteúdo da comunicação. O analista busca categorizar palavras ou frases que se repetem, inferindo uma expressão que as representem. Sendo entendida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2006, p. 223).

Foram utilizados termos de consentimento em pesquisa científica na área da saúde, em consonância com a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012.

Todas as entrevistas foram realizadas e gravadas com a anuência dos entrevistados, profissionais, pais e responsáveis, de acordo com o disposto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período anterior à inauguração do Submarino Carioca, segundo informações da direção geral do hospital e da diretoria de especialidades cirúrgicas, havia um quantitativo de **160 exames em espera**, referente a pequenos pacientes que necessitavam de ato anestésico para sua realização. O início das atividades no novo cenário permitiu que **156** deles fossem realizados **sem anestesia**. Apenas **04** necessitaram realmente da mesma. A constatação da redução do uso de procedimento anestésico soa indiscutível no que se refere às vantagens para os diversos atores envolvidos no cuidado.

O trabalho de campo com realização das entrevistas foi efetuado no período de 15 a 30 de janeiro de 2015. Foram realizadas 12 entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e 10 entrevistas com usuários do serviço. Para a análise das entrevistas, categorias foram construídas a partir do recorte dos núcleos de sentido descritos por Bardin (2006).

Buscou-se traçar um perfil dos profissionais que atuam diretamente no setor de tomografia, quanto ao vínculo empregatício, tempo de serviço na unidade, função e cargo exercido. Tencionou-se captar as impressões e percepções do profissional quanto às possíveis mudanças em seu processo de trabalho após a implantação do Submarino Carioca. Foram entrevistadas 2 médicas radiologistas, 3 técnicos em radiologia, 2 técnicas de enfermagem, 1 auxiliar de enfermagem, 2 maqueiros, 1 funcionária da limpeza e 1 recepcionista.

Dos funcionários entrevistados que trabalham diretamente com a tomografia, quase todos são estatutários com extensão de carga horária. Todos os técnicos de radiologia encontram-se nessa situação. Em relação às médicas radiologistas,

uma é estatutária e outra é contratada pela SMSDC/RJ. Esta, devido ao seu vínculo diferenciado e com o objetivo de analisar opiniões sob esse prisma, também foi entrevistada.

Foram realizadas 10 entrevistas com usuários internos e externos - provenientes da demanda ambulatorial e agendados por meio do SISREG da SMSDC/RJ, respectivamente – logo após a realização do exame de tomografia, independente de idade ou capacidade cognitiva, portadores ou não de déficits neurológicos, cujos responsáveis a serem entrevistados concordassem com a participação. Não houve discordância por parte de nenhum usuário convidado a participar da pesquisa.

Para as entrevistas realizadas diretamente com os pacientes, foi mantido apenas o critério de idade maior que sete anos e boa capacidade cognitiva, ou seja, sem aparente déficit neurológico, com permissão dos responsáveis por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nesse grupo, foram incluídos dois usuários.

Entrevistas com os funcionários ratificaram a necessidade de preservar o binômio “tecnologia - fator humano”, tão bem discutido por Deslandes (2004), valorizando o cuidado técnico não dissociado do reconhecimento das necessidades e subjetividades do paciente.

Observou-se que diversas falas fizeram alusão à transversalidade, princípio norteador do SUS, no qual conexões e confrontos são sugeridos entre grupos e atores produtores do cuidado, gerando qualidade e integralidade.

A preocupação com a segurança e redução de riscos/danos para o paciente, atendimento das demandas específicas do usuário e preocupação com o treinamento em tecnologias relacionais, além da qualificação técnica adequada, foram situa-

ções apontadas como necessárias ao bom atendimento pelos profissionais entrevistados. Todos consideraram importante a presença do lúdico como fator de redução das tensões do dia a dia do profissional de saúde em seu processo de trabalho, assim como para pacientes e responsáveis. Todos descreveram a percepção de impacto positivo com a implantação do projeto Submarino Carioca, não observando pontos negativos.

As entrevistas realizadas com as crianças ratificaram a importância do lúdico na redução das tensões. As falas infantis demonstram grande destaque do lúdico como fator de proteção psíquica (AZEVEDO; SÁ, 2013).

Todas as responsáveis entrevistadas referiram que o fato de existir um ambiente lúdico, voltado para o universo infantil, transmitindo calma e tranquilidade ao paciente, é fator de suma importância, em suas concepções e percepções, evidenciando o tema fator de proteção psicológica para responsáveis e profissionais de saúde, descrito por Azevedo e Sá (2013). Nenhuma relatou haver observado pontos negativos.

## **CONCLUSÕES**

Na primeira parte deste trabalho, buscou-se estabelecer e discutir referenciais teóricos, com o objetivo de delimitar o campo de interesse do estudo, que foi guiado pela concepção da humanização e satisfação dos diversos atores na busca de um referencial para a qualidade da assistência e produção do cuidado em saúde, calcado no direito à saúde e à cidadania, componentes essenciais do arcabouço filosófico do Sistema Único de Saúde.



Este estudo de caso, mais do que tentar demonstrar resultados, tenta suscitar a discussão e o debate sobre esse referencial teórico como orientador da construção de dispositivos de gestão que norteiem e preservem a crença na perspectiva do ideário SUS.

Enfatizou-se a importância de valorizar o usuário como sujeito, portador de necessidades e interesses concretos. Sobre esse prisma, reforçou-se o objetivo de legitimar os interesses específicos da criança em seu papel de cidadão, a ser respeitado como tal.

É essencial que as instituições priorizem e valorizem o protagonismo da criança como usuário dos serviços de saúde, sistematizando atividades lúdicas como recurso do processo de humanização, investindo concretamente em ambiência e formação dos profissionais.

Em consonância com a literatura, o estudo demonstrou a dimensão do lúdico no cuidado integral à saúde da criança e do adolescente. Todas as falas, sejam elas de profissionais, sejam de usuários, demonstraram a sólida sustentação do lúdico no imaginário dos atores, fortalecendo a ideia de proteção psicológica para a realização do processo de trabalho e do lidar com o processo saúde-doença.

Há o sentimento e a percepção da existência de um ambiente saudável, acolhedor e construtivo tanto por parte dos profissionais quanto por parte dos usuários.

Existe a preocupação em expor a criança a menos riscos, tais como carga de irradiação, sedação e também tensão emocional, inúmeras vezes descritas nas falas dos profissionais. Esse fato também é percebido pelas responsáveis entrevistadas.

O ambiente físico “humanizado”, voltado aos interesses da criança, contribui para a satisfação das necessidades do usuário e funciona como um fator de “relaxamento” nas tensões do dia a dia do profissional de saúde, mas não é o bastante para classificar um serviço como adequado e qualificado, do ponto de vista da integralidade do cuidado e da assistência em saúde. Muito mais importante é o entendimento da necessidade do treinamento da equipe para as ações voltadas a esse novo humanismo, distanciado do conceito de filantropia, de caridade e aproximado do protagonismo transformador e cidadão de seus atores.

Muito embora as falas de usuários demonstrem satisfação, é preciso sinalizar a possibilidade do “viés de gratidão”. Esperidião e Trad (2005) revisaram 54 artigos publicados em revistas indexadas, entre 1970 e 2005, sobre satisfação do usuário. Embora os métodos qualitativos sejam considerados mais adequados para trabalhar dados subjetivos da satisfação de usuários, esses autores constataram a falta de padronização dos instrumentos. Discutem alguns vieses, entre eles o “viés de gratidão”, caracterizado como a relutância em expressar opiniões negativas. Costuma ser encontrado em países em desenvolvimento, na avaliação de serviços públicos e quando o usuário tem grande afinidade com os profissionais provedores do cuidado.

Este estudo evidenciou falas que demonstraram a proposta de associação da qualidade técnica com a preocupação de capacitação da equipe no desenvolvimento das ditas “tecnologias leves”, em conformidade com a Política Nacional de Humanização.

Um problema a ser apontado e avaliado pela gestão diz respeito à preocupação com a alta rotatividade de funcionários

que vem acontecendo ultimamente no serviço, em especial daqueles lotados na recepção. São sinalizadas preocupações nas entrevistas quanto ao fato de que existe prejuízo na rotina, quando a recepcionista é trocada frequentemente, pois esta tem um importante papel no acolhimento e prestação de informações corretas ao usuário. O não cumprimento adequado de suas funções pode fazer retroceder a prestação qualificada e humanizada do cuidado. Informações incorretas sobre preparo do exame e agendamentos incorretos podem prejudicar o usuário, fazendo com que ele compareça ao serviço e não possa realizar o exame. O arquivamento de exames em locais não padronizados obstaculiza a fluidez do trabalho médico, por exemplo. Essa alta rotatividade de recepcionistas foi sinalizada como grande preocupação dos profissionais ligados à tomografia.

Com exceção dos funcionários da recepção e da limpeza, terceirizados no hospital, os demais profissionais que lidam com o tomógrafo na realização do exame possuem vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, alguns deles com extensão de carga horária. Esse fato pode fortalecer a presença de vínculo emocional com o hospital, o que configura um aspecto muito positivo para o acolhimento do usuário e a produção de assistência humanizada.

Não contempla o escopo deste trabalho a discussão do tema *terceirização de recursos humanos*, realidade que vem sendo enfrentada no serviço público, mesclando-se diversos vínculos empregatícios num mesmo espaço de atuação em serviços de saúde. Entretanto, a pesquisadora principal não gostaria de se furtar ao comentário de que as falas dos entrevistados reforçam, conforme explicitado no parágrafo anterior, a pre-

sença do vínculo afetivo com a unidade de saúde. Vínculos temporários, diferenças salariais e de cargas horárias entre os profissionais estatutários e contratados, níveis de cobrança e comprometimento diferenciados podem representar fragmentações no processo de humanização e de segurança do paciente. Análise específica e cuidadosa sobre o tema seria necessária para embasamento das conclusões, porém configura-se como forte preocupação e inquietação quanto a possíveis prejuízos na qualidade da assistência.

Cabe ressaltar que a percepção do Serviço de Radiologia pelos funcionários direta e indiretamente ligados a ele merece destaque. O serviço é visto por todos como um ambiente de trabalho saudável e acolhedor, exercendo um papel de interface com outros setores e atuando em transversalidade para a construção do cuidado integral à criança e ao adolescente, dentro dos princípios da PNH. Esse achado pode contribuir para pensar ações futuras no processo de gestão hospitalar.

Estudos posteriores, objetivando o aprofundamento na questão da humanização em diversos setores do hospital fariam necessários para entender o grau de implantação da política no referido nosocômio. Entretanto, dentro do escopo a que se propôs esta análise, as entrevistas realizadas com funcionários e usuários evidenciaram perfil satisfatório no que tange ao quesito humanização, dentro do Serviço de Radiologia do Hospital Municipal Jesus.

## REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. Avaliação Psicossociológica de uma Estratégia de Humanização do Tratamento do Câncer Infanto-juvenil: o Aquário Carioca. In: \_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde**: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2013. Cap. 13, p.359-382 .

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: EDIÇÕES 70, 2006.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, HumanizaSUS, Política Nacional de Humanização. 1.reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Secretaria Executiva (Documento base para gestores e trabalhadores do SUS).

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl.0, sep./dez. 2005.

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

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. *et al.* (Orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o público.** São Paulo: Ed. Xamã, 1998.

\_\_\_\_\_. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S. Dilemas do setor de saúde diante de suas propostas humanistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1):15-29, 2004.

MITRE, R. M. A. O Brincar no Processo de Humanização da Produção de Cuidados Pediátricos. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006. p.283-300.

SCHRAIBER L. B.(Org.) **Programação em Saúde hoje.** São Paulo: HUCITEC,1990.

SCHRAIBER L. B.**O Médico e seu Trabalho: limites da liberdade.** São Paulo: HUCITEC,1993.

SCHRAIBER L. B. **Medicina Tecnológica e Prática Profissional Contemporânea: novos dilemas, outros desafios.** Tese de Livre-Docência, São Paulo: Faculdade de Medicina da USP,1997.

SCHRAIBER L. B.; MOTA, A.; NOVAES, H. M. D. Tecnologia em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSP, 2008.p.382-392.

SILVA JUNIOR, A G; ALVES ,CA; ALVES , MGM. Entre Tramas e Redes: Cuidado e Integralidade. PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. (Orgs.) **Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2005.p.77-89.

## POSFÁCIO

Planejamento, gestão e avaliação em saúde são atividades que visam à intervenção em situações sociais e sanitárias com o objetivo de melhoria das condições de saúde de uma população concreta. Existe uma articulação orgânica entre estas atividades e seu escopo abrangente torna a abordagem interdisciplinar imperativa. Os 21 capítulos desta coletânea seguem esta orientação, integrando diferentes perspectivas sobre o tema por meio do diálogo.

No Brasil, planejamento, gestão e avaliação em saúde, considerando os três níveis federativos, persistem, na maioria dos casos, sob a lógica normativa e burocrática, embora revestidos por alguns elementos do planejamento estratégico e armados com ferramentas da gestão e avaliação empresariais, alardeadas como a solução para superar uma suposta ineficiência inerente à administração pública. Agrava esta situação a opção do poder público, em muitas ocasiões, por direcionar sua atuação segundo o imediatismo e o particularismo dos palanques e da manutenção do poder político.

Uma alternativa democrática, ética e efetiva para o planejamento, gestão e avaliação em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) perpassa a centralidade dos usuários no diálogo para a formulação e implementação de políticas de saúde e, também, econômicas, fortalecendo, assim, a autonomia do cuidado, entendida como reapropriação dos cuidados com o corpo pela população, a atuação sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e a efetivação da saúde como direito social e conquista civilizatória.

Os avanços dos últimos 25 anos das políticas públicas de saúde brasileiras, principalmente quanto à universalidade do acesso aos serviços de saúde, foram imensos. O momento exige esforço para desenvolver processos de trabalho e gestão que garantam a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos cidadãos. Este novo desafio que se impõe a gestores, profissionais de saúde, pesquisadores da Saúde Coletiva e usuários não pode ser enfrentado sem capacidade de reflexão e ação crítica. Os autores desta coletânea apontam opções no campo do planejamento, gestão e avaliação em saúde alinhadas com este pressuposto, demonstrando o engajamento da academia na melhoria das condições de saúde da população brasileira.

**Carlos Garcia Filho**

Médico Sanitarista

Doutorando em Saúde Coletiva pela UECE



## **AUTORES ORGANIZADORES**

### **Raimunda Magalhães da Silva**

Enfermeira. Pós-Doutorado em Saúde Coletiva. Docente da graduação e pós-graduação da Universidade de Fortaleza.

### **Maria Salete Bessa Jorge**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Pós-doutora em Saúde Coletiva/UNICAMP. Professora Titular da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Mestrado em Saúde Pública da UECE, do Mestrado e Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem da UECE e do Doutorado em Saúde Coletiva da UECE/UFC. Pesquisadora 1B-CNPq.

### **Alúcio Gomes da Silva Júnior**

Docente da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFF – Linha de Pesquisa Cuidado em Saúde: Teoria e Práxis.

## AUTORES COLABORADORES

### **Adriana Catarina de Souza Oliveira**

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Enfermagem da Universidad Católica San Antonio de Murcia-Espanha.

### **Afonso Teixeira Reis**

Médico. Coordenador de Monitoramento e Avaliação do Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (Demas/SE/MS).

### **Alexandre Alcântara Holanda**

Médico. Mestrado em Saúde Coletiva. Professor da Universidade de Fortaleza, atuando principalmente nas seguintes áreas: Atenção Primária à Saúde, Medicina de Família e Comunidade e Educação Médica.

### **Alexandre Pinheiro Braga**

Farmacêutico-Bioquímico. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Farmacêutico da Farmácia Popular do Brasil.

### **Aline Veras Morais Brilhante**

Médica. Residência médica em Ginecologia e Obstetrícia pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

### **Allan Nuno Alves de Sousa**

Cientista Político. Mestre em Ciência Política pela Universidade Federal de Minas Gerais. Atualmente, cursa o Programa de Doutorado em Ciência Política na Universidade de Brasília e é coordenador da Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

**Ana Cleide Guedes Moreira**

Doutora em Psicologia Clínica pela PUC de São Paulo. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal do Pará.

**Ana Cristina Martins Uchoa Lopes**

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Pós-graduanda em Auditoria de Serviços de Saúde Público e Privado.

**Ana Fátima Braga Rocha**

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda do Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR.

**Ana Maria Fontenelle Catrib**

Pedagoga. Pós-doutorado em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Docente do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR.

**Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante**

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

**Anna Paula Sousa da Silva**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem Fanor e Unichristus e Enfermeira do HGF.

**Antônio Dean Barbosa Marques**

Enfermeiro. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Professor da Faculdade Princesa do Oeste (FPO) e Professor EMI do Instituto CENTEC.

**Bianca Stella Rodrigues**

Psicóloga. Doutora em Ciências Médicas, Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP.

### **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**

Fisioterapeuta. Doutoranda em Saúde Coletiva em AA pela UECE/ UFC/UNIFOR. Professora do Centro Universitário Estácio FIC. Fisioterapeuta da UTI da Irmandade Beneficente Hospital Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza.

### **Daniella Barbosa Campos**

Enfermeira. Especialização em Unidade Terapia Intensiva.

### **Dayse Cristine Dantas Brito Neri de Souza**

Filósofa. Doutorado e Pós-doutorado em Ciências da Educação pela Universidade de Aveiro (UA), em Portugal. Docente Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da UA, Unidade Curricular Metodologia de Investigação em Educação no Mestrado em Didática e no Programa Doutoral em Educação.

### **Dayse Vieira Santos Barbosa**

Médica. Mestre em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente. Área de concentração: Políticas Públicas pela UniEvangélica. Docente do Curso de Medicina da UniEvangélica.

### **Denise Soares de Cirqueira**

Enfermeira. Mestrado Profissional em Saúde Coletiva na Universidade Federal de Goiás. Secretária Municipal de Saúde de Goiânia.

### **Douglas José Nogueira**

Enfermeiro. Mestrado em Biologia pelo Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Goiás. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

### **Elizabeth Alt Parente**

Médica. Mestre em Saúde Coletiva pela UFF. Professora da Universidade Estácio de Sá.

**Elizabeth Moreira dos Santos**

PhD em *Community Health* pela Universidade de Illinois, EUA e pesquisadora titular aposentada do Departamento de Endemias Samuel Pessoa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (DENSP/ENSP/Fiocruz).

**Ellen Synthia Fernandes de Oliveira**

Biomédica. Doutora em Patologia Molecular pela Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília. Pós-doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Docente e Coordenadora do Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás.

**Estela Najberg**

Administradora. Doutora em Administração (EAESP-FGV). Professora associada do curso de Administração da Faculdade de Administração, Ciências Contábeis e Ciências Econômicas da Universidade Federal de Goiás (FACE-UFG).

**Fernando Sérgio Pereira de Sousa**

Enfermeiro. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

**Giane Cristina Alvarenga**

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Goiás. Supervisora de Enfermagem no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

**Gisela da Costa Mascarenhas**

Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB). Coordenadora-Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

**Helena Eri Shimizu**

Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UnB. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da UnB. Bolsista de Produtividade do CNPq.

**Igor de Barros Rezende**

Faculdade de Medicina, UFF.

**Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão**

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública, Doutoranda em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/ UNIFOR. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

**Indara Cavalcante Bezerra**

Farmacêutica. Mestre em Saúde Pública, Doutoranda em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/ UNIFOR.

**Isabela Andrade Vidal**

Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva. Membro do grupo de pesquisa da Universidade Federal mFluminense laboratório de estudos do trabalho e Subjetividade em Saúde, coordenado Pelo Prof. Dr. Túlio Batista Franco.

**Isabella Lima Barbosa**

Enfermeira. Especialista em Obstetrícia. Mestre em Saúde Pública. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do curso de Enfermagem Fator e Unichristus.

**Isabella Maria Diniz Duarte**

Farmacêutica-Bioquímica. Mestre pelo Programa Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente da UniEvangélica. Coordenadora da Pós-Graduação Lato Sensu da UniEvangélica.

**Janaína Alves da Silveira Hallais**

Antropóloga. Mestranda em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP.

**José Miguel do Nascimento Junior**

Farmacêutico. Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde.

**July Grassiely de Oliveira Branco**

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Bolsista da FUNCAP.

**Karen Sarmento Costa**

Farmacêutica. Doutora em Saúde Coletiva na área de concentração de Epidemiologia pela UNICAMP. Membro dos grupos de pesquisa: Condições de Vida e Saúde (Unicamp) e Inquéritos de Saúde (USP). Coordena projetos de cooperação com organismos internacionais para o fortalecimento da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde.

**Lea Dias Pimentel Gomes Vasconcelos**

Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica e em Saúde Pública. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde. Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza.

**Leandro Cacciari Cardozo Porto**

Faculdade de Medicina, UFF.

**Letícia Maria Araujo Oliveira Nunes**

Acadêmica de Medicina pela UFF. Bolsista de Extensão Universitária (PROEX-UFF).

### **Lilian Koifman**

Pedagoga. Doutora em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ. Professora da Graduação de Medicina, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva – UFF. Coordena o Laboratório Universitário de Planejamento em Saúde (LUPA/UFF). Vice-Líder do Grupo de Estudos de Gestão e Ensino em Saúde – GEGES (CNPq).

### **Luis Felipe Martins dos Santos**

Instituto de Saúde Coletiva, UFF.

### **Luiza Jane Eyre de Souza Vieira**

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela UFC. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR e do Doutorado em Saúde Coletiva da UECE/UFC/UNIFOR. Pesquisadora CNPq – Nível 2.

### **Márcia Maria de Souza**

Enfermeira. Doutorado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás.

### **Marcos André de Matos**

Enfermeiro. Doutorado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

### **Maria Alix Leite Araújo**

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professor Titular da Universidade de Fortaleza- UNIFOR.



**Maria Alves Barbosa**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás.

**Maria Fernanda Aidê**

Cientista Social. Mestranda em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP.

**Marislei de Sousa Espíndula Brasileiro**

Enfermeira. Doutorado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Promotora de Saúde da Secretaria Municipal de Educação de Goiânia.

**Marly Marques da Cruz**

Doutora em Saúde Pública e pesquisadora adjunta do Departamento de Endemias Samuel Pessoa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (DENSP/ENSP/Fiocruz).

**Mônica Tereza Christa Machado**

Instituto de Saúde Coletiva, UFF.

**Myrella Silveira Macedo Cançado**

Farmacêutica. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Servidora pública da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

**Nelson Bezerra Barbosa**

Psicólogo. Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Gestor público na SES-GO e docente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva UFG.

### **Nelson Filice de Barros**

Cientista Social. Pós-doutor em Sociologia das Medicinas Alternativas e Complementares pela *University of Leeds/UK*. Docente da Área de Ciências Sociais Aplicadas à Saúde, Departamento de Saúde Coletiva e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FCM/Unicamp. Pesquisador CNPq.

### **Noemia Urruth Leão Tavares**

Doutorado em Epidemiologia pelo Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da UFRGS/RS. Professora Adjunta do curso de Farmácia da Universidade de Brasília (UNB).

### **Pamela Siegel**

Psicóloga. Pós-doutorado em Práticas Integrativas e Complementares pelo Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (LAPACIS), Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP.

### **Patrícia de Sá Barros**

Fisioterapeuta. Doutorado em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Docente do Curso de Graduação em Fisioterapia e do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás

### **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira**

Psicólogo. Doutor em Saúde Pública e diretor do Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (DEMAS/SE/MS). Professor da Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará.

### **Paulo Félix de Almeida Pena**

Farmacêutico. Doutorando em Saúde Coletiva. Docente do campus de saúde da Unichristus. Bolsista DIPS/ESP-CE.

### **Pedro Cristóvão Carneiro da Cunha Barrio de Sousa Lopes**

Licenciado em Dança e Educação Somática. Mestrando do Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação (CEPRE), Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP.

### **Pedro Mourão Roxo da Motta**

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP.

### **Rândson Soares de Souza**

Enfermeiro. Graduado em Administração. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE). Doutorando em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE).

### **Renata Cavalcanti Carnevale**

Farmacêutica. Doutoranda em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP.

### **Ricardo Antônio Gonçalves Teixeira**

Pedagogo, matemático e administrador. Doutor em Educação. Pós-doutor em Tecnologias de Investigação pela Universidade de Aveiro Portugal. Pós-doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás.

### **Richardeson Fagner Oliveira Grangeiro**

Enfermeiro. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Secretário de Saúde do Município de Tibau – RN.

### **Romeu Gomes**

Doutor em Saúde Pública pela Fiocruz. Livre Docente em Psicologia. Mestre em Educação pela UFF. Licenciado como Professor de

Sociologia e Psicologia pela UFF/MEC. Coordenador Adjunto do Mestrado em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês. Pesquisador Titular do Instituto Fernandes Figueira da Fiocruz. Pesquisador I do CNPq.

### **Thiago Rodrigues de Amorim**

Mestre em Ciências da Saúde e enfermeiro da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

### **Túlio Batista Franco**

Professor associado da Universidade Federal Fluminense. Doutor em Saúde Coletiva. Pós-doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Bolonha, Itália. Orientador em Programas de Mestrado e Doutorado (Saúde Coletiva, Bioética, Ética Aplicada à Saúde Coletiva). Líder do Grupo de Pesquisa Laboratório de Estudos do Trabalho e Subjetividade em Saúde (LETRASS) /CNPq-UFF. Filiado à rede Ibero-Americana de Pesquisa Qualitativa e à *Association Latine pour l'Analyse des Systemes de Santé* (ALASS), Barcelona-Espanha.

### **Valéria Vernaschi Lima**

Doutora em Saúde Pública pela USP. Mestre em *Health Professionals Education* na *University of Illinois*, Chicago. Professora Associada do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Docente Permanente do Mestrado em Gestão da Clínica da UFSCar e Colaboradora do Mestrado em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.