

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

**ANAIS DO I SEMINÁRIO DO
PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE DA UFMG**

Dialogando sobre a Gestão dos Serviços de Saúde

ISBN: 978-65-00-14351

Belo Horizonte, 16 e 17 de Novembro de 2020.

ANAIS DO I SEMINÁRIO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DA UFMG

ISBN: 978-65-00-14351-5

COMISSÃO ORGANIZADORA

Colegiado do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde

Coordenação

Prof^a. Dr^a. Adriane Vieira

Subcoordenação

Prof^a. Dr^a. Karla Rona da Silva

Comissão Científica

Prof^a. Dr^a. Adriane Vieira

Prof^a. Dr^a. Karla Rona da Silva

Prof^a. Dr^a. Mirela Castro Santos Camargos

Prof^a. Dr^a. Lívia Cozer Montenegro

Prof. Msc. Renato Rodrigues da Silva

Mestranda Mariane Coimbra da Silva

Mestranda Marília Aparecida Rosário Oliveira Santos

Comissão Comunicação

Prof^a. Dr^a. Karla Rona da Silva

Mestrando Alexandre Rodrigues de Inácio de Azevedo

Mestranda Luciana Mara Rosa Milagres

Mestranda Carla Patrícia Gontijo

Mestranda Shirley Monteiro Dutra

V658s Vieira, Adriane.
I Seminário do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde (PPGSS) [recursos eletrônicos]: "Dialogando sobre a Gestão de Serviços de Saúde". / (Coordenado por) Adriane Vieira; (Subcoordenado por) Karla Rona da Silva; (Comissão Científica composta por) Mirela Castro Santos Camargos; [et. al.]; (Comissão de Comunicação composta por) Alexandre Rodrigues de Inácio de Azevedo; [et. al.] – 1ª edição – Belo Horizonte: UFMG, 2020.

438p.

Formato: PDF

ISBN: 978-65-00-14351-5

Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

1. Administração de Serviços de Saúde. 2. Enfermagem. 3. Política de Saúde. 4. Planejamento em Saúde. 5. Avaliação em Saúde. I. Silva, Karla Rona da. II. Camargos, Mirela Castro Santos. III. Azevedo, Alexandre Rodrigues de Inácio de. IV. Título.

NLM: W 84

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697.

SUMÁRIO

EIXO TEMÁTICO: POLÍTICA, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE (PPAS) – Resumos Expandidos 7

APOIO NA CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTOS DE GESTÃO, CONTEMPLANDO MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE	8
MUDANÇAS DAS TAXAS DE INTERNAÇÃO POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO EM MINAS GERAIS EM PERÍODO DE PANDEMIA POR COVID-19	12
HIDROXICLOROQUINA E COVID-19: RELEXÕES SOBRE A DEMANDA	16
A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA O DOENTE RENAL CRÔNICO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19, EM UMA FARMÁCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS	20
PRINCIPAIS DEMANDAS JUDICIAIS EM SAÚDE: A VISÃO DOS GRADUANDOS EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	24
RECURSOS HUMANOS E ASPECTOS FINANCEIROS: IMPACTOS NO TRABALHO DO GESTOR	28
ANÁLISE DA PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS: TRANSFORMÁ-LA PARA CONHECER A REALIDADE	32
DESVENDANDO A MORTALIDADE INFANTIL PARA FAZER GESTÃO DE VIDAS	36
MELHOR EM CASA: OS CAMINHOS DOS CUIDADORES INFORMAIS	40
CARACTERIZAÇÃO DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	44
AVALIAÇÃO DE PSICOEDUCAÇÃO EM SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE MENTAL	49

EIXO TEMÁTICO: POLÍTICA, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE (PPAS) – Artigos Completos 53

AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ANÁLISE DA COBERTURA DOS CAPS EM MINAS GERAIS.....	54
DIFERENCIAIS DE EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER ENTRE HOMENS E MULHERES POR CAUSA DE MORTE	74
MORTALIDADE INFANTIL: PERCEPÇÕES DE GESTORES E PROFISSIONAIS ACERCA DAS AÇÕES E POLÍTICAS DE SAÚDE DIRECIONADA À MULHER E À CRIANÇA.....	80
ANÁLISE DAS POLÍTICAS DE FINANCIAMENTO DO SUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	101
DEBATE ACERCA DO NOVO FINANCIAMENTO DA APS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	117
COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO PARA TOMADA DE DECISÃO NO ÂMBITO MICROALOCATIVO EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE BELO HORIZONTE	130

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE: ESTUDO DA ESTRUTURAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE CONTAGEM	141
A COBRANÇA DE AIH EM HOSPITAIS QUE INTEGRAM A REDE DE ATENDIMENTO SUS DO ESTADO DE MINAS GERAIS: INFLUÊNCIA DOS PROCEDIMENTOS ESPECIAIS NO VALOR MÉDIO FATURADO	162
PLANEJAMENTO MUNICIPAL EM SAÚDE, OS DESAFIOS DOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE EM TEMPOS DE PANDEMIA	184
O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E A AGENDA 2030, INSTRUMENTO PARA O PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE E ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DOS DESAFIOS FRENTE A COVID-19	194

EIXO TEMÁTICO: TECNOLOGIAS GERENCIAIS EM SAÚDE (TGS) – Resumos Expandidos 206

O PROJETO DE EXTENSÃO CUIDAR DE QUEM CUIDA COMO TECNOLOGIA DE APOIO À SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	207
A PÁGINA DO <i>INSTAGRAM</i> COMO TECNOLOGIA ADICIONAL PARA PROMOÇÃO DE VALORIZAÇÃO E CUIDADO AOS TRABALHADORES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	210
AS MÍDIAS SOCIAIS COMO TECNOLOGIA DIGITAL DE SUPORTE PARA CONTINUIDADE DAS ATIVIDADES DO PROJETO DE EXTENSÃO LEITURA É SAÚDE.....	215
CONTRIBUIÇÕES DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE PARA A QUALIDADE DE VIDA DOS TRABALHADORES	219
ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO <i>VRAGENLIJST CLIENTENPERSPECTIEF OP VRAAGGERICHTHEID VAN DE ZORG</i> PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO	223
A PAUSA NO TRABALHO DOS OPERADORES DE CAIXA (CHECKOUT) DE UM HIPERMERCADO: EM BUSCA DA QUALIDADE DE VIDA E DO BEM-ESTAR OCUPACIONAL	227
IMPLANTAÇÃO DO FAST TRACK E IMPACTOS NO DESEMPENHO ASSISTENCIAL.....	230

EIXO TEMÁTICO: TECNOLOGIAS GERENCIAIS EM SAÚDE (TGS) – Artigos Completos..... 234

ABSENTEÍSMO POR MOTIVO DE DOENÇA: ESTUDO DE CASO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTA E PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS.....	235
O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO EM CIRURGIAS DE REMOÇÃO DE ÓRGÃOS SÓLIDOS PARA TRANSPLANTE	246
COMUNICAÇÃO ENTRE GESTORES E EQUIPES DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO 24H DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DE MINAS GERAIS.....	265
CONHECENDO O PROTOCOLO SEPSE EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR DE GRANDE PORTE EM MINAS GERAIS	280
IMPLANTAÇÃO DE TECNOLOGIA DE <i>BUSINESS INTELLIGENCE</i> NA DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE NORTE DE BELO HORIZONTE: UM ESTUDO DE CASO	295
OS DESAFIOS E INOVAÇÕES NA GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE NORTE (DRES-N)	315

ESTUDO DOS DESAFIOS E LIMITAÇÕES PARA A IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE CUSTOS EM UM HOSPITAL PRIVADO DE MÉDIO PORTE DO SUL DE MINAS GERAIS	333
ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FOZ DO RIO ITAJAÍ-AÇÚ EM TEMPOS DE PANDEMIA	337

EIXO TEMÁTICO: TRABALHO E GESTÃO PARTICIPATIVA NA SAÚDE (TGPS) – Resumos Expandidos 347

ELABORAÇÃO DE UM MANUAL COM ROTEIROS DE ATUAÇÃO POR COMISSÃO PARA UMA SIMULAÇÃO INTERDISCIPLINAR POR AGRAVO DE SAÚDE EM ACIDENTE DE TRÂNSITO	348
ELABORAÇÃO DO PRIMEIRO BOLETIM DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE BELO HORIZONTE	352
ESTRATÉGIAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE UTILIZADAS POR ENFERMEIRAS EM UMA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SUPLEMENTAR	356
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE FAMILIARES DE CRIANÇAS ATENDIDAS EM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA INFANTIL DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL	360
A FORÇA DE TRABALHO DA ENFERMAGEM E SUA PARTICIPAÇÃO POLÍTICA NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	371
AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA MATERNIDADE	374
CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E DE ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS.....	378
GESTÃO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE: DESAFIOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19 ...	381

EIXO TEMÁTICO: TRABALHO E GESTÃO PARTICIPATIVA NA SAÚDE (TGPS – Artigos Completos 385

A RELAÇÃO DO INIMIGO INVISÍVEL COM A POPULAÇÃO INVISÍVEL: UM ESTUDO DOCUMENTAL SOBRE O NOVO CORONAVÍRUS E A COMUNIDADE QUILOMBOLA.....	386
ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA GESTÃO PARTICIPATIVA	401
ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS EMPREGADAS POR CHEFIAS INTERMEDIÁRIAS DE UM HOSPITAL PÚBLICO FEDERAL DE ENSINO	422
TELEGESTÃO: PROPOSTA PARA CAPACITAR OS GESTORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MINAS GERAIS	439

APRESENTAÇÃO

O **Seminário do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde** (PPGSS) é uma realização do Colegiado do PPGSS, da Escola de Enfermagem (EE) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Em sua primeira edição teve como tema “Dialogando sobre a Gestão de Serviços de Saúde”. O evento online aconteceu nos dias 16 e 17 de novembro de 2020, utilizando-se recursos da Plataforma Zoom e Youtube para transmissão.

Os trabalhos aqui publicados foram apresentados no formato de Resumo Expandido e de Artigo Completo nos seguintes eixos temáticos:

- Política, Planejamento e Avaliação em Saúde (PPAS);
- Tecnologias Gerenciais em Saúde (TGS);
- Trabalho e Gestão Participativa na Saúde (TGPS).

EIXO TEMÁTICO: POLÍTICA, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE (PPAS)

Coodenadora: Prof^a. Dr^a. Mirela Castro Santos Camargos

Resumos Expandidos

APOIO NA CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTOS DE GESTÃO, CONTEMPLANDO MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE

Kátia Ferreira Costa Campos¹; Vanessa de Almeida Guerra²; Mirela Castro Santos Camargos³; Adriane Vieira⁴; Yan Lucas Jovelino⁵; Ana Paula de Lima Bezerra⁶

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento; Gestão em Saúde; Saúde;

INTRODUÇÃO

Conforme discute Chai e Pereira (2016), o planejamento é objeto de estudo na Constituição Federal Brasileira de 1988 a qual defende a necessidade de planejar como inerente a qualquer esfera de governo, sobretudo no setor saúde em que o planejamento está presente na rotina de gestores atuantes nos serviços. A Portaria 2.135/2013 do Ministério da Saúde ao estabelecer as diretrizes para o planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde demonstra a necessidade da construção de instrumentos para planejar a citar os Planos de Saúde os quais baseados em diagnóstico situacional e nas demandas locais, orientam as ações de saúde no âmbito municipal (BRASIL, 2013). O Plano Municipal de Saúde conforma um instrumento fundamental não só para a gestão do sistema dos municípios, porém, igualmente, no âmbito estadual e federal, pois é a partir dele que se planeja a atenção à saúde no país e se tem condições de avaliar a gestão nos diferentes níveis (MOTTIN, 1999). Entretanto, muitos são os desafios encontrados na literatura no que se remete a dificuldade de municípios de pequeno porte na elaboração dos Planos Municipais de Saúde. Brumatto (2019), mostra em seu estudo que há deficiências na construção dos PMS e que gestores deveriam participar de um processo de educação permanente, permitindo a confecção de planos que promovam atividades condizentes com as necessidades locais de saúde. Enquanto isso, Rezende (2011), pontua que os instrumentos e planos de gestão são legalmente instituídos, porém, essas ferramentas especialmente nos municípios de pequeno porte tornam-se algo fictício para legitimar a ação governamental, os planos de uma maneira geral fogem da realidade do município, sendo às vezes reproduções. Nesse sentido, em que há uma necessidade de capacitação de gestores quanto a elaboração de instrumentos de planejamento municipal, justifica-se o desenvolvimento de um projeto da universidade que articulando pesquisa, ensino, extensão, vise propiciar a vivência com a realidade

¹ Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais
katiacostacamposufmg@gmail.com.

² Doutora em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais,
vanessaalmeidaufmg@gmail.com.

³ Doutora em Demografia, Universidade Federal de Minas Gerais, mirela.ufmg@gmail.com.

⁴ Doutora em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais vadri.bh@gmail.com

⁵ Discente de Gestão de Serviços de Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais
yan.jovelino@gmail.com

⁶ Discente de Gestão de Serviços de Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais
paulinhalimalima15@gmail.com

dos serviços de saúde no sentido de promover um processo de educação permanente em saúde, conscientizando acerca da elaboração dos instrumentos de planejamento.

OBJETIVOS

Apresentar o projeto de extensão que tem como título: Apoio gerencial a municípios de pequeno porte da Região Metropolitana de Belo Horizonte MG, esse propõem auxiliar os gestores municipais e técnicos das áreas gerenciais no planejamento, monitoramento e avaliação em saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo do tipo relato de experiência dos passos adotados para organização e realização das atividades do projeto. O projeto de extensão Apoio Gerencial a municípios de pequeno porte na região metropolitana de Belo Horizonte propõe um método de problematização e a elaboração de alternativas de intervenção, possibilitando a participação do sujeito na construção do conhecimento em ação, unindo os saberes e aptidões, num movimento de ação-reflexão (BERBEL, 2012; VILLARDI; CIRINO; BERBEL, 2015). As ações propostas serão realizadas em etapas as quais envolvem o conhecimento e a compreensão da realidade para o estabelecimento de atividades voltadas para a educação permanente em saúde. Por meio do projeto pretende-se auxiliar gestores municipais na construção dos instrumentos de planejamento através da confecção de manuais, cartilhas e instrutivos que direcionam a construção dos Planos de Saúde, conforme sugerido pelas legislações do Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe ressaltar que os municípios contemplados pela ação constituem-se de municípios de pequeno porte I (população de até 20 mil habitantes) localizados na região metropolitana, sendo esses: Belo Vale, Bonfim, Confins, Crucilândia, Florestal, Jaboticatubas, Mário Campos, Moeda, Nova União, Piedade das Gerais, Raposos, Rio Acima, Rio Manso, Santana do Riacho, São José da Lapa, Taquaraçu de Minas. O Projeto conta com a participação de alunos graduandos do curso de Gestão de Serviço de Saúde, alunos egressos e pós graduandos do mestrado profissional, além de professores de diversas áreas do conhecimento, permitindo uma multidisciplinaridade de visões sobre a saúde.

RESULTADOS

Na primeira etapa do projeto está sendo realizado um diagnóstico situacional para os 16 municípios em estudo por meio de 28 indicadores pactuados que medem estrutura e a realidade local e dos serviços de saúde nas referidas cidades. Para confecção do diagnóstico, a equipe envolvida no projeto estão realizando a coleta de informações por meio de Sistemas de Informações em Saúde e dados disponibilizados como resultados de pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Como processo de validação e correção das informações, os indicadores calculados são conferidos e corrigidos pelos docentes que participam da atividade de extensão. Com a finalização da coleta de informações, pretende-se caminhar para a análise dos dados. De modo a proporcionar um alinhamento teórico conceitual, para o fim da primeira etapa, espera-se realizar uma treinamento da equipe proporcionado pelos docentes aos discentes envolvidos na ação.

Para a segunda etapa, a ser realizada espera-se realizar entrevistas com os gestores dos municípios em estudo para compreensão da realidade local e com base nesse aspecto qualitativo junto a organização do diagnóstico situacional, confeccionar manuais e instrutivos que possam nortear a construção de instrumentos de planejamento que condizentes com as realidades locais, possam nortear de modo efetivo as ações nos serviços de saúde.

Ainda é válido que, tendo em vista processo eleitoral em 2020, que desencadeará mudanças de prefeitos, gestores de saúde e provavelmente equipes de gestão, o ano de 2021, torna-se um momento oportuno para o desenvolvimento dessa proposta de estudo e intervenção, que se dá pela importância do desenvolvimento de um processo de planejamento pelos novos gestores municipais, a fim de garantir a resolução de problemas com projetos que favoreçam a melhoria da qualidade de oferta de ações e saúde

Espera-se com o desenvolvimento do projeto, o qual encontra-se em andamento, contribuir efetivamente na melhoria do planejamento municipal em saúde.

CONCLUSÃO

Espera-se nesta ação alcançar resultados no que se refere a melhoria do planejamento em saúde dos municípios de pequeno porte, contribuindo para articulação da extensão, pesquisa e ensino ao possibilitar envolvimento com o cotidiano da gestão dos serviços de saúde aliando a teoria e prática na produção de conhecimento e produtos a sociedade. Acredita-se na potencialidade desta proposta, pois o Planejamento em Saúde como instrumento de gestão é peça chave para que as ações dos serviços ofereçam respostas aos problemas de saúde da população.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A construção dos Planos municipais de saúde (PMS) como instrumentos gerenciais e para o planejamento é obrigação dos municípios. Dessa forma, os gestores que atuam nos serviços de saúde são responsáveis por auxiliar na construção dos planos de saúde bem como da implantação das ações colocadas em pauta como prioridades. Para tanto, dada a importância dos instrumentos de planejamento é fundamental que tais sejam baseados nas demandas locais de saúde. Tendo em vista isso, e as problemáticas apontadas em torno da dificuldade de construção dos PMS por parte dos gestores municipais, esse trabalho torna-se relevante ao apontar a importância do planejamento e a educação permanente como meio de melhorar os processos de trabalho gerenciais na saúde.

REFERÊNCIAS

BERBEL, N. A. N. A metodologia da problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. **Revista diálogo Educ**, Curitiba, v.12, n.25, p. 103,-120, 2012. Disponível em:< file:///C:/Users/Dayse/Downloads/5014-23510-1-PB.pdf>. Acesso em 12 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2135, de 25 de Setembro de 2013.** Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em 12 ago. 2020.

BRUMATO, A. A. **Avaliação da gestão em saúde quanto aos aspectos voltados ao servidor nos municípios da 7ª regional de Saúde do Paraná : uma análise através dos documentos de gestão.** 2019. 47 f. Trabalho de Conclusão de Especialização (Especialização em Gestão em Saúde)- Departamento de Ciências Administrativas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/201715>>. Acesso em 12 ago. 2020.

CHAI, C. G.; PEREIRA, I. P. Planejamento em Saúde: marcos metodológicos, limites e possibilidades. R. **Dir. Gar. Fund.**, Vitória, v. 17, n. 2, p. 527-550, 2016, Disponível em: <<http://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/907/315>>. Acesso em 12 ago. 2020.

MOTTIN, L. M. **Elaboração do Plano Municipal de Saúde: desafio para o município - um estudo no Rio Grande do Sul.** 1999. 159 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<https://portalteses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/mottinlmm/pdf/capa.pdf>> . Acesso em 12 ago. 2020.

REZENDE, J. B. **Administração pública em municípios de pequeno porte do sul de Minas Gerais: velhas questões, modernas leis e práticas patrimonialistas.** 2011. 241 f. Tese (doutorado em administração) – Universidade Federal de Lavras, Lavras. 2011. Disponível em: <http://www.repositorio.fjp.mg.gov.br/handle/123456789/150>. Acesso em: 30 mar. 2020.

VILLARDI, M. L.; CYRINO, E. G.; BERBEL, N. A. V. **A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos.** São Paulo: Editora UNESP , p. 45-52, 2015. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/dgjm7>>. Acesso em 12 ago. 2020.

MUDANÇAS DAS TAXAS DE INTERNAÇÃO POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO EM MINAS GERAIS EM PERÍODO DE PANDEMIA POR COVID-19

Wanderson Costa Bomfim¹; Mirela Castro Santos Camargos²; Warlison Ramos de Oliveira³

PALAVRAS-CHAVE: Internação; Doenças do Aparelho Circulatorio; Covid-19.

INTRODUÇÃO

Os processos de transição demográfica e epidemiológica mudaram o perfil de adoecimento e mortalidade das sociedades. Com o maior controle sobre a mortalidade, em decorrência dos avanços das condições de vida, saúde pública e tecnologia médica, as populações passaram a viver, em média, mais anos de vida (LEE, 2003). Por sua vez, a redução da fecundidade teve papel fundamental nas mudanças da composição etária populacional, dado que tiveram ampla contribuição no aumento da proporção de idosos (WONG; CARVALHO, 2006). Maior longevidade e um número relativamente maior de indivíduos idosos possuem implicações em termos de serviços de saúde, gerando novos desafios e demandas nesse setor. O padrão de adoecimento dessa população influencia em maiores taxas de internação comparadas aos outros grupos etários (BILGEL; TRAN, 2005; RECHEL et al., 2009). Quando se analisa de forma desagregada, as internações em função das doenças do aparelho circulatorio estão entre aquelas com maiores índices (MARQUES; CONFORTIN, 2016; ROSSETTO et al., 2019). Trata-se de uma das principais causas de internação e de mortalidade na sociedade brasileira, acarretando em implicações financeiras e sociais. Diante do cenário de pandemia que assola o país, as doenças do aparelho circulatorio não deixaram de ser um relevante problema de saúde pública, mas importantes mudanças no que se refere à taxa de internação por essa causa podem ter ocorrido em decorrência das alterações dos modos de vida durante a pandemia, em particular, com a adoção do isolamento social. É fundamental nesse momento único da sociedade contemporânea, o entendimento dos efeitos não apenas diretos, mas também indiretos da grave pandemia de Covid-19, de modo a contribuir para a literatura e fornecer embasamento para a tomada de decisões no setor saúde.

OBJETIVOS

Diante do exposto o objetivo do presente estudo é estimar as taxas de internação por doenças do aparelho circulatorio durante o período de pandemia, estipulando um período de análise dos meses de abril e maio, comparando com a tendência histórica de 2011 a 2019, nos mesmos meses, para Minas Gerais, para a população masculina total e com 60 anos ou mais.

¹ Doutorando em Demografia. , UFMG. wandersoncb10@gmail.com.

² Doutora em Demografia, UFMG. mirelacsc@gmail.com.

³ Graduando em Gestão de Serviços de Saúde, UFMG. warlisonramos@gmail.com

MÉTODOS

Foram usados dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) como fonte de dados, utilizando informações das doenças do aparelho circulatório, capítulo XX, da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Foram utilizadas informações apenas dos meses de abril e maio de cada ano em questão, buscando identificar um efeito mais forte da pandemia em si e do isolamento social, melhor visualizado nesse período, em decorrência de decretos e outras questões normativas. Ademais, até o presente momento do desenvolvimento desse estudo, os dados referentes às internações em 2020 estão disponibilizados até o mês de maio. Evitando possíveis flutuações das internações em cada ano, foram feitas médias trienais, centradas no ano de análise. Por exemplo, em 2011, os dados referentes às internações por esse grupo de causa foram obtidas com base na média das internações em 2010, 2011 e 2012. Apenas para 2019 foi feito de forma diferente, para não levar em conta o ano de 2020, período de análise referente à pandemia. Foram calculadas taxas brutas da população total e para indivíduos com 60 anos ou mais do sexo masculino, além das taxas padronizadas pelo método direto. Foi usada a população masculina de Minas Gerais de 2020 como padrão para a padronização realizada. Os dados populacionais foram obtidos pelas estimativas construídas pela IBGE (IBGE, 2018). A análise estatística foi feita por meio das mudanças percentuais comparativas entre os anos e por meio dos modelos de regressão de Prais-Winsten, específicos para análises temporais, com 95% de confiança (ANTUNES, J.L.F.; CARDOSO, 2015). Os modelos mostram se a série histórica em questão permaneceu estável, apresentou aumento ou queda significativa. Quando o resultado do p-valor não é significativo, comparado ao nível de significância de 0,05, a série histórica é definida como estável. Se o p-valor foi significativo, a série histórica apresentou aumento ou diminuição, sendo a sua direção dependente dos valores dos coeficientes dos modelos.

RESULTADOS

As análises das taxas brutas já dão um indicativo da mudança ocorrida em 2020. Em 2011, início da análise da série histórica, a taxa bruta de internação por doenças do aparelho circulatório foi de 11,98 por 10.000 habitantes. Ela sofreu pequenas variações durante o período, apresentando, de modo geral, uma leve queda até chegar em 2019, ano em que a taxa foi de 11,77 por 10.000 habitantes, uma redução de apenas 1,8%. Já em 2020, a taxa apresentou um valor distinto do que vinha ocorrendo até então. Nesse ano, a taxa de internação por doenças do aparelho circulatório foi de 9,5 por 10.000 habitantes. De 2011 até 2019 os resultados indicam uma estabilidade, confirmada pela análise da regressão de Prais-Winsten, pois o seu p-valor foi de 0,380. Quando inserida as taxas de 2020, o p-valor passa ser significativo ($p\text{-valor}=0,004$), indicando que a tendência de queda foi estatisticamente significativa a partir do momento que se insere os valores do ano em questão. Quando analisamos as taxas apenas para pessoas com 60 anos ou mais, observa-se que os próprios valores das taxas brutas indicam a tendência de queda, mesmo não levando em conta o ano de 2020. Em 2011, a taxa foi de 59,76 por 10.000 habitantes, passando para 51,17, por 10.000 habitantes em 2019, uma redução de 14,4%.

Já a taxa bruta para as idades em questão, em 2020, foi de 41,24 por 10.000 habitantes, uma redução de 31% comparada ao início da série histórica. Analisando se a queda foi significativa, em ambas as análises, sem 2020 e com 2020 a tendência histórica foi de queda, sendo o p-valor igual a 0,001 e 0,000, respectivamente, e com um coeficiente mais negativo para análise que incluiu 2020, indicando um importante papel desse ano em toda a tendência. Apesar de importantes indicativos das taxas brutas, é fundamental que estas sejam padronizadas, pois a população passou por um processo de envelhecimento que influencia nas taxas. Os resultados das taxas padronizadas evidenciam que houve uma queda significativa analisando 2011 a 2019, diferentemente do que acontece quando as taxas não estão padronizadas (p-valor=0,000). Houve uma queda de 18,2%, passando de 14,7 por 10.000 habitantes, para 12 por 10.000 habitantes. O coeficiente de queda foi mais negativo quando se leva em consideração o ano de 2020, sendo mais uma vez, um importante indício do papel desse ano em toda tendência. O mesmo ocorre para a análise das taxas brutas padronizadas para a população com 60 anos ou mais. A tendência temporal com a taxa de 2020 possui maior coeficiente, no entanto, ambas apresentam queda estatisticamente significativa. Com as taxas padronizadas a queda entre 2011 e 2019 foi de 14,8%, inferior à queda entre 2011 e 2020, mencionada anteriormente.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo indicam um efeito da pandemia em outros aspectos de saúde da população de Minas Gerais. O medo da pandemia em si, as determinações de isolamento social e a capacidade técnica das instituições de saúde voltada para o cuidado dos indivíduos acometidos pela doença, apresentou repercussões nas internações por outras causas de adoecimento, como as do aparelho circulatório. Essa análise é fundamental em termos de medidas de planejamento dos serviços prestados e para produção de conhecimento referente à Covid-19, somando-se as produções já realizadas sobre o tema.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A gestão de serviços de saúde necessita de dados para embasamento das estratégias de ação perante um problema em questão. Os sistemas de informação são importantes meios para que os gestores possam construir indicadores que funcionem como ferramentas na tomada de decisão. No que tange as informações referentes às internações, o entendimento dos padrões apresentados são de suma importância. Em um contexto de pandemia, algo fora das rotinas dos gestores e o sistema de saúde como um todo, a construção de informações com base nos sistemas de informação em saúde passam a ter uma importância ainda maior, visto que a produção de conhecimento é uma das formas mais eficientes de lidar com um novo problema. Esse estudo demonstra a importância dessa análise e contribui para práticas de gestão, pois auxiliam no diagnóstico situacional das internações entre a população idosa de Minas Gerais, contribuindo para tomada de decisão e planejamento de ações. Ademais, o estudo ainda é um contributo para a literatura sobre os efeitos da pandemia.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, J.L.F; CARDOSO, M.R.A. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 24, n. 3, p. 565-576, Sept. 2015.

BILGEL, F.; TRAN, K. C. The determinants of Canadian provincial health expenditures: evidence from dynamic panel. **Applied Economics**, v. 45, n. 2, p. 201-212, 2005.

IBGE. Projeção Populacional. Disponível em:
<<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 20. Julho. 2020.

LEE, R. The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change. **Journal of Economic Perspectives**, v.17,n.4, p.167-190.2003.

MARQUES, L. P., & CONFORTIN, S. C. Doenças do aparelho circulatório: principal causa de internações de idosos no brasil entre 2003 e 2012. **Revista Brasileira De Ciências Da Saúde**, v.19, n.2, p. 87-94. 2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. SIH-SUS. Disponível em:
<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&acao=25>>. Acesso em: 01. Agosto, 2020.

RECHEL, B.; DOYLE, Y.; GRUNDY, E.; MCKEE, M. **How can health systems respond to population ageing**. World Health Organization, 2009.

ROSSETTO, C. et al . Causas de internação hospitalar e óbito em idosos brasileiros entre 2005 e 2015. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 40, e20190201, 2019 .

WONG, L.L.R; CARVALHO, J. A.. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo , v. 23, n. 1, p. 5-26, June 2006 .

HIDROXICLOROQUINA E COVID-19: RELEXÕES SOBRE A DEMANDA

Giovana Gonçalves Pereira Cardoso¹; Patrícia de Oliveira²; André Soares Santos³; Keli Bahia Felicíssimo Zocratto⁴

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19, demanda, hidroxiclороquina.

INTRODUÇÃO

A hidroxiclороquina é um fármaco antimalárico análogo da cloroquina que é empregado amplamente no tratamento do lúpus e artrite reumatóide. Possui toxicidade menor em comparação à cloroquina, possibilitando sua utilização em doses maiores por períodos prolongados (SCHREZENMEIR, 2020). Apresenta larga utilização em pacientes com lúpus eritematoso pois pode reduzir a atividade da doença (BORBA, 2008). O Lúpus Eritematoso é uma doença inflamatória crônica, multissistêmica, de natureza autoimune e de causa desconhecida. Possui um vasto espectro de manifestações clínicas, cujas características são definidas pela produção de vários autoanticorpos. Os fatores etiológicos não estão totalmente claros, mas a predisposição genética e agentes ambientais externos podem influenciar o desenvolvimento da doença (BORBA, et al. 2008). A hidróxicloroquina possui múltiplos mecanismos de ação e, por esse motivo, vem sendo objeto de estudo, para utilização em infecções virais tais como Hepatite A, HIV, Zika Vírus e, mais recentemente, na infecção causada pelo novo coronavírus, a COVID-19 (KUMAR et al., 2018; PLANTONE; KOUDRIAVTSEVA, 2018; DEVAUX et al., 2020).

Em março deste ano, o *Food and Drug Administration* (FDA) aprovou os testes da hidroxiclороquina contra a COVID-19, como fomento a realização de ensaios clínicos randomizados, para fornecer evidências da eficácia desse medicamento (GANDHI RT, et al., 2020). No Brasil, no dia 27 de março de 2020, a Anvisa liberou a pesquisa com a hidroxiclороquina para o tratamento da Covid-19 (BRASIL, 2020). Na mesma data, o Ministério da Saúde publicou uma nota informativa, justificando o uso de cloroquina e sua análoga hidroxiclороquina, como terapia adjuvante no tratamento de formas graves da COVID-19, bem como seu protocolo de tratamento (BRASIL, 2020). Após a veiculação de informações que pesquisas indicaram que este produto poderia ser usado no tratamento da Covid-19, a procura pela hidroxiclороquina aumentou nas farmácias e drogarias (ENTINI, 2020), uma vez que em 30 dias os pedidos de hidroxiclороquina ultrapassaram o volume de vendas de todo o ano de 2019 e, mesmo aumentando a produção, o estoque “esgotou” (RIBEIRO, 2020).

¹ Farmacêutica. Especialista em Gestão de Assistência Farmacêutica. Discente de mestrado / Universidade Federal do Estado de Minas Gerais – UFMG. E-mail: giovanagpereira@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0479-793X>

² Farmacêutica. Especialista em Gestão de Assistência Farmacêutica. Discente de mestrado / Universidade Federal do Estado de Minas Gerais - UFMG. E-mail: patricia.oliveirapop@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6116-7889>

³ Doutor em Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Pós-doutorando em Economia / Universidade Federal do Estado de Minas Gerais - UFMG. E-mail: andresantos111@ufmg.br. ORCID: <https://orcid.org/000-0002-2856-7100>

⁴ Doutora em Saúde Pública. Docente de mestrado / Universidade Federal do Estado de Minas Gerais - UFMG. E-mail: kelibahia@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5742-0570>

OBJETIVO

Comparar o número de processos administrativos de hidroxiclороquina cadastrados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica para tratamento de Lúpus Eritematoso considerando o período anterior e após a recomendação do seu uso como terapia adjuvante no tratamento da COVID-19.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso, de caráter descritivo com abordagem qualitativa e análise documental. Foram analisados os processos administrativos de lúpus que tenha a hidroxiclороquina como medicamento solicitado pelo Componente Especializado (CEAF) no período de 27/03/20 a 11/08/2020 (a partir da data da publicação da liberação da pesquisa no Brasil pela ANVISA) e comparado com os dados do mesmo período do ano anterior. Foram utilizados dados secundários do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica do Estado de Minas Gerais (SIGAF). O cenário foram as 28 Superintendências (SRS) e Gerências regionais de Saúde (GRS) do Estado de Minas Gerais. A coleta dos dados foi realizada por meio de um formulário previamente elaborado abordando as seguintes variáveis: CID10, medicamento e data do cadastro do processo no SIGAF.

RESULTADOS

Os relatórios do SIGAF mostraram que no período de 27/03/2020 a 11/08/2020 houve a entrada total de 608 processos administrativos oriundos das 28 SRS/GRS de Minas Gerais. A maior parte dos processos concentrou na GRS de Belo Horizonte, com 181 (29,9%) processos, seguidos por Uberlândia com 35 (5,76%) processos; Montes Claros: 32 (5,26%); Pouso Alegre: 32 (5,26%); Divinópolis: 30 (4,93%); Patos de Minas: 27 (4,44%); Varginha: 25 (4,11%); Januária: 21 (3,45%); Sete Lagoas: 20 (3,29%); São João Del Rei: 17 (2,80%); Alfenas: 16 (2,6%); Itabira: 16 (2,63%); Uberaba: 16 (2,63%); Pirapora: 15 (2,47%); Manhumirim: 14 (2,30%); Teófilo Otoni: 14 (2,30%); Passos: 12 (1,97%); Coronel Fabriciano: 11 (1,8%); Juíz de Fora: 11 (1,80%); Diamantina: 10 (1,65%); Governador Valadares: 10 (1,65%); Ubá: 10 (1,65%); Barbacena: 8 (1,32%); Unaí: 8 (1,32%); Leopoldina: 7 (1,15%); Ituiutaba: 5 (0,82%); Pedra Azul: 3 (0,49); Ponte Nova: 1 (0,16%) processo.

No mesmo período do ano anterior (2019), houve registros no SIGAF de um total de 338 processos nas 28 SRS/GRS, distribuídos da seguinte forma: Alfenas: 8 (2,37%); Barbacena: 5 (1,48); Belo Horizonte: 94 (27,81%); Coronel Fabriciano: 17 (5,03%); Diamantina: 10 (1,65%); Divinópolis: 19 (5,62); Governador Valadares: 3 (0,89); Itabira: 7 (2,07%); Ituiutaba: 4 (1,18%); Januária: 7 (2,07%); Juiz de Fora: 7 (2,07%); Leopoldina: 2 (0,59%); Manhumirim: 9 (2,66%); Montes Claros: 14 (4,14%); Passos: 8 (2,37%); Patos de Minas: 7 (2,07%); Pedra Azul: 4 (1,18%); Pirapora: 3 (0,89%); Ponte Nova: 9 (2,66%); Pouso Alegre: 15 (4,44%); São João Del Rei: 5 (1,48%); Sete Lagoas: 14 (4,14%); Teófilo Otoni: 4 (1,18%); Ubá: 6 (1,77%); Uberaba: 7 (2,07%); Uberlândia: 30 (8,87%); Unaí: 4 (1,18%); Varginha: 16 (4,73%) processos. Ao compararmos os dados obtidos em 2020 com os dados de 2019, temos um aumento de 78% do número total de processos administrativos de hidroxiclороquina para Lúpus Eritematoso no Componente Especializado de Minas Gerais.

Fazendo essa mesma comparação por regional de saúde, obtivemos os resultados seguintes: Alfenas: 100% de aumento; Barbacena: 60% de aumento; Belo Horizonte: 93,6% de aumento; Coronel Fabriciano: diminuiu 35,3%; Diamantina: manteve; Divinópolis: 57,9% de aumento; Governador Valadares: 233% de aumento; Itabira: 128% de aumento; Ituiutaba: 25% de aumento; Januária: 200% de aumento; Juíz de Fora: 57,1% de aumento; Leopoldina: 250% de aumento; Manhumirim: 55,5% de aumento; Montes Claros: 128,6% de aumento; Passos: 50% de aumento; Patos de Minas: 285,7% de aumento; Pedra Azul: diminuiu 25%; Pirapora: 400% de aumento; Ponte Nova: diminuiu 800%; Pouso Alegre: 113,3% de aumento; São João Del Rei: 240% de aumento; Sete Lagoas: 42,8% de aumento; Teófilo Otoni: 250% de aumento; Ubá: 66,7% de aumento; Uberaba: 128,6 % de aumento; Uberlândia: 16,7% de aumento; Unai: 100% de aumento; Varginha: 56,2% de aumento.

Após a análise dos dados, foi possível observar que das 28 regionais de saúde, 24 (85,7%) registraram aumento do número de processos de hidroxiquina cadastrados no Componente Especializado, no período avaliado. As três regionais que registraram um percentual maior de aumento foram: Pirapora, Patos de Minas e Leopoldina.

CONCLUSÃO

Houve aumento significativo no número de processos administrativos de hidroxiquina para tratamento do lúpus eritematoso no período de 27/03/2020 a 11/08/2020 quando comparados ao mesmo período avaliado do ano anterior. Esse aumento pode estar ligado ao desabastecimento da hidroxiquina nas farmácias privadas e drogarias após a recomendação do fármaco como adjuvante no tratamento da COVID-19. Neste sentido, devido à indisponibilidade deste medicamento, os portadores de lúpus recorreram ao Componente Especializado do SUS na tentativa de não ter o tratamento interrompido.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

As informações geradas pelo presente estudo proporcionam abertura para novas discussões a respeito da organização do trabalho dentro da Assistência farmacêutica, de forma a contribuir com as políticas públicas de saúde na tomada de decisões quanto às ações e serviços de promoção da saúde, visando o acesso a medicamentos de qualidade, eficientes e seguros.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Nota Informativa No 5/2020-DAF/SCTIE/MS**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/02/Nota-Informativa-5-2020-DAF-SCTIE-MS.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2020.

BRASIL. Assessoria de Comunicação Anvisa. **Covid-19: liberada pesquisa com hidroxiquina**. Brasília. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/covid-19-liberada-pesquisa-com-hidroxiquina/219201/pop_up?_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_viewMode=print&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_languageId=pt_BR. Acesso em: 11 ago. 2020.

BORBA, F. E. et al. Consenso de Lúpus Eritematoso Sistêmico. **Rev bras reumatol**, v. 48, n.4, p. 196-207, jul/ago, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbr/v48n4/v48n4a02.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

CHEW, C. Y.; MAR, A.; NIKPOUR, M.; SARACINO, A. M. Hydroxychloroquine in dermatology: New perspectives on an old drug. **The Australasian College of Dermatologists**, n. 2, 2019. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ajd.13168>>. Acesso em: 11 ago. 2020.

DEVAUX, C. A.; ROLAIN, J. M.; COLSON, P.; RAOULT, D. New insights on the antiviral effects of chloroquine against coronavirus: what to expect for COVID-19? **International Journal of Antimicrobial Agents**, Available on-line, 12 Mar. 2020. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924857920300881>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

ENTINE. C. E. **Especial coronavírus**. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,depoimento-comecei-a-percorrer-as-farmacias-atras-da-hidroxicloroquina,70003242390>>. Acesso em: 11 ago. 2020.

GANDHI, R. T.; LYNCH, J. B.; DEL RIO, C. Mild or Moderate Covid-19. **The New England Journal of Medicine**. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMcp2009249>>. Acesso em: 11 ago. 2020.

KUMAR, A.; LIANG, B.; AARTHY, M.; SINGH, S. K.; GARG, N.; MYSOREKAR, I. U.; GIRI, R. Hydroxychloroquine Inhibits Zika Virus NS2B-NS3 Protease. **ACS Omega**, 3, p. 18.132-18.141, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30613818/>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

PLANTONE, D.; KOUDRIAVTSEVA, T. Current and Future Use of Chloroquine and Hydroxychloroquine in Infectious, Immune, Neoplastic, and Neurological Diseases: A Mini-Review. **Clinical Drug Investigation**, v. 38, p. 653-671, 2018. disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29737455/>>. Acesso em: 11 ago. 2020.

SCHREZENMEIR. E, DORNER. T. **Mechanisms of action of hydroxychloroquine and chloroquine: implications for rheumatology**. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32034323>>. Acesso em: 09 ago. 2020.

A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA O DOENTE RENAL CRÔNICO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19, EM UMA FARMÁCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Patrícia de Oliveira¹; Giovana Gonçalves Pereira²; Keli Bahia Felicíssimo Zocratto³

PALAVRAS-CHAVE: assistência farmacêutica; medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica; doença renal crônica-transtorno mineral e ósseo

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) afeta 10-12% da população adulta em muitos países e em estágios mais avançados a pessoa acometida pela doença pode desenvolver anemia na DRC. A anemia é uma complicação frequente e importante DRC, associando-se com aumento de morbidade e mortalidade. O tratamento medicamentoso da anemia na DRC está preconizado nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde e os medicamentos disponibilizados fazem parte do elenco do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). O CEAF é uma estratégia que objetiva viabilizar o acesso aos medicamentos para a garantia da integralidade dos tratamentos, a partir de linhas de cuidado expressas em PCDT. A Assistência Farmacêutica tem um papel determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde e a efetividade do tratamento farmacológico está intimamente relacionada à disponibilidade do medicamento de forma acessível ao usuário, com impacto direto na adesão do usuário ao tratamento. A garantia do acesso e da adesão ao tratamento medicamentoso já é bastante desafiador em tempos de normalidade e a pandemia da COVID-19 trouxe outros novos desafios ao evidenciar a necessidade de mudanças sociais, como isolamento para portadores de doenças crônicas, uma vez que a taxa de mortalidade da COVID-19 para esta população pode ser nove vezes maior, quando comparada à de pacientes sem comorbidades. Diante das mudanças provocadas pela pandemia da COVID-19 foi necessária a alteração da dispensação dos medicamentos da farmácia Estadual, que atende 39 diferentes municípios, para os serviços especializados de nefrologia com terapia renal substitutiva (TRS) em que os pacientes são acompanhados e onde ocorre a administração desses medicamentos. Tal iniciativa teve como objetivo evitar o deslocamento deste paciente até a farmácia e garantir a segurança do paciente, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a redução do risco de danos desnecessários associados ao cuidado de saúde a um mínimo aceitável.

¹ Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde, Farmacêutica, Universidade Federal de Minas Gerais e patricia.oliveirapop@gmail.com.

² Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde, Farmacêutica, Universidade Federal de Minas Gerais e giovanagpereira@yahoo.com.br.

³ Doutora em Saúde Pública pela UFMG, Cirurgiã-dentista; Advogada, Universidade Federal de Minas Gerais e kelibahia@yahoo.com.br.

OBJETIVOS

Descrever o atendimento dos medicamentos do CEAF realizados em uma farmácia do Estado de Minas Gerais e nos serviços especializados de nefrologia com terapia renal substitutiva, com enfoque no atendimento aos usuários em tratamento da anemia na DRC, entre os meses de janeiro a julho de 2020.

MÉTODOS

Estudo documental, descritivo, transversal, de caráter quantitativo, cujo objeto de análise foram os atendimentos realizados em uma farmácia do Estado de Minas Gerais, no período de 01 de janeiro de 2020 até 31 de julho de 2020. Os dados foram obtidos mediante relatório de atendimentos extraídos do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF), da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG).

RESULTADOS

No período de 01 de janeiro de 2020 até 31 de julho de 2020 foram realizados 285.260 (duzentos e oitenta e cinco mil e duzentos e sessenta) atendimentos na farmácia estudada, dos quais 10.290 (dez mil duzentos e noventa) foram realizados em serviços de TRS. Foi observado que o início do atendimento dos usuários, em tratamento da anemia na DRC nos serviços de TRS, se deu a partir de abril de 2020 e sua evolução ocorreu da seguinte forma: em abril de 2020 foram realizados 41.020 atendimentos, sendo 1.983 atendimentos realizados em serviços de TRS, o que representou 4,83% do atendimento da farmácia; no mês de maio do mesmo ano o atendimento nos serviços de TRS alcançou 4,87% dos 37.880 atendimentos realizados; em junho houve um aumento no atendimento dos pacientes que realizam acompanhamento nos serviços de TRS, em relação aos meses anteriores ao realizar o atendimento de 3.261 (7,64%) do total de 42.710 nos serviços; no último mês avaliado, ou seja, em julho, dos 43.773 atendimentos 7,33% dos atendimentos foram feitos nos serviços, que corresponde à 3.207 atendimentos à pacientes em tratamento da anemia na DRC realizados nos serviços de TRS. A expansão aconteceu também em relação aos diferentes municípios adscritos à farmácia, atendendo no mês de abril 06 diferentes serviços de TRS, abrangendo os municípios de Belo Horizonte, Contagem, Mariana e Nova Lima. No mês de junho eram 13 serviços de TRS, incluindo o município de Betim e no mês de julho mais um serviço de TRS foi inserido atingindo o patamar de 14 serviços de TRS como pontos de atendimento dos medicamentos do CEAF para tratamento da anemia na DRC. No mês de julho os municípios de abrangência foram mantidos.

CONCLUSÃO

A Farmácia estudada adotou, desde abril de 2020, a disponibilização dos medicamentos no local da aplicação, desta forma os medicamentos passaram a ficar disponibilizados aos pacientes que necessitam realizar regularmente a hemodiálise nos seus respectivos serviços de TRS. Houve um aumento progressivo e significativo na adoção das medidas de atendimento desta população nos serviços de TRS, tendo em vista que é uma população mais vulnerável às complicações de uma infecção

causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 e a redução do deslocamento e exposição ao grande volume de atendimento diário da farmácia é capaz de garantir maior segurança à este paciente.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Tendo em vista o cenário imposto pela pandemia da COVID-19, doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, que se caracterizou como uma Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, e diante da publicação do Decreto Estadual 113, de 12 de março de 2020, que declara a situação de emergência em saúde pública, em razão de surto de doença respiratória em Minas Gerais, a farmácia do Estado de Minas Gerais avaliada se depara com desafios adicionais relacionados à manutenção da qualidade e segurança no atendimento ao público e a manutenção da continuidade da oferta e prestação de serviços essenciais, que é o fornecimento dos medicamentos do CEAF. Desta forma a farmácia estudada adotou a disponibilização do medicamento em serviços de TRS, possibilitando maior comodidade ao usuário em tratamento da anemia na DRC ao disponibilizar a terapia medicamentosa a ser usada na próprio serviço em que faz a diálise, sendo assim foi possível reduzir o números de usuários que retiram o medicamento de forma presencial na farmácia, contribuindo para a redução da aglomeração na unidade e reduzindo a locomoção da portadores de DRC e sua exposição ao coronavírus.

REFERÊNCIAS

Fritzen Janaína Soder, Motter Fabiane Raquel, Paniz Vera Maria Vieira. Regular access and adherence to medications of the specialized component of pharmaceutical services. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 12] ; 51: 109. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100292&lng=en. Epub Nov 17, 2017. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051006932>.

Lima, Nísia Trindade, Buss, Paulo Marchiori e Paes-Sousa, Rômulo. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. Cadernos de Saúde Pública [online]. v. 36, n. 7 [Acessado 12 Agosto 2020] , e00177020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00177020>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00177020>.

Piccolli Ana Paula, Nascimento Marcelo Mazza do, Riella Miguel Carlos. Prevalence of chronic kidney disease in a population in southern Brazil (Pro-Renal Study). J. Bras. Nefrol. [Internet]. 2017 Dec [cited 2020 Aug 12] ; 39(4): 384-390. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002017000400384&lng=en. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20170070>.

Rocha Renata de Paula Faria, Pinho Diana Lúcia Moura. Ocorrência de eventos adversos em unidades públicas de hemodiálise. Enferm. glob. [Internet]. 2019

[citado 2020 Ago 13] ; 18(55): 1-34. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000300001&lng=es. Epub 21-Oct-2019.
<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.343361>.

Rover Marina Raijche Mattozo, Peláez Claudia Marcela Vargas, Faraco Emília Baierle, Farias Marení Rocha, Leite Silvana Nair. Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2017 Aug [cited 2020 Aug 12] ; 22(8): 2487-2499. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002802487&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.01602017>.

PRINCIPAIS DEMANDAS JUDICIAIS EM SAÚDE: A VISÃO DOS GRADUANDOS EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Joyce Ferreira Silva¹; Guilherme da Silva Bispo²; Keli Bahia Felicíssimo Zocratto³

PALAVRAS-CHAVE: Judicialização da Saúde, Direito à Saúde, Gestão em Saúde.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal do Brasil de 1988 estabelece a saúde como um direito universal a ser garantido pelo Estado, em seu artigo 196 (CF, 1988). Com base nessa ideia, reformou-se o sistema público de saúde brasileiro, implantado em 1990, pela Lei no 8.080, sob o nome de Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a universalidade de acesso aos serviços, a integralidade da assistência, o controle social, a igualdade e a descentralização político-administrativa (Brasil. Lei no 8.080). Neste cenário, de acordo com o artigo 6º da Constituição Federal, o direito à saúde se caracteriza como um direito social, sendo necessário firmar-se por meio de políticas públicas. Para a definição das políticas públicas voltadas à concretização do direito à saúde é necessário conhecer as necessidades sociais da comunidade, a melhor técnica para distribuição de recursos escassos, e das possibilidades orçamentárias é essencial na definição de políticas públicas voltadas (MACHADO; MARTINI, 2018). A inefetividade destas políticas públicas gera situações onde o Estado não fornece amparo às necessidades individuais ou coletivas demandadas pela população. Desta forma, cada vez mais cidadãos recorrem ao poder judiciário para reivindicar o direito sanitário e garantir o acesso às demandas não acolhidas pelo sistema, desencadeando um fenômeno conhecido como judicialização da saúde (RAMOS et al., 2016). Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2019), as demandas judiciais envolvendo o direito à saúde cresceram 130% no período de 2008 a 2017. Estas demandas não se restringem à entrega de medicamentos, mas também a outros serviços, tais como: a realização de cirurgias e procedimentos; material médico-hospitalar; vagas na UTI; fornecimento de componentes alimentares, entre outros, causando grande preocupação para os gestores do SUS (SILVESTRE; FERNANDEZ, 2019). Pinto e Osorio-de-castro (2015) observaram que a judicialização impõe certas mudanças aos municípios, seja pela criação de setores, pela mobilização de pessoas para lidar com a questão e pelo maior aporte de recursos que demanda aos cofres municipais; além de despreparo e falta de estrutura dos municípios para realizar a gestão das demandas judiciais. Assim, é imprescindível que os gestores de serviços de saúde conheçam o processo e as necessidades da população para o funcionamento assertivo da judicialização da saúde.

¹ Graduanda em Gestão de Serviços de Saúde – Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG (Brasil). E-mail: jofsilva2014@gmail.com

² Graduando em Gestão de Serviços de Saúde – Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG (Brasil), graduado em Gestão de Recursos Humanos. E-mail: guilhermebispo139@gmail.com

³ Doutora em Saúde Pública – Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Professora Adjunta do curso de

Gestão de Serviços de Saúde da UFMG Belo Horizonte, MG (Brasil). E-mail: kelibahia@yahoo.com.br

OBJETIVOS

O presente trabalho objetivou descrever o conhecimento dos discentes ingressantes e concluintes do curso de Gestão de Serviços de Saúde (GSS) de uma universidade pública do estado de Minas Gerais, sobre a principal demanda que ocasiona ações judiciais em relação ao direito à saúde.

MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo. Participaram do estudo, alunos regularmente matriculados nos dois primeiros períodos do curso de Gestão de Serviços de Saúde (n=62), configurando-se o grupo de ingressantes; e dos quatro últimos períodos (n=40) representando o grupo de concluintes. Como instrumento de coleta de dados foi aplicado um questionário estruturado, previamente validado, envolvendo questões de variáveis sociodemográficas, formação acadêmica e de conhecimentos sobre judicialização da saúde. Foi realizada a análise descritiva das variáveis utilizando medidas de tendência central e de variabilidade e de distribuição de frequências. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAEE no 55533216.5.0000.5149).

RESULTADOS

O presente estudo contou com a participação de 102 discentes do curso de Gestão de Serviços de Saúde, 62 (60,8%) ingressantes e 40 (39,2%) concluintes. A maioria dos participantes era do sexo feminino (n=73; 71,6%), solteiro (68%), procedente de Belo Horizonte (I=62,9%; C=62,5) com idade média de 30,5 anos ($\pm 10,2$). No que se refere à ocupação, observou-se que a maioria dos participantes trabalhava (n=61; 59,8%), seguido por aqueles que não trabalhavam (n=24; 23,5%), que eram estagiários (n=8; 7,8%) e que nunca trabalharam (n=9; 8,8%). A maioria dos participantes (n= 31; 43,7%) relataram ter o setor público como o maior empregador, seguido pelo setor privado (n=29; 40,8%) e pelo trabalho autônomo (n=11; 15,5%). Em relação às demandas judiciais envolvendo o direito à saúde, a maioria dos participantes relatou que a principal demanda é por medicamentos novos ainda não incluídos na lista do SUS (51,5%), em consonância ao relatado pela maioria dos concluintes (n=29; 72,5%). Em seguida, esse grupo entende que viriam as demandas por medicamentos previstos na lista do SUS (n=6; 15,0%) e outras demandas que incluem procedimentos de urgência e emergência, vaga de leitos e aquisição de próteses e órteses (n=5; 12,5%). Já os ingressantes relataram que demandas por procedimentos de urgência e emergência, vaga de leitos e aquisição de prótese e órtese seria a principal demanda (n=28; 47,5%). Em seguida estariam as demandas por medicamentos novos ainda não incluídos na lista do SUS (n=22; 37,3%) e medicamentos previstos na lista do SUS (n=9; 15,2%).

CONCLUSÃO

A opinião dos alunos ingressantes e concluintes se diferencia em relação à principal demanda na judicialização da saúde.

A demanda por medicamentos não incluídos na lista do SUS, considerada pelos concluintes como a principal demanda, encontra respaldo na literatura científica. Desta forma, a diferença encontrada entre os grupos de alunos pode estar relacionada às oportunidades vivenciadas sobre a temática, durante sua formação acadêmica.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O crescimento exponencial do número de processos judiciais relacionados à saúde atinge de sobremaneira o sistema público de saúde e, conseqüentemente a atuação do gestor. Conhecer sobre as principais demandas judiciais no âmbito da saúde é essencial para um gestor uma vez que o cumprimento de uma decisão pode afetar o planejamento e programação das ações em saúde. Desta forma, identificar que o aluno concluinte se diferencia do ingressante no que se refere ao conhecimento da principal demanda judicial em saúde sugere que discussões sobre essa temática perpassam pela sua formação acadêmica, de modo a capacitá-lo para o exercício de uma gestão resolutiva e comprometida com o respeito do direito constitucional à saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. (20 set. 1990).

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

MACHADO, Clara; MARTINI, Sandra Regina. Desjudicialização da saúde, diálogos interinstitucionais e participação social: em busca de alternativas para o sistema. **Rei - Revista Estudos Institucionais**, [s.l.], v. 4, n. 2, p.774-796, 18 dez. 2018. Revista Estudos Institucionais. <http://dx.doi.org/10.21783/rei.v4i2.190>.

RAMOS, Raquel de Souza et al. Access the Unified Health System actions and services from the perspective of judicialization. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e2797, 2016. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100320&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 jul. 2020. Epub 03-maio-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1012.2689>.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Demandas judiciais relativas à saúde crescem 130% em dez anos. 18 mar. 2019. Disponível

em:<<https://www.cnj.jus.br/demandas-judiciais-relativas-a-saude-crescem-130-em-dez-anos/>>. Acesso em: 22 jun. 2020.

SILVESTRE, Roberta de Miranda; FERNANDEZ, Gustavo Andrey de Almeida Lopes. Judicialização da saúde: estudo de caso sobre as demandas judiciais. **Rev. Enferm. Ufpe On Line**, Pernambuco, v. 3, n. 13, p. 863-874, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238962/31598>>. Acesso em: 22 jun. 2020.

PINTO, Cláudia Du Bocage Santos; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 171-183, Dec. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500171&lng=en&nrm=iso>. access on 29 June 2020. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005152>.

RECURSOS HUMANOS E ASPECTOS FINANCEIROS: IMPACTOS NO TRABALHO DO GESTOR

Simone Grazielle Silva Cunha¹; Natália Ana de Carvalho²; Maria José Menezes Brito³

DESCRITORES: gestão em saúde; recursos humanos; financiamento da assistência à saúde

INTRODUÇÃO

As Unidade de Atendimento Imediato (UAI) são responsáveis pelo atendimento a pacientes em situação de urgência e emergência. Nesse cenário, a gestão desses serviços requer a avaliação das necessidades dos pacientes, dos recursos da instituição e do trabalho executado pelos profissionais de saúde, assim, é necessário criar e implementar ações para a melhoria contínua da qualidade do serviço. Para tanto, o gestor deve exercer sua autonomia, mapeando prioridades e considerando as imprevisibilidades e incertezas, reduzindo a sobrecarga de trabalho e promovendo melhorias contínuas na estrutura, materiais e processos. No contexto dinâmico e complexo da UAI, o gestor enfrenta dificuldades ligadas à escassez de recursos financeiros, limitações contratuais, manutenção do quadro de profissionais com interferência na dinâmica de trabalho dos profissionais, com repercussões no desempenho da equipe e no atendimento oferecido a população. Pressupõe-se que a participação do gestor na gestão humana e financeira é de suma importância para realizar contratos de trabalhos, capacitação, fixação do profissional, bem como mobilizar recursos financeiros para a obtenção de materiais e investimentos em infraestrutura que viabilize o melhor enfrentamento dos problemas de saúde da população. Assim, indaga-se: Como a gestão de pessoas e os aspectos financeiros impactam no trabalho dos gestores das UAI?

OBJETIVO

Compreender como os recursos humanos e aspectos financeiros impactam no trabalho do gestor.

MÉTODOS

Estudo de caso único qualitativo, realizado em quatro UAIs, no município de Betim, Minas Gerais, Brasil. O estudo de caso permite entender como um evento ocorre, bem como investigar as experiências vivenciadas pelos sujeitos dentro das organizações.

¹ Enfermeira, Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), simonegscunha@gmail.com.

² Enfermeira, Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), natalia-ana@hotmail.com.

³ Enfermeira, Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, mariajosejobrito@gmail.com

As unidades cenário funcionam 24 horas, realizam classificação de risco e realizam fluxos de referência e contrarreferência com outras instituições de saúde. Os participantes do estudo foram 13 gestores, dentre eles: um secretário de saúde, um secretário adjunto, três gerentes, quatro coordenadores médicos e quatro coordenadores de enfermagem.

Buscou-se inserir os profissionais presentes nos diversos níveis de gestão das UAI, a fim de compreender como a gestão de pessoas e os aspectos financeiros impactam no trabalho dos gestores. Os critérios de inclusão foram: ter vínculo empregatício com o município por mais de seis meses e ocupar cargo administrativo. Esses critérios forma necessários para captar gestores que conheçam a estrutura organizacional e que estivessem envolvidos com as UAI, fornecendo assim, informações diferenciadas e fidedignas. Foram excluídos dois participantes que alegaram sobrecarga de trabalho e se recusaram a participar do estudo. Buscou-se inserir profissionais dos diferentes níveis de gestão por acreditar que suas decisões impactam no cuidado prestado ao paciente. O fechamento amostral ocorreu pela totalidade. Os dados foram coletados mediante entrevistas individuais com roteiro semiestruturado e observação. As entrevistas foram previamente agendadas, áudio gravadas e realizadas na unidade, em uma sala reservada, possibilitando a coleta de dados individual, sem interferência, preservando o sigilo e o anonimato dos informantes, com duração média de 48 minutos. A observação promoveu o conhecimento do cotidiano da organização e reduziu o distanciamento entre as falas dos participantes. Posteriormente, os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo categorial, proposta por Bardin. Antes do início da coleta de dados, realizou-se uma entrevista piloto com uma enfermeira que ocupava cargo gerencial em unidade de pronto Atendimento que possuía um contexto semelhante ao cenário do estudo para verificar a aplicabilidade do roteiro de entrevista. Após a fase piloto não houve necessidade de alteração no instrumento de coleta de dados. A entrevista piloto não foi utilizada para fins de análise. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer nº1.174.603) e Prefeitura de Betim (Parecer nº1.192.060).

RESULTADOS

Mediante a análise dos dados, emergiram duas categorias temáticas: “A autonomia do gestor nas decisões relativas à gestão de pessoas e os impactos nas unidades” e “Aspectos financeiros e impactos no planejamento do gestor”. Com relação a primeira categoria, o entrevistado G1 relatou que vivencia a falta de autonomia para contratar e substituir profissionais e a demora nas chamadas referentes aos concursos públicos. Tal decisão está na alçada do setor de Recursos Humanos (RH) da Prefeitura. *“É a parte de RH é fator complicado na unidade que não está na nossa autonomia, ou seja, chamada de concurso, então se uma pessoa sai de férias nos temos uma dificuldade de reposição [desse profissional]. Quem chama [o profissional] é a prefeitura então é por meio de concurso público”* (G1). G6 complementa dizendo que as equipes das unidades estão incompletas, com número reduzido de profissionais e que esse é um problema frequente. As escalas incompletas geram situações de estresse e conflitos entre funcionários da unidade. Os entrevistados G8 e G12 destacam que essa situação é agravada pelo quantitativo de pacientes que recebem.

Na tentativa de minimizar os desfalques na equipe, os gestores recorrem às horas extras, buscando adequar as escalas de trabalho dos profissionais. Além disso, há dificuldade de adequação de alguns profissionais no que tange ao ambiente da urgência e emergência, como relatado por G4, gerando absenteísmo.

Apesar das dificuldades encontradas no setor de RH, os gestores buscam minimizá-las mediante ações de humanização *“Na urgência a um grande impacto psicológico nas pessoas, sendo nítido né? A gente vem buscando ações de humanização para melhorar e equilibrar essa vulnerabilidade psicológica que o profissional da saúde tem e, com isso nós estamos conseguindo reduzir o absenteísmo.”* (G1). A não participação dos gestores na gestão de pessoas provoca rotatividade nos postos de trabalho e a ausência da contratação de indivíduos com formação mais específica para o cargo, bem como o não atendimento aos interesses dos profissionais de saúde. A segunda categoria aponta que os aspectos financeiros repercutem negativamente na autonomia e no planejamento do gestor. Os gestores relatam que no setor público há o desconhecimento da quantidade de verba da unidade, o que interfere no planejamento. G10 relata que a decisão de ampliar ou diminuir a estrutura física de um serviço está ligada a questões financeiras, além de se tratar de um processo lento e que requer avaliações de projetos e visitas de fiscalização. As transferências de recursos financeiros para a saúde oscilam sem aviso prévio e quando há decréscimo isso impacta no planejamento e, conseqüentemente, no cuidado prestado ao paciente. O entrevistado G7 afirma que a instabilidade financeira desmotiva os trabalhadores, pois há impactos nos recursos materiais da unidade. Ademais os profissionais não recebem qualquer tipo de incentivo financeiro.

CONCLUSÃO

A deficiência na gestão de pessoas e aspectos financeiros se tornam um problema no trabalho do gestor, esses aspectos são agravados pelo excesso de trabalho dos profissionais de saúde, estresse e conflitos entre os profissionais e os gestores, visão distorcida sobre os custos e controle de materiais e estoques, bem como a impossibilidade de planejar mudanças físicas na instituição. Assim, torna-se evidente a prioridade de envidar esforços para que o gestor participe da gestão de pessoas e financeiro de modo mais eficiente e efetivo, afim de promover saúde de qualidade.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

É necessário envolver os gestores das unidades no planejamento financeiro e de RH do município, com vistas a conhecer as particularidades das unidades e possibilitar um melhor planejamento e conseqüente desempenho no que tange o RH e financeiro. A falta de planejamento claro e objetivo limita a compreensão analítica dos problemas presentes nas unidades o que dificulta o fortalecimento e avaliação do desempenho.

Fontes de financiamento: CAPES, FAPEMIG, CNPq, NUPAE

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70;2011.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; O'DWYER, G.; ANDRADE, C.L.T.; BAPTISTA, T.W.F.; PITTHAN, R.G.V.; IBANEZ, N. Gestão do trabalho nas Unidade de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.32, n.2, e00170614, 2016.

O'DWYER, G.; GRAEVER, L.; BRITTO, F.A.; MENEZES, T.; KONDER, M.T. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.24, n.12, 2019.

OLIVEIRA, S.N.; RAMOS, B.J.; PIAZZA, M.; PRADO, M.L.; KENYA, S.R.; SOUZA, A.C. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24H: percepção da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.24, n.1, p.238-244, 2015.

PAIVA, R.A.; RANDOW, R.; DINIZ, L.P.; GUERRA, V.A. O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura. **Rev. Med Minas Gerais**, v.28, supl 5, e:S280523, 2018.

ANÁLISE DA PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS: TRANSFORMÁ-LA PARA CONHECER A REALIDADE

Regiane Prado Ribeiro¹; Carla Aparecida Spagnol²

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Obstétrica; Relações Interprofissionais; Prática Profissional.

INTRODUÇÃO

No campo da obstetrícia, identificam-se avanços na regulação, formação e qualificação de profissionais, na humanização da assistência ao parto e nascimento, entre outros aspectos relacionados à prática profissional. Entretanto, persistem imensos desafios para se proporcionar condições seguras ao nascimento no país. No sistema de saúde brasileiro ainda prevalece o chamado modelo biomédico como controle da atenção obstétrica e neonatal, caracterizado pelo alto índice de cesáreas, intervenções desnecessárias e medicalização do corpo feminino. Nas últimas décadas, esforços governamentais e não governamentais têm sido empreendidos no sentido de mudar o panorama perinatal brasileiro e reduzir a Razão de Mortalidade Materna (RMM). A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), entre outras entidades, iniciam um movimento de revisão das práticas, sobretudo no campo obstétrico, e propõem mudanças no modelo de assistência (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010). No cenário do hospital de ensino, as disputas e legitimidades profissionais são ainda mais acirradas, uma vez que nele se encontram docentes e discentes de residência e graduação em medicina e enfermagem dedicados à assistência ao parto e nascimento para consolidar sua formação profissional. Nesta pesquisa buscou-se problematizar e analisar a prática profissional junto às enfermeiras obstétricas de um hospital universitário público situado em Belo Horizonte-MG, a fim de viabilizar o reconhecimento dos meandros que envolvem os pertencimentos, o saber fazer e o saber ser dos profissionais nos cenários de prática onde ainda predomina o paradigma de assistência centrada na figura do médico. Segundo Monceau (2005) a análise das práticas profissionais se constitui por meio de uma prática reflexiva, capaz de proporcionar aos profissionais e sujeitos envolvidos a capacidade de repensarem suas dificuldades e contradições, direcionando-os a uma perspectiva crítica das implicações institucionais. Para o autor as implicações são os vínculos e pertencimentos que todos possuem com as/nas organizações e instituições. Para analisar as contradições institucionais, tomou-se por base o conceito dialético de instituição, elaborado a partir do referencial teórico da Análise Institucional (AI) (LOURAU, 2014). Este estudo se justifica por promover e estimular a pesquisa das práticas da enfermagem obstétrica a partir da construção coletiva de um olhar crítico e reflexivo, que se mostre capaz de suscitar novas posturas ético-profissionais, que envolvam a transformação dos sujeitos e da realidade em questão, além de contribuir para o avanço dos conhecimentos em enfermagem.

¹ Enfermeira. Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: repradoribeiro@gmail.com.

² Enfermeira. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem Aplicada. Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: carlaapspagnol@gmail.com.

OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo foi analisar as práticas profissionais das enfermeiras obstétricas de uma maternidade em um hospital universitário público situado em Belo Horizonte-MG. Os objetivos específicos foram: compreender as percepções dos gestores sobre a inserção e as práticas profissionais das enfermeiras obstétricas como categoria integrante da equipe multiprofissional de uma maternidade em um hospital universitário público; descrever as situações profissionais vivenciadas no cotidiano de trabalho pelas enfermeiras obstétricas da referida maternidade e as relações interpessoais entre elas e a equipe médica; criar um dispositivo que proporcione às enfermeiras obstétricas momentos de análise e reflexão acerca de suas implicações, do modo como às práticas profissionais são institucionalizadas e quais instituições atravessam seu trabalho.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa-intervenção de abordagem qualitativa na qual se utilizou o referencial teórico metodológico da AI, na sua vertente socioclínica. Para Monceau (2013), a socioclínica é um método que viabiliza a análise das relações entre os trabalhadores e as instituições, bem como de suas implicações no campo profissional. A escolha pela pesquisa-intervenção ancorada na abordagem qualitativa teve a finalidade de compreender melhor os sentimentos, as vivências, as superações e as implicações das enfermeiras obstétricas, estabelecendo a relação de suas práticas profissionais com a organização e as relações de poder dos sujeitos envolvidos nesse contexto. É nesse sentido, para rastrear essas forças e seus efeitos, que a AI tem como modalidade de produção de conhecimento a pesquisa-intervenção, para estabelecer uma nova relação com o saber, uma consciência do não saber que determina a ação (LOURAU, 2014; ROMAGNOLI, 2014). O cenário do estudo foi a maternidade de um hospital universitário público. Para a produção dos dados foram realizados 4 encontros socioclínicos que contaram com a participação de 15 enfermeiras. Além disso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 6 gestores, sendo que alguns ainda atuam e outros já atuaram na maternidade. Outra ferramenta de coleta e produção de dados foi o diário institucional do pesquisador. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o número de Parecer 3.434.478. A pesquisa compreendeu o período de novembro de 2018 a fevereiro de 2020. As respostas obtidas foram transcritas e os dados produzidos foram ordenados e classificados a partir das 8 características da socioclínica institucional apresentadas por Monceau (2013): a) a encomenda da pesquisadora e as demandas do grupo pesquisado; b) a participação dos sujeitos no dispositivo; c) o trabalho dos analisadores; d) as transformações que se produzem à medida que o trabalho avança; e) aplicação das modalidades de restituição; f) as implicações primárias e secundárias; g) atenção aos contextos e às interferências institucionais; h) intenção da produção de conhecimentos.

RESULTADOS

Os resultados englobam as dificuldades das enfermeiras obstétricas em relação ao processo de inserção na maternidade, os conflitos de atuação com a gestão, a equipe médica e a própria enfermagem, além dos desafios cotidianos na prática profissional,

como a inadequação do dimensionamento de pessoal e os processos de trabalho. Dentre as dificuldades relatadas se destaca o fato de que as enfermeiras obstétricas não conseguem atuar de forma mais efetiva junto à parturiente em um cuidado contínuo e humanizado, por imposição das rotinas institucionais e das atividades administrativas, que absorvem a maior parte do seu tempo. O diário institucional de pesquisa utilizado pela pesquisadora permitiu um movimento de reflexão e uma aproximação de sua própria prática, de sua relação com e na pesquisa e a análise de suas implicações quando realizadas no coletivo. Os encontros socioclínicos possibilitaram a análise das implicações libidinais, ideológicas, profissionais e organizacionais das enfermeiras, trazendo à tona sua luta por autonomia e reconhecimento profissional, além das diversas instituições que atravessam a sua prática profissional, como a medicina, o ensino, a gestão e a própria enfermagem. Nesse contexto de atravessamentos e contradições, a análise das implicações permitiu, ainda, o reconhecimento dessas instituições, assim como as diversas relações estabelecidas entre seus diferentes sujeitos na organização. Essas implicações analisadas coletivamente possibilitaram ao grupo a compreensão de suas situações cotidianas, que são, em si, complexas e determinadas por uma heterogeneidade de fatores e de relações.

CONCLUSÃO

Diante do reconhecimento de tais instituições, pôde-se buscar estratégias de fortalecimento e ações voltadas às mudanças necessárias para consolidar a prática profissional das enfermeiras obstétricas. Nesse sentido, como um dos produtos desta pesquisa-intervenção, adotou-se o planejamento estratégico como uma ferramenta capaz de contribuir na organização e sistematização das ações propostas pelo grupo, na corresponsabilização da equipe, na continuidade do trabalho e, sobremaneira, no avanço da produção do conhecimento da enfermagem obstétrica no cenário do hospital de ensino.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Considerando o exposto, esse estudo contribui para ampliar as possibilidades de análise dos profissionais de saúde, em especial as enfermeiras obstétricas, em relação ao seu campo de prática, para incorporar atitudes, posicionamentos, ações e aprendizados no dia a dia, com o envolvimento de uma coletividade na construção das relações interpessoais e profissionais, na interdisciplinaridade e articulação teoria e prática. Dessa forma, é possível compreender a indissociabilidade entre atenção/gestão/formação, pois essa tríade integra o processo de produção do cuidado e, considerando as diversas realidades profissionais por meio de problematizações e reflexões, é possível experimentar inovações com a finalidade de aprender fazendo e fazer aprendendo.

REFERÊNCIAS

LOURAU, R. **A análise institucional**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

MONCEAU, G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. *In*: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 91-103.

MONCEAU, G. Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa-ação e profissionalização docente. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 467-482, 2005.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Tempus: Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010.

ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 44-52, 2014.

DESVENDANDO A MORTALIDADE INFANTIL PARA FAZER GESTÃO DE VIDAS

Valéria de Oliveira Ambrósio¹; Vanessa de Almeida Guerra²; Katia Ferreira Costa Campos³

DESCRIPTORIOS: Mortalidade Infantil; Indicador; Gestão.

INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil é um indicador das condições de vida e saúde de uma população, por expressar determinantes biopsicossociais, econômicos e ambiental e da saúde de mulheres e crianças, constituindo-se em um evento sentinela devido a sua evitabilidade. Sua redução depende da melhoria efetiva nas condições de vida e de políticas públicas de saúde.

A análise da Mortalidade Infantil permite entender o panorama de suas principais causas, contribuindo, assim, para a avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, sendo capaz de subsidiar o processo de planejamento, avaliação e gestão de políticas de saúde, principalmente nos aspectos relativos à atenção ao pré-natal, parto, saúde na infância, além dos fatores ambientais (PINHEIRO, 2017).

Reconhecendo a importância da mortalidade infantil como evento sentinela com base nas informações construídas a partir dos dados do próprio município podendo estabelecer políticas mais eficazes de assistência à mulher e à criança, nos diversos âmbitos, seja no planejamento familiar, durante a gravidez, nos casos de aborto, no parto e no puerpério.

Em 2004, foi instituída a agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil, que traz orientações para a ação dos profissionais de saúde relacionadas ao cuidado da criança, almejando o cuidado integral e multiprofissional, ainda, disciplina os instrumentos de gestão como sistemas de informação, formas de análises das informações que possibilitam o planejamento de ações que atendam todas as necessidades e direitos dessa população (BRASIL, 2004).

O entendimento do óbito infantil está ligado as compreensões das causas do óbito e dos seus fatores determinantes, permitindo uma abordagem mais acurada do ponto de vista clínico e, ainda, subsidiando a gestão e planejamento dos serviços de saúde (MALTA; DUARTE, 2007).

OBJETIVOS

Descrever a importância do conhecer e reconhecer o indicador de mortalidade infantil como instrumento para o planejamento de ações e gestão em saúde.

¹ Mestre em Gestão de Serviço de Saúde/UFMG, Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE); valeria.ambrosio@gmail.com.

² Doutora Faculdade de Saúde Pública/USP, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); vanessaalmeidaufmg@gmail.com.

³ Doutora Escola de Enfermagem/UFMG, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); katiacostacamposenf@gmail.com.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, utilizando como método o estudo de caso. A coleta de dados foi realizada através de 21 entrevistas semiestruturadas, teve como unidade de análise os profissionais e gestores de saúde responsáveis pela atenção à saúde da mulher e da criança da Secretaria Municipal de Saúde. Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo segundo Bardin (2011).

RESULTADOS

Foi identificado entre todos os entrevistados a percepção da relevância da vigilância do óbito infantil, a importância foi referida por diversos fatores, desde a melhoria dos indicadores de saúde, as possíveis intervenções na atenção à população como indicador de gestão e planejamento assistencial.

O Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e o Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal destacam a utilização do indicador para a gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil corroborando com o destaque dado pelos atores da pesquisa (BRASIL, 2009). No entanto, o que observamos que a discussão do assunto é incipiente, tanto no âmbito da gestão quanto nas unidades de saúde. Não se trabalha o indicador, as causas e as formas de prevenir novos óbitos fica delegada na maioria das vezes ao comitê e ao departamento de Vigilância em Saúde, contradizendo o referencial citado sobre a importância deste indicador como instrumento de gestão.

Discussão do óbito infantil e o conhecimento das taxas locais são essenciais no planejamento de ações que evitem novos óbitos. Os atores desta pesquisa se mostraram desconhecedores das taxas e das causas dos óbitos, mas muito interessados em aprender, por vezes até preocupados com o desconhecimento presente.

Conhecer, discutir e fazer o planejamento de intervenções de saúde, a partir deste indicador, deveria ser uma ação básica para todo gestor e profissional de saúde, contradizendo os resultados da pesquisa onde declaram abertamente não saber e nem utilizar este indicador no planejamento e implementação de saúde.

Pinheiro (2017) e França et al. (2017) destacam que este indicador permite analisar e entender o panorama de suas principais causas, contribuindo assim com a avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, sendo capaz de subsidiar o processo de planejamento, o desenvolvimento de estratégias preventivas, avaliação e gestão de políticas de saúde, principalmente nos aspectos relativos à atenção ao pré-natal, parto, saúde na infância, além dos fatores ambientais. O conhecimento da situação do município em relação à taxa de forma genérica, sem a utilização dela, não traz contribuições para a melhoria da condição de saúde.

A ligação entre a vigilância e a assistência favorecem a qualidade da assistência prestada, além do aprimoramento dos sistemas de informação. Adicionalmente, possibilita o planejamento de intervenções direcionadas aos principais problemas e às barreiras assistenciais do sistema de saúde contribuindo para redução de mortes evitáveis e das falhas na atenção materno-infantil (OLIVEIRA et al., 2017). O reconhecimento e a vigilância do óbito infantil devem ser estratégia para a gestão e para as equipes de saúde, gerando consciência crítica sobre as políticas de saúde necessárias ao cuidado ofertado.

Todas estas instancias podem e devem se beneficiar da vigilância do óbito infantil para fazer uma gestão mais efetiva, sendo as responsabilidades compartilhadas, desde a organização da agenda de trabalho priorizando o atendimento à gestante e criança, a manutenção das unidades provendo material e pessoal necessário, conforme citado na PNAB 2017, (BRASIL, 2017).

A ligação entre a vigilância e a assistência favorecem a qualidade da assistência prestada, além do aprimoramento dos sistemas de informação. Adicionalmente, possibilita o planejamento de intervenções direcionadas aos principais problemas e às barreiras assistenciais do sistema de saúde contribuindo para redução de mortes evitáveis e das falhas na atenção materno-infantil (OLIVEIRA et al., 2017).

CONCLUSÃO

Apesar do relato do conhecimento da importância do indicador por parte dos profissionais gestores e profissionais de saúde apontam não conhecer as taxas, que esta não é uma discussão frequente entre eles, que o referido assunto é comum no cotidiano da epidemiologia e dos Comitês de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal, afirmam, ainda, que os dados não são frequentemente divulgados por quem os constrói e fazem a vigilância.

Mesmo com todas as evidencias científicas da importância deste indicador como instrumento de gestão em saúde, para mitigar o problema tão grave da mortalidade infantil, principalmente os óbitos evitáveis, este é pouco conhecido, discutido de forma insipiente e não utilizado para fazer gestão de vidas. O indicador de mortalidade infantil é um evento sentinela que os profissionais devem através das perdas buscar aprendizado que impactem na atenção à saúde para que novos óbitos não aconteçam.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Formação de um grupo estudo interprofissional, ensino/serviço para divulgação da mortalidade infantil e suas implicações.

Planejamento de ação junto aos residentes de enfermagem e medicina para construção de projetos de divulgação e utilização dos indicadores como instrumentos de gestão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004(a).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009(a).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011(b).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017(d).

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2011. 280 p.

FRANÇA, E. B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de epidemiologia**, v. 20, p. 46-60, 2017.

MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 765-776, 2007.

OLIVEIRA, C. M. et al. Avaliação da vigilância do óbito infantil: estudo de caso. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 1, n. 4, p. 801-815, Dez. 2017.

PINHEIRO, J. V. O.; JUNIOR, D. N. L.; FIUZA, T. M. Análise Epidemiológica do Impacto das Ações Sociais na Mortalidade Infantil em uma População da Barra do Ceará. **Encontros Universitários da UFC**, v. 3, n. 1, 2017, p. 884.

MELHOR EM CASA: OS CAMINHOS DOS CUIDADORES INFORMAIS

Andreia Devislanne Ribeiro¹; Mirela Castro Santos Camargos²

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, cuidador, assistência domiciliar aos idosos;

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, ou seja, o aumento do peso relativo das pessoas idosas na população total, foi um dos principais eventos demográficos do século XX e, certamente, terá sua importância mantida no século XXI. O aumento de idosos na população, associado ao crescimento da longevidade, lançam desafios em relação às políticas de cuidado voltadas à população que envelhece. Entre essas destaca-se a Política de Atenção Domiciliar (AD). Na AD, as relações cuidador-equipe-indivíduo-família são fundamentais na implementação do cuidado no domicílio e na melhoria do indivíduo, reafirmando a importância das tecnologias leves.

OBJETIVOS

Este estudo teve por objetivo conhecer o cotidiano dos cuidadores informais de idosos atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar (PID) do município de Betim - MG e identificar os desafios enfrentados no cuidado a pessoas idosas dependentes de tecnologias para manutenção de vida. Acredita-se que essa foi uma forma de avaliar o Programa de Internação Domiciliar do município. Afinal, a opinião do usuário, aqui representado pelo cuidador informal, fornece elementos para entender como o programa funciona na prática, levantando possíveis lacunas e potencialidades.

MÉTODOS

Este estudo, de natureza exploratória e descritiva, foi realizado por meio de abordagem qualitativa com a realização de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo temática.

RESULTADOS

Os resultados apontaram lacunas no que tange à estruturação da Rede de Atenção à Saúde em Betim. Por meio dos relatos dos cuidadores entrevistados no PID, foi possível evidenciar fatores relevantes para a estruturação da AD como o acesso, a integralidade, a resolutividade, a universalidade e a organização dos serviços.

Salienta-se o distanciamento entre a portaria que regulamenta a AD e a realidade no que tange aos fluxos de encaminhamentos e fornecimentos de insumos, evidenciados por meio das entrevistas com os cuidadores dos idosos. Uma vez levantados os trajetos percorridos pelos cuidadores em busca de atendimento à saúde, foi identificada a necessidade de interdependência e complementaridade entre os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde com vistas a garantir a integralidade do cuidado. Também foram observados aspectos relacionados aos

¹ Mestre em Gestão de Serviços de Saúde – UFMG/ Prefeitura de Betim/ adevislane32@gmail.com

² Professora do Mestrado Profissional e Graduação em Gestão de Serviços de Saúde Departamento de Gestão em Saúde- UFMG/ mirela.ufmg@gmail.com

desafios e oportunidades inerentes à articulação em rede, dentre os quais destacam-se: a dificuldade de articulação com a atenção primária, desresponsabilização dos serviços e desconhecimento das pessoas sobre a oferta de serviços da rede de saúde e deficiência de comunicação entre os serviços. Entre as oportunidades, evidenciaram-se práticas de referência e contrarreferência.

CONCLUSÃO

Considera-se que a atenção domiciliar representa um importante espaço no reordenamento do trabalho em saúde e na reorganização da atenção à saúde. Ressalta-se que iniciativas de envolvimento, articulação, interação e integração com outros serviços de saúde são fundamentos primordiais para se alcançar os pressupostos da Rede de Atenção à Saúde.

Finalmente, cabe ressaltar que a AD representa um valioso espaço na atenção à saúde, permanecendo o desafio de se fortalecer os fluxos, sendo ainda incipiente o seu verdadeiro papel como um serviço resolutivo de saúde, substitutivo e complementar da internação hospitalar. No processo de construção de uma AD de qualidade e resolutiva, o cuidador, o domicílio e as histórias que cercam cada indivíduo devem ter seu papel assegurado.

Sem a pretensão de esgotar o assunto, almeja-se que o presente estudo possa contribuir com subsídios para o planejamento e a consolidação da AD como uma modalidade de cuidado efetiva no âmbito do Sistema Único de Saúde.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A Política de Atenção Domiciliar é um serviço que visa reorganizar o trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar, com objetivo de reduzir a demanda por atendimento hospitalar e/ou período de internação, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia das pessoas que necessitam de cuidado (BRASIL; 2016).

A identificação dos elementos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é essencial ao bom desempenho do Programa de Internação Domiciliar (PID). Compreender a necessidade de estabelecer a organização dos fluxos assistenciais que se darão entre o PID e a RAS também é fundamental para seu funcionamento e seu gerenciamento.

Os fluxos de acesso e de informação das pessoas e os diversos pontos de atenção da RAS precisam estar claramente estabelecidos para definição dos encaminhamentos dos usuários ao PID. Além disso, a solicitação de acesso ao PID também pode ocorrer por iniciativa das próprias pessoas que necessitam de cuidados, familiares ou vizinhos.

Os gestores e profissionais de saúde e da assistência social devem construir protocolos e fluxos de acesso com critérios claros de elegibilidade, definidos e divulgados amplamente. Porém, atualmente, para isso se estabelecer, o processo de implantação do PID deve incluir mecanismos de busca ativa de pessoas que necessitam de atendimento domiciliar em serviços hospitalares e UPAS, principalmente.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, AJ. O planejamento de pesquisas qualitativas. In: ALVES MAZZOTTI, AJ; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. p.147-178. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000162&pid=S1413-2311201200030000800002&lng=es. Acesso em: 19 jan 2019.

ALWAN, A *et al.* Monitoring and Surveillance of Chronic Noncommunicable Diseases: Progress And Capacity In Highburden Countries. **The Lancet**, London, v. 376, p. 1861-1868, 2010.

AMARAL, N. N. *et al.* Assistência domiciliar à saúde (home health care): sua história e relevância para o sistema de saúde atual. **Revista de Neurociências**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 111-117, 2001.

ASSIS, M. (2005). Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, 8(1), 15-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000117&pid=S0102-7182201000030001600004&lng=pt. Acesso em: 26 jun.2019

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p

BAUAB, J. P.; EMMEL, M. L. G. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 339-352, 2014. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 26 jun.2019

BELLATO, R. *et al.* A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [internet], Goiânia, v.10, n.3, p.849-856, 2008. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 10/Nov/2019

BETIM. Prefeitura Municipal. **Proposta para implantação do Serviço de Atenção e Internação Domiciliar no Município de Betim**: segundo normatização da portaria ministerial n. 2.529 de 19 de outubro de 2006. Betim: Secretaria Municipal de Saúde, 2008. 33 p.

_____. **Assessoria de imprensa da Prefeitura de Betim**. Secretaria Municipal de Comunicação. 12 e 15 de novembro de 2011. 16p. Disponível em:http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/diario12152011%3B0742%3B20111111.pdf. Acesso em: 15 jul.2019.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde Betim**. Disponível em: <http://www.betim.mg.gov.br/prefeitura_de_betim/secretarias/saude/diretoria_operacional/atencao_internacao_domiciliar/40660%3B56473%3B0724340218%3B0%3B0.asp> . Acesso em: 6 jul.. 2019.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**. n. 19, p. 20-28, jan./fev./mar./abr. 2002.

BRAGA, P. P. *et al.* Oferta e demanda na Atenção Domiciliar em Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva, Rio De Janeiro**, v. 21, n. 3, p. 903-912, mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-87442016000300903&Lng=En&Nrm=Iso>>. Acesso em: 22 set. 2018.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/politica-nacional-do-idoso.pdf> Acesso em: 05/12/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.842 de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe Sobre A Política Nacional do Idoso**. Declaração Universal Dos Direitos Humanos. Programa Nacional De Direitos Humanos. Brasília: Ministério Da Saúde; 1998. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/politica_idoso.pdf. Acesso em: 20 dez. 2018.

CARACTERIZAÇÃO DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Natalia de Magalhães Ribeiro Gomes¹, Daniela Leite Garcia Silva², Rosiane Azevedo Faleiro Rodrigues³, Maria Odete Pereira⁴

DESCRITORES: Avaliação de serviços de saúde. Serviço de saúde mental.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica norteou os caminhos para a construção de uma rede de atenção em saúde mental que respeite as singularidades dos transtornos psíquicos, atentando para as inúmeras possibilidades de integração usuário/família/comunidade (BRASIL, 2001). Na lógica da formação de redes, a logística de atendimento integrado pressupõe o entendimento da construção de uma Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. A RAPS é parte integrante do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS). Trata-se de uma rede organizada, de ações e serviços públicos de saúde, que teve sua implantação iniciada em 1987 e instituída em 2011, por meio da Portaria MS nº 3.088, para o enfrentamento resolutivo das demandas de inclusão de pessoas com transtornos mentais e em uso problemático de substâncias psicoativas no SUS (BRASIL, 2011). Na composição da RAPS, a legislação priorizou a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades, como pontos primários para esse atendimento. Os CAPS assumem especial relevância no cenário das práticas em saúde mental no País, configurando-se como dispositivo estratégico para a reversão do modelo hospitalar, tendo como uma de suas metas a inserção social do indivíduo em adoecimento psíquico (BRASIL, 2011). Os CAPS são serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, que têm por objetivos: dar atendimento clínico diário, a fim de evitar as internações; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais; constituir-se em porta de entrada à rede de atenção especializada; e proporcionar suporte em saúde mental, focando no desenvolvimento de autonomia (BRASIL, 2004). Um estudo multicêntrico apontou alta prevalência de transtornos mentais detectados na Atenção Primária à Saúde de diferentes capitais do Brasil, associados a algumas condições socioeconômicas, achados que reforçam a necessidade de implantação dos CAPS em todo o território brasileiro e, principalmente, sua integração com os serviços de atenção primária (GONÇALVES, et al. 2014). No entanto, atualmente os investimentos, em saúde mental, estão muito abaixo do necessário para abordar sua carga para a saúde pública, destaca relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO, 2018). Haja vista a complexidade de ações a serem desenvolvidas, observa-se que a gestão dos CAPS, assim como de outros programas de saúde, seu funcionamento depende de aspectos políticos, técnicos e institucionais de cada município. Não obstante às diversidades decorrentes da regionalização do serviço, espera-se o reconhecimento de estruturas mínimas capazes de conferir aos CAPS, a oferta e o cumprimento de atividades para as quais se propõem (PIMENTEL, et al.,

¹ Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, grmnati@gmail.com

² Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, dangsilva@gmail.com

³ Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, rosiane.faleiro@hotmail.com

⁴ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, m.odetepereira@gmail.com

2015). Neste sentido, este trabalho propõe-se a descrever o processo de implantação de um CAPS I.

OBJETIVOS

Caracterizar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) de um município do estado de Minas Gerais, descrevendo as características físicas, recursos humanos e as demandas de atendimento do serviço.

MÉTODOS

Trata-se de estudo qualitativo; descritivo; do tipo estudo de caso único, a fim de descrever a realidade do CAPS I de um município do estado de Minas Gerais. Inicialmente, a equipe de pesquisa realizou uma reunião com a secretária de saúde do município, para apresentar o projeto e para obtenção da anuência à realização da mesma. Após a aprovação do projeto junto ao COEP UFMG, foram realizadas visitas técnicas para apresentar o projeto aos trabalhadores do CAPS. Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento com questões abertas, tendo em vista os eixos de investigação, com perguntas voltadas à implantação e à estrutura do serviço; ao quadro de profissionais; aos atendimentos realizados e às articulações com outros serviços de saúde, sendo estas entendidas como contatos com outras instituições para o desenvolvimento de atividades em conjunto, potencializando as futuras ações de cuidado. O instrumento pautou-se em legislações regulamentadas pelo Ministério da Saúde relacionadas ao funcionamento do CAPS I. O instrumento foi aplicado à secretária de saúde do município e à coordenadora do serviço. A coleta de dados foi realizada no mês de julho de 2020. Salienta-se que foi estabelecido contato telefônico prévio para agendamento de horário para a realização da entrevista. Em relação às questões éticas, a pesquisa atendeu a todos os critérios éticos em acordo com a resolução N° 466/2012.

RESULTADOS

A implantação do CAPS ocorreu após um diagnóstico situacional de saúde do município, realizado pela Secretaria de Saúde, que destacou o alto consumo de psicofármacos, resultado de um processo desestruturado de acompanhamento efetivo, por parte das equipes de saúde. Além disso, o levantamento evidenciou um número elevado de casos de transtornos psiquiátricos e de uso problemático de substâncias ilícitas e álcool e de tentativas de suicídios. A partir desse levantamento percebeu-se a necessidade de maior aporte para atendimento das demandas da área da saúde mental. Assim, o CAPS em estudo foi cadastrado no Ministério da Saúde em dezembro de 2018, mas seu funcionamento deu-se a partir de agosto de 2019. O serviço localiza-se em terreno próprio, com construção horizontalizada, térrea, e situa-se em frente a uma unidade básica de saúde. Em relação a estrutura, o CAPS possuía: hall de entrada adaptado para necessidades especiais; recepção com armário de prontuários; sala de observação com três leitos; posto de enfermagem; sala de dispensação de medicamentos; três salas de atendimento individual; duas salas de atividades coletivas; pátio coberto; horta; cozinha com despensa; refeitório; dois banheiros para usuários; vestiário; sala de gerência e dois banheiros de funcionários. No geral, o ambiente do serviço era arejado, com boa iluminação, limpo e organizado. Os espaços eram identificados de acordo com sua função. Quanto ao funcionamento, o serviço funcionava de segunda a sexta-feira, das 07h às 16h; fornecendo aos usuários café da manhã, almoço e lanche da tarde, com cardápios supervisionados pela nutricionista do NASF.

Além disso, possuía transporte próprio que realizava a logística de deslocamento dos usuários que estão em tratamento ambulatorial e que residem na zona rural ou que não tinham condições de deslocar-se até o serviço. Em relação aos profissionais, o CAPS possuía uma equipe multiprofissional composta por: enfermeira; assistente social; terapeuta ocupacional; psicóloga; médico psiquiatra; técnica de enfermagem; cozinheira; duas artesãs; duas assistentes de serviços gerais; porteiro/motorista; técnica administrativa e gerente. Quanto às demandas de atendimento do serviço, o coordenador referiu que os usuários eram encaminhados ao CAPS pelas Equipes de Saúde da Família; da Santa Casa de Misericórdia; do Centro de Especialidades, de Escolas e da APAE. A procura espontânea ao serviço também ocorria, bem como por meio de familiares. Em relação ao quantitativo de atendimentos, no mês em que os dados foram coletados, estavam em acompanhamento 127 usuários, sendo que desses, 14 estavam em atendimento ambulatorial com permanência-dia, frequentando o serviço entre duas a três vezes por semana, para desenvolver atividades grupais e atendimento individual com o técnico de referência, de acordo com o plano terapêutico proposto.

CONCLUSÃO

O CAPS em análise atende as legislações vigentes para funcionamento, com estrutura física e equipe técnica em concordância com as condições mínimas exigidas pelo Ministério da Saúde. Com relação às demandas de atendimento percebe-se que há uma flexibilidade da equipe para acolher as necessidades de atendimento, visto que essas podem ser advindas de encaminhamento ou de demandas espontâneas de familiares e usuário.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A avaliação de um serviço de saúde é uma ferramenta de gestão, visto que essa possibilita a identificação das fragilidades e potencialidades da instituição. Uma vez identificadas, pode-se planejar adequações, de forma a garantir a resolubilidade das ações e da assistência prestada. O processo avaliativo deve ser institucionalizado pelos gestores, com o propósito de servir como base para as tomadas de decisão. O cuidado de excelência será alcançado apenas se a estrutura de serviços e práticas profissionais forem avaliadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BRASIL. Presidência da república. Lei nº 10.216 de 06 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.

http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03//LEIS/LEIS_2001/L10216.htm

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociais Municipais, Brasília, 2010.**

GONÇALVES, D. A.; Mari, J. J.; Bower, P.; Gask, L.; Dowrick, C., Tófoli, L.F., et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cadernos de saúde pública*. 2014 Mar;30(3):623-32.

LEAL, B. M.; ANTONI, C. De. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Aletheia*, Canoas, n. 40, p. 87-101, abr. 2013 . Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008&lng=pt&nrm=iso>.

-----. Ministério da Saúde (2010). Sistema de Informações Cadernos de Informações de Saúde Minas Gerais. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>>. Acesso em: 01 de março de 2020.

OLIVEIRA M.A.F., Cestari T.Y., Pereira MO, Pinho PH, Gonçalves RMDA, Claro HG. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. *Saúde Debate* 2014; 38(101):368-378.

PAHO. Pan American Health Organization. The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018. Washington, D.C.: PAHO; 2018.

PIMENTEL, F. C., Albuquerque, P. C., Souza, W. V. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. *Saúde Debate*. 2015 jan-mar;39(104):88-101.

AVALIAÇÃO DE PSICOEDUCAÇÃO EM SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE MENTAL

Vanderlei Costa Vilela¹; Ângela Cristina Guimarães Barbosa²; Despina Raspante Zoubounelos³; Juliana Lemos Rabelo⁴; Anna Patrícia dos Santos Cunha⁵; Maria Odete Pereira⁶

PALAVRAS-CHAVE: Assistência ambulatorial; Avaliação em saúde; Intervenções psicoeducativas

INTRODUÇÃO

Embora a incorporação da avaliação ao campo da saúde mental seja uma tendência internacional, a área não tem tradição neste quesito, em comparação a outras de atenção à saúde (OLIVEIRA et al, 2014). Assim, a avaliação de intervenções no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) é um processo complexo, especialmente para a gestão, afinal, pode dar visibilidade a resultados que atendam às expectativas do gestor. Diferentemente de outras especialidades, na área de saúde mental, a avaliação de extensão de cobertura; de números de consultas; procedimentos laboratoriais e internações não refletem a boa qualidade do cuidado ofertado. Para além dos aspectos objetivos, a subjetividade e intersubjetividade fundamentam as relações entre usuários e equipe de saúde (OLIVEIRA et al, 2014). Investir em intervenções que auxiliem as pessoas com esquizofrenia e sua família, para que a independência e empoderamento seja uma realidade em suas vidas é imperativo. Neste sentido, capacitá-los para o enfrentamento dos problemas cotidianos e estigmas associados ao transtorno é expressão de um cuidado mais resolutivo. Nesta perspectiva, a psicoeducação é efetiva na promoção de saúde, propiciando um retorno positivo à saúde pública (LEMES, 2017). A psicoeducação é uma intervenção educativa com objetivos de mudanças comportamentais, emocionais e sociais, promovendo autonomia, enfrentamento e suporte para os familiares e usuários, enfim, promotora de reabilitação psicossocial. Com a modificação no perfil do cuidado e o novo paradigma para o tratamento, ocorreu uma mudança do modelo assistencial, buscando-se, a partir da lógica da reabilitação psicossocial, oportunidades de recuperação e reduzir os efeitos desabilitantes, resgatar e desenvolver habilidades para uma vida com maior autonomia, qualidade de vida e integração social (CASES; GONZÁLEZ, 2010).

¹ Graduando de Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - vilelacostavilela@gmail.com

² Graduando de Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - angelaguimaraes230@gmail.com

³ Graduando de Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - despizoubounelos@gmail.com

⁴ Enfermeira. Doutoranda em Neurociências. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - julianarabelo.saude@gmail.com

⁵ Enfermeira. Especialista em Saúde Mental. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - anna.cunha@ebserh.gov.br

⁶ Professora Adjunta. Pós-Doutorado em Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - m.odetepereira@gmail.com

As intervenções de psicoeducação devem ser implementadas de forma coordenada, devendo constar em programas bem estruturados, que possibilitem a avaliação efetiva do alcance de objetivos pleiteados, a partir da coleta sistemática de dados, investigação epidemiológica e das práticas de saúde desenvolvidas. Em adição, devem fomentar subsídios para a definição e implantação de políticas públicas baseadas em evidências, bem como de estratégias com baixo custo-benefício que reduzam os gastos na saúde pública.

OBJETIVOS

Analisar a efetividade da intervenção de psicoeducação, na percepção dos usuários e familiares.

MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo e exploratório, de natureza quantitativa, pautado no referencial teórico para a reabilitação social de Saraceno (2001). O estudo foi desenvolvido em serviço ambulatorial de saúde mental, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal e Minas Gerais. A intervenção foi estruturada com rodas de conversa semanais com 40 usuários e 25 familiares cuidadores. As sessões de psicoeducação tinham duração de 60 minutos e aconteceram no período de novembro de 2017 a junho de 2019. Essas foram realizadas pelas enfermeiras do ambulatório de saúde mental, médico preceptor da residência médica, residentes de medicina da UFMG, docente e coordenadora do projeto de extensão e os alunos bolsistas de extensão do Curso Graduação em Enfermagem da UFMG. Foram trabalhados os seguintes temas: O que é Esquizofrenia? Como se dá o início da doença e as causas; Sintomas Positivos; Sintomas negativos, entre outros como: Depressão; Ansiedade; Diminuição ou perda do pragmatismo; Comprometimento do autocuidado; Uso de substâncias psicoativas e transtornos decorrentes e ideação/comportamento suicida; Como conviver com as vozes; Processo Diagnóstico; O tratamento farmacológico; Outras formas de tratamento; Cuidando da própria saúde; Não adesão, recaída, internação; Estratégias para lidar com a crise e pensamentos suicida; Estigma; Convívio e dinâmica familiar; Sobrecarga do familiar cuidador; e Reinserção social. Ao final das sessões foram aplicados os instrumentos de coletas de dados: Questionário Sociodemográfico e a Escala de Mudança Percebida (EMP). Primeiramente, foram realizadas análises estatísticas descritivas dos dados, com o cálculo das médias e porcentagens das variáveis sociodemográficas e clínicas, assim como dos escores das escalas - EMP (Atividade e Saúde Física; Aspectos psicológicos e Sono; Relacionamentos e estabilidade). Para as variáveis quantitativas contínuas incluídas no estudo (Tempo de doença, Tempo em tratamento, Número de crises, Idade do usuário, Idade de início dos sintomas e Idade do familiar) foi realizado o teste de normalidade de Shapiro Wilk. As diferenças entre os grupos dessas variáveis quantitativas contínuas de acordo com o sexo e também de acordo com o escore de mudança de percepção geral foram testadas utilizando-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Para verificar a existência de associação estatisticamente significativa entre os escores de percepção de mudança do usuário e do familiar/cuidador, foi realizado o teste exato de Fisher.

RESULTADOS

Na amostra das pessoas com esquizofrenia, prevaleceram: sexo masculino 52,5%; solteiros 75%; possuíam escolaridade maior ou igual ao 2º grau completo 47,5%;

residem sozinhos 7,5%; desempregados 37,5%; não possuíam renda própria 52,5%; e são adolescentes ou adultos jovens, na faixa etária entre 18-35 anos 45%, sendo a idade média de 41,7 anos, com a mínima de 19 e máxima de 73 anos. Na amostra de familiares a média de idade foi de 49,74, sendo a mínima de 22 e a máxima de 70 anos, sexo feminino 88%, casados 48%, possuíam escolaridade maior ou igual ao 1º grau completo 70,8%, com renda própria 68%, e desempregados 32%. As mães eram as principais cuidadoras (55%). De acordo com a EMP, houve associação estatisticamente significativa ($p=0,001$) entre o escore geral de mudança percebida pelos usuários e por seus familiares, sendo que na grande maioria das vezes (76%), os usuários e seus familiares cuidadores consideraram a intervenção efetiva. Os resultados indicam que a psicoeducação é uma intervenção educativa, efetiva, no acompanhamento terapêutico às pessoas com esquizofrenia visto que a maioria dos usuários perceberam a mudança da mesma forma que seus familiares cuidadores nos seguintes quesitos: saúde física; energia; atividades de trabalho; lazer; humor; confiança; resolução de problemas; sono; emoções; relacionamento familiar; e tomada de decisões. Assim, fica evidente a atuação preventiva em termos de recaídas e internações, o que diminui os gastos públicos com terapia medicamentosa excessiva e com a permanência em serviços de média e alta complexidade. Ademais, por ser uma ferramenta de muito baixo custo, por demandar apenas tecnologias leves, é viável a sua aplicabilidade em qualquer serviço de saúde.

CONCLUSÃO

A psicoeducação é uma intervenção que está totalmente alinhada com as proposições da Reforma Psiquiátrica, no sentido de empoderamento e desenvolvimento da autonomia do usuário com transtorno mental, facilitando sua reabilitação psicossocial, por meio de informações acerca da doença e o seu tratamento, refletindo no bem-estar, melhoria no relacionamento familiar e melhor desempenho no funcionamento social. A intervenção foi efetiva segundo a percepção de mudanças positivas, tanto na perspectiva dos usuários, como de seus familiares cuidadores.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Na perspectiva da gestão do serviço de saúde, a estratégia mostrou-se adequada, devido ao emprego de tecnologia replicável, com elevado benefício social e de baixo custo.

REFERÊNCIAS

AMARANTE P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. Disponível em <https://books.google.com.br/books?id=Ihb0AgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR>. Acessado em 10 mar 2020.

BANDEIRA, M; FELÍCIO, C. M; CESARI, L. Validation of the Perception of Change Scale – Family version (EMP-F) as a treatment outcome measure in mental health services. Rev Bras Psiquiatria. v. 32, n. 3, p. 283-87, 2010. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20_f29.htm. Acessado em 23 jan 20.

CASES, J. G., GONZÁLEZ, A. R. Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. *Clínica y Salud*, (2010). 21(3), 319-332. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742010000300009&script=sci_arttext&tlng=pt. Acessado em 21 jan 2020.

CHEN, H. M.; HUANG, M. F.; YEH, Y. C.; HUANG, W. H.; CHEN, C.S. Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia. *Psychogeriatrics*. 2015;15(1):20-5. doi-org.ez27.periodicos.capes.gov.br/10.1111/psyg.12071.

COSTA, C. S. BANDERIA, M. CAVALCANTI, R. L. A.; SCALON, J. D. A percepção de pacientes e familiares sobre os resultados do tratamento em serviços de saúde mental. *Cad. Saúde Pública*. 27 (5) 995-1007 (2011). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/17.pdf>. Acessado em: 09 jun 2020.

LEMES, C. B.; NETO, J. O. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28 (2017). doi: 10.9788/TP2017.1-02.

LIMA; T. M.; SILVA, J. G. R. R.; BATISTA; E. C. Perfil epidemiológico de pacientes com esquizofrenia em uso de antipsicóticos de ação prolongada. *Editora UNIJUÍ – revista contexto & saúde*, vol. 17, n. 33, 2017 – ISSN 2176-7114 – p. 15. doi.org/10.21527/2176-7114.2017.33.3-16.

MATSUDA, M., KOHNO A. Effects of the Nursing Psychoeducation Program on the Acceptance of Medication and Condition-Specific Knowledge of Patients with Schizophrenia. *Arquivos de Enfermagem Psiquiátrica* 30 (2016) 581-586. doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.008.

OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de et al. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 38, n. 101, p. 368-378, June 2014.

PUOLAKKA, K., PITKÄNEN, A. Effectiveness of psychosocial interventions on quality of life of patients with schizophrenia and related disorders: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 33 (2019) 73–82. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Acessado em: 27 jan 20.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.
SARACENO, B. *Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio*. In: Pitta AM, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo (SP): Hucitec; 1996. p.13-8.

XIA, J., MERINDER, L. B., BELGAMWAR, M. R. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Systematic Review - Intervention Version* published: 15 June 2011. doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2.

EIXO TEMÁTICO: POLÍTICA, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE (PPAS)

Coodenadora: Prof^a. Dr^a. Mirela Castro Santos Camargos

Artigos Completos

AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ANÁLISE DA COBERTURA DOS CAPS EM MINAS GERAIS

Ethiara Vieira de Macedo¹; Mirela Castro Santos Camargos²

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) destacam-se por serem dispositivos estratégicos na estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo responsáveis por direcionar a política local de Saúde Mental. Criados para serem substitutivos aos hospitais, de caráter aberto e comunitário, esses centros possuem um papel estratégico no atendimento à crise. A distribuição dos CAPS, cobrindo as diversas regiões, é importante para garantir a oferta adequada de serviços à população. Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar a cobertura dos CAPS, em suas diversas modalidades, comparando 2018 com 2011, ano que marca o início da implantação da RAPS, utilizando o estado de Minas Gerais como cenário. Como fonte de dados foi utilizado o DATASUS (Departamento de Informática do SUS), do Ministério da Saúde. Além da taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes, analisou-se as informações obtidas por modalidade de CAPS (I, II, III, ad, ad III e i), o que permitiu avaliar possíveis especificidades e vazios assistenciais. Os resultados da pesquisa apontam que, em 2018, a taxa de cobertura geral de CAPS no estado de Minas Gerais é classificada como muito boa, sendo que apenas uma microrregião apresentou vazio assistencial. Quando realizada a análise por modalidade de CAPS a situação é diferente, com outras microrregiões apresentando vazios. Espera-se que os elementos identificados neste estudo sejam úteis para os gestores do estado, subsidiando as próximas discussões sobre a RAPS e o aumento dos CAPS em Minas Gerais.

PALAVRAS-CHAVE: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Serviços de Saúde Mental; Avaliação de Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

A criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é considerada um marco da política de Saúde Mental e foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com o intuito de criar, ampliar e buscar articular os diversos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades específicas decorrentes de uso de álcool e drogas (BRASIL, 2017).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) destacam-se por serem dispositivos estratégicos na estruturação da RAPS, sendo responsáveis por direcionar a política local de Saúde Mental, além de assessorar as unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família (MELO; MACHADO; GUIMARÃES, 2012). Criados para ser um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, esses centros visam garantir um atendimento integral, superando a lógica do isolamento, trazendo familiares e comunidade para o cuidado aos usuários (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008). Para tal, os CAPS ofertam atendimento clínico e disponibilizam atividades que visam

¹ Psicóloga, Mestre em Gestão de Serviços de Saúde, UFMG, assessora técnica do COSEMS/MG. ethiaravm@yahoo.com.br

² Fisioterapeuta, Doutora em Demografia, professora do Departamento de Gestão em Saúde da Escola de Enfermagem da UFMG, mirelacsc@gmail.com

promover a reinserção do indivíduo à sociedade, tanto em relação ao trabalho como ao lazer (BRASIL, 2004).

Para Assis et al. (2014), o fato dos CAPS serem constituídos como serviços substitutivos, abertos e de base territorial é um desafio, pois implica que, além de terem uma área de abrangência e população de referência, ainda devem manter o diálogo constante com a rede intra e intersetorial.

Organizados em diferentes modalidades, os CAPS I, II e III atendem pessoas com transtornos mentais de modo geral, os CAPS i são voltados especificamente para a população infantojuvenil e os CAPS AD, AD III e AD IV são direcionados para casos decorrentes de uso de álcool e drogas. Todos eles devem executar e gerenciar os projetos terapêuticos dos usuários do serviço, de forma que ofereçam cuidados clínicos e individualizados, promovendo a reinserção social dos usuários com ações na área da saúde e, também, de forma intersetorial com as áreas de educação, esporte, trabalho e demais serviços do município e/ou região onde se localiza. Além disso, os CAPS devem realizar o matriciamento da atenção primária e, junto ao gestor local, supervisionar os serviços hospitalares psiquiátricos que ainda possam existir no território (BRASIL, 2017).

Por serem serviços prioritários e que assumem uma função importante como elemento estratégico na estruturação da RAPS, a distribuição desses centros, cobrindo as diversas regiões, é importante para garantir a oferta adequada de serviços à população (MELO; MACHADO; GUIMARÃES, 2012).

Conforme explica Noronha (2013), a cobertura descreve o alcance de medida sanitária, ou seja, a possibilidade de obter a prestação do serviço. Tendo como ponto de partida esse conceito e entendendo que os CAPS são considerados pontos estratégicos na RAPS, acredita-se que estudar a cobertura, com a identificação de possíveis vazios assistenciais, é uma importante estratégia na avaliação de serviços de Saúde Mental.

Nos últimos anos, a avaliação dos serviços de Saúde Mental vem ganhando relevância na literatura brasileira e tem acompanhado as tendências internacionais. Entretanto, ainda é um campo de estudos recente no país (MELO; MACHADO; GUIMARÃES, 2012). Assim, com base na relevância da avaliação para os processos de gestão e importância da RAPS na atenção a Saúde Mental, o presente trabalho teve como foco os CAPS, em suas diversas modalidades.

OBJETIVO

Avaliar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades, comparando 2018 com 2011, ano que marca o início da implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), utilizando o estado de Minas Gerais como cenário.

REFERENCIAL TEÓRICO

A organização e implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) encontra-se indissociada da Constituição Federal (1988), que institui a saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros e dever do estado, devendo ser garantido por meio de políticas que visem o acesso universal e igualitário, buscando tanto a recuperação como a promoção e proteção da saúde. A lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regula, no Brasil, as ações e serviços de saúde, dispendo sobre o SUS, tendo como premissa proporcionar às pessoas e ao coletivo, o bem-estar físico, mental e social, também é muito importante para a compreensão das RAS.

O SUS vem alcançando grandes avanços desde a promulgação da lei 8.080/90, mas, ainda, encontra grandes desafios que requerem decisões dos gestores. Por isso, foi instituída em 2010, a Portaria 4.279, de 30 de dezembro, que estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS. Atualmente, o conteúdo dessa portaria está contido na Portaria de Consolidação 3/2017. A RAS foi instituída com o objetivo de superar a fragmentação da atenção e gestão da saúde nas diversas regiões do país, buscando aprimorar o modo de funcionar político-institucional do SUS e assegurando às pessoas de forma eficaz e eficiente o atendimento em saúde (BRASIL, 2017).

O decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, considera a RAS como um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011). Mendes (2012) explica que os sistemas de atenção à saúde devem dar respostas às demandas sociais da população, buscando coerência com a situação de saúde dos usuários. Segundo o autor, a população brasileira vem passando por uma transição na saúde denominada de tripla carga de doenças, isso é, a presença simultânea das doenças infecciosas e carenciais, causas externas e as doenças crônicas. Para enfrentar essa situação, não se pode manter um sistema fragmentado. Dessa forma, a implantação e fortalecimento da RAS deve buscar por sistemas integrados que proporcionem respostas eficientes e de qualidade.

Mendes (2012) relata que as RAS devem ser implantadas buscando resolver a incoerência existente entre a situação de saúde da população e o sistema de atenção à saúde. Completa afirmando que as RAS são organizações formadas por vários serviços de saúde que devem estar vinculados por meio de uma missão, com objetivos comuns e cientes de ser uma ação de cooperação e, ao mesmo tempo, de interdependência. A RAS tem como objetivo melhorar a qualidade da atenção prestada aos usuários do SUS, melhorando a qualidade de vida da população.

Em 2011 e 2012, foi pactuado entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) as seguintes redes temáticas: Rede Cegonha, que tem um foco em atenção à gestante e à criança até 24 meses; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas; Rede de Cuidados à pessoa com deficiência; e a Rede de Atenção Psicossocial. Esta última, foco deste artigo.

A Rede de Atenção Psicossocial foi instituída pela Portaria 3.088. de 23 de dezembro de 2011 (publicada novamente em 31/12/2011) e, atualmente, está contida na Portaria de Consolidação 3 e na Portaria de Consolidação 6, ambas de 2017. A criação da RAPS é um marco para a política de Saúde Mental, pois instituiu a rede e passou a incentivar os estados e municípios a avançarem nessa política. Foi instituída no âmbito do SUS, segundo consta nesta legislação, com o intuito de criar, ampliar e buscar articular os diversos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades específicas decorrentes de uso de álcool e drogas (BRASIL, 2017).

Uma das diretrizes da RAPS é a organização de uma rede que seja regionalizada, com desenvolvimento de ações intersetoriais no intuito de promover um atendimento integral ao usuário. Ou seja, na RAPS, os municípios precisam, muitas vezes, pactuar o atendimento em sua micro ou macrorregião de saúde (BRASIL, 2017).

A RAPS é composta por: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter

Transitório; Estratégia de Desinstitucionalização e Estratégia de Reabilitação Psicossocial. Neste trabalho, discuti-se sobre a Atenção Psicossocial Especializada que é onde situa os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades.

Os CAPS foram criados para ser um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, voltados para a atenção à Saúde Mental, visando garantir um atendimento integral, superando a lógica do isolamento, trazendo familiares e comunidade para o cuidado aos usuários (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Os CAPS surgiram a partir de um contexto em que o movimento dos profissionais da Saúde Mental, familiares e usuários reivindicavam questões trabalhistas, cuidado humanitário, melhoria no modelo de assistência no país e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos que, até então, eram o único recurso destinado aos portadores de sofrimento mental (BRASIL, 2004). Em março de 1986, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil e, a partir daí, os serviços de Saúde Mental passaram a se consolidar como dispositivos importantes na diminuição de internações em hospitais psiquiátricos e na mudança do modelo assistencial (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Os CAPS são serviços abertos e de caráter comunitário que têm por objetivo disponibilizar cuidados para as pessoas de sua área de abrangência, ofertando atendimento clínico e reinserção à sociedade tanto em relação ao trabalho como ao lazer, promovendo o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários (BRASIL, 2004). Para Assis et al. (2014), o fato dos CAPS serem constituídos como serviços substitutivos, abertos e de base territorial é um desafio, pois implica que, além de terem uma área de abrangência e população de referência, ainda devem manter o diálogo constante com a rede intra e intersetorial.

Os CAPS realizam atendimento diário, sendo que os CAPS I, II, ad e i funcionam de segunda a sexta-feira, em horário comercial. Os CAPS III, AD III e AD IV, funcionam todos os dias, 24 horas, incluindo feriados. Todos eles devem executar e gerenciar os projetos terapêuticos dos usuários do serviço, de forma que ofereçam cuidados clínicos e individualizados, promovendo a reinserção social dos usuários com ações na área da saúde e, também, de forma intersetorial com as áreas de educação, esporte, trabalho e demais serviços do município e/ou região onde se localiza. Além disso, os CAPS devem realizar o matriciamento da atenção primária e, junto ao gestor local, supervisionar os serviços hospitalares psiquiátricos que ainda possam existir no território (BRASIL, 2017).

Os CAPS I, II e III, atendem, principalmente, pessoas com intenso sofrimento psíquico, resultante de transtornos mentais graves e persistentes, além de problemas decorrentes de uso de substâncias psicoativas. O que diferencia o CAPS I e II é o critério populacional para habilitação, sendo o primeiro para municípios ou regiões acima de 15 mil habitantes e, o segundo, acima de 70 mil habitantes. O CAPS III, para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes. Diferentemente dos CAPS I e II, funciona 24 horas, todos os dias, inclusive em fins de semana e feriados (BRASIL, 2017).

Os CAPS ad II, ad III e ad IV atendem pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico, devido ao uso de álcool, crack e outras drogas. O CAPS ad II é o único que não funciona 24 horas e é indicado para os municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes. O CAPS ad III é preconizado para os municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes e, o CAPS ad IV, para as capitais de estados ou com população acima de 500 mil habitantes (BRASIL, 2017).

O CAPS i é destinado ao atendimento de crianças e adolescentes que apresentem intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, além daqueles relacionados ao uso de drogas. Ele é indicado para os municípios ou regiões com mais de 70 mil habitantes (BRASIL, 2017).

Os CAPS são serviços que têm o papel estratégico na RAPS, pois visam a promoção da vida em comunidade e a autonomia dos usuários, além de ordenar o cuidado em articulação com as equipes de saúde da família (BRASIL, 2017). Desse modo, os CAPS são pensados para criar um novo lugar social aos usuários, sendo substitutivo ao modelo asilar.

Cabe destacar os CAPS como lugar estratégico para o atendimento à crise, pois possibilitam o acolhimento ao sujeito distensionando possíveis conflitos e contextualizando o sofrimento dos usuários. Isto é, esses pontos buscam fortalecer os sujeitos diante das adversidades, com o intuito de construir e reconstruir os contextos envolvidos. Esta é uma característica importante e que difere da lógica manicomial. Nessa nova concepção não há controle do sujeito. O manejo realizado pelo CAPS, na fase aguda, é fundamental para a continuidade do cuidado e, nesse sentido, deslocar a atenção da doença para o sujeito que sofre se faz necessário (ASSIS et al., 2014).

MÉTODOS

O presente estudo conta com dados populacionais já coletados, de livre acesso, disponíveis no DATASUS. O levantamento dos CAPS existentes nos anos de 2011 e 2018 foi obtido por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a população por estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para fins de análise, foi considerado o Plano Diretor de Regionalização (PDR) vigente em 2019, constante na Deliberação n. 1.979 (MINAS GERAIS, 2014), que divide Minas Gerais em 13 macrorregiões e 77 microrregiões de saúde. As taxas de cobertura foram estimadas por microrregiões de saúde, para os anos analisados.

Seguindo o que foi proposto por Borges et al. (2015), em relação ao Brasil e as Unidades da Federação, para avaliar a cobertura dos centros de atenção psicossocial no estado de Minas Gerais, por microrregiões de saúde, utilizou-se como base a taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes, presente na Pactuação Unificada de Indicadores do Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, atualizado de acordo com parâmetros estabelecidos na Portaria de Consolidação 3/2017 (BRASIL, 2017; BRASIL, 2010), conforme fórmula descrita a seguir:

$$\text{Taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes} = \frac{[(\text{Número CAPS I} \times 0,15) + (\text{Número CAPS II} \times 0,7) + (\text{Número CAPS III} \times 1,5) + (\text{Número CAPS i} \times 0,7) + (\text{Número CAPS ad II} \times 0,7) + (\text{Número CAPS ad III} \times 1,5)]}{\text{população} \times 100.000}$$

A informação sobre o parâmetro para implantação e habilitação é a utilizada na fórmula descrita, adotando-se o valor previsto em portaria para CAPS dividido por 100.000. Ou seja, para CAPS I, por exemplo, indicados para os municípios ou regiões com população acima de 15.000, o valor incluído na fórmula é 0,15. O Quadro 1 apresenta os tipos de CAPS, população atendida e o parâmetro populacional estabelecido na Portaria de Consolidação 3/2017 para habilitação dos serviços em municípios e ou regiões (BRASIL, 2017).

Quadro 1 - Tipos de centros de atenção psicossocial (CAPS), de acordo com população atendida e parâmetro para implantação

Tipo de CAPS	População Atendida	Parâmetro para implantação e habilitação
CAPS I	Pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e, também, com as necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias.	Municípios ou regiões com população acima de 15.000 (0,15*)
CAPS II	Pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e, também, com as necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias.	Municípios ou regiões com população acima de 70.000 (0,7*)
CAPS III	Pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, proporcionando serviços de atenção contínua.	Municípios ou regiões com população acima de 150.000 (1,5*)
CAPS i	Crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.	Municípios ou regiões com população acima de 70.000 (0,7*)
CAPS ad II	Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.	Municípios ou regiões com população acima de 70.000 (0,7*)
CAPS ad III	Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do ECA, com necessidades de cuidados clínicos contínuos.	Municípios ou regiões com população acima de 150.000 (1,5*)
CAPS ad IV**	Adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do ECA, com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.	Municípios com mais de 500.000 habitantes ou capitais de estados, buscando atender as cenas de uso de drogas

Fonte: Adaptado de Portaria de Consolidação 3/2017.

Nota: * Valores referentes à fórmula utilizada para cálculo da taxa de cobertura.

** Criado em 2017, sem habilitação em Minas Gerais no momento da pesquisa e excluído da análise.

Além da taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes, analisaram as informações obtidas por modalidade de CAPS, o que permitiu avaliar possíveis especificidades e vazios assistenciais. Do mesmo modo da taxa de cobertura geral, todas as estimativas foram realizadas para os anos de 2011 e 2018, possibilitando comparações.

Para o cálculo das taxas de cobertura por modalidade de CAPS, cujas fórmulas derivam da anteriormente apresentada, foram consideradas três opções de agrupamento: CAPS I, CAPS II e CAPS III (Saúde Mental, excluindo os CAPS para populações específicas); CAPS i (infantojuvenil) e CAPS ad (álcool e drogas, incluindo os CAPS ad II e CAPS ad III).

Para cálculo da taxa de CAPS I, CAPS II e CAPS III (Saúde Mental, excluindo os CAPS para populações específicas):

$$\text{Taxa de cobertura CAPS Saúde Mental por 100 mil habitantes} = \frac{[(\text{Número CAPS I} \times 0,15) + (\text{Número CAPS II} \times 0,7) + (\text{Número CAPS III} \times 1,5)]}{\text{população} \times 100.000}$$

Para cálculo da taxa de cobertura de CAPS i (infantojuvenil):

$$\text{Taxa de cobertura CAPS i por 100 mil habitantes} = \frac{[(\text{Número CAPS i} \times 0,7)]}{\text{população} \times 100.000}$$

Para cálculo da taxa de cobertura de CAPS ad (álcool e drogas, incluindo ad II e CAPS ad III):

$$\text{Taxa de cobertura CAPS Álcool e Drogas por 100 mil habitantes} = \frac{[(\text{Número CAPS ad II} \times 0,7) + (\text{Número CAPS ad III} \times 1,5)]}{\text{população} \times 100.000}$$

Segundo o indicador presente no Pacto pela Saúde, a taxa de cobertura do CAPS reflete o estado e as modificações da rede extra-hospitalar de Saúde Mental no longo do tempo. Como regra geral, tem sido considerada como parâmetro para uma conformação ideal da rede a proporção de um CAPS para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017).

Utilizando os parâmetros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), o indicador taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes classificado em: muito bom (acima de 0,71), bom (0,51 a 0,70), regular (0,36 a 0,50), baixo (0,21 a 0,35), insuficiente (0,01 a 0,20) e vazio assistencial (0). Por vazios assistenciais Macedo et al. (2017) entendem como regiões do país que não possuem ponto da RAPS, exceto dispositivos de atenção primária ou possuem uma estrutura diferente do padrão mínimo esperado em termos de cobertura nos territórios de saúde. Neste estudo, foi considerado vazio assistencial, microrregiões de saúde que não possuem CAPS, conforme os critérios descritos na Portaria de Consolidação 3 (BRASIL, 2017).

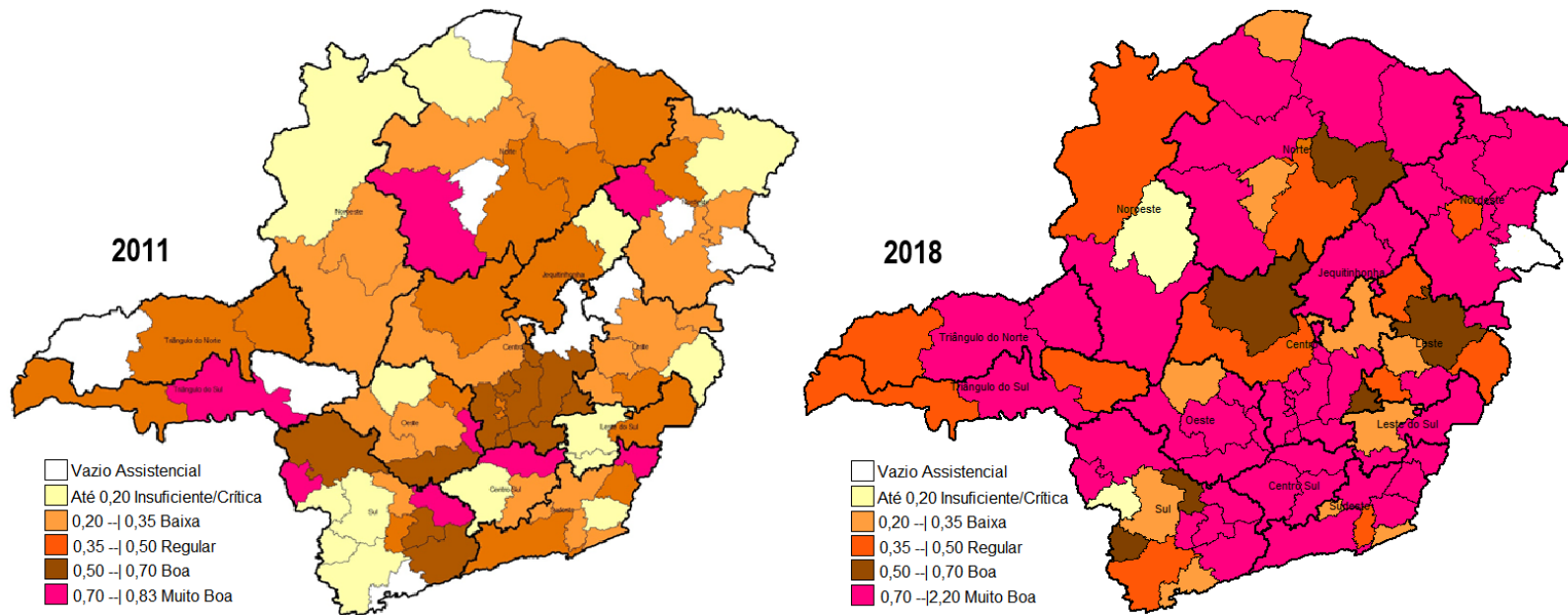
RESULTADOS

Os dados de 2011 relacionados à taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes apontaram que 12% das microrregiões possuíam vazio assistencial em Minas Gerais. Ademais, 18% apresentaram cobertura insuficiente, 27% baixa e 20% regular. Ou seja, 77% das microrregiões apresentaram cobertura abaixo de 0,50. Apenas 13% das microrregiões possuíam boa cobertura e 10% muito boa.

Em 2018, somente uma microrregião do estado de Minas Gerais (Nanuque, pertencente à macrorregião Nordeste) encaixou-se como vazio assistencial. Quanto às demais microrregiões: 2% ainda tinham cobertura insuficiente, 13%, baixa, 15% Regular, 6%, boa e 60%, muito boa. Mediante a estes resultados, considera-se que houve uma melhoria na cobertura de CAPS por 100 mil habitantes sem a distinção por modalidade.

A Figura 1 apresenta a taxa de cobertura de CAPS por 100 mil habitantes por microrregião, em 2011 e 2018, sem fazer distinção por modalidade.

Figura 1 - Cobertura de CAPS por 100 mil habitantes, Minas Gerais, 2011 e 2018



Fonte: Dados da pesquisa

Ao analisar a taxa de cobertura dos CAPS no estado de Minas Gerais, em seu conjunto, sem especificação por tipo de serviços apresentados, observa-se que a maioria das microrregiões estava com classificação muito boa/boa em 2018. Percebe-se uma redução importante nos vazios assistenciais, bem como das áreas classificadas como de cobertura insuficiente, baixa e regular.

No período de 2011 a 2018, foram habilitados 159 CAPS, o que contribuiu para ampliar a cobertura. O Quadro 2 detalha a quantidade de CAPS por modalidade, em 2011 e 2018.

Quadro 2 - Número de CAPS habilitados no estado de Minas Gerais, por modalidade, em 2011 e 2018.

Tipo de CAPS	2011	2018
CAPS I	87	161
CAPS II	46	58
CAPS III	9	19
CAPS i	12	35
CAPS ad	21	61
Total	175	334

Fonte: Dados da pesquisa

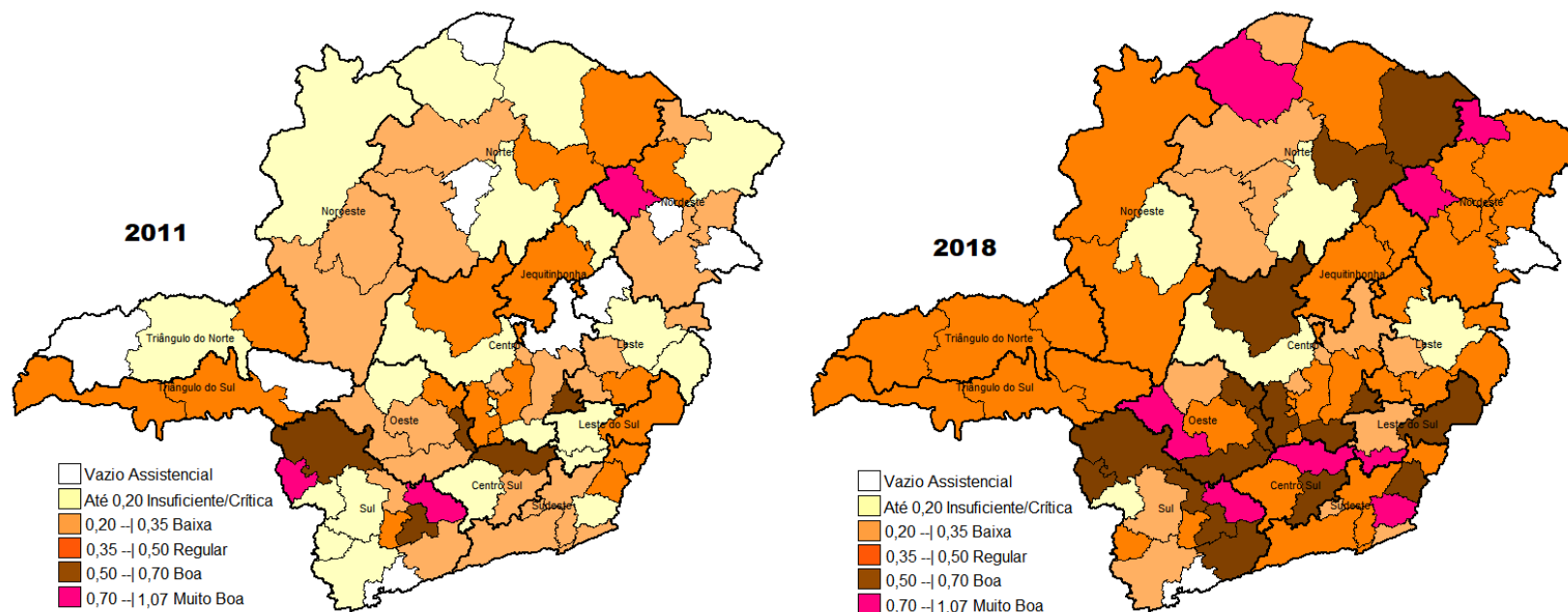
De acordo com Brasil (2003), a implantação dos CAPS, em suas diversas modalidades, vem mudando o quadro de desassistência da Saúde Mental no país, sendo que o aumento dos serviços obedece aos preceitos da Reforma Psiquiátrica. Brasil (2016) revela a expansão de CAPS em todo país, entre 2011 e 2015, crescimento também verificado neste estudo para o estado de Minas Gerais. Indica, ainda, maior ampliação de CAPS I, que atendem a municípios e as regiões com população acima de 15 mil habitantes. Em números absolutos, pode-se verificar em Minas Gerais, maior ampliação de CAPS I em relação aos CAPS II e III, conforme pode ser observado no Quadro 2.

Macedo et al. (2017) relatam que, de acordo com série histórica analisada, o primeiro grande crescimento de CAPS ocorreu logo após a lei 10.216/2001. Posteriormente, os saltos significativos ocorreram em serviços implantados nos municípios de pequeno porte, indicando interiorização dos CAPS, principalmente em municípios com menos de 50 mil habitantes. Este indício de interiorização de CAPS também pode ser observado em Minas Gerais. Um fato que pode ter contribuído para estimular o crescimento de CAPS foi a redução do critério populacional para implantação dos serviços, pois, essa alteração, permitiu que mais municípios de pequeno e médio porte implantassem CAPS modalidade I (BRASIL, 2016).

Mesmo com os avanços na cobertura indicados na Figura 1, em relação aos CAPS, de maneira geral, julgou-se pertinente, como apontado na metodologia, explorar como se comportavam as taxas se avaliado por tipo de CAPS. Assim, as Figuras 2, 3 e 4 permitem visualizar as diferenças de taxas encontradas entre 2011 e 2018, por modalidade de CAPS.

Na Figura 2, observa-se a taxa de cobertura de CAPS I, CAPS II e CAPS III (Saúde Mental, excluindo os CAPS para populações específicas).

Figura 2 - Cobertura de CAPS I, CAPS II e CAPS III (Saúde Mental, excluindo os CAPS para populações específicas) por 100 mil habitantes, Minas Gerais, 2011 e 2018



Fonte: Dados da pesquisa

A Figura 2 ilustra a cobertura de CAPS I, II e III, ou seja, Saúde Mental, excluindo os CAPS para populações específicas por 100 mil habitantes em 2011 e 2018. A análise da taxa de cobertura de CAPS I, II e III, em 2011, demonstrou que: 12% das microrregiões de saúde de Minas Gerais apresentaram vazios assistenciais, 27% cobertura insuficiente, 30% baixa, 21% regular e 10% como boa/muito boa.

Em 2018, chama a atenção o fato de que apenas duas microrregiões não possuíam esses tipos de CAPS (Nanuque, da macrorregião Nordeste e Itajubá, da macrorregião sul). Nesse mesmo ano, os resultados apontaram que: 6% apresentaram uma cobertura insuficiente, 17% baixa, 42% Regular e 32% possuíam cobertura boa/muito boa. Isto é, de 2011 para 2018 houve aumento nas taxas de cobertura de CAPS I, II e III.

Percebe-se a melhoria na cobertura de CAPS I, II e III no estado, sendo que em 2011 haviam 142, passando para 238, resultando em aumento de 68%. Isso permitiu que várias micros atingissem taxa de cobertura boa/muito boa, o que pode ser considerado um ganho em termos de saúde para a população. Afinal, esses CAPS permitem que os usuários sejam atendidos com mais qualidade, perto de suas casas e no convívio da família, como bem colocam Melo, Machado e Guimarães (2012) e Brasil (2017).

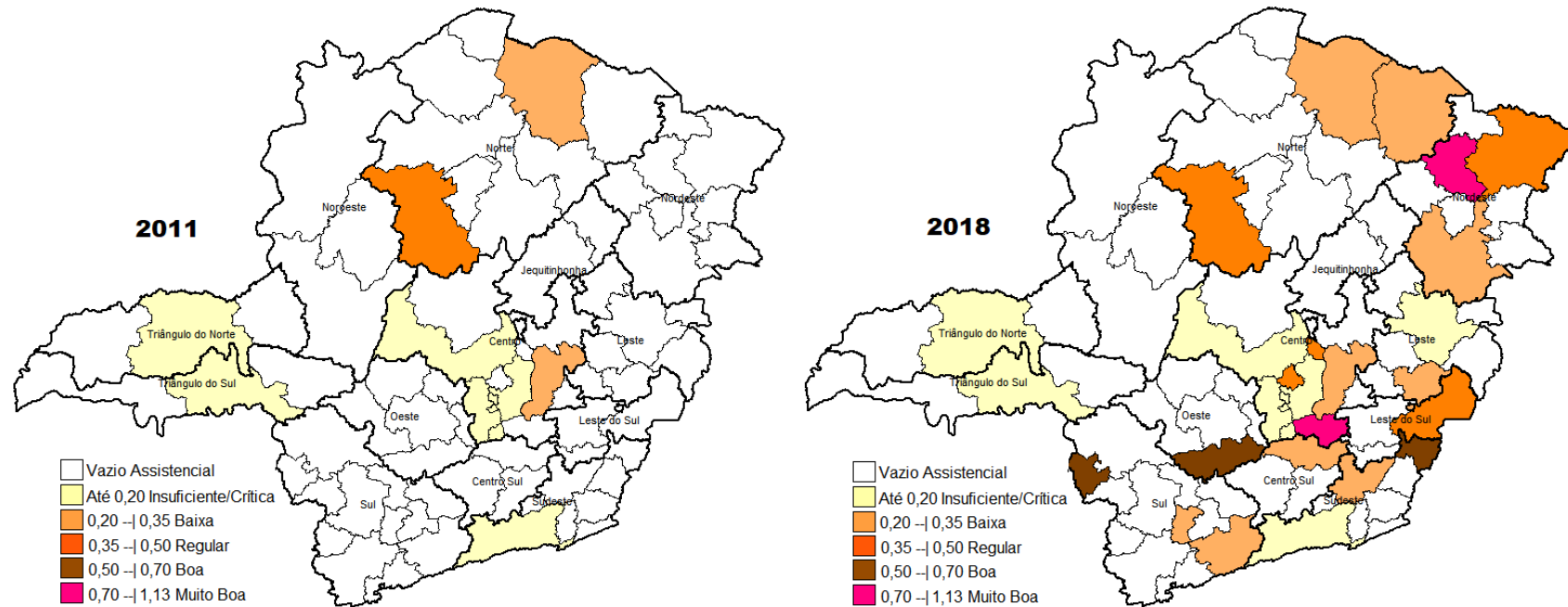
Os CAPS I, II e III atendem pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e, também, em decorrência do uso de drogas, sendo fundamental que todas as microrregiões tenham esta referência. Assim, mesmo que não haja um CAPS ad, por exemplo, o usuário que necessitar de cuidados poderá ser atendido por um desses CAPS (BRASIL, 2017).

O cuidado em Saúde Mental deve ocorrer no dia a dia do território, valorizando as singularidades dos sujeitos e da comunidade, por isso a importância do CAPS estar mais próximo da residência do usuário (BRASIL, 2013). Outro ponto que vale destacar é que dos três tipos, o que mais expandiu foi o CAPS I, passando de 87 unidades em 2011, para 161, em 2018 (Quadro 2). Essa maior expansão dos CAPS I ocorreu devido ao critério populacional de 15 mil habitantes. Afinal, a maioria dos municípios mineiros possuem menos de 20 mil habitantes (IBGE, 2019).

Importante ressaltar que nenhuma microrregião apresentou piora importante. Os casos ocorridos foram isolados, com pequenas alterações, que podem ser atribuídas ao aumento da população e, não, ao fechamento de CAPS. Um exemplo disso é a micro de João Monlevade, que passou de uma taxa de cobertura de 0,64 em 2011 para 0,61 em 2018. O número de CAPS se manteve o mesmo e a população que era 133.155 habitantes em 2011 passou para 138.981 em 2018.

A análise dos dados relativos à cobertura de CAPS i, que são aqueles voltados para o público infantojuvenil, mostrou que o quantitativo de vazio assistencial era: de 88% das microrregiões de saúde de Minas Gerais, no ano de 2011. Nesse ano, 9% das microrregiões de saúde apresentavam insuficiente, 2% baixa e apenas 1% era regular, não havendo micros com cobertura boa ou muito boa. Em 2018, houve uma mudança no cenário, contudo: 66% das microrregiões ainda apresentaram vazios assistenciais, 10% cobertura insuficiente, 12% baixa, 5% regular, 4%, boa e 3% muito boa. Em 2011, a única região que apresentou uma taxa de cobertura regular (melhor taxa de cobertura encontrada nesse ano) foi a microrregião de Pirapora, localizada na macrorregião Norte (Figura 3).

Figura 3 - Cobertura de CAPS i (Infantojuvenil) por 100 mil habitantes, Minas Gerais, 2011 e 2018



Fonte: Dados da pesquisa

Há a previsão em Portaria (BRASIL, 2017) que todos os tipos de CAPS devem atender pessoas de todas as faixas etárias, inclusive, o público infantojuvenil. Contudo, não foi objetivo deste estudo verificar se todos os CAPS têm atendido crianças e adolescentes e, por isso, considera-se aqui os vazios existentes, segundo os parâmetros estabelecidos para CAPS i.

A história das políticas de defesa voltadas para crianças e adolescentes tem como marca o controle do Estado e a institucionalização desses sujeitos (BRASIL, 2014). No Brasil, a defesa dos direitos desse público surgiu em 1920 e deu origem a várias legislações. O ECA reconhece as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, cabendo a todos respeitá-los (BRASIL, 1990). Contudo, o Brasil, historicamente, não se responsabiliza pelo cuidado em Saúde Mental para crianças e adolescentes, ficando essa função, muitas vezes, para instituições filantrópicas ou religiosas (MINAS GERAIS, 2006).

A construção de política para crianças e adolescentes é um dos maiores desafios da Saúde Mental, pois, possui peculiaridades, devendo seguir os princípios do SUS. O Ministério da Saúde reconhece que, historicamente, há vazios no campo do atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas (BRASIL, 2005). Os dados encontrados neste estudo consideram que o vazio ainda persiste no longo dos anos, podendo causar desassistência do público infantojuvenil ou, no mínimo, dificuldade de acesso em Minas Gerais.

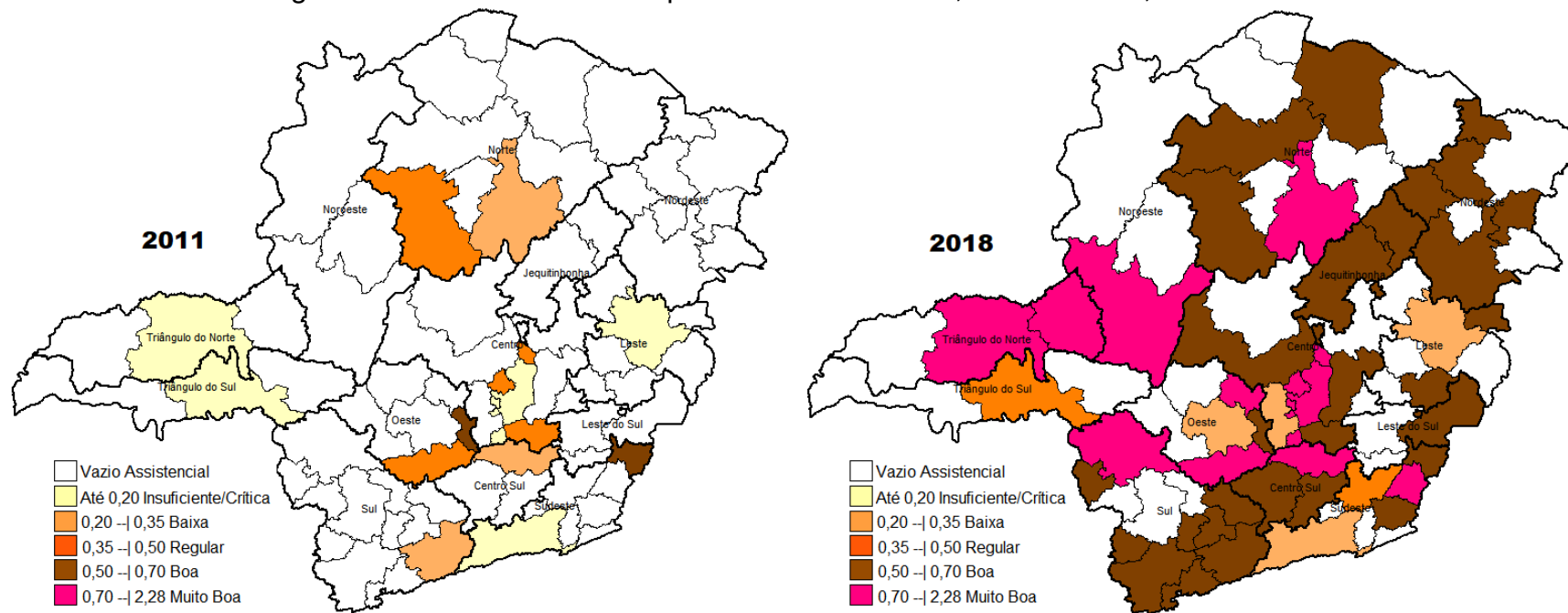
Em 2005, o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil publicou a recomendação 01/2005, que sugere a criação de serviços de base territorial para atendimento a crianças e adolescentes. Um dos serviços citados foi o CAPS i (BRASIL, 2005). Porém, em 2018, ainda persistia a necessidade de um olhar atento à taxa de cobertura de CAPS i em Minas Gerais, no intuito de melhorar o acesso das crianças e adolescentes a um cuidado específico e o mais próximo possível da residência. Afinal, de acordo com Lima (2010), o baixo número de CAPS i vai na contramão do que vem ocorrendo, que é a maior detecção e incidência dos transtornos mentais em crianças e adolescentes. Couto, Duarte e Delgado (2008) ressaltam ser este um dos grandes desafios a ser enfrentado pela Saúde Mental infantojuvenil merecendo urgência na solução, isto é, o aumento do número de CAPS i. Este problema é recorrente em todos os estados do Brasil, sendo necessária a sensibilização dos gestores e da população.

Os gestores de saúde devem desenvolver ações de saúde de qualidade e efetivos no cuidado das crianças e adolescentes, visto que a Saúde Mental é fundamental para a produção de saúde (BRASIL, 2014). Além disso, a construção da política de Saúde Mental voltada para crianças e adolescentes deve considerar todos os atores, não somente da saúde, mas incluindo os profissionais da assistência social, educação, direito e cultura usuários e familiares (MINAS GERAIS, 2006). Dessa forma, é essencial que os gestores e responsáveis por políticas públicas tenham conhecimento dos dados como os encontrados neste estudo, para otimizar os CAPS i existentes no estado de Minas, aumentar a rede de atendimento específico para o público infantojuvenil e proporcionar um cuidado de qualidade e efetivo para eles.

Para as taxas de cobertura de CAPS ad (ad e ad III), serviços que atendem pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, os dados demonstraram que, em 2011: 80% das microrregiões de saúde estavam com vazio assistencial, 8% com cobertura insuficiente, 4% baixa, 5% regular e 3% boa. Observou-se que nenhuma microrregião estava com cobertura muito boa nesse tipo

de CAPS. Em 2018, percebeu-se alteração no cenário, mesmo contando com vazio assistencial em 39% das microrregiões. Nenhuma micro apresentou cobertura insuficiente, porém, ainda contou com 5% baixa e 2% regular. Vale destacar que 38% das microrregiões do estado estavam com cobertura boa e 16% com cobertura muito boa (Figura 4).

Figura 4 - Cobertura CAPS ad por 100 mil habitantes, Minas Gerais, 2011 e 2018



Fonte: Dados da pesquisa

O Programa “Crack, É Possível Vencer” pode ter influenciado positivamente nesse aumento de CAPS ad II e ad III, pois descentralizou as ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, incentivando estados e municípios a estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social (BRASIL, 2010). Além disso, no contexto desse Programa, houve incentivo financeiro para construção de CAPS, sendo priorizadas as propostas de CAPS ad III (BRASIL, 2016). Em Minas Gerais, esse programa foi a oportunidade de discutir e pactuar a RAPS em todo o território, sendo, então, aprovado, em 2012, o Plano Mineiro de Enfrentamento ao Uso Indevido de Álcool, Crack e outras Drogas (MINAS GERAIS, 2012). O plano mineiro teve como objetivo a implantação e implementação dos pontos de atenção da RAPS para atendimento às pessoas que fazem uso indevido de álcool e drogas, dentre eles, CAPS ad e ad III.

Azevedo e Miranda (2010) explicam que, por muito tempo, a única forma de cuidado ofertado ao usuário de álcool e drogas era por meio de internações que preconizavam a abstinência, que não ajudavam muito e era interrompida ao sair do hospital. O processo atual, que preza pelo cuidado centrado na pessoa e não na doença, proporciona ao usuário de álcool e drogas tratamento a partir das suas necessidades de saúde, sendo ele o viés da promoção da saúde. Completam dizendo que o CAPS ad é um dos serviços capazes de instigar esse cuidado centrado na reabilitação (AZEVEDO; MIRANDA, 2010).

Para Manfrê (2015), os CAPS ad assumem grande importância nas políticas públicas de saúde, não sendo o único responsável, mas, como um serviço primordial no cuidado destinado aos usuários de álcool e drogas. Além disso, cabe ressaltar a constatação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), de que, em uma comparação entre o custo do CAPS ad e as internações no ano de 2002, foi verificado que os CAPS ad podem ofertar maior número de atendimentos, com mais qualidade e com o custo cinco vezes menor em relação ao das internações.

Conforme disposto por Brasil (2003), os CAPS ad tem como características o de serem abertos e comunitários, ofertando cuidado disponível para mais pessoas na comunidade, devendo obedecer à lógica da redução de danos, identificando fatores de risco e, também, de proteção, sendo possível observar resultados positivos em todo mundo. Por isso, a importância de ter os serviços mais próximos da residência dos usuários.

Os dados sobre a evolução da produção dos atendimentos aos usuários de álcool e drogas no SUS, de 2006 a 2011, revelam que houve aumento nos registros e relaciona à ampliação do número de CAPS no país e a abertura ao acolhimento dos usuários na rede (BRASIL, 2015).

Oliveira (2011) relata que o aumento dos problemas decorrentes do uso de álcool entre adultos acarreta a necessidade de organizar e fortalecer uma rede que seja comunitária, articulada com os demais serviços de saúde, psicossocial e na busca pela inserção social dos usuários. O aumento de CAPS ad no estado é importante, mas os vazios devem ser observados e levados em consideração quando se pensar na política voltada para as necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas.

CONCLUSÃO

Entre 2011 e 2018, período de análise do presente estudo, houve um crescimento no número de CAPS, que passaram de 175 para 334. Apesar de Minas Gerais ter apresentado uma cobertura geral muito boa, ou seja, acima de 0,71 em 2018, os resultados mostraram que, quando a análise é realizada por microrregião, essa não é a realidade. Algumas microrregiões de saúde necessitam de atenção especial, como a de Nanuque, localizada na macrorregião nordeste, que em 2018 foi classificada como vazio assistencial.

Quando as taxas de coberturas foram avaliadas por modalidades de CAPS, os vazios encontrados foram maiores. Em relação aos CAPS I, II e III, para 2018, as microrregiões de Nanuque e Itajubá apresentavam vazio assistencial. Seria esperado que gestores tivessem maior atenção com esse tipo de CAPS, afinal são modalidades que podem atender tanto pessoas com transtornos mentais como aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, além de prestar atendimento a todas as faixas etárias, o que pode contribuir para suprir vazios assistenciais de CAPS i e CAPS ad. Dessa forma, implantar CAPS I, II e III nas referidas microrregiões, manter as taxas boas e muito boas e aumentar aquelas que ainda são consideradas regulares, baixas ou insuficientes deste tipo de CAPS são ações fundamentais para a continuidade do cuidado na Saúde Mental de base territorial no estado de Minas Gerais.

A análise dos dados relativos à CAPS i demonstrou que houve uma redução nos vazios assistenciais de 2011 para 2018. Contudo, a ausência de cobertura de CAPS i em 66% das microrregiões de saúde em 2018 deve servir de alerta, visto a especificidade do público infantojuvenil. Do mesmo modo, observa-se uma ampliação da cobertura dos CAPS ad no período, mas permanece um vazio assistencial em 39% das microrregiões.

Como pôde ser visto, vários foram os avanços da Saúde Mental nas últimas décadas e a instituição da RAPS vem sendo fundamental para que esse progresso continue. Há um aumento da cobertura do CAPS e, sendo esses dispositivos estratégicos para o funcionamento da rede, é necessário que não sejam apenas serviços isolados, mas que se conectem e funcionem, de fato, como rede. Dessa forma, para além de apresentar coberturas muito boas, é fundamental pensar os processos, melhorar diálogos (se for o caso) e trabalhar sempre no aprimoramento dos atendimentos prestados aos usuários. Ainda há muito que aprimorar, mas os ganhos no longo dos últimos anos devem ser reconhecidos e exaltados, assim como a necessidade de avaliar e monitorar o que é realizado em termos de políticas públicas.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O estudo realizado e apresentado é importante, pois serve para balizar os gestores, tanto no âmbito estadual quanto microrregional, apontando onde existem vazios assistências que precisam ser observados. Com essa informação, os investimentos podem ser melhor direcionados e aplicados, de forma a atender a população mineira de maneira equânime, conforme princípios do SUS.

Espera-se que os elementos identificados sejam úteis para os gestores, subsidiando as próximas discussões sobre a Rede de Atenção Psicossocial e o aumento dos CAPS em Minas Gerais.

É essencial que os gestores e responsáveis por políticas públicas tenham conhecimento dos dados como os encontrados neste estudo, para otimizar os CAPS existentes no estado de Minas, aumentar a rede de atendimento e proporcionar um cuidado efetivo e de qualidade.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, J. T. et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 88-113, 2014. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-774072?lang=en> >. 05 abr. 2019.
- AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPS ad do município de Natal-RN: com a palavra a família. Estudo representacional da participação familiar nas atividades dos centros de atenção psicossocial no município de Natal-RN. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 56-63, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100009>. Acesso em: 14 jan. 2020.
- BORGES, T. S. et al. Indicadores do pacto pela saúde e a cobertura da assistência nos centros de atenção psicossocial: um estudo ecológico. **Ciênc. Saúde**, v. 22, n. 44, p. 68-72, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/152/134>>. Acesso em: 08 maio 2019.
- COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 384-389, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000400015. Acesso em: 10 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>>. Acesso em: 18 nov. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 16 fev. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria 664, de 23 de abril de 2013**. Aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do estado de Minas Gerais e municípios. Brasília, 2013. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0664_23_04_2013.html>. Acesso em: 23 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 23 outubro 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **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, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 25 de janeiro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Pactuação unificada de indicadores: avaliação 2008**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume14.pdf>. Acesso em: 08 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental em dados 12**, v. 10, n. 12, p. 1-48, out. 2015. (Informativo Eletrônico). Disponível em: <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 25 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial**. Relatório de Gestão 2011 – 2015. Ministério da Saúde: Brasília, 2016. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2019.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art267>. Acesso em: 10 nov. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **População estimada**, 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg.html>>. Acesso em: 20 maio 2020.

LIMA, M. G. A. **Avaliação dos centros de atenção psicossocial (CAPS) do estado de São Paulo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/pdfs/livro_caps.pdf>. Acesso em: 23 out. 2019.

MACEDO, J. P. et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 155-170, mar. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100155&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2019.

MANFRÊ, M. M. Redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: a visão dos trabalhadores e gestores de serviços de saúde mental de um município do Estado de São Paulo. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 14, n. 1, p. 27-37, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v14n1/a03.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2020

- MELO, A. P. S.; MACHADO, C. J.; GUIMARÃES, M. D. C. 2012 – Avaliação dos serviços de saúde mental: uma atualização. In: GUIMARÃES, M. D, C. (Org.) **Análise de situação de serviços públicos de saúde mental em Minas Gerais: Projeto Pessoas II**. Belo Horizonte: Coopmed, 2012.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana, 2012.
- MINAS GERAIS. CES. **Resolução 010, de 08 de agosto de 2016**. Dispõe sobre a aprovação da Política Estadual de Saúde Mental, álcool e outras drogas de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.iof.mg.gov.br>. Acesso em: 03 de novembro de 2018.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em saúde mental**. Belo Horizonte: SEC, 2006. Disponível em: <http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Linha-guia-de-saude-mental.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2019.
- _____. Secretaria de Estado da Saúde . **Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.091, de 04 de abril de 2012**. Aprova o Plano Mineiro de Enfrentamento ao Uso Indevido de Álcool, Crack e Outras Drogas no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais. 2012. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Deliberacao%201.091%20Plano%20Mineiro.pdf>. Acesso em: 05 de janeiro de 2019.
- _____. Secretaria de Estado da Saúde . **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.400, de 19 de outubro de 2016**. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR-SUS/MG. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2014. Disponível em: www.saude.mg.gov.br . Acesso em: 05 de janeiro de 2019.
- NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 847-849, maio 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/03.pdf>. Acesso em: 25 maio 2019.
- OLIVEIRA, M. A. F. Políticas públicas sobre drogas: situação atual, desafios e perspectivas. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (Org). **Álcool e Outras Drogas**. São Paulo: CRPSP, 2011. Disponível em: <http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/livro-alcool-drogas/crsp-alcool-e-outras-drogas.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2020.
- SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000100017&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso em: 19 nov. 2018.

DIFERENCIAIS DE EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER ENTRE HOMENS E MULHERES POR CAUSA DE MORTE

Wanderson Costa Bomfim¹; Mirela Castro Santos Camargos²;

RESUMO

Objetivo: O presente estudo teve como objetivo mensurar a contribuição das causas de morte e grupos etários na diferença de expectativa de vida ao nascer entre homens e mulheres no Brasil e Grandes Regiões, em 2005 e 2017. **Metodologia:** Foram utilizadas tábuas de mortalidade para Brasil e as cinco Grandes Regiões para o ano de 2005 e 2017, além dos dados de mortalidade por causa foram obtidos por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). A metodologia empregada foi o método de decomposição de Pollard. **Resultados:** Tanto para o Brasil, quanto para as Grandes Regiões, foram as causas externas que tiveram maior contribuição relativa no diferencial de expectativa de vida ao nascer entre homens e mulheres. O grupo de 60 anos e mais foi, em grande maioria, o que teve maior contribuição positiva no diferencial de expectativa de vida ao nascer entre homens e mulheres, principalmente ao analisar as causas de morte por neoplasias, doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho respiratório. **Conclusão:** A maior mortalidade masculina, com elevada diferença para as mulheres em determinadas causas, indica que há muito que ser feito em termos de melhorias de condições de saúde, em especial para população masculina.

PALAVRAS-CHAVE: Diferencial de mortalidade por sexo; Expectativa de vida ao nascer; Causas de óbito.

INTRODUÇÃO

Os processos de transição demográfica e epidemiológica permitiram importantes ganhos no que se refere a expectativa de vida ao nascer. (LEE, 2003). Em contextos anteriores a esses processos, o alto nível de mortalidade impossibilitava que a grande maioria dos indivíduos tivesse uma vida longa, gerando um padrão de mortalidade contido em fases iniciais da vida. Com as melhorias de vida, melhorias sanitárias e avanço médico, a mortalidade passou a ser controlada influenciando em aumentos significativos em termos de expectativa de vida (VALLIN; MESLE, 2004; MESLÉ; VALLIN, 2011; PALLONI; PINTO-AGUIRRE, 2011).

Muitas diferenças nos processos de mudanças dos níveis e padrões da mortalidade foram observadas ao se comparar os contextos locais em que os processos se deram, sendo clara uma diferença, em parte vista até em contextos atuais, entre aqueles que foram os pioneiros em relação aos que o processo ocorreu de maneira mais tardia (MESLÉ; VALLIN, 2011). No entanto, as diferenças no que tange a expectativa de vida não se limitam a aquelas em nível macro.

¹ Doutorando em Demografia, CEDEPLAR. Universidade Federal de Minas Gerais. wandersoncb10@gmail.com.

² Doutora em Demografia. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. mirelacsc@gmail.com

Há um importante gradiente de mortalidade quando se comparar homens e mulheres, ou seja, em nível mais individual (PRESTON; WANG, 2006; GLEI; HORIUCH, 2007; MESLÉ; VALLIN, 2011; SIVIERO, SOUZA E MACHADO, 2019).

Alguns estudos destacam que historicamente as mulheres tendem a apresentar uma vantagem em relação aos homens, apresentando menores níveis de mortalidade, que salvo algumas exceções como, por exemplo, contextos específicos de elevada mortalidade no período de gravidez ou em cenários de infanticídio feminino, são vistas na maioria das sociedades (SCRIMSHAW, 1978; MOSLEY; CHEN, 2003). Nos processos de transições demográficas e epidemiológicas descritas anteriormente, as mulheres vivenciaram maiores ganhos em expectativa de vida, gerando um aumento do hiato existente em relação aos homens (OLIVEIRA; MENDES, 2010).

Ao longo dos processos, os homens experimentaram mudanças nas condições de saúde que possibilitaram ganhos em termos de anos de vida, diminuindo a diferença existente. O estreitamento do hiato entre homens e mulheres também não ocorreu de maneira homogênea entre as sociedades. Tanto entre os países quanto dentro do contexto de cada um, esse estreitamento se deu em períodos e velocidades distintas, evidenciando como cada contexto teve suas particularidades e como cada uma destas deve ser levada em consideração ao analisar as diferenças existentes (TROVATO; LALU, 1996; SIMÕES, 2002; MESLÉ, 2004; GLEI, 2005; PRESTON; WANG, 2006; GLEI; HORIUCH, 2007).

As diferenças de mortalidade entre homens e mulheres são multifatoriais, tendo influencia de fatores biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais (MACINTYRE et al., 1999; KALBEN, 2000; PINHEIRO et al., 2002; MINAYO, 2009; MOURA et al., 2015). Esses fatores influenciam em diferenças de mortalidade variando a sua contribuição de acordo com as causas de morte em questão. As causas de morte, por sua vez, possuem contribuições distintas para homens e mulheres quando se analisa a expectativa de vida, variando o grau de contribuição e o sentido dela. Além disso, cada grupo etário possui sua contribuição, sendo fundamental uma análise que leve isso em consideração. Para o Brasil, há alguns estudos que buscam demonstrar a mudança na contribuição dos grupos de causa e grupos etários nos diferenciais de expectativa de vida ao nascer entre homens e mulheres (SIVIERO, TURRA E RODRIGUES, 2011; SOUZA; SIVIERO; 2015; SIVIERO, SOUZA E MACHADO, 2019). Entretanto, apesar de sua importância, trata-se de uma temática ainda pouco desenvolvida no cenário nacional, necessitando de maiores estudos que evidencie os diferenciais, bem como que descrevam as mudanças ocorridas ao longo do tempo.

OBJETIVOS

Diante de tudo o que foi exposto, o presente estudo teve como objetivo mensurar a contribuição das causas de morte e grupos etários na diferença de expectativa de vida ao nascer entre homens e mulheres no Brasil e Grandes Regiões, nos anos de 2005 e 2017.

MÉTODOS

O método de Pollard possibilita decompor a diferença de expectativa de vida, seja de duas populações distintas ou a mesma população em períodos de tempo distintos. A expectativa de vida é um importante indicador, visto que se trata de uma medida sintética e padronizada, não apresentando efeitos de estrutura etária, o que permite comparações. Para isso, utiliza-se de funções das tábuas de mortalidade.

Nesse estudo foram utilizadas tabuas de mortalidade para Brasil e as cinco grandes regiões, Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, dos anos de 2005 e 2017, para homens e mulheres, disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE,2013). Optou-se pela utilização das tabelas do IBGE, pois os dados para sua construção passam por uma série de métodos de correção, que são essenciais para a obtenção de uma tabela que reflita as funções de mortalidade da população de maneira mais adequada.

Para a aplicação do método são necessárias que as causas estejam desagregadas para a análise do quanto cada uma está influenciando nas diferenças de expectativa de vida. Os dados de mortalidade por causa foram obtidos por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizadas pelo Datasus. As causas de morte foram agrupadas segundo capítulos da 10ª versão da Classificação Internacional de Doenças – CID-10. Os capítulos utilizados foram: doenças infecciosas e parasitárias (capítulo 1), neoplasias (capítulo 2), doenças do aparelho circulatório (capítulo 9), doenças do aparelho respiratório (capítulo 10), causas mal definidas (capítulo 18), causas externas (capítulo 20) e demais causas (outros capítulos que não os mencionados) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Para as estimativas desses períodos, foram usadas médias trienais do número de óbitos, para que possíveis flutuações aleatórias não interferissem nos resultados. Nesse sentido, para criação das estimativas para 2005, por exemplo, foram usadas médias de 2004,2005 e 2006. Para 2017 foram usados dados de óbitos de 2016, 2017 e 2018, último ano disponível até o presente momento.

MÉTODO DE POLLARD

Por meio de relações matemáticas, o método de Pollard (1982) desagrega a diferença da expectativa de vida ao nascer de uma mesma população em períodos de tempo distintos, ou por entre duas populações diferentes, que é o caso desse estudo, mostrando o impacto de cada causa de morte e de cada grupo etário do diferencial da expectativa de vida entre as populações em análise.

A diferença da expectativa de vida é dada pela seguinte equação:

$e_1 - e_2 = \sum (nQ_{x01} - nQ_{x02}) \times W_x$ Onde, e_1 é a expectativa de vida das mulheres; e_2 expectativa de vida dos homens; nQ_{x01} força de mortalidade entre x e $x+n$ de ambas as regiões; W_x peso da idade. x .

A força da mortalidade é obtida por meio da seguinte equação:

$$nQ_x = - \ln (l_{x+n}/l_x).$$

O peso da idade, W_x , foi calculado por:

$$W_x = 0,5 \times (x^{p001} \times e^{002} + x^{p002} \times e^{001})$$

Onde x^{p0} é a probabilidade de sobreviver do nascimento até a idade x , é foi obtida pela seguinte equação:

$$x^{p0} = l_x / l_0$$

No que diz respeito a contribuição de cada grupo de causa de morte, por grupo etário, nos diferenciais de expectativa de vida, o método estabelece o pressuposto de que há independência da mortalidade por causas de morte. Sendo assim, a obtenção da contribuição de cada causa de morte escolhida é dado por:

$$e_1 - e_2 = \sum (1Q001(i) - 1Q002(i)) \times W_0 + \sum (4Q101(i) - 4Q102(i)) \times W_2 + \sum (5Q501(i) - 5Q502(i)) \times W_{7,5} + \dots$$

Sendo $xQ_n(i)$ = a probabilidade de morte pela causa i entre as idades x e $x+n$, obtida pela função:

$$xQ_n(i) = xQ_n \times (nDX_i / nDX)$$

Sendo, nDX_i o número de óbitos pela causa i entre x e $x+n$.

As análises dos resultados serão em termos absolutos e relativos.

RESULTADOS

Primeiramente, é importante destacar a diminuição da diferença de expectativa de vida ao nascer entre homens e mulheres, evidenciada pela observação das estimativas de tábuas de mortalidade construídas pelo IBGE. No que tange os resultados da decomposição, tanto para o Brasil quanto para as grandes regiões, foram às causas externas que tiveram maior contribuição relativa no diferencial de expectativa de vida ao nascer entre homens e mulheres. Esse padrão foi visto em 2005 e continuou em 2017. Em ambos os anos, o grupo de doenças do aparelho circulatório foi o segundo que mais contribuiu positivamente para o diferencial. No que tange as causas externas, houve um aumento entre 2005 e 2017, da contribuição relativa no diferencial de expectativa de vida ao nascer entre mulheres e homens, para Brasil, Norte e Nordeste. Na grande maioria dos casos, as doenças infecciosas e parasitárias foram as que tiveram menor peso relativo na contribuição do diferencial entre homens e mulheres. Destaca-se que, apesar da contribuição relativa não muito expressiva, uma contribuição maior foi vista para as regiões Nordeste e Norte, respectivamente. A contribuição relativa das doenças respiratórias diminuiu para quase todas as localidades em questão, apenas para a região Sudeste e Centro-Oeste que houve um pequeno aumento. Para a região Norte, em 2005, houve uma especificidade. As neoplasias contribuíram negativamente, no sentido de diminuir o diferencial entre homens e mulheres.

Em relação à contribuição dos grupos etários, o grupo de 60 e mais foi, em grande maioria, o que teve maior contribuição positiva no diferencial de expectativa de vida ao nascer entre homens e mulheres, principalmente ao analisar as causas de morte por neoplasias, doença do aparelho circulatório e doença do aparelho respiratório. Outro padrão visto em todas as regiões e anos analisados foi a maior contribuição positiva do grupo de 25 a 39 anos no que tange a mortalidade por causas externas. No que diz respeito às doenças infecto contagiosas e parasitárias a grande contribuição positiva relativa foi do grupo de 40 a 49 anos, para Brasil e todas as Grandes Regiões. Alguns grupos etários apresentaram contribuição negativa, ou seja, no sentido de diminuir o diferencial de mortalidade existente, principalmente em relação a mortalidade por neoplasias. Isso quer dizer que a população feminina apresentou uma maior mortalidade do que a masculina, contribuindo no sentido de diminuição do hiato existente.

Tabela 1 – Contribuição percentual dos grupos de causa de morte no diferencial de expectativa de vida ao nascer entre homens e mulheres, Brasil e Grandes Regiões, 2001 e 2017

Causa da morte	Brasil				Norte			
	2005		2017		2005		2017	
	Em anos	%	Em anos	%	Em anos	%	Em anos	%
I	0,35	4,84	0,29	4,40	0,37	5,95	0,35	5,09
II	0,49	6,72	0,44	6,74	-0,07	-1,19	0,04	0,53
IX	1,29	17,66	1,24	19,12	0,77	12,23	1,00	14,60
X	0,48	6,51	0,41	6,33	0,26	4,18	0,28	4,06
XVIII	0,67	9,08	0,42	6,51	1,01	15,96	0,55	7,98
XX	2,94	40,09	2,74	42,13	3,34	52,98	3,97	57,90
Outras causas	1,11	15,10	0,96	14,78	0,62	9,90	0,67	9,84
Total	7,33	100	6,51	100	6,31	100,00	6,86	100,00
Causa da morte	Nordeste				Sudeste			
	2005		2017		2005		2017	
	Em anos	%	Em anos	%	Em anos	%	Em anos	%
I	0,42	5,31	0,32	4,04	0,34	4,63	0,27	4,81
II	0,18	2,32	0,26	3,28	0,60	8,20	0,47	8,60
IX	1,10	13,99	1,30	16,43	1,47	20,16	1,26	22,74
X	0,36	4,58	0,32	4,05	0,55	7,53	0,47	8,51
XVIII	0,94	11,96	0,49	6,21	0,62	8,54	0,43	7,78
XX	3,40	43,14	3,98	50,43	2,67	36,44	1,77	32,16
Outras causas	1,47	18,70	1,23	15,56	1,06	14,50	0,85	15,40
Total	7,89	100	7,89	100	7,32	100	5,52	100
Causa da morte	Sul				Centro-Oeste			
	2005		2017		2005		2017	
	Em anos	%	Em anos	%	Em anos	%	Em anos	%
I	0,29	4,37	0,23	3,81	0,29	4,47	0,26	4,05
II	0,85	12,88	0,78	12,99	0,32	4,89	0,34	5,28
IX	1,26	19,03	1,19	19,87	1,27	19,29	1,19	18,50
X	0,52	7,83	0,41	6,83	0,33	5,04	0,38	5,96
XVIII	0,39	5,95	0,28	4,70	0,39	5,86	0,28	4,31
XX	2,48	37,50	2,19	36,58	3,18	48,25	3,05	47,38
Outras causas	0,82	12,44	0,91	15,21	0,80	12,20	0,93	14,51
Total	6,62	100	5,99	100	6,58	100	6,43	100

Fonte: Elaborado pelos autores com base em DATASUS e IBGE 2013.

Nota: *Causa de morte: I=doenças infecciosas e parasitárias, II=neoplasias, IX=doenças do aparelho circulatório, X=doenças do aparelho respiratório, XVIII=causas mal definidas, XX=causas externas.

Tabela 2 – Contribuições relativas dos grupos etários nos diferenciais de expectativa de vida ao nascer entre homens e mulheres, Brasil e Grandes Regiões, 2005 e 2017

Brasil														
	2005							2017						
	I	II	IX	X	XVIII	XX	OUTRAS	I	II	IX	X	XVIII	XX	OUTRAS
0-14	10,10	2,96	0,34	7,95	6,21	3,88	26,31	3,74	2,22	0,11	2,69	2,58	2,66	15,01
15-24	1,99	1,06	0,69	1,06	3,80	30,22	-1,34	2,56	1,29	0,77	1,69	5,06	30,24	-1,35
25-39	23,20	-8,22	4,60	6,68	14,19	36,89	10,29	21,95	-10,48	4,38	7,25	14,85	36,09	5,91
40-59	44,45	11,90	35,07	23,00	36,37	22,41	41,18	44,42	-1,95	32,61	25,56	38,71	23,26	42,39
60+	20,25	92,29	59,29	61,30	39,43	6,60	23,55	27,33	108,92	62,14	62,81	38,81	7,76	38,04
Norte														
	2005							2017						
	I	II	IX	X	XVIII	XX	OUTRAS	I	II	IX	X	XVIII	XX	OUTRAS
0-14	10,36	-14,13	0,39	10,30	6,47	2,94	41,71	7,15	53,52	0,03	5,91	2,87	2,75	31,53
15-24	5,51	-1,26	1,48	4,63	7,41	28,11	-5,26	3,75	2,96	0,07	2,67	5,46	28,51	-6,16
25-39	23,23	120,10	6,48	5,68	14,07	37,90	8,20	26,05	-281,71	3,48	3,58	12,60	37,67	-2,42
40-59	40,26	287,26	33,59	28,07	33,97	24,19	37,05	41,53	-542,36	30,94	21,48	35,96	24,06	42,24
60+	20,63	-291,98	58,07	51,33	38,08	6,85	18,29	21,52	867,59	65,48	66,35	43,12	7,00	34,80
Nordeste														
	2005							2017						
	I	II	IX	X	XVIII	XX	OUTRAS	I	II	IX	X	XVIII	XX	OUTRAS
0-14	20,94	13,87	0,91	20,69	9,15	4,27	33,44	4,30	4,78	0,26	2,32	1,86	2,52	12,66
15-24	2,73	3,13	1,40	1,84	3,47	27,81	-1,35	2,08	1,13	0,62	1,58	2,93	30,40	-1,75
25-39	17,17	-30,88	6,02	8,54	14,77	38,55	11,26	20,63	-23,28	4,69	8,49	14,69	38,13	8,81
40-59	38,96	-32,16	33,10	26,56	31,68	23,15	37,11	44,25	-27,89	33,36	29,90	39,91	22,62	43,72
60+	20,19	146,05	58,56	42,36	40,93	6,22	19,54	28,73	145,26	61,07	57,71	40,61	6,34	36,57
Sudeste														
	2005							2017						
	I	II	IX	X	XVIII	XX	OUTRAS	I	II	IX	X	XVIII	XX	OUTRAS

	I	II	IX	X	XVIII	XX	OUTRAS	I	II	IX	X	XVIII	XX	OUTRAS
0-14	3,39	1,32	0,15	4,01	3,03	3,07	16,02	2,78	0,87	0,02	1,54	1,89	2,49	13,57
15-24	1,46	0,91	0,44	0,68	3,31	31,95	-0,52	2,54	0,85	0,99	1,82	6,08	28,64	-0,69
25-39	24,28	-4,11	3,95	6,71	13,81	36,38	10,51	20,38	-6,57	4,21	7,36	14,74	33,08	4,58
40-59	49,55	17,44	36,37	24,41	40,83	21,96	46,08	45,09	2,92	33,48	26,90	39,16	25,83	42,71
60+	21,32	84,45	59,10	64,19	39,02	6,64	27,91	29,21	101,93	61,30	62,38	38,13	9,96	39,83
Sul														
	2005							2017						
	I	II	IX	X	XVIII	XX	OUTRAS	I	II	IX	X	XVIII	XX	OUTRAS
0-14	2,81	0,83	0,09	2,49	2,39	3,65	20,81	1,23	1,13	0,27	3,14	4,59	2,27	12,71
15-24	0,78	0,93	0,55	0,37	2,35	28,96	-1,35	1,66	1,48	0,44	0,84	4,02	28,65	-0,10
25-39	32,66	-4,40	2,98	4,52	12,03	34,44	7,01	19,11	-3,85	2,94	4,59	10,56	33,27	4,82
40-59	46,96	21,56	32,30	16,84	40,60	25,08	44,46	50,83	13,31	28,70	18,38	39,68	25,68	40,18
60+	16,79	81,08	64,08	75,78	42,64	7,86	29,07	27,17	87,93	67,65	73,04	41,16	10,12	42,39
Centro Oeste														
	2005							2017						
	I	II	IX	X	XVIII	XX	OUTRAS	I	II	IX	X	XVIII	XX	OUTRAS
0-14	4,47	3,33	0,06	5,59	3,33	4,07	23,34	2,64	3,38	-0,34	6,85	5,36	3,13	16,81
15-24	1,82	1,48	0,56	3,68	4,15	30,34	-3,18	2,95	4,87	0,65	1,54	4,77	30,58	-1,27
25-39	18,89	-14,74	6,97	7,65	13,57	34,13	15,95	22,14	-14,54	4,71	6,43	15,60	33,90	5,50
40-59	44,81	-1,53	36,62	19,22	40,08	23,46	46,51	43,46	-14,69	32,77	21,11	36,19	23,75	44,13
60+	30,02	111,46	55,78	63,86	38,86	8,00	17,38	28,81	120,98	62,20	64,07	38,09	8,64	34,83

Fonte: Elaborado pelos autores com base em DATASUS e IBGE 2013.

Nota: *Causa de morte: I=doenças infecciosas e parasitárias, II=neoplasias, IX=doenças do aparelho circulatório, X=doenças do aparelho respiratório, XVIII=causas mal definidas, XX=causas externas.

CONCLUSÃO

Este estudo possui importante contribuição para a literatura nacional sobre diferenciais de mortalidade entre homens e mulheres, visto que ainda há falta de estudos com essa temática. Além disso, o entendimento das causas e grupos etários que mais contribuem para o diferencial entre homens e mulheres permite execução de políticas públicas mais efetivas, que possam contribuir para a diminuição do hiato existente. A maior mortalidade masculina, com elevada diferença para as mulheres em determinadas causas, indica que há muito que ser feito em termos de melhorias de condições de saúde para ambos em sexos, mas em especial para população masculina, além de mudanças em termos dos aspectos sociais e culturais que influenciam na sobremortalidade. Ações fundamentais no que tange prevenção, mas principalmente promoção em saúde, para que paradigmas e comportamentos nocivos possam ser alterados devem ser tomadas.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os sistemas de informações de saúde são importantes ferramentas para a gestão em saúde. O gestor, seja em na esfera pública ou privada, em nível municipal, estadual ou federal, deve estar ciente do importante papel dos dados como subsídios para a o planejamento dos serviços em saúde. Os dados podem ser coletados de forma primária pelo próprio gestor ou serem obtidos por meio dos inúmeros sistemas disponíveis. Cabe ao gestor a transformação dos dados em informações úteis para os processos de decisão. Dentre os sistemas disponíveis, o Sistema de Informação de Mortalidade se configura como importante meio para a obtenção de dados que permitem a construção de análises primordiais para a gestão. O presente estudo forneceu subsídios para ações em saúde, por meio da demonstração dos diferenciais de mortalidade existentes entre homens e mulheres. Apesar da contribuição do papel biológico, os aspectos sociais são os principais para as diferenças observadas. Dentro da perspectiva do marco conceitual dos determinantes sociais, há fatores que possam influenciar em piores indicadores de mortalidade para a população masculina, com destaque para os fatores intermediários ligados aos comportamentos dos indivíduos. A compreensão do hiato de mortalidade, aqui representado pelas diferenças de expectativa de vida ao nascer e o entendimento de seus determinantes são essenciais nas ações em termos de saúde pública para a sua diminuição ou eliminação. O gestor deve buscar esse conhecimento de modo a subsidiar seus processos de decisões de maneira a combater as diferenças existentes.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&acao=26>>. Acesso em: Março. 2020.
- GLEI, D. A. The sex gap in mortality: historical patterns across twenty-four countries, Tours, France: International Union for the Scientific Study of Population, 2005 (Paper to be presented at Section 203: Gender, Health, and Mortality, IUSSP 2005).
- GLEI, D. A.; HORIUCH, S. The narrowing sex differential in life expectancy in high-income population: effects of differences in the age pattern of mortality. **Population Studies**, London, v. 61, n. 2, p. 141-159, Jul. 2007.
- VALLIN, J.; MESLÉ, F. Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition. **Demographic Research**. n.2 11-44, 2004.

- KALBEN, B. B. Why men die younger: causes of mortality differences by sex. **North American Actuarial Journal**, Schaumburg, v. 4, n. 4, p. 83-111, Oct. 2000.
- LEE, R. The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change. **Journal of Economic Perspectives**, v.17,n.4, p.167-190.2003.
- Macintyre, S.; Ford, G.; Hund, K. Do women "over-report" morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. **Social Science and Medicine** v.48, p.89-98.1999.
- MESLÉ, F.; VALLIN, J. **Historical Trends in Mortality**. In: Rogers R., Crimmins E. (eds) *International Handbook of Adult Mortality*. International Handbooks of Population, vol 2. Springer, Dordrecht.2011.
- MESLÉ, F. Ecart de l'espérance de vie entre les sexes: les causes du recul de l'avantage féminin. **Revue d'épidémiologie et de santé publique**, v.52, n.4, pp. 333-352. 2004.
- MINAYO, M.C.S. Seis características das mortes violentas no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo , v. 26, n. 1, p. 135-140.2009.
- MOSLEY, W.H.; CHEN, L.C. An analytical framework for the study of child survival in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* v.81, n.2. 2003.
- MOURA, E.C. et al. Desigualdades de gênero na mortalidade por causas externas no Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(3):779-788, 2015.
- OLIVEIRA, I.T.; MENDES, M.F. A diferença de esperança de vida entre homens e mulheres: Portugal de 1940 a 2007. **Anál. Social**, Lisboa , n. 194, p. 115-138, 2010 .
- PALLONI A., PINTO-AGUIRRE, G. **Adult Mortality in Latin America and the Caribbean**. In: Rogers R., Crimmins E. (eds) *International Handbook of Adult Mortality*. International Handbooks of Population, vol 2. Springer, Dordrecht.2011.
- PINHEIRO, R.S, et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cien Saude Colet**. v.7, n.4, p. 687-707.2002.
- POLLARD, JH. The expectation of life and its relationship to mortality. **J Inst Actuar** 1982; v.109,n.2, p.225-240. 1982
- PRESTON, S. H.; WANG, H. Sex mortality differences in the United States: the role of cohort smoking patterns. **Demography**, Chicago, v. 43, n. 4, p. 631-646, Nov. 2006.
- PRESTON, S. H.; WANG, H. Sex mortality differences in the United States: the role of cohort smoking patterns. **Demography**, Chicago, v. 43, n. 4, p. 631-646, Nov. 2006.
- SCRIMSHA,W.; SUSAN C. M. "Infant mortality and behaviour in the regulation of family size," **Population and Development Review** v.4 n.3 (September): 383-404. 1978.
- SIMÕES, C. C. S. **Perfis de saúde e mortalidade no Brasil**: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: Opas, 2002.
- SIVIERO, P. C. L.; TURRA, C.M.; RODRIGUES, R.N. Diferenciais de mortalidade: níveis e padrões segundo o sexo no município de São Paulo de 1920 a 2005. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 28, n. 2, p. 283- 301, 2011.
- SIVIERO, P.C.L.; SOUZA, L.G.;MACHADO, C.J. Diferenciais de mortalidade por sexo no município de São Paulo em 2005 e 2016: contribuição dos grupos etários e das principais causas de óbito. **R. bras. Est. Pop.**, v.36, 1-23, 2019.
- TROVATO, F., LALU, N. M. Narrowing sex differences in life expectancy in the industrialized world: early 1970s to early 1990s. *Social Biology*, v.43, pp. 20-37.1996.

MORTALIDADE INFANTIL: PERCEPÇÕES DE GESTORES E PROFISSIONAIS ACERCA DAS AÇÕES E POLÍTICAS DE SAÚDE DIRECIONADA À MULHER E À CRIANÇA

Valéria de Oliveira Ambrósio¹; Vanessa de Almeida Guerra²; Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar³.

RESUMO

A mortalidade infantil é um indicador das condições de vida e de saúde de uma população, por expressar não somente causas biológicas, mas também determinações de ordem socioeconômica e ambiental e da saúde de mulheres e crianças, constituindo-se em um evento sentinela devido a sua evitabilidade. Objetivou analisar a percepção dos gestores e profissionais de saúde acerca das causas e possíveis ações de enfrentamento da mortalidade infantil direcionadas à população materno infantil, executadas na Atenção Primária à saúde. Metodologia: É um estudo descritivo de abordagem qualitativa, utilizando como método o estudo de caso. A coleta de dados foi realizada através de 21 entrevistas semiestruturadas, teve como unidade de análise os profissionais e gestores de saúde responsáveis pela atenção à saúde da mulher e da criança da Secretaria Municipal de Saúde. Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo segundo Bardin (2011). Os dados foram organizados em 3 categorias e 2 subcategorias. Os resultados mostraram o pouco conhecimento dos gestores e profissionais de saúde sobre as taxas de mortalidade infantil do município, a incipiente presença de discussão do assunto na gestão e nas unidades de atenção primária à saúde e a necessidade de uma aproximação entre o comitê de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal com os profissionais da atenção primária em saúde. Conclui-se que na percepção de gestores e profissionais de saúde da atenção primária, o óbito infantil é um evento distante do cotidiano profissional, que desconhecem as taxas do município e suas principais causas, por isso a discussão sobre o assunto é tão frágil. Foi observado a não apropriação deste indicador como instrumento de gestão em saúde, mas todos reconhecem a importância do mesmo.

DESCRITORES: Mortalidade Infantil; Atenção primária à saúde; Saúde materno-Infantil.

INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil é um importante indicador da saúde de mulheres e crianças, constituindo-se em um evento sentinela devido a sua evitabilidade. Ela relaciona-se aos determinantes biossocioculturais e assistenciais, e sua redução depende da melhoria efetiva nas condições de vida e de políticas públicas de saúde que impactem

¹ Mestre em Gestão de Serviço de Saúde/UFMG, Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE); valeria.ambrosio@gmail.com

² Doutora Faculdade de Saúde Pública/USP, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); vanessaalmeidaufmg@gmail.com.

³ Doutora Faculdade de Medicina/UFMG, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); regina.alpa@gmail.com

na assistência dessa parcela da população em todos os níveis de atenção. As falhas na atenção à saúde da mulher, no pré-natal, no parto e ao recém-nascido são relevantes na ocorrência dos óbitos em crianças (OLIVEIRA et al., 2017).

Além de atividades coletivas e individuais relacionadas diretamente ao cuidado, o desenvolvimento de ações de vigilância à saúde, tais como a investigação de óbitos, podem contribuir para melhor compreensão da cadeia de determinantes das mortes, especialmente aquelas que são evitáveis. A vigilância do óbito é apontada como um bom indicador de efetividade dos sistemas de saúde, com vistas à melhoria da qualidade das informações vitais e à promoção de reflexões sobre a assistência prestada (CALDAS et al., 2017).

Ao longo das duas últimas décadas o mundo teve uma substancial redução na taxa de mortalidade infantil. Em mais de 74 países a taxa de mortalidade em crianças decresceu para menos de um terço, porém, essa taxa continua alta em países de baixa renda. No Brasil, de 1990 a 2017 registrou-se redução histórica no total de mortes de crianças. Nesse período a taxa nacional caiu de 47,1 para 13,4 a cada um mil nascidos vivos. Além disso, entre 1996 e 2017, 827 mil vidas foram salvas. Queda também observada em Minas Gerais, que em 2006 apresentava taxa de 16,34 caindo para 11,43 por mil nascidos vivos em 2017 (BRASIL, 2017).

Estudos sobre a mortalidade na infância são imprescindíveis para análise do nível de saúde e avaliação do impacto evidenciados pelas intervenções e políticas de saúde voltadas para a atenção à saúde da criança e da mulher. Os resultados destes estudos, integrados à profissionais e gestores conscientes do papel que exercem nos níveis de saúde, aliados à vigilância epidemiológica dos óbitos, constroem um arcabouço minimizador do evento (PIZZO, 2010).

A percepção do óbito infantil pode acontecer de diversas formas na atenção à saúde e a sua compreensão está ligada a identificação das causas do óbito e dos seus fatores determinantes, permitindo uma abordagem mais apurada do ponto de vista clínico, além de subsidiar a gestão e o planejamento dos serviços de saúde (MALTA, 2007). Compreensão das circunstâncias de ocorrência dos óbitos, os fatores de risco e reorientação das políticas de saúde dirigidas à redução da mortalidade infantil são fatores primordiais na redução desta (ARAÚJO, 2012).

As reflexões acerca da mortalidade infantil, sua relação com as políticas de saúde envolvendo a gestão e intervenções na APS, bem como as possíveis relações com a evitabilidade do óbito infantil, têm acumulado preocupações que se estendem desde a gestão do serviço de saúde até a oferta de ações de promoção, recuperação da saúde, prevenção e cura de doenças.

Essas inquietudes perpassam pelo conhecimento dos gestores e profissionais de saúde sobre a realidade local da taxa de mortalidade infantil, processo de gestão e intervenções possíveis de evitá-la. Assim, pensa-se a respeito da contravertente entre disponibilidade de serviços de saúde, atendimentos e melhoria de condições sensíveis à APS e a redução do óbito infantil.

Nesse sentido, responder à questão “qual a percepção de gestores e profissionais de saúde diante da mortalidade infantil e sua relação com as ações e políticas direcionadas a população materno infantil?” trará possibilidades de intervenções específicas para este evento.

Existe uma carência de estudos que apontam a percepção dos gestores e profissionais de saúde sobre o tema, tornando de expressiva relevância conhecer e entender a percepção destes atores pela proximidade e por estarem envolvidos na condução e atendimento da mulher e da criança.

Assim, este estudo propôs explorar a percepção dos gestores e profissionais de saúde sobre o óbito infantil, a partir da atenção materno-infantil desenvolvida na atenção primária.

OBJETIVOS

Analisar a percepção dos gestores e profissionais de saúde acerca das causas e possíveis ações de enfrentamento da mortalidade infantil direcionadas à população materno-infantil, executadas na atenção primária à saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

A taxa de mortalidade infantil diminuiu consideravelmente nas três últimas décadas, esse fato é atribuído a priorização dada à saúde infantil na agenda política do país. Nesse período, as desigualdades regionais também diminuíram, assim como as disparidades sociais, embora em menor grau (CALDAS et al., 2017).

O Coeficiente de Mortalidade Infantil é um indicador de saúde tradicional bastante utilizado, que expressa a combinação de fatores contextuais, hereditários e fatores relacionados à atenção prestada à saúde materno-infantil. Reflete a situação de saúde e o desenvolvimento socioeconômico, além da eficácia das políticas públicas na área da saúde, educação, saneamento, geração e distribuição de renda. Crianças estão entre as mais vulneráveis diante dos determinantes sociais, de saúde, especialmente por limitações ao acesso a serviços primários, e são potencialmente sensíveis a melhorias na sua condição de saúde, a partir de investimentos nesse nível de atenção, com redução das internações hospitalares e da mortalidade (VICTORA et al., 2011; BRASIL, 2016).

A análise da Mortalidade Infantil permite entender o panorama de suas principais causas, contribuindo, assim, para a avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, sendo capaz de subsidiar o processo de planejamento, avaliação e gestão de políticas de saúde, principalmente nos aspectos relativos à atenção ao pré-natal, parto, saúde na infância, além dos fatores ambientais. Assim, acompanhar as taxas de mortalidade na infância representa uma oportunidade para o desenvolvimento de estratégias preventivas direcionadas à redução do risco de morte nessa faixa etária por meio de políticas públicas relacionadas à saúde materno-infantil (PINHEIRO, 2017).

O monitoramento das informações permite a análise da situação de saúde, aqui especificamente da saúde materno-infantil e das ações que estão sendo desenvolvidas para esse público, direcionando para onde a intervenção deve ser realizada mais efetivamente. Estudos revelam que mesmo quando a rotina e o número de consultas de pré-natal foram suficientes, ocorreram óbitos evitáveis, reafirmando a necessidade de rever as ações que estão sendo realizadas na atenção primária (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2014).

Esse monitoramento deve ocorrer em todos os âmbitos da atenção à saúde, mas os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CPMMIF) que fazem parte do sistema de vigilância epidemiológica e constituem um instrumento governamental e de controle social são os principais responsáveis em mobilizar parceiros e atuar em conjunto com outros setores públicos, visando o monitoramento destes óbitos, na busca de soluções (CARNEIRO, 2012).

Desenvolver políticas públicas que são um conjunto de programas, ações e atividades executadas pelo Estado diretamente ou indiretamente, com a participação de entes públicos ou privados, que visam ao bem-estar da sociedade e ao interesse público são fundamentais para esta intervenção. As políticas públicas correspondem a direitos assegurados constitucionalmente ou que se afirmam graças ao reconhecimento por parte da sociedade e/ou pelos poderes públicos enquanto novos direitos das pessoas, comunidades, coisas e outros materiais ou imateriais (LOPES, 2008).

O governo brasileiro tem como uma de suas prioridades, na área da saúde, as políticas públicas para atenção integral à saúde da mulher e da criança, tendo assumido em Conferências Internacionais, compromissos com a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como com a redução da morte materna e infantil. No entanto, ainda se faz necessário que as iniciativas governamentais tenham esforços coletivos e simultâneos para garantir a execução destas ações com a participação social efetiva, assim, assegurar-se-ia o exercício da cidadania das mulheres e das crianças (BRASIL, 2004).

O compromisso político dos gestores municipais são um dos principais fatores na redução da mortalidade infantil. Abraçar essa causa, fazer campanhas e reconhecer a importância de implantar medidas eficazes como: monitoramento, exames de pré-natal, incentivo ao aleitamento materno, diagnóstico e tratamento precoce das infecções respiratórias agudas, engajar os profissionais e comunidade nessas ações, entre outras, são primordiais para conseguir reduzir a taxa de mortalidade infantil (SOUSA, 2011).

Atuando nesses compromissos, o governo brasileiro mostrou grande interesse na redução da mortalidade infantil nas três últimas décadas. Essas ações, junto com a queda da fecundidade nesse período, contribuíram para o declínio no seu coeficiente. Entretanto, persistem óbitos infantis considerados evitáveis no país (VANDERLEI; NAVARRETE, 2013).

O Brasil é um país com alta desigualdade regional, social, o que dentre vários fatores, dificulta a gestão em saúde de forma que essa venha a ser equitativa. E mesmo com todos os desafios que a gestão enfrenta para implantação de cada política é possível ver os resultados satisfatórios e implementação de ações de gestão, de vigilância e assistência à saúde. O sistema brasileiro de saúde expressa-se pela diversidade de contextos regionais presentes no país e às distintas necessidades de saúde da população entre as regiões. Para atender a este sistema complexo propõe-se a instituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia de reestruturação e superação de um sistema fragmentado, com objetivo de assegurar aos usuários o conjunto de ações e serviços com efetividade e eficiência, uma atenção contínua e integral, devendo ser coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) (ARRUDA et al., 2015).

A APS apresenta-se como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada a responder, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, a maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção aos indivíduos e comunidades (PEREIRA, 2008).

A atenção materno-infantil em especial a assistência pré-natal de qualidade mostrou-se como forte aliada na luta contra a morbimortalidade materna, perinatal, neonatal e infantil.

O conhecimento na perspectiva do cuidado e de suas potencialidades acolhedoras provocam importantes reflexões e questionamentos a respeito da atuação dos profissionais da área da saúde da mulher e da criança. Isso posto, fica claro que a maior proximidade entre profissionais e gestantes é de extrema relevância para uma efetiva adesão dessas aos programas de saúde, favorecendo o vínculo e a humanização da assistência (VIEIRA et al., 2015).

Careti, Scarpelini e Furtado (2014) relatam o avanço ocorrido na organização dos serviços de saúde no Brasil e a relação desse com a saúde materno-infantil. Tais transformações incidem na redução significativa dos coeficientes de mortalidade infantil. O acesso aos serviços de saúde e às intervenções direcionadas a população materno-infantil, foram ampliadas, e implementadas medidas com enfoque prioritário para a vigilância da saúde das crianças de maior risco, tais como: promoção, proteção e recuperação da saúde nos primeiros anos de vida da criança, que são consideradas fundamentais para a redução da mortalidade e ocorrência do crescimento infantil adequado, fortalecimento do sistema de imunização, incentivo ao aumento da duração da amamentação e alimentação saudável.

A formação de redes ainda é um desafio para o SUS, pois elas devem ter como atributos a coordenação do cuidado na APS, organização dos pontos de atenção especializadas interligadas, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS. Capacitação dessa rede para que sejam capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e que forneçam uma resposta adequada, planejada a partir de uma vigilância em saúde pautada em um diagnóstico das necessidades de saúde do território (MENDES, 2011). Tudo isso aponta para uma APS fortalecida nas suas diversas necessidades, desde planejamento, gestão, capacitação dos profissionais até as condições materiais e de insumos.

Identificar a percepção conforme aponta Houaiss, (2015) como compreensão, faculdade de perceber ou como para Forgas (1971), que diz ser o processo de extrair informações dentro do contexto da necessidade geral, e a capacidade que o homem possui de se adaptar ao seu ambiente, para enfrentar com eficiência as exigências da vida, ou ainda como Penna (1997), que destaca ser conhecer os objetos e situações através dos sentidos, sendo que o ato implica a proximidade do objeto no tempo e no espaço, reforça ainda que objetos distantes no tempo não podem ser percebidos, podem ser evocados, imaginados ou pensados, mas nunca percebidos, no intuito de quem percebe compreende e entende aquilo que é vivenciado nos leva a considerar a percepção dos profissionais como processos de entendimentos e adaptações pelos quais esses mantêm contato cotidiano em seu ambiente de trabalho, construindo compreensões para delinear suas ações.

A compreensão e percepção do óbito infantil pode acontecer de diversas formas pelos atores que compõem a atenção à saúde. O entendimento do óbito infantil está ligado a compreensão das causas do óbito e dos seus fatores determinantes, permitindo uma abordagem mais acurada do ponto de vista clínico e, ainda, subsidiando a gestão e planejamento dos serviços de saúde (MALTA; DUARTE, 2007).

Compreender as circunstâncias de ocorrência dos óbitos, identificar os fatores de risco e reorientação das políticas de saúde dirigidas à redução da mortalidade infantil são fatores primordiais para redução dessa (ARAÚJO, 2012).

Para tanto, é necessária a vigilância do óbito infantil que é responsabilidade do município. A equipe do município deve envolver os profissionais da assistência com a participação de profissionais da atenção primária, referentes à assistência em saúde sexual e reprodutiva, de planejamento familiar, pré-natal, puerpério e atenção em saúde da criança e adolescente. Ressalta-se a importância da participação integrada dos setores de vigilância epidemiológica e dos setores responsáveis pela assistência à saúde (atenção primária, secundária e terciária), uma vez que os objetivos principais do trabalho não se restringem à melhoria das estatísticas vitais, mas também à qualidade e organização do cuidado à saúde (BRASIL, 2009).

MÉTODOS

Este estudo foi realizado numa abordagem qualitativa, com fins descritivos, a pesquisa qualitativa é considerada uma estratégia independente, na qual o pesquisador é o principal instrumento de investigação e o ambiente natural é a fonte direta dos dados. O foco da pesquisa qualitativa está no processo e não simplesmente nos resultados ou no produto. Esta abordagem é capaz de incorporar o significado e a intencionalidade ao ato, às relações e às estruturas sociais. Com o desejo de conhecer uma comunidade/organização, seus traços característicos, seus sujeitos, seus problemas, sua preparação para o trabalho e seus valores (MINAYO, 2014).

Foi utilizado como método o estudo de caso para entender as percepções de gestores e profissionais de saúde sobre as ações e políticas direcionadas à saúde da mulher e da criança, executadas na atenção primária relacionadas ao óbito infantil.

A pesquisa teve como unidade de análise um município de médio porte a partir da percepção dos profissionais e gestores de saúde, que trabalham na atenção à saúde da mulher e da criança na Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

O universo desta pesquisa foi composto pelos profissionais médicos e enfermeiros das 59 Estratégias de Saúde da Família (ESF) do citado município e pelos gestores envolvidos na temática da saúde materno-infantil, totalizando 140 médicos e enfermeiros e 3 gestores. Foram convidados a participar da pesquisa profissionais das nove regiões sanitárias do município. Participaram enfermeiro e médico que atenderam os seguintes critérios: trabalhar na ESF há pelo menos um ano e atuar em ações voltadas ao público materno-infantil.

Os sujeitos da presente pesquisa foram escolhidos de maneira não probabilística, por acessibilidade e intencionalidade. Para a seleção dos profissionais foi necessário considerar a divisão por região sanitária do município, fazer o levantamento dos profissionais que atendiam os critérios de seleção e posterior convite para a participação na pesquisa.

Para atingir os objetivos da pesquisa foi utilizada entrevistas semiestruturadas, como técnica de coleta de dados, objetivando a compreensão detalhada das atitudes e comportamentos dos entrevistados, no contexto das atividades exercidas na atenção à saúde da mulher e da criança. As entrevistas tiveram como objetivo a compreensão detalhada das percepções dos profissionais e gestores de saúde a respeito do tema. Foi utilizado um roteiro semiestruturado, elaborado previamente a partir de estudos do referencial teórico que compõe esta pesquisa, atentando para os objetivos propostos.

Após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (CEP-Univale), sob o número 3.403.792 e declaração de Autorização da Instituição, foram realizados os encaminhamentos necessários para seleção dos possíveis participantes, que foram contatados e agendado dia, horário e local para a apresentação da proposta de pesquisa. No encontro foi explicado os objetivos da pesquisa, enfatizando o caráter voluntário, a segurança da confidencialidade das respostas, o direito de não identificação e a importância do estudo para a melhoria da implementação das políticas públicas. Ao agendar a entrevista foi reforçado que a pesquisa não interferiria no funcionamento das atividades nas unidades de saúde e nem nos serviços prestados pelos profissionais. Após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), duas cópias foram assinadas, ficando uma de posse do entrevistado e a outra da pesquisadora.

Os dados coletados dos roteiros das entrevistas serão armazenados durante 5 anos em locais seguros sob a responsabilidade da professora orientadora da pesquisa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme as resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 510/2016 (BRASIL, 2016) e CNS 580/2018 (BRASIL, 2018).

Os dados coletados foram trabalhados a partir da análise de conteúdo, que se baseia na análise de mensagens embutidas em textos, nas quais seus significados são considerados como elementos de compreensão, mapeando, tanto a sua objetividade, quanto subjetividade. Para Bardin (2011), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Assim, a técnica buscou, através da sistematização, elucidar conhecimentos embutidos nas mensagens advindas da interação entre os pares, ultrapassar o alcance meramente descritivo das técnicas quantitativas, para atingir interpretações mais profundas com base na inferência, nas características do texto, nas causas ou antecedentes das mensagens, nos efeitos da comunicação.

Tal processo seguiu os cinco passos propostos por Bardin (2011), a saber: os discursos coletados foram, inicialmente, gravados e transcritos mantendo-se a forma original de expressão dos respondentes. Na pré-análise, foi realizada uma leitura flutuante, disposição das respostas em tabelas segundo os questionamentos, a partir da qual emergiu impressões e orientações, de forma a identificar as grandes categorias discursivas abordadas pelos respondentes, surgindo a princípio cinco grandes categorias.

Para facilitar a compreensão da pré-análise e construção das categorias e subcategorias, foram organizadas a partir das falas dos entrevistados três nuvens de palavra, utilizando o site (<https://www.wordclouds.com/>), onde pode ser evidenciadas as palavras mais mencionadas pelos entrevistados em cada categoria, essa nuvem compôs e ajudou na percepção do entrevistador quanto aos temas mais relevantes, além de permitir avaliar a apropriação do conteúdo pelos entrevistados.

As leituras exaustivas para a organização e sistematização dos conteúdos, permitiram o agrupamento dos mesmos em grandes categorias, que após o refinamento chegou a três categoria e duas subcategorias finais.

A partir das análises dos conteúdos das falas dos sujeitos, reunidas por categorias e subcategorias, identificadas por unidades de significados, foi realizada a análise e interpretação dos dados, o que possibilitou a descrição dos resultados e significados dos conteúdos.

Os textos não sofreram correções linguísticas, preservado o caráter espontâneo dos discursos. Esses foram pontos de partida para a análise, sejam elas verbais, figurativas, gestuais ou diretamente provocados, e expressam um significado ou um sentido para os sujeitos respondentes (FRANCO, 2007).

RESULTADOS

A amostra constituiu de 21 entrevistados, composta por 3 gestores e 18 profissionais de saúde que atuam na atenção primária em regiões e localizações com coordenadas diferentes. Todas as 3 gestoras entrevistadas, duas enfermeiras e uma médica, tinham período de, pelo menos, um ano de atuação na gestão da atenção à saúde do município, possuindo, assim, experiência e atuação na APS, porém, sem formação específica em gestão pública.

Os demais profissionais entrevistados atuam na APS em Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo um médico e um enfermeiro de cada uma das nove regiões de saúde, constituindo um grupo de 18 profissionais.

Dentre os profissionais de saúde da atenção primária entrevistados, 8 são do sexo masculino e 10 do sexo feminino, com média de tempo de atuação na atual estratégia de saúde de 2,3 anos, sendo que 8 possuem especialização em Saúde da família ou estão cursando residência em saúde e comunidade. Desses, 3 estavam em seu primeiro trabalho, 4 tinham experiência em outros níveis de atenção e 11 já tinham trabalhado em outras unidades de ESF. Foi observado uma rotatividade grande especialmente com os profissionais médicos, vindo de outros municípios para o programa de residência em saúde e comunidade. Também há uma rotatividade entre as estratégias de saúde da família dentro do próprio município.

As categorias e subcategorias foram construídas utilizando as etapas propostas por Bardin (2011), conforme descritas na metodologia associada a nuvem de palavras que é um método de agrupamento e organização gráfica das palavras em função da sua frequência. Foi agrupado os temas da pesquisa, formando três blocos de respostas e criando uma nuvem de palavras para cada um deles.

As nuvens de palavras fortaleceram as impressões e firmaram a identificação das três categorias e das duas subcategorias que compõem a pesquisa. Além de contribuir no levantamento das falas mais expressivas para a discussão.

Figura 1 - Nuvem de Palavras. Bloco 1: discussão sobre a mortalidade infantil e conhecimento das taxas em Governador Valadares/MG.



Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Figura 2 - Nuvem de Palavras. Bloco 2: conhecimento, presença e/ou ausência de políticas voltadas para a saúde materno infantil em Governador Valadares/MG.



Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Figura 3 - Nuvem de Palavras. Bloco 3: atenção à saúde na atenção primária que contribuem na redução do óbito infantil em Governador Valadares/MG.



Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Em relação aos discursos sobre a percepção da mortalidade infantil emergiram três categorias sendo: Categoria 1 - Vigilância do óbito; Categoria 2 - Políticas Públicas de Saúde materno- infantil e, nesta surgiram 2 subcategorias Fragilidade da Rede de Atenção e Intersetorialidade e Categoria 3 - Atenção à saúde da Mulher e da Criança. As entrevistas das três gestoras foram identificadas com a letra (G) formaram um áudio de 1h05min. e 14 laudas de transcrições. Os 18 profissionais de saúde da atenção primária foram identificados com as letras (PS), sendo constituídos 3h56min. de áudio e 64 laudas de transcrições. Foi possível observar que o assunto não era de domínio e de interesse dos entrevistados e não fazia parte do cotidiano deles, pois as entrevistas, mesmo com estímulo da pesquisadora, eram curtas, repetitivas e cheias de questionamentos.

Foi observado durante as entrevistas a falta de domínio sobre o tema e a pouca percepção, mostrando o distanciamento sobre o tema pelos atores da pesquisa. Alguns momentos era até constrangedor o silêncio e a resposta em forma de pergunta para o pesquisador, como se estivéssemos falando de um assunto longe da realidade de cada um.

A Vigilância do óbito infantil, primeira categoria, é descrita como um bom indicador de efetividade dos sistemas de saúde, com vistas à promoção de reflexões para trabalhadores e gestores sobre a assistência prestada às mulheres e crianças (CALDAS et al., 2017).

Considerando a frequências entre as respostas, foi possível identificar o valor dado à discussão voltado principalmente para identificação dos motivos (causas) que levaram ao óbito, com o olhar de que sabendo a causa é possível evitar novos casos. O reconhecimento da mortalidade infantil como um bom indicador epidemiológico, a identificação da evitabilidade do óbito, e a preocupação com a não discussão na gestão e nas unidades.

Questionados aos gestores sobre a importância e existência da discussão sobre mortalidade infantil, verificamos que pouco se tem discutido:

“Eu vejo muito pouco, (discussão da mortalidade infantil) mas eu percebo que a epidemiologia é mais preocupada com isto, eles têm o comitê de mortalidade materno-infantil, isto é trabalhado lá, mas assim nós aqui na coordenação ouvimos pouco, pior ainda na ponta, quase não se fala.”(G1)

A discussão natural e cotidiana para mobilizar a favor dessa causa, fazer campanhas e reconhecer a importância de implantar medidas eficazes como: acompanhamento da criança durante os primeiros anos de vida, realização do pré-natal, incentivar o aleitamento materno, detecção e tratamento precoce das patologias próprias da infância, engajar os profissionais e comunidade nessas ações, entre outras, são primordiais na redução da taxa de mortalidade infantil (VICTORA et al., 2011; SILVA et al., 2014; BRASIL, 2016a).

Os discursos vistos acima contradizem os achados de Pinheiro (2017) e França et al. (2017), eles apontam que a discussão da mortalidade infantil permite entender o panorama e as principais causas do óbito, sendo oportunidade para subsidiar o processo de gestão em saúde, possibilitando a avaliação da assistência à saúde prestada e das condições de desenvolvimento sócio econômicas de uma população. Sobre a importância e existência da discussão do óbito infantil, nota-se que as falas dos profissionais de saúde da atenção primária não se diferem muito da gestão, eles reconhecem a importância da discussão, contudo, essa acontece muito pouco e

quando acontece está ligada a um episódio de óbito na área de abrangência. Veja-se:

Quando a gente tem óbitos de criança, ai sim.” (PS2

“Acho importantíssimo, a gente tem que analisar onde está ocorrendo as falhas para tentar capacitar os profissionais no sentido de não ocorrerem estas falhas né, ou seja e pesquisar a mortalidade infantil, tipo assim o que está acontecendo, os médicos estão cometendo erro no pré-natal? Estão ocorrendo erro no trabalho de parto?” (PS1)

“Não, dentro aqui da unidade não, e nem entre os profissionais da área, muito pouco.” (PS18)

Segundo Careti (2015), discutir e construir uma percepção da mortalidade infantil facilita a prática de ações concretas na atenção à saúde materno-infantil por parte de gestores e profissionais da atenção primária, impactando diretamente no óbito infantil. É preocupante identificar que a discussão de um evento dessa magnitude não está presente na rotina da gestão da atenção à saúde e na atenção primária que é a porta de entrada da rede. Por isso, a vigilância do óbito infantil deve acontecer em todas as instâncias de saúde, não devendo ser responsabilidade de um setor específico (CARNEIRO, 2012). Careti, Scarpelini e Furtado (2014) apontam que os profissionais da atenção primária precisam ser capacitados para a investigação do óbito infantil, a fim de que se possa melhorar a atenção materno-infantil, impactando na redução desse evento. Oferecer visibilidade a essa situação, constitui-se em importante passo com vistas à tomada de decisões (VICTORA et al., 2011; LAWN et al., 2011; BRASIL, 2012; ALMEIDA et al., 2015).

A discussão do óbito infantil e o conhecimento das taxas locais são essenciais no planejamento de ações, buscando através das perdas aprendizados que impactem na atenção à saúde, para que novos óbitos não venham a acontecer, fazendo com que a morte não seja um fim, mas um evento sentinela. Os atores desta pesquisa se mostraram desconhecedores das taxas e das causas dos óbitos, mas muito interessados a aprender, por vezes até preocupados com o desconhecimento presente:

“Eu ousou falar que é alta (Taxa de Mortalidade Infantil) porque isto está ligado mais ao hospital, porque é lá que as pessoas morrem, os partos são feitos lá, eu não sei dizer para você quanto é, é pouco divulgado, é pouco discutido e pouco divulgado.” (G1)

“Acho que vem crescendo muito a taxa de mortalidade, porque antigamente não tinha muita morte de recém-nascido agora tem. Aqui teve um óbito recente agora de 15 dias, mas não passaram pra gente o que foi.” (PS6)

Conhecer, discutir e fazer o planejamento de intervenções de saúde, a partir deste indicador, deveria ser uma ação básica para todo gestor e profissional de saúde, contradizendo as falas acima em que estes atores declaram abertamente não saber e nem utilizar este indicador no planejamento e implementação da assistência em saúde.

Pinheiro (2017) e França et al. (2017) destacam que este indicador permite analisar e entender o panorama de suas principais causas, contribuindo assim com a avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, sendo capaz de subsidiar o processo de planejamento, o desenvolvimento de

estratégias preventivas, avaliação e gestão de políticas de saúde, principalmente nos aspectos relativos à atenção ao pré-natal, parto, saúde na infância, além dos fatores ambientais.

A segunda categoria Políticas Públicas de Saúde Materno-Infantil foi trabalhada juntamente com as subcategorias, fragilidade da rede de atenção e intersetorialidade. As políticas de saúde materno-infantil mais enfatizadas foram relacionadas ao pré-natal, capacitação, educação em saúde, puericultura, fortalecimento da rede de atenção e a intersetorialidade.

A gestão de saúde é essencial para o enfrentamento da mortalidade infantil para articulação e execução de um conjunto de ações das diferentes esferas de governo, bem como para qualificar a atenção obstétrica, neonatal e infantil que não pode prescindir da atuação da sociedade civil organizada (BRASIL, 2004).

A proposição de políticas de saúde voltadas a atenção materno-infantil, a organização financeira, a manutenção material e de pessoal, a capacitação dos profissionais, estão na responsabilidade da gestão em saúde do município, em seus diversos níveis da rede, desde o secretário de saúde até aos coordenadores, gerentes, chefes de equipes e profissionais de saúde atuantes na atenção primária. Ao serem questionadas sobre as políticas de saúde já implantadas e as que precisam ser implantadas que contribuem na redução do óbito infantil, as gestoras relatam:

“Na verdade nós implantamos uma referência técnica de saúde da mulher eu acho que demos um passo a mais. Uma pessoa responsável para trabalhar, a assistência a mulher, a criança.” (G2)

As gestoras posicionaram apontando as ações que implantaram ou que estão implantando, enfatizam a capacitação, a construção de protocolos e a inserção do gerente nas unidades de atenção primária, corroborando com Machado (2013) que explicita que dentre as funções dos gestores da atenção primária está a de estimular, viabilizar a capacitação e educação permanente dos profissionais e das equipes.

Em alguns momentos, os profissionais de saúde lotados na atenção primária demonstram pouco conhecimento sobre o que é política de saúde. Quando questionados sobre o tema, se confundem, e às vezes respondem com as ações que fazem sem relacioná-las com uma política. Como observa-se:

“Políticas como assim?”(PS2)

“Então assim essas políticas acho que tem que ser mais divulgadas.” (PS1)

A necessidade de conhecer, de empoderar, de colocar-se como proponente e implementador das políticas de saúde muitas vezes esbarra no desconhecimento conceitual e prático dessas. Pinheiro, Ceccim e Mattos (2006) confirmam a necessidade de conhecimento do profissional da atenção básica sobre as políticas de saúde e destacam que as iniciativas nas políticas de saúde fazem com que os profissionais formados com essas informações adquiram, frequentemente, uma postura de compromisso em sua atuação com as necessidades locais e de um novo desenho técnico assistencial, comprometido com a integralidade. Ao citar as políticas de saúde materno-infantil, os profissionais de saúde não só destacam em suas falas as conquistas, mas também o que ainda tem que construir a partir de políticas locais que melhorem a infraestrutura, os recursos humanos e fortaleçam a rede de atenção à saúde.

“Apresentar o número que está no nosso município, até hoje eu não sei, então é uma falha que está apresentando, qual é a faixa etária mais provável, qual é a causa mais provável, e fazer capacitações pra diminuir mais isto (mortalidade infantil) [...]” (PS2)

Todas essas questões citadas nas falas acima transcritas são retratadas na PNAB 2017, não só como atribuição da gestão local, mas também das outras esferas governamentais, com o fim de subsidiar e dar condição de funcionamento da atenção primária, garantindo a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das unidades básicas de saúde, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, equipe multiprofissional capacitada e boa comunicação da rede (BRASIL, 2017d).

Na subcategoria Fragilidade da Rede de Atenção a criação de rede interligada com a finalidade de intervir na fragmentação do sistema de saúde é essencial para fortalecer a atenção materno-infantil. Os atores desta pesquisa apontam para a necessidade de atuação em rede e que suas falhas dificultam a redução do óbito infantil, conforme veremos abaixo:

“Eu acho que aquele feedback a contrarreferência quando a gente encaminha para o especialista, a gente não tem esse retorno, então a gente está faltando muito isto, interligar a nossa rede da atenção primária, da atenção secundária, dos ambulatórios, das outras especialidades.” (PS8)

Mendes (2011) e Arruda et al. (2015) apontam para a necessidade da instituição das redes de atenção à saúde como estratégias de reestruturação do sistema, no sentido de melhorar a efetividade e eficiência das intervenções prestadas ao usuário, no entanto, a comunicação dessa rede tem que estar fortalecida, e a APS estruturada e capacitada para coordená-la. A não resposta da rede, a dificuldade de encaminhamentos e de *feedback* apontadas pelos entrevistados, o pouco conhecimentos sobre os pontos da rede, a interação principalmente com o departamento de Vigilância em Saúde e das informações construídas pelo comitê impactam de forma negativa na prevenção do óbito infantil.

Dessa forma o fortalecimento da APS com a integração de ações de vigilância em saúde se tornam importante e urgente, para o enfrentamento do óbito infantil por proporcionar a melhoria dos processos de trabalho com vistas à eficiência, efetividade e qualidade das ações propostas.

A intersectorialidade foi citada por alguns dos entrevistados como políticas de saúde, fundamental para a redução da mortalidade infantil, visto que essa reflete a situação de saúde e desenvolvimento socioeconômico, além da eficácia das políticas públicas na área da saúde, educação, saneamento, geração e distribuição de renda.

“[...] talvez uma outra política seja a bolsa família que a mãe tem que pesar a criança, tem que mostrar que a criança está indo na escola, [...]” (PS1)

“Envolve esta população que não tem acesso à educação adequada, questão social, cultural, não tem acesso a isto que faz com ele pense diferente.” (G2)

Corroborando com a fala dos entrevistados, a saúde é um complexo equilíbrio de condições biológicas, fisiológicas e mentais, a todo esse complexo não se pode associar apenas uma boa qualidade da assistência. São fundamentais a integração

intersetorial e a articulação de políticas públicas universais, tais como a representada pela relação entre o programa bolsa família com atenção primária à saúde, às condições de saneamento básico e ao desenvolvimento global do indivíduo (RASELLA et al., 2013; BRASIL, 2015a).

A categoria Atenção à saúde da mulher e da criança evidencia o que tem sido feito e ao mesmo tempo o que precisa melhorar na atenção primária para redução do óbito infantil nas microáreas e, conseqüentemente, no município. Pré-natal, educação em saúde, planejamento familiar, busca ativa, detecção e tratamento da sífilis, a participação da família, participação da comunidade, entre outras ações foram analisadas nesta categoria.

Na percepção dos gestores, as ações que contribuem na redução do óbito infantil foram variadas, conforme observa-se abaixo:

“Então a gente buscou agora a implantação de duas unidades que vão funcionar em horários estendidos [...] a gente está fazendo consciência também com os agentes, começou também este mês, uma capacitação com todos os agentes.” (G3)

Pizzo (2010), reforça as percepções dos gestores em relação à expansão da rede, o aprimoramento das ações relacionadas à saúde reprodutiva, pré-natal e puericultura, na organização da assistência. Luz, Aquino e Medina (2018) destacam, assim como um dos gestores, a percepção do funcionamento de horários estendidos para garantir maior adesão ao pré-natal, aumentar a satisfação das gestantes e favorecer a continuidade do acompanhamento. A descentralização do Benzetacil, citada mais de uma vez por gestores e profissionais de saúde como ação que contribui na redução da mortalidade infantil, justifica-se pelo momento preocupante que o município vive em relação a sífilis congênita e suas implicações. O Benzetacil é o tratamento estipulado pelo MS como efetivo para a sífilis em gestante e a prevenção da sífilis congênita, sendo, ainda, importante na redução do óbito infantil. Essa ação vem sendo pensada há um longo período, mas sofre resistência dos profissionais da atenção primária, médicos e principalmente da enfermagem.

Quanto a capacitação dos profissionais, referida por gestores e profissionais da atenção primária, Campos et al. (2019) confirmam que em busca de um modelo assistencial que atendesse às necessidades sociais em saúde, a capacitação dos profissionais, em especial aqueles que estão inseridos na atenção primária, que é preferencialmente a porta de entrada da rede, é uma estratégia para as mudanças necessárias, pois busca profissionais capazes de atuar criticamente em relação à realidade, transformando-a.

Entre as ações que executam e que são importantes na redução do óbito, os profissionais de saúde enfatizam a realização do pré-natal de qualidade:

“[...] então a gente dá uma assistência muito grande na questão do pré-natal, não só nós mas as ACS, fazem busca ativa caso alguma venha a faltar na consulta agendada, a gente vai atrás pra saber porque que faltou, a enfermeira também está sempre atenta para a questão[...].” (PS8)

A busca por um pré-natal de qualidade está entre as ações mais citadas por artigos, documentos governamentais e profissionais, como essencial para a redução da mortalidade infantil, visto que a detecção precoce de alterações facilita o tratamento e previne possíveis desfechos desfavoráveis.

Como evidenciaram Beeckman, Louckx e Putman (2011), Brasil (2012), Vieira et al. (2015), Luz; Aquino; Medina (2018) para que se obtenham bons resultados no desfecho da gestação, a qualidade do pré-natal é fundamental.

Apesar das falas afirmando a qualidade da assistência pré-natal os profissionais não relatam de que forma chegaram a esse posicionamento, o que demonstra a necessidade de uma avaliação, reflexiva e crítica das ações desenvolvidas no cotidiano dos processos de trabalho. Cunha et al. (2019) afirma que na análise da atenção ao pré-natal deve-se utilizar três aspectos: acesso e utilização dos serviços; qualidade da atenção; e desfechos do pré-natal, esses devem estar muito bem fundamentados e registrados.

Por seu turno, Careti, Scarpelini e Fortunado (2014) revelam que mesmo quando a rotina e o número de consultas de pré-natal foram suficientes, ocorreram óbitos evitáveis, reafirmando a necessidade de rever as ações que estão sendo realizada na atenção primária, isso nos leva a atentar às falas dos profissionais que alegam fazer um pré-natal de qualidade, mas não descrevem os parâmetros que estão se respaldando para classificá-los como tal e quando citam algo para destacar a qualidade, não falam do desfecho do mesmo.

A educação em saúde, grupos operativos, orientações, palestras, trabalho em equipe, consultas alternadas médico e enfermeiro, foram citados como parte do pré-natal e como fator de qualidade:

“Assim acompanhamento integral do paciente, desde a gestante, a gente sempre faz grupos aqui mensal de puericultura e de pré-natal, a gente sempre orienta mulheres que estão querendo engravidar, nos procurar antes de estar grávida, pra gente fazer o aconselhamento, olhar a questão de vacina, olhar de exames, e as mulheres que já chegam grávidas a gente dá o máximo de assistência.” (PS8)

Vale ressaltar que na atenção primária as ações de educação em saúde são inerentes ao processo de trabalho das equipes. Contudo, para realizar educação em saúde é necessário permitir-se compartilhar vivências, experiências, sentimentos e percepções e, ainda, perceber a criança como um ser único, em processo de crescimento, desenvolvimento e descoberta do mundo e das relações com o outro, situação vivenciada durante o grupo de gestantes, nas visitas ao lar, nas consultas de puericultura e em outros momentos (XIMENES NETO et al., 2011). Os processos de trabalho na atenção primária, a educação em saúde e outros fatores como a falta de recurso material e de tempo foram citados como fatores de fragilidades na atenção à gestante e a criança:

“[...] faltar as coisas, se a gente vai fazer um projeto de educação em saúde, tudo isto tem que sair da gente com recurso nosso, [...]” (PS11)

A organização da agenda de trabalho priorizando o atendimento à gestante e criança faz parte do planejamento da unidade de saúde, devendo ser estruturado de forma a disponibilizar o tempo necessário para essas atividades. Quanto ao material, é função da gestão a manutenção das unidades provendo material e pessoal necessário, conforme citado na PNAB 2017 (BRASIL, 2017d).

Em relação à puericultura, alguns profissionais a cita como ações planejadas e executadas, essas são fundamentais na atenção à saúde da criança:

“É primeiro a educação em saúde, orientar desde a escola, até aqui dentro da unidade, em alguma área do bairro, é... a puericultura, a busca ativa pelas crianças, a gente tem arquivo[...]” (PS20).

Abel e Ferrari (2008) descrevem que a puericultura tem comprovado efeito na redução da mortalidade infantil, dentre as quais a atenção ao recém-nascido, o incentivo ao aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, a imunização, a prevenção e o controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas, visando aumentar a capacidade de resolução dos serviços na atenção à criança.

Após apresentar as ações que estão realizando que impactam na mortalidade infantil, foi questionado, na percepção dos profissionais, o que ainda falta ser implementado. Muita coisa foi levantada, como: capacitação, estrutura física e insumos materiais, trabalho em equipe, discussão e apresentação dos dados e outros já discutidos anteriormente, conforme se comprova:

“Eu acho que o que está precisando é a equipe toda mobilizar mesmo, pra poder capacitar, na verdade fazer uma educação em saúde para estas mulheres, porque fica ainda a desejar de um ou outro profissional, geralmente é o enfermeiro, o nutricionista que está sempre falando e os outros profissionais ficam mais lá perto, e o vacinador também ele ajuda bastante.” (PS2)

A integralidade é um dos princípios constitucionais do SUS associado a universalidade do acesso, a equidade das ofertas em saúde e a participação da comunidade, modificando os modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde. De acordo com esse princípio, o sujeito passa a ser percebido de forma integral e ocorre a incorporação de ações de promoção, prevenção e articulação com ações curativas e reabilitadoras (BRASIL, 1990).

Outra coisa relevante a ser registrada é a necessidade da divulgação e discussão dos dados de mortalidade infantil com os profissionais da atenção primária:

“Mas eu acho realmente, igual eu não sabia o dado, acho que não é muito debatido assim, não tem muita coisa sobre isto[...]” (PS5)

A maior proximidade entre o comitê e a atenção primária, a divulgação das informações, o sentido de pertencimento dos profissionais de saúde da atenção primária com o comitê e a vigilância em saúde são fatores primordiais para planejar uma assistência efetiva. Esse monitoramento deve ocorrer em todos os âmbitos da atenção à saúde, mas os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, que fazem parte do sistema de vigilância epidemiológica e constituem um instrumento governamental e de controle social, são os principais responsáveis em mobilizar parceiros e atuar em conjunto com outros setores públicos, visando o monitoramento destes óbitos, na busca de soluções para os mesmos (CARNEIRO, 2012). O CPMMIF precisa ter iniciativa e mudar esta realidade percebida por gestores e profissionais de saúde atores deste estudo.

O planejamento familiar foi pouco lembrado, tanto como ação realizada ou como ação a ser melhor trabalhada, apesar de ser fundamental na redução do óbito infantil:

“[...]planejamento familiar melhor. [...]fazer são estes grupos operacionais funcionar.” (PS9)

Vieira et al. (2015), amparado no documento da ONU, Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, que propõe o comprometimento de acelerar os progressos alcançados até o momento na redução da mortalidade neonatal, infantil e materna, dando um fim a todas essas mortes evitáveis antes de 2030, destacam que é preciso empenhar na garantia do acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive, planejamento familiar.

É preciso compreender que a prevenção da mortalidade infantil deve ocorrer mesmo antes da gestação, com um planejamento familiar eficaz, no qual o casal pode ser avaliado e aconselhado para a concepção.

Destacamos, ainda, a participação da comunidade como condição importante ao atendimento da saúde da mulher e da criança. A participação social é atributo imprescindível da APS, por sua capacidade de construir corresponsabilidades de um fazer em saúde comprometido com o contexto e as exigências locais (BISPO; MARTINS, 2014).

Os entrevistados apontam sobre as dificuldades e pouca participação da comunidade em grupos, palestras e ações de prevenção:

“Ai tem a questão que todas as ações que são preventivas o povo ainda não gosta. Comparecem, mas muito pouco, poderia vir muito mais, eles gostam de vir quando estão passando mal, [...]” (PS6)

Os entrevistados demonstram frustrações em relação a participação da comunidade às ações de educação em saúde, no entanto, Bispo e Martins (2014) afirmam que as frustrações percebidas nas iniciativas de participação da comunidade são, em parte, decorrentes de expectativas irreais, pois ainda vivencia-se um modelo biomédico e utilitarista de intervenção.

A medida que se reduz o número de óbito infantil, aumenta-se a complexidade das ações para o enfrentamento do evento. Conhecer a percepção dos gestores e profissionais de saúde pode dar subsídio para melhoria da atenção e construção de políticas de saúde, mesmo que este estudo tenha ocorrido de forma focal em um município de médio porte, a realidade desse não difere da maioria do país.

CONCLUSÃO

O óbito infantil permanece sendo um problema de saúde pública, um indicador das condições socioeconômicas da população e da qualidade da assistência à saúde prestada à população. Apesar da queda na taxa de mortalidade infantil no Brasil, nas últimas décadas, por diversos fatores, esta tendência sofreu uma inversão a partir de 2017.

O estudo demonstrou que pouco se discute, tanto no âmbito da gestão da atenção primária quanto nas unidades de saúde, sobre o óbito infantil. Não se trabalha o indicador, as causas e as formas de prevenir novos óbitos. Gestores e profissionais de saúde percebem a mortalidade infantil como um indicador importante, que não está inserido nas discussões do cotidiano deles, apontam não conhecer as taxas, que a discussão do referido assunto é comum na epidemiologia e nos Comitês de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal, afirmam, ainda, que os dados não são frequentemente divulgados por quem os constrói.

A atenção primária em saúde com seus princípios organizativos de acessibilidade, coordenação, vínculo e continuidade do cuidado mostra-se distante de um evento que deveria ser trabalhado enfaticamente, já que a taxa de mortalidade infantil é um

indicador da qualidade de vida de uma população e também da efetividade da assistência prestada a esta população.

Gestores e profissionais de saúde apontam a capacitação, o pré-natal, a puericultura, educação em saúde, controle da sífilis, como ações importantes na redução do óbito infantil, porém, afirmam que há necessidade de melhorar e, às vezes, questionam se a qualidade das ações desenvolvidas na atenção primária é suficiente para impactar na redução do óbito infantil.

As políticas públicas voltadas ao público materno-infantil foram citadas de forma superficial, mostrando desconhecimento, em especial pelos profissionais da atenção primária, sobre o que é política pública e qual a atribuição destes profissionais em transformar essas políticas em ações e em buscar propor novas políticas a partir da realidade local.

Fica evidente nas respostas que assim como não têm conhecimento das taxas de óbito infantil e seus desdobramentos, também se têm dificuldades em relacionar os determinantes para o declínio da mortalidade infantil, ficando repetitivo que as ações necessárias são os pré-natais de qualidade, o que eles afirmam fazer, relatando, ao mesmo tempo, a necessidade de capacitação sobre o tema. Relatam ainda a puericultura, enfatizando as ações do quinto dia, bem como a visita puerperal precoce. Contudo, relatam dificuldades para realizar essas ações, como falta de adesão da população e necessidade de treinamento em puericultura.

A adesão da comunidade nas ações de prevenção e grupos operativos são relatadas como fator dificultador na redução do óbito infantil, na qualidade do pré-natal, na detecção e na intervenção precoce em eventos que possam desencadear o óbito infantil. A corresponsabilização da população é fundamental, para que ações de promoção à saúde e prevenção de doença tenham êxito, no entanto, isso não é observado nas unidades básicas.

Os entrevistados reconhecem a importância da participação da atenção primária mais efetivamente no comitê e da necessidade de trabalhar juntos, e que a comunicação entre os setores precisa ser mais efetiva e rotineira. Ainda, destacam a importância da implementação da atenção à saúde da mulher e da criança em todos os aspectos e que essas ações na atenção primária são fundamentais na redução da mortalidade desta parcela da população.

Os profissionais de saúde percebem a mortalidade infantil como um evento que está distante deles, que não acontece na área adscrita da equipe na qual estão inseridos e, por isso, não ocorre com frequência a discussão deste evento. Sabem descrever ações que executam que consideram importantes para a redução do óbito infantil e reconhecem que algumas precisam ser melhor trabalhadas, que necessitam de estudar o assunto, aprimorando o conhecimento. Percebe-se, então, que existe um distanciamento entre a vigilância epidemiológica e a atenção primária em relação à divulgação e à discussão do óbito infantil, que esse distanciamento leva os gestores e profissionais de saúde não trabalhar este indicador de forma mais eficaz para o fortalecimento da assistência materno-infantil.

Mostra-se necessário que o Comitê de Prevenção de Mortalidade Materno, Infantil e Fetal esteja mais presente na atenção primária, que se responsabilize em mobilizar a rede de atenção à saúde sobre o tema, visando à vigilância e o monitoramento destes óbitos, identificando os fatores de evitabilidade; avaliando a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher e à criança, e subsidiando as políticas públicas para elaborar propostas de medidas de intervenção factíveis na redução destes óbitos.

Este estudo apresentou limitações como o pouco conhecimento dos entrevistados sobre o tema, o que levou a entrevistas pouco densas e com pouco envolvimento e a falta de motivação do entrevistado para responder as perguntas por não se tratar de um tema do cotidiano.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Como produtos alcançados durante o estudo destacamos a reunião com a Diretora do Departamento de Atenção à Saúde e coordenadores para apresentação do projeto e sensibilização sobre o tema, oportunizando o reconhecimento da necessidade da discussão na gestão da atenção primária sobre a mortalidade infantil e a utilização das informações geradas como subsídio para a tomada de decisões.

Apresentação e discussão dos dados de mortalidade infantil no município com cada entrevistado após entrevista, permitindo que os entrevistados ao tomar posse dos dados reconhecessem o óbito infantil como problema local e trouxessem a discussão do mesmo para a equipe.

Como produto proposto temos: Construção de estratégias para sistematização da apresentação e discussão dos dados da mortalidade infantil com gestores e profissionais da atenção primária à saúde. Com o objetivo de em posse das informações gestores e profissionais utilizem destas para planejamento de ações, construção de políticas públicas voltadas ao público materno-infantil e realizem intervenções específicas para a redução da mortalidade infantil.

Formalização de sugestão de realização pelo Comitê de Prevenção de Mortalidade Materno Infantil e Fetal (CPMMIF) do geoprocessamento dos óbitos infantis semestralmente e apresentação desse em reunião para a atenção primária e gestores municipais. Objetivando o reconhecimento da região de saúde onde ocorre o óbito, permitindo realização de intervenção específica para o local da ocorrência.

Construção dentro do portal da saúde um link onde disponibilize os relatórios semestrais e anuais do CPMMIF para acesso universal para que profissionais e comunidade tenham conhecimento dos dados do município.

Encaminhamento em reunião do CPMMIF para realização de reuniões itinerantes, de forma a atender todas as regiões de saúde do município. Com o objetivo de aproximação do Comitê e da realidade da mortalidade infantil no município com as equipes de saúde.

Apresentação dos resultados da pesquisa em reunião ordinária do departamento de Atenção à Saúde, preservando o nome dos participantes e das Unidades de Estratégias de saúde onde aconteceram o estudo.

Exposição das propostas de intervenção para as lacunas identificadas, com o objetivo promover discussão sobre o tema, possibilitar que os profissionais que estão diretamente ligados a assistência materno-infantil se identifiquem com o tema e o reconheça como problema de saúde pública da sua área adscrita e atender a resolução CNS 580/18, em seu artigo 9º que cita “dever do pesquisador divulgar os resultados da pesquisa para os participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao término do estudo”.

REFERÊNCIAS

ABEL, R.; FERRARI, R. A. P. Puericultura: problemas materno-infantis detectados pelos Enfermeiros numa Unidade de Saúde da Família. **Rev. Min. Enfer.**, v. 12.4, p. 523-530, 2008.

- ALMEIDA, M. F. B. et al. Early neonatal deaths with perinatal asphyxia in very low birth weight Brazilian infants. **Journal of Perinatology**, v. 35, n. 11, p. 954, 2015.
- ARRUDA, C. et al. Redes de atención a la salud bajo la teoría de la complejidad. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, Mar. 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. 280 p.
- BEECKMAN, K.; LOUCKX, F.; PUTMAN, K. Predisposing, enabling and pregnancyrelated determinants of late initiation of prenatal care. **Maternal and child health journal**, v. 15, n. 7, p. 1067-1075, 2011.
- BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Relatório final**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.
- Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- CALDAS, A. D. R. et al. Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no Censo Demográfico de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00046516, 2017.
- CAMPOS, K. F. C. et. al. Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano do serviço na Atenção Primária a Saúde. **APS EM REVISTA**, v. 1, n. 2, p. 132140, 2019.
- CARETI, C. M. **Mortalidade Infantil: ações em saúde na atenção básica para redução de óbitos**. 2015. 83 f. Dissertação (Mestrado Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.
- CARNEIRO, S. R. L. et al. **Implantação do comitê de estudo de mortalidade infantil e materna do município de Jaboatão dos Guararapes-PE**. 2012.
- HOUAISS, A. **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. 1ª Edição. São Paulo, Editora Objetiva, 2015.
- LAWN, J. E. et al. Setting research priorities to reduce almost one million deaths from birth asphyxia by 2015. **Plos medicine**, v. 8, n. 1, p. e1000389, 2011.
- LUZ, L. A., AQUINO, R., MEDINA, M. G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, 2018. Edição especial 2.
- MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas serviços de saúde: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 765-776, 2007.
- MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2011.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 416 p.
- OLIVEIRA, C. M. et al. Avaliação da vigilância do óbito infantil: estudo de caso. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 1, n. 4, p. 801-815, Dez. 2017.
- PINHEIRO, J. V. O.; JUNIOR, D. N. L.; FIUZA, T. M. Análise Epidemiológica do Impacto das Ações Sociais na Mortalidade Infantil em uma População da Barra do Ceará. **Encontros Universitários da UFC**, v. 3, n. 1, 2017, p. 884.
- PIZZO, L. G. P. **Mortalidade Infantil em Londrina (PR) em anos recentes: Características e Percepções de Gestores de Profissionais de Saúde**. 2010. 117f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina.

Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Londrina, 2010.

RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The Lancet**, v. 382, n. 9886, p. 57-64, 2013.

SOUSA, J. R. P.; NAÇÕES, M. Múltiplos olhares sobre a mortalidade infantil no Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 260-268, 2011.

VANDERLEI, L. C. M.; NAVARRETE, M. L. V. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 47, p. 379-389, 2013.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1998. 175 p.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.

VIEIRA, L. B. et al. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e o compromisso social das pesquisas de Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 1, p. 12-13, 2015.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Práticas do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção à saúde da criança, Cariré–Ceará. **Rev Soc Bras Enferm Ped**, v. 11, n. 1, p. 9-16, 2011.

ANÁLISE DAS POLÍTICAS DE FINANCIAMENTO DO SUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Stéphane Bruna Barbosa¹; Fernanda Gonçalves de Souza²; Ana Paula de Lima Bezerra³; Saraid da Costa Figueiredo⁴; Amanda Menezes Oliveira⁵; Isadora Oliveira Gondim⁶

RESUMO

Em 2016, foi promulgada a Emenda constitucional 95, que limitou as despesas federais em saúde. Neste cenário, são incipientes estudos que buscam analisar os impactos na disponibilização de recursos aos serviços de saúde, sobretudo no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), reconhecida como porta de entrada principal ao sistema de saúde, ordenadora dos fluxos na Rede de Atenção e por isso importante para a garantia da qualidade de vida, evitando agravos à saúde. Nesse sentido, o presente trabalho tem o objetivo de analisar os impactos das recentes políticas de financiamento da atenção básica na disponibilização de recursos e suas consequências em determinados indicadores de saúde. Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, com uso de dados secundários por meio de Sistemas de Informações em Saúde no intuito de calcular indicadores para o município de Belo Horizonte e o estado de Minas Gerais, visando compreender os impactos da disponibilização de recursos para APS e suas consequências nos indicadores de saúde. Os resultados por meio desse estudo mostraram que, de forma geral, houveram ligações entre a dinâmica do financiamento da APS e os indicadores estudados, entretanto são necessárias novas abordagens para aprofundamento da questão. Espera-se com esse estudo promover reflexões em torno do financiamento e a relação com os serviços de saúde da APS.

DESCRITORES: Financiamento; Gestão em saúde; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, introduziu a proposta que modificaria a forma como a estrutura de saúde era abordada no país. Essa proposta refletiu na Constituição Federal de 1988 com a criação do Sistema único de Saúde (SUS) e a municipalização da saúde, tendo como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade, preconizando a participação popular e a descentralização. Em 1990 foram sancionadas as leis nº 8.080/90 e nº 8.182/90, que regulamentam os princípios e diretrizes do SUS (SCATENA; TANAKA, 2001).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde, e possui o papel de ofertar serviços e ações de saúde de forma integral, em prol da sua responsabilidade em ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo, assim, fundamental para a organização do fluxo dos serviços nas redes de

¹ Discente do curso de Gestão de Serviços de Saúde, UFMG e stephanebruna.sbb@gmail.com.

² Discente do curso de Gestão de Serviços de Saúde, UFMG e souza.fergn@gmail.com.

³ Discente do curso de Gestão de Serviços de Saúde, UFMG e paulinhalimalima15@gmail.com.

⁴ Discente do curso de Gestão de Serviços de Saúde, UFMG e figueiredosaraid@gmail.com.

⁵ Discente do curso de Gestão de Serviços de Saúde, UFMG e amandabh283@gmail.com.

⁶ Discente do curso de Gestão de Serviços de Saúde, UFMG e isadoraoliveira999@gmail.com.

saúde por grau de complexidade. Trata-se da estratégia primordial para o cumprimento dos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (MS, 2020).

Com a consolidação da APS por meio do SUS, houveram modificações nos serviços de saúde disponíveis à população e nas ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde, tanto na esfera individual quanto na coletiva. Para o desenvolvimento das ações da APS de forma a empenhar com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, conta-se, atualmente, com ações, programas e estratégias que visem o maior contato e suporte à população, que são avaliados por meio do acompanhamento de indicadores que buscam subsidiar as tomadas de decisões para o maior atendimento em relação às realidades de cada território (MS, 2020).

Em sua história, o financiamento da atenção primária passou por diversos marcos. Inicialmente, as normas operacionais básicas (NOB) do Ministério da Saúde (MS) na década de 1990 orientaram a transferências de recursos financeiros para a saúde pelos três entes federativos, além da aquisição de responsabilidade, de forma progressiva, por parte dos estados e municípios, da gestão da saúde. Ademais, essas normas colocaram o MS como o formulador de políticas em saúde e responsável pela condução dos recursos financeiros para os estabelecimentos de saúde, principalmente os da atenção básica (MASSUDA, 2020).

Em 1998 foi instituído o Piso de Atenção Básica (PAB), que favoreceu a implantação de serviços básicos de saúde nos municípios mais carentes do Brasil (BARBOSA et al, 2016) e, em 2006, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que definiu que o modelo prioritário de implantação a APS no cenário brasileiro de daria através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

No ano de 2011, foi realizada a revisão da PNAB (MACINKO; MENDONÇA, 2018), além da instituição do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que vinculou recursos ao PAB variável correlacionados à avaliação de desempenho das equipes da ESF (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017), e implantação do Programa Requalifica-UBS, que estabeleceu repasses financeiros para a construções, reformas e ampliações de UBS (MS, 2011).

Em 2016 foi promulgada a Emenda constitucional 95 (EC 95), que limitou as despesas federais em saúde por um período de 20 anos (BRASIL, 2016), e, no ano seguinte, foi promulgada a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que determinou que os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados às despesas com ações e serviços públicos de saúde, serão repassadas aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios por meio de apenas dois blocos de financiamento: Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (BRASIL, 2017a).

Neste cenário, ainda são incipientes estudos que buscam analisar os impactos na disponibilização de recursos para a APS das políticas de financiamento da atenção básica implantadas após o ano de 2010, além das consequências dessas políticas nos indicadores de saúde da atenção primária. Com isso, este estudo visa preencher essa lacuna do conhecimento.

OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo analisar os impactos das recentes políticas de financiamento da atenção básica na disponibilização de recursos para a APS e suas consequências em determinados indicadores de saúde. Assim, a questão norteadora do presente estudo é: *quais são os impactos na disponibilização de recursos para a APS das políticas de financiamento da atenção básica implantadas após 2010, e suas consequências nos indicadores de saúde?*

REFERENCIAL TEÓRICO

A implementação do SUS no cenário brasileiro possibilitou inovações no modelo de financiamento do sistema de saúde, impulsionando, assim, transformações no modelo de atenção à saúde no país. Além disso, corrobora com a efetivação da Constituição brasileira de 1988, que reconhece a importância da saúde por meio da cobertura universal e responsabilização do Estado em ser o protagonista nas ações que perpassa nos processos de saúde no âmbito da promoção, prevenção e reabilitação (CASTRO et al., 2019).

Inicialmente, o Ministério da Saúde (MS) publicou normas operacionais básicas (NOB) que orientavam o processo de transferência de recursos financeiros federais para os estados e municípios. Assim, os estados e municípios passaram a assumir, de forma progressiva, a administração da gestão em saúde. Ressalta-se que o MS assumiu um papel estratégico ao que tange a formulação de políticas em saúde e na condução de incentivos financeiros para o estabelecimento de programas de saúde, principalmente os serviços de APS (MASSUDA, 2020).

Em 1996, o MS estabeleceu recursos para financiamento da APS através de repasses para os municípios visando a implantação dos programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF), (MASSUDA, 2020).

Foi instituído, em 1998, o Piso de Atenção Básica (PAB), sendo este a ação mais importante ao que tange a expansão da APS no Brasil. O PAB estabeleceu que a transferência de recursos à APS se daria de forma regular e automática pelo Fundo Nacional de Saúde aos municípios, o que favoreceu a implantação de serviços básicos de saúde nos municípios mais carentes (BARBOSA et al, 2016).

Em 2006 foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que definiu a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário para a implantação de estabelecimentos de saúde de atenção básica no SUS. Dessa forma, foram incorporados na PAB variável, recursos federais que buscavam incentivar os municípios a implantarem as equipes de saúde da família (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

No ano de 2011 foi realizada a revisão da PNAB e, com isso, houve o estabelecimento de valores variados para o cálculo per-capita do PAB fixo, considerando-se a vulnerabilidade socioeconômica dos municípios. Além disso, com a reformulação da PNAB, foi observado um incremento maior de de orçamentos federais na atenção básica, de forma especial no PAB variável e em recursos de investimentos (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Também em 2011, houve a instituição do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que vinculou recursos ao PAB variável correlacionados à avaliação de desempenho das equipes da ESF. Assim, o PMAQ foi consagrado como o um dos maiores programas de remuneração com base no desempenho no cenário internacional da APS (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017).

O ano de 2011 também foi marcado pela implantação do programa Requalifica-UBS, que estabeleceu repasses financeiros para a construções, reformas e ampliações de UBS, para o custeio do PAB-F, além de recursos para a informatização da atenção básica, através da implantação do Telessaúde e eSUS (MS, 2011).

A implantação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) foi responsável pelo aumento da cobertura de serviços de atenção básica no Brasil, sendo que, até abril de 2020, havia 44.716 equipes de saúde da família que atendiam uma população de mais de 137 milhões de pessoas (65.36% da população brasileira) (BRASIL, 2020). O crescimento da cobertura de ESF ao longo dos anos nos municípios impactou no aumento do acesso aos serviços de saúde, redução de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária, e melhoria nos resultados, com a queda da mortalidade infantil em todo o território nacional, o que acabou por beneficiar as populações mais vulneráveis, impactando positivamente na redução de iniquidades no país (HONE *et al.*, 2017a; HONE *et al.*, 2017b).

Porém, apesar dos avanços alcançados ao longo dos anos pela APS no Brasil, esta enfrenta desafios e ameaças (MASSUDA, 2020). Apesar do gasto total em saúde no Brasil ser cerca de 9% do Produto Interno Bruto (PIB), menos da metade deste valor é de gasto público (DONIEC; DALL'ALBA; KING, 2016). A Emenda constitucional 95 (EC 95), de 15 de dezembro de 2016 (BRASIL, 2016), também conhecida como Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 55 e 241 (MACINKO; MENDONÇA, 2018), agravou este cenário, limitando as despesas federais em saúde em um período de 20 anos, congelando, ao nível de 2016, os gastos em saúde sem incremento além do ajuste da inflação (BRASIL, 2016).

Estima-se que a EC 95 retirará do SUS R\$ 434 bilhões neste período de 20 anos. Isso se dá, pois, a partir de 2017, os recursos destinados à saúde teriam por base o cálculo de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL). A partir de 2018 a correção se daria apenas pela variação anual da inflação, causando, assim, um rombo nos recursos financeiros destinados à saúde (CNS, 2016).

Soma-se a este cenário as reformas adicionais que modificaram o financiamento de determinados componentes do SUS, a exemplo da Estratégia da Saúde da Família (ESF), além da revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), o que pode ocasionar a estagnação ou deterioração dos importantes ganhos na saúde diante da exitosa organização da atenção primária no cenário brasileiro (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Nesta perspectiva, foi promulgada a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que posteriormente recebeu redações por meio de outras Portarias, como a Portaria nº 3.992/2017, Portaria nº 2.979/2019, e a Portaria nº 828/2020. A Portaria de Consolidação nº 6/2017 estipulou que os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados às despesas com ações e serviços públicos de saúde, serão repassadas aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios através dos blocos de financiamento Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (BRASIL, 2017a).

O Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde visa a manutenção das condições de oferta e continuidade dos serviços e ações públicas de saúde. Os recursos deste bloco são voltados para financiar despesas com reparos e adaptações e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos agentes da implementação das ações e serviços públicos em saúde (BRASIL, 2017b).

Já o Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde contempla os recursos voltados à aquisição de equipamentos que visam a realização de ações e serviços públicos de saúde, as obras de novas construções ou ampliação/reforma dos

imóveis já existentes que são utilizados para o exercício das ações e serviços públicos de saúde. Ressalta-se que é vedada a utilização dos recursos financeiros deste bloco em órgãos e unidade voltados, de forma exclusiva, para a realização de atividade administrativas (BRASIL, 2017b).

Ademais, a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, estabelece também que o financiamento federal de custeio da Atenção Primária à saúde será constituído pela captação ponderada, pelo pagamento por desempenho, e pelos incentivos para ações estratégicas. A captação ponderada considera, para seus cálculos de definição dos incentivos financeiros, à população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); a vulnerabilidade socioeconômica da referida população; o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada; e a classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2017b).

Este cálculo considerará o quantitativo populacional cadastrado por eSF e eAP, atribuindo pesos por pessoa através da consideração dos critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica. Ressalta-se que os critérios de vulnerabilidade socioeconômico contemplam as pessoas que são concomitantemente cadastradas na eSF e eAP e que fazem parte do Programa Bolsa Família (PBF), do Benefício de Prestação Continuada (BPC), ou de benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos. Já o critério de perfil demográfico por faixa etária contempla a população com até cinco anos e sessenta e cinco anos ou mais. Por fim, a classificação geográfica está relacionada com a tipologia rural-urbana definida pelo IBGE (BRASIL, 2017b).

O pagamento por desempenho é calculado com base no atingimento de meta de cada indicador por equipe, e corresponde ao montante dos resultados obtidos por equipe. Para este pagamento, são consideradas três categorias de indicadores: o processo e os resultados intermediários das equipes; os resultados em saúde; e os globais de APS. Ressalta-se que estes indicadores levam em consideração a relevância clínica e epidemiológica, além da disponibilidade, simplicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade (BRASIL, 2017b).

Os incentivos para ações estratégicas consideram para seus cálculos as especificidades e prioridades em saúde, os aspectos estruturais das equipes, e a produção em ações estratégicas em saúde, contemplando o custeio do Programa Saúde na Hora, da Equipe de Saúde Bucal (eSB), da Unidade Odontológica Móvel (UOM), do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), do Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), da Equipe de Consultório na Rua (eCR), da Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), da Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), da Microscopista, da Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP), do Programa Saúde na Escola (PSE), do Programa Academia da Saúde, dos Programas de apoio à informatização da APS, e da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além dos incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional e do custeio para o ente federativo executor das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade (BRASIL, 2017b).

MÉTODOS

O presente trabalho é uma pesquisa quantitativa e descritiva, com uso de dados secundários, que visa responder a seguinte questão: *quais são os impactos na disponibilização de recursos para a APS das políticas de financiamento da atenção básica implantadas após 2010, e suas consequências nos indicadores de saúde?*. Frente a essa pergunta norteadora, optou-se em analisar dados do município de Belo

Horizonte, visto que este é o terceiro município mais populoso do Brasil, além dos dados do estado de Minas Gerais, onde se localiza Belo Horizonte (IBGE, 2019). A comparação dos dados entre município e estado auxiliarão na verificação se o município encontra-se em melhor ou pior situação que Minas Gerais como um todo. Diante da questão norteadora do presente estudo, inicialmente se realizou uma consulta de pagamento detalhada no site do Fundo Nacional de Saúde, do MS, utilizando-se como filtros os anos de 2010 à 2018, tipo de consulta fundo a fundo, estado Minas Gerais, e município Belo Horizonte. Ressalta-se que, para as pesquisas relativas aos anos entre 2010 e 2017, utilizou-se como filtro o bloco atenção básica, enquanto que, para o ano de 2018, foi utilizado o filtro bloco custeio. Essa diferença se deu devido a mudança causada nos blocos de financiamento pela Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Os dados foram inseridos em uma planilha do Microsoft Office Excel 2010, separando-se os dados por Minas Gerais/Belo Horizonte e ano.

Para se analisar as consequências da dinâmica do financiamento na APS, utilizou-se três indicadores: proporção de nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, proporção de internações por diabetes *mellitus*, e proporção de internações por hipertensão. A escolha do primeiro se deu pelo fato deste indicador ser importante no monitoramento da atenção primária, além de estar relacionado às condições de saúde materno-infantil (CARNEIRO et al., 2018). A escolha dos últimos dois indicadores se deu considerando o cenário mundial de transição demográfica e transição epidemiológica, por serem agravamentos evitáveis, (SCHRAMM et al., 2004; ALFRADIQUE et al., 2009), além do fato deles constarem na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (2008).

Para a coleta dos dados de nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, acessou-se o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e escolheu o estado de Minas Gerais. Utilizou-se como filtros da pesquisa o município de Belo Horizonte, nascimento por residência da mãe, anos de 2010 à 2018, e número de consultas pré-natal. Os dados, coletados tanto por Belo Horizonte quanto por Minas Gerais, foram compilados em planilha elaborada por meio do *software* Microsoft Office Excel 2010.

Os dados relativos às internações por diabetes *mellitus* e hipertensão foram coletadas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), por morbidade hospitalar do SUS em Minas Gerais. Foram utilizados como filtros o município de Belo Horizonte, ano de atendimento, conteúdo internações, anos de 2010 à 2018, e lista de morbidades CID 10 diabetes *mellitus* e hipertensão essencial. Os dados foram lançados em planilha elaborada no *software* Microsoft Office Excel 2010.

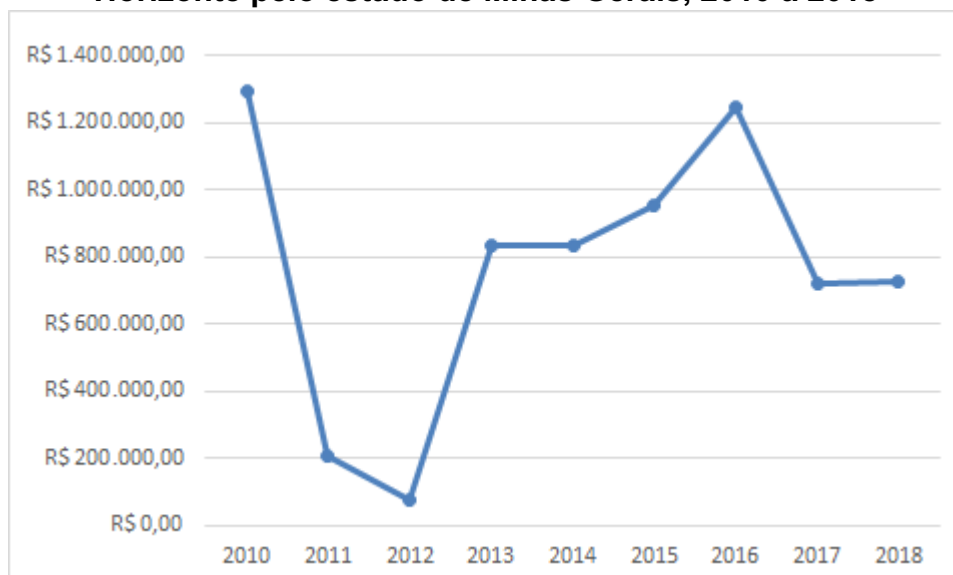
A período dos dados utilizado nesta pesquisa foram os anos de 2010 à 2018, devido ao fato da implantação de políticas e promulgações de leis e portarias, após o ano de 2011, que possuem ligação com o financiamento da APS. O ano de 2010 subsidia comparações com o ano de 2011, quando houve a reformulação da PNAB e implantação do PMAQ e do Requalifica SUS. Além disso, estabeleceu-se como limite o ano de 2018, visto que os dados disponíveis no SINASC são até este referido ano e, no site do Fundo Nacional de saúde, ainda não constam os dados de pagamento pelo estado de Minas Gerais para Belo Horizonte no ano de 2019.

Os dados foram analisados através de estatística descritiva, realizada também através do *software* Microsoft Office Excel 2010. Os resultados encontrados serão apresentados na próxima seção, através de figuras.

RESULTADOS

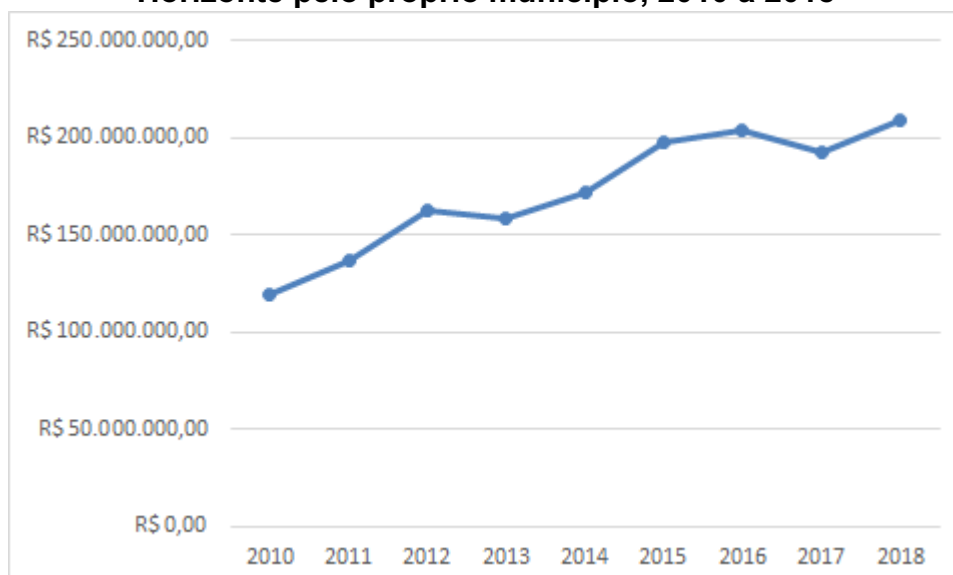
As figuras 1 e 2 mostram a série histórica entre 2010 e 2018 no que tange o pagamento para a saúde pública do município de Belo Horizonte, tanto por parte do estado de Minas Gerais quanto por parte do próprio município.

FIGURA 1 - Pagamento para o setor de saúde pública do município de Belo Horizonte pelo estado de Minas Gerais, 2010 à 2018



Fonte: Elaborado pelos autores, segundo dados do FNS (2020).

FIGURA 2 - Pagamento para o setor de saúde pública do município de Belo Horizonte pelo próprio município, 2010 à 2018



Fonte: Elaborado pelos autores, segundo dados do FNS (2020).

Conforme ilustrado nas figuras 1 e 2, fica evidente a discrepância de recursos financeiros destinados pelo município de Belo Horizonte e pelo estado de Minas Gerais para a saúde pública do município em questão, sendo que os recursos repassados por Minas Gerais são muito pequenos quando comparados com os montantes repassados pelo ente federativo municipal. Enquanto que o estado de Minas Gerais destinou mais de um milhão de reais apenas nos anos 2010 e 2016, o

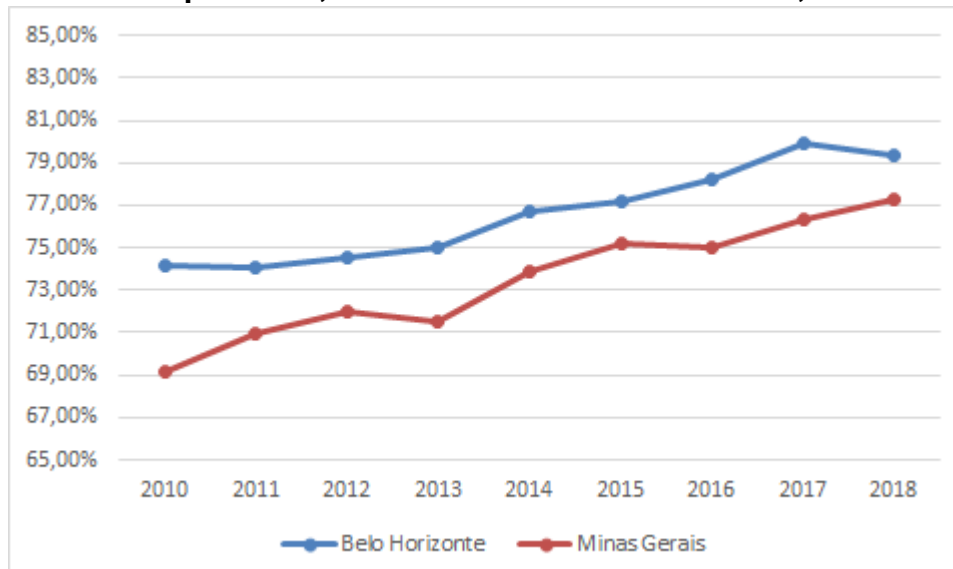
ano de 2010 foi o que o município destinou menor montante financeiro, sendo este de quase R\$120 milhões de reais.

Os valores repassados por Minas Gerais nos anos analisados, quando comparado aos valores repassados pelo município de Belo Horizonte, corresponde, em percentual, respectivamente: 1,08%; 0,15%; 0,05%; 0,52%; 0,48%; 0,48%; 0,61%; 0,37%; e 0,35%. Dessa forma, é incontestável o fato de que o município é o principal provedor de sua saúde pública.

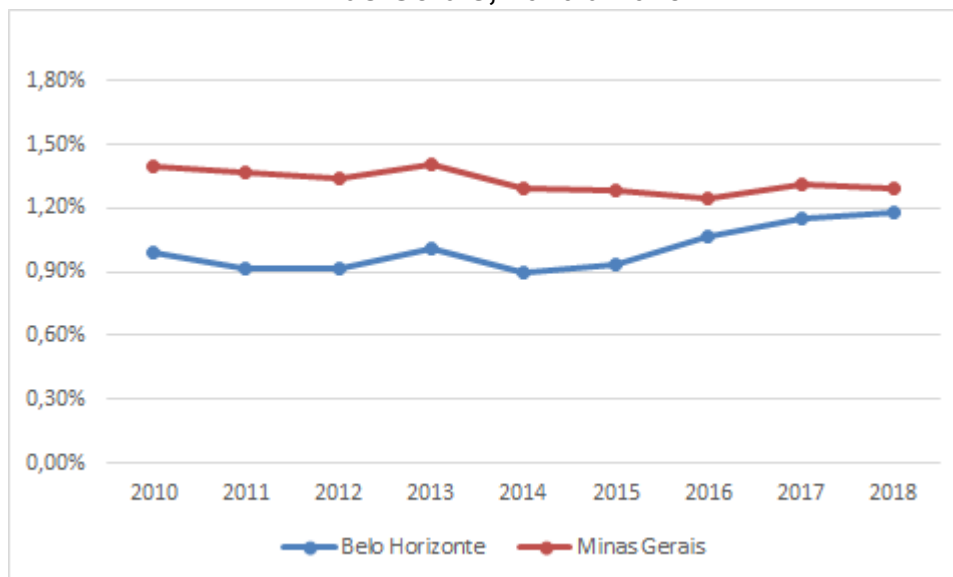
Além disso, observa-se que, entre 2010 e 2012, os recursos pagos por Minas Gerais apresentaram queda e, após a reformulação da PNAB, se iniciou uma tendência de crescimento até o ano de 2016, apesar de se manterem estáveis os repasses de 2013 e 2014. O ano de 2017 apresentou queda de 42,42% em relação com 2016, enquanto que 2018 apresentou um discreto aumento de 1,28% em relação ao ano anterior. Se faz importante destacar que, comparando-se os repasses por Minas Gerais ao município de Belo Horizonte entre 2010 e 2018, houve queda acumulada de 43,69%, o que denota importantes perdas financeiras para a saúde pública da capital mineira. Ao se analisar o gráfico de pagamentos feitos por Belo Horizonte para a saúde pública municipal, nota-se tendência de crescimento, sendo que apenas os anos de 2013 e 2017 apresentaram discretas quedas quando comparados aos anos anteriores, sendo essas diminuições de 2,49% e 5,5%, respectivamente. Ressalta-se que, entre 2010 e 2018, houve crescimento acumulado de 74,45% nos repasses feitos por Belo Horizonte para a saúde pública municipal.

Diante disso, as figuras de 3 à 5 buscam apresentar a dinâmica de indicadores sensíveis da atenção primária no mesmo período, buscando identificar se houve relação entre a dinâmica do financiamento da atenção básica e estes indicadores. Além disso, as figuras trazem também uma comparação entre os dados do município de Belo Horizonte com os indicadores de Minas Gerais.

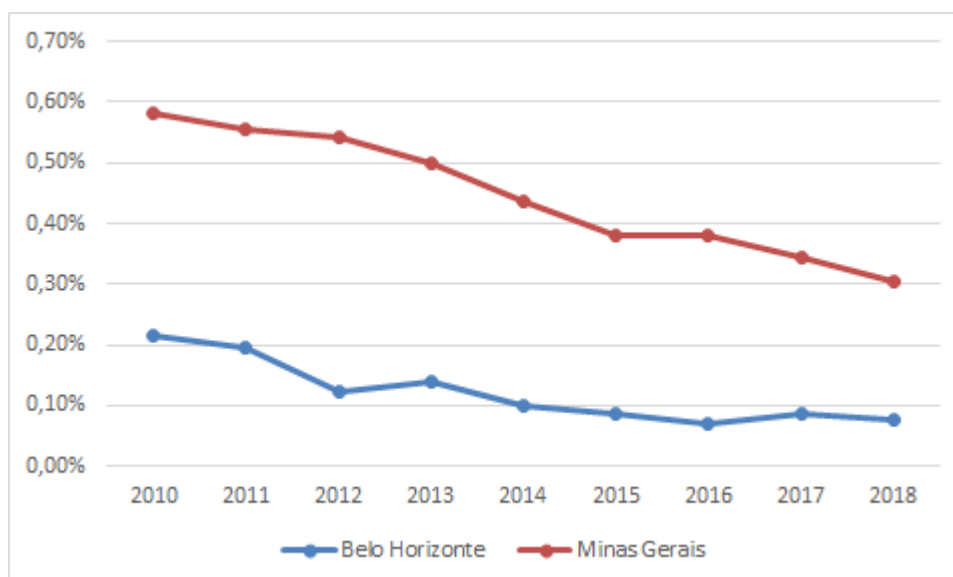
FIGURA 3 - Proporção de nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, Belo Horizonte e Minas Gerais, 2010 à 2018



Fonte: Elaborado pelos autores, segundo dados do SINASC (2020).

FIGURA 4 - Proporção de internações por diabetes *mellitus*, Belo Horizonte e Minas Gerais, 2010 à 2018

Fonte: Elaborado pelos autores, segundo dados do SIH-SUS (2020).

FIGURA 5 - Proporção de internações por Hipertensão, Belo Horizonte e Minas Gerais, 2010 à 2018

Fonte: Elaborado pelos autores, segundo dados do SIH-SUS (2020).

Nas três figuras é evidente que os dados de Belo Horizonte são melhores que os apresentados por Minas Gerais, o que pode ter relação com as discrepâncias encontradas em relação aos pagamentos para a atenção básica de saúde.

Quanto ao indicador de nascidos vivos de mães que realizam sete ou mais consultas de pré-natal, houve tendência de aumento tanto por Belo Horizonte quanto por Minas Gerais no período analisado. Belo Horizonte apresentou leves quedas neste indicador nos anos de 2011 e 2018, sendo essas diminuições de 0,10% e 0,57%, respectivamente. Já Minas Gerais apresentou quedas nos anos de 2013 e 2016, sendo estas de 0,47% e 0,17%, respectivamente.

As quedas apresentadas neste indicado tanto por Belo Horizonte quanto por Minas Gerais podem ter relações com o financiamento, uma vez que há coincidência dos anos em que houve piora deste indicador com os anos em que houve quedas de pagamentos feitas pelo estado para a saúde pública do município em questão.

Quanto à figura 4, é notória a queda de internações por diabetes *mellitus* em Belo Horizonte, enquanto que há crescimento deste indicador para o estado de Minas Gerais. Minas Gerais apresentou piora na proporção de internações por diabetes *mellitus* em 2013 e 2017, sendo que este crescimento foi de 0,06% e 0,07%, respectivamente. Já Belo Horizonte, apesar de apresentar níveis mais baixos deste percentual em comparação ao estado, está sofrendo com uma tendência de piora, e apresentou aumento deste percentual entre 2012 e 2013, e 2014 à 2018. Enquanto que Minas Gerais constou uma queda acumulada no período analisado de 0,11%, Belo Horizonte apresentou aumento acumulado de 0,18%.

A queda do financiamento da saúde pública do município, como apresentado nas figuras 1 e 2, pode ter relação com a piora destes dados nos anos de 2012, 2013, 2016, 2017 e 2018. Porém, Belo Horizonte apresentou pioras deste indicador também entre 2014 e 2015, o que pode não tem relação direta com os dados de financiamento neste estudo apresentados.

Quanto à figura 5, proporção de internações por hipertensão, é verificada tendência de queda deste indicador tanto em Minas Gerais quanto em Belo Horizonte. O município apresentou discretos aumentos deste indicador entre nos anos de 2013 e 2017, sendo estes aumentos de 0,02% e 0,01%, respectivamente. Já Minas Gerais não apresentou aumento deste indicador em nenhum ano analisado. A queda acumulada neste indicador, entre 2010 e 2018, foi de 188,62% para Belo Horizonte, e 91,32% para Minas Gerais.

As pioras notadas neste indicador para Belo Horizonte entre os anos de 2013 e 2017 podem ter relação com o financiamento da saúde, uma vez que, conforme figuras 1 e 2, houve queda dos recursos pagos pelo município nos anos de 2013 e 2017, e queda nos pagamentos pelo estado ao município em questão entre 2010 e 2013, e 2016 à 2018.

Araújo, Gonçalves e Machado (2017) discutem que municípios grandes, como as capitais, são referência para a população local e regional devido ao fato de possuírem serviços de saúde mais especializados e complexos. Com isso, estes municípios tendem a receber maiores montantes de transferências intergovernamentais do SUS. Assim, considerando os dados encontrados neste estudo quanto aos repasses financeiros para a atenção primária da saúde pública de Belo Horizonte, é de se imaginar que os demais municípios mineiros, principalmente os de pequeno porte, se encontrem em situações críticas, visto que recebem menores volumes de transferências SUS devido à baixa complexidade de ações e serviços de saúde oferecidos à população. Soma-se a isso os problemas enfrentados por estes municípios, como dificuldade de recrutar e fixar profissionais, dificuldade de captar recursos, e problemas de economia de escala (ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017).

Além disso, há ligação entre a capacidade de elevação de gastos em saúde nos municípios e melhoria de determinados indicadores de saúde (ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017). Este fato pode explicar as melhorias apresentadas nos indicadores de nascidos vivos e percentual de internações por hipertensão em Belo Horizonte. Contudo, o município em questão apresentou piora no indicador de percentual de internações por diabetes *mellitus*, o que vai contra essa colocação.

Pesquisa realizada no Marajó evidenciou aumento da proporção de nascidos vivos com mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal entre 2011 e 2014, assim como queda na taxa de nascidos vivos em que a mãe não realizou nenhuma consulta de pré-natal e diminuição das mortalidades infantis (CARNEIRO *et al.*, 2018). Os achados deste estudo corroboram com os dados da pesquisa explicitada, além de evidenciar que essa tendência continuou até o ano de 2018.

Há uma tendência de queda nas internações por diabetes *mellitus* e hipertensão desde o início do século 2000. No Mato Grosso do Sul, entre 2000 e 2009, essa queda foi de 87,26% para as internações por diabetes e 510% para as internações por hipertensão. Além disso, neste período, a queda na taxa de internação por diabetes teve relação direta com o aumento da cobertura da ESF (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012). Assim, diante deste estudo e dos dados da pesquisa explicitada, é evidente uma tendência geral da melhoria destes indicadores. Ressalta-se a importância que a atenção básica ganhou desde o início do século atual, principalmente com a instituição da PNAB.

Ademais, acredita-se que as melhorias notadas nos três indicadores analisados tenham relação com o financiamento da APS, conforme dados deste estudo. Vários acontecimentos desde a década de noventa colaboraram para o fortalecimento da atenção básica no Brasil, como: as normas operacionais instituídas pelo MS na década de 1990, a implantação dos programas Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família em 1996 (MASSUDA, 2020), o estabelecimento do Piso da Atenção Básica em 1998 (BARBOSA *et al.*, 2016), a promulgação da Política Nacional de Atenção Básica e estabelecimento da Estratégia de Saúde da Família em 2006 (MACINKO; MENDONÇA, 2018), e a revisão da PNAD e a implantação dos programas Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade e Requalifica UBS, em 2011 (MACINKO; MENDONÇA, 2018). Contudo, neste estudo, não foi possível perceber grandes impactos da EC 95 e da Portaria de Consolidação nº 6/2017 no financiamento da atenção básica em Belo Horizonte, e nem suas consequências nos indicadores de saúde analisados.

CONCLUSÃO

Os achados do presente estudo deixam clarividente a discrepância da participação do município e do estado no financiamento da atenção primária à saúde, sendo que o município arcar majoritariamente com esses gastos. Acredita-se que os gastos em saúde, segundo PIB e *per-capita*, sejam também muito superiores no nível municipal do que no nível estadual. Contudo, não foi foco do estudo realizar essas verificações.

É notório também que, enquanto o estado apresenta queda acumulada no financiamento, o município apresenta aumento acumulado assustador no pagamento à PAB. Diante das transições demográficas e epidemiológicas, o SUS está, cada vez mais, sendo pressionado, considerando o subfinanciamento e problemas de gestão que enfrenta. Assim, supõe-se que, visando garantir o atendimento e ações de saúde para a população, além de alentar o sistema público de saúde, o município tenha assumido a responsabilidade de destinar mais recursos que o obrigatório por lei para a saúde. Os municípios estão na linha de frente da gestão de serviços e ações de saúde, sendo mais vulneráveis às pressões da população.

Diante dos dados encontrados neste estudo, é notado que, de forma geral, houveram ligações entre a dinâmica do financiamento da APS em Belo Horizonte e os indicadores estudados. Contudo, houveram também algumas discrepâncias entre as

dinâmicas do financiamento e dos indicadores na série histórica analisada, o que corrobora com a possibilidade de outros fatores que não o financiamento estarem interferindo na qualidade da assistência à saúde no município.

Apesar de melhoras nos indicadores de proporção de internações por hipertensão e proporção de nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, há um aumento significativo na proporção de internações por diabetes *mellitus* no município de Belo Horizonte. Para reverter esse quadro, se faz necessário consolidar e priorizar a atenção básica da saúde, estabelecendo-a como pilar de saúde pública no município.

A EC 95 e a Portaria de Consolidação nº 6/2017 causaram muitas preocupações aos estudiosos da saúde, visto que a primeira congela os gastos em saúde por vinte anos, e a segunda modificou radicalmente os blocos de financiamento. Contudo, não foi percebido, nesta pesquisa, alterações significativas no pagamento para a atenção primário de Belo Horizonte e nem nos indicadores de saúde. Visto ao fato de ainda serem recentes, espera-se que os impactos de ambas surjam ao médio e longo prazo. Este estudo apresenta limitações por estudar apenas o município de Belo Horizonte e o Estado de Minas Gerais, analisar uma série histórica de apenas oito anos, além de considerar apenas os montantes brutos financeiros repassados a APS do município em questão. Sugere-se que sejam realizados novos estudos sobre a temática, abordando outros estados e municípios brasileiros, uma série histórica maior, outros indicadores sensíveis à atenção primária, além de considerar, nos cálculos, a porcentagem do PIB gasta em saúde e os gastos *per-capita*.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A temática trabalhada em torno do financiamento da saúde e os impactos das políticas e marcos legais, por meio da análise de indicadores e repases estaduais e municipais do Fundo Nacional de Saúde, torna-se pertinente para a gestão de serviços de saúde a medida em que versa sobre um assunto que os gestores devem ter profundo conhecimento, podendo gerar desafios aos serviços.

Num contexto em que há demandas cada vez mais crescentes aos serviços de saúde, o contingenciamento de recursos até 2036 pode impactar no atendimento das referidas demandas, colocando o gestor em uma posição desafiadora e trazendo a tona a questão: como gerenciar serviços de qualidade num ambiente de escassez de recursos.

Nesse sentido, é preciso considerar que além de ser um tema que provoca reflexão e contribuições ao campo da gestão, ao mesmo tempo aborda implicações envoltas da administração em saúde, problemáticas estas que serão enfrentadas por um longo período.

É de conhecimento que o Sistema Único de Saúde possui desafios em relação à gestão, envolvendo as três esferas que dividem as responsabilidades com o sistema, impasses relacionados a financiamento, acordos, pactuações e a fragmentação na gestão da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Os desafios enfrentados no alto nível de hierarquia da saúde causam reflexos na prestação dos serviços assistenciais, sobretudo no âmbito da Atenção Primária, conhecida como porta de entrada a qual a atuação impacta diretamente na qualidade de vida da população, medida por indicadores de saúde.

Dessa forma, não é preciso ir longe para perceber problemáticas pertinentes no dia a dia dos serviços, desafiando gestores a administrarem serviços com crescentes

demandas, muitas vezes, em situação de escassez de recursos e com o paradigma de promover a qualidade e melhoria da saúde.

REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 ago. 2020.
- ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 22, n. 3, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232017002300953&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 ago. 2020.
- BARBOSA, M. G. Financiamento da atenção básica à saúde no Brasil: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho. *In*: GOMES, L. F.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade**. Porto Alegre: Rede Unida; 2016. p. 101-123.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 22 out. 2011.
- BRASIL. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p.2, 16 dez. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.463, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 68, 22 set. 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília (DF), p. 598, 03 out. 2017b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 97, 13 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Cobertura da Atenção Básica**. Versão 1.0.20200811. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=t5qKPbgul5rxakYrcjiRrEQO>. Acesso em: 01 ago. 2020.

- BURSZTYN, I. *et al.* Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 12, supl. 1, p. 77-88, 2010. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000700006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 ago. 2020.
- CAMPOS, A. Z.; THEME-FILHA, M. M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 845-855, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2012.v28n5/845-855/pt/>. Acesso em: 12 ago. 2020.
- CARNEIRO, V. B. *et al.* Tecobé no Marajó: tendência de indicadores de monitoramento da atenção primária antes e durante o Programa Mais Médicos para o Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2413-2422, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702413&lng=pt&nrm=iso. acessos em: 12 ago. 2020.
- CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 ago. 2020.
- CASTRO, M. C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet**, Londres, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanour/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanour/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext). Acesso em: 01 ago. 2020.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. CNS contra a PEC da morte - Articulação nacional busca evitar promulgação da PEC 241, agora PEC 55, no Senado. **Revista Nacional de Saúde**, edição 01, ano 01, 2016. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/biblioteca/revistas/revista_set-out_2016.pdf. Acesso em: 01 ago. 2020.
- DONIEC, K.; DALL'ALBA, R.; KING, L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. **Lancet**, Londres, v. 388, n. 100047, p. 867-8, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27597461/>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- HONE, T. *et al.* Large reductions in amenable mortality associated with Brazil's primary care expansion and strong health governance. **Health Affairs**, Bethesda, v. 36, n. 1, p. 149-158, 2017a. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18988>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- HONE, T. *et al.* Association between expansion of primary health care and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLOS Medicine**, São Francisco, v. 14, n. 5, e1002306, 2017b. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002306>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE divulga as estimativas da população dos municípios para 2019**. Agência IBGE Notícias, 28 ago. 2019. Disponível em: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25278-ibge-divulga-as-estimativas-da-populacao-dos-municipios-para-2019#:~:text=Considerando%20a%20composi%C3%A7%C3%A3o%20das%20Regi%C3%B5es,de%20Belo%20Horizonte%20\(6%2C0](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25278-ibge-divulga-as-estimativas-da-populacao-dos-municipios-para-2019#:~:text=Considerando%20a%20composi%C3%A7%C3%A3o%20das%20Regi%C3%B5es,de%20Belo%20Horizonte%20(6%2C0). Acesso em: 12 ago. 2020.
- MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde**

- Pública**, v. 27, n.3, p. 521-532, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2011.v27n3/521-532/>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. **The Journal of Ambulatory Care Management**, Filadélfia, v. 40, n. 2, S4, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28252498/>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, spe. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- MASSUDA, D. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 25, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica, na forma do anexo desta portaria, a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 70, 18 abr. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html. Acesso em: 12 ago. 2020.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 50, 19 set. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2206_14_09_2011.html. Acesso em: 01 ago. 2020.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Tire todas as suas dúvidas sobre o Previne Brasil!**. Ministério da Saúde, 16 dez. 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46122-tire-todas-as-suas-duvidas-sobre-o-previne-brasil>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é Atenção Primária?**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 ago. 2020.
- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa – Atenção primária à saúde**. Brasília, DF, jan. 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843. Acesso em: 01 ago. 2020.
- TAMAKI, E. M. *et al.* Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 839-849, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 ago. 2020.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902001000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 ago. 2020.

SCHRAMM, J. M. A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 ago. 2020.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. p. 225-264, 2005. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312005000300011&script=sci_abstract&lng=pt)

[73312005000300011&script=sci_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312005000300011&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 01 ago. 2020.

DEBATE ACERCA DO NOVO FINANCIAMENTO DA APS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Caroline Schilling Soares¹; Klébio Ribeiro Silva de Martin²; Maria Célia Gomes Ventura Oliveira³, Mariane Coimbra da Silva⁴, Tatiana Nunes Carvalho⁵.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que visam melhorar as condições de saúde da população. O novo modelo de financiamento da APS, também conhecido como Programa Previne Brasil, foi instituído pela Portaria Ministerial nº 2.979 de 2019. O presente artigo traz um relato de experiência de um fórum de discussão entre discentes do curso de mestrado em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sobre o tema do novo financiamento. Concluiu-se que o debate foi enriquecedor para a qualificação e tomada de decisões dos gestores da área da Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Financiamento da Assistência à Saúde

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde no Brasil é pluralista, tanto em termos institucionais, quanto no que diz respeito às fontes de financiamento e à modalidade de atenção à saúde, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) uma das vias de acesso da população aos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

Anterior à promulgação da Constituição Federal de 1988, o sistema de saúde brasileiro era financiado pelo sistema previdenciário nas ações de saúde de caráter curativo, e por recursos fiscais nas ações de saúde pública. A partir da Constituição, ficou definido que 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social seriam vinculados à saúde, o que, na prática, não ocorreu. As Leis Orgânicas da Saúde reafirmaram os preceitos constitucionais da reforma sanitária democrática dos anos 80 e definiram a participação de estados e municípios na alocação e gestão dos recursos, assim como a transferência de recursos fundo a fundo (BRASIL, 1988; BRASIL, 2012; ALEMÃO, 2017).

O financiamento para a Atenção Primária à Saúde (APS) foi estabelecido em 1998, mediante a criação de um valor per capita para o custeio de procedimentos relativos à APS, o Piso da Atenção Básica (PAB), e a criação de incentivos financeiros para o

¹ Nutricionista, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), carolschillings@gmail.com.

² Enfermeiro, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), klebioribeiro@gmail.com.

³ Enfermeira, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), marentura@gmail.com.

⁴ Psicóloga, Rede Longevidade, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), marianecoimbrasilva@gmail.com.

⁵ Farmacêutica, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), tati.nunesc@gmail.com.

desenvolvimento de programas específicos, como o Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde (ALEMÃO, 2017).

O financiamento da saúde é tripartite e, através da Emenda Constitucional (EC) nº 29 de 2000, ficaram definidos os percentuais mínimos de investimento da Receita Corrente Líquida (RCL) para os Estados e os Municípios, sendo 12% e 15%, respectivamente. Mas somente em 2015, por meio da Emenda Constitucional nº 86 foi definido o percentual mínimo de investimento em saúde para a União, sendo 15% da RCL, escalonada em 5 anos. Ressalta-se, porém, que em determinados anos, a União e parte dos estados e municípios não aplicaram o mínimo exigido pela EC 29/00 (BRASIL, 2012).

O Pacto de Gestão do SUS de 2006 estabeleceu a organização do financiamento federal em seis blocos, sendo cinco de custeio (Bloco da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Bloco de Atenção Básica, Bloco de Vigilância em Saúde, Bloco de Assistência Farmacêutica e bloco de Gestão do SUS) e um de investimento (denominado Bloco de Investimento) (BRASIL, 2006; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2018). Em 2017, através da Portaria nº 3.992, houve mudança das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS, com dois blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde, permitindo a flexibilização do fluxo financeiro e a priorização dos gastos em saúde conforme a gestão municipal. Assim, em 2017 deixou de existir o Bloco de Atenção Básica e, em 2019, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu um novo modelo de financiamento para a APS, através do Programa Previne Brasil (BRASIL, 2017a; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2018; BRASIL, 2019a).

O subfinanciamento, a ineficiência alocativa para sustentar um sistema público universal e a iniquidade na distribuição dos recursos financeiros são marcas centrais do financiamento do SUS. A APS resolve mais de 80% dos problemas de saúde, porém a maior parte dos recursos são destinados para a Atenção Secundária e Terciária (cerca de 70% dos gastos) (MENDES, 2012; MENDES; MARQUES, 2014). Aliado a essas questões, o grande desafio veio com a Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que limitou pelos próximos 20 anos os gastos federais, os quais passaram a ser corrigidos pela inflação do ano anterior e não mais pelo crescimento da RCL. Dessa forma, o subfinanciamento do SUS poderá chegar até mesmo a um desfinanciamento (BRASIL, 2006; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2018; FUNCIA, 2019; MORIMOTO; DA COSTA, 2019).

O novo modelo de financiamento da APS, também conhecido como Programa Previne Brasil, foi instituído pela Portaria Ministerial nº 2.979 de 2019, a qual estabeleceu que o custeio da APS se daria por meio de (BRASIL, 2019a):

- Capitação ponderada, que considera a população cadastrada, a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil demográfico por faixa etária e a classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- Pagamento por desempenho das equipes de Saúde da Família (eSF) considerando os resultados alcançados em indicadores quantitativos propostos; e
- Incentivos a ações estratégicas e prioritárias.

OBJETIVOS

Os objetivos do artigo são apresentar as ideias debatidas por discentes do curso de mestrado em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais

(UFMG) relacionadas ao novo financiamento da APS e propor sugestões para gestores das Secretarias Municipais de Saúde para lidar com os desafios do novo modelo de financiamento.

REFERENCIAL TEÓRICO

A Constituição Federal brasileira estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Sendo assim, o SUS deve garantir a universalidade do acesso por toda a população. E a universalidade, assim como a equidade e a integralidade, é um princípio doutrinário do sistema único de saúde brasileiro (BRASIL, 1988; BRASIL, 2017b), devendo ser respeitado nos programas e ações de todos os níveis de atenção do sistema público de saúde do Brasil. A Atenção Primária deve ser a porta de entrada prioritária na Rede de Atenção à Saúde e, por isso, o seu acesso não deve eleger populações prioritárias, preservando o princípio da equidade (DOMINGOS et al., 2016; MENDES, 2015).

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia dos usuários e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS a partir dos quais assume funções e características específicas (BRASIL, 2015). Dentre seus princípios, atributos e funções destaca-se: territorialização e responsabilização sanitária, adscrição dos usuários e vínculo, acessibilidade, acolhimento e porta de entrada preferencial, cuidado longitudinal e integral, resolubilidade, coordenação do cuidado, ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 2015; MENDES, 2012).

Em relação à resolubilidade, destaca-se que a APS atende a mais de 80% dos problemas de sua população, com tecnologias de menor densidade tecnológica e mais intensivas em cognição. Estudos mostram que essa resolubilidade da Atenção Primária pode reduzir consideravelmente as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que geram um alto custo ao sistema público de saúde (MENDES, 2012; MORIMOTO; DA COSTA, 2019; PINTO et al., 2019).

Desde 1994, o custeio federal das equipes de Saúde da Família (eSF) foi importante para o fortalecimento do modelo de atenção à saúde no nível primário, permitindo que, em 2019, o Brasil atingisse um total de 42.064 equipes implementadas em 5.506 municípios e Distrito Federal. Ao longo desses 25 anos, o Ministério da Saúde consolidou Portarias, estruturou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e, em 2019, criou uma Secretaria responsável pela APS e pela Estratégia Saúde da Família (ESF), denominada Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). O Brasil atravessa um período de estagnação econômica nos últimos anos que impõem grandes desafios ao MS. Em um contexto em que os recursos são limitados, o Estado deve fazer escolhas ótimas para gerir a oferta de ações e serviços de saúde, procurando aumentar a longevidade e a qualidade de vida da população (DAVID; SHIMIZU; DA SILVA, 2015; REIS et al., 2019). Com os desafios colocados frente à restrição orçamentária, o Ministério da Saúde definiu um novo modelo de financiamento para a Atenção Primária, baseado em resultados em saúde e eficiência (REIS et al., 2019). A eficiência em saúde é entendida como a relação entre o custo e o impacto dos serviços sobre a saúde da população, mantido um nível de qualidade

determinado e obtendo a melhor relação de custo-efetividade possível (DONABEDIAN, 2003; VIACAVA et al., 2012).

O modelo de financiamento baseado em captação ponderada e pagamento por desempenho na APS baseou-se na experiência bem sucedida de países como Reino Unido, Austrália, Canadá, Espanha, Suécia, Noruega, Holanda, Nova Zelândia, Portugal, Turquia, entre outros (HARZHEIM et al., 2020). Para o pagamento por desempenho, o MS estabeleceu para 2020 sete indicadores a saber: proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação, proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV, proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, cobertura de exame citopatológico, cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente, percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre, e percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada. Tais indicadores serão ampliados gradualmente, até alcançar 21 em 2021. E a totalidade dos 21 indicadores abrangerá ações relacionadas à saúde materno-infantil, às condições crônicas, às infecções sexualmente transmissíveis, à saúde mental, às internações sensíveis à APS, à fidelização das pessoas às unidades de saúde (BRASIL, 2019a; HARZHEIM et al., 2020).

A construção de um novo modelo de financiamento da APS envolveu uma equipe de mais de 60 pessoas vinculadas à SAPS, além de profissionais de universidades para apoio técnico. A proposta foi aprovada durante reunião de Comissões Intergestores Tripartite (CIT), que reúne além da pasta, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Contudo, a proposta não chegou ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) (EPSJV/FIOCRUZ, 2019; HARZHEIM et al., 2020). De acordo com a Lei 8.142 de 1990, os Conselhos de Saúde têm caráter deliberativo e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente (BRASIL, 1990), e, por isso, seria importante o envolvimento do CNS nas discussões e aprovação do Programa Previne Brasil.

De acordo com Harzheim et al. (2020), a simulação do impacto do novo financiamento da APS nos municípios brasileiros para o ano de 2020, demonstrou que 1.354 de um total de 5.570 municípios (24%) poderão apresentar perda de receitas no referido ano. E para equilibrar esse cenário, o Ministério da Saúde garantiu às 12 competências de 2020 o valor do melhor PAB (fixo e variável) do ano de 2019. Apesar das estratégias para aprimorar o financiamento da APS, os municípios, especialmente os de pequeno porte, convivem com diversos tipos de dificuldades, por não contarem com recursos próprios suficientes para financiar as despesas não cobertas pelo governo federal, o que demanda a necessidade de analisar com maior profundidade uma distribuição mais equitativa dos recursos para o melhor desempenho do sistema de saúde (MENDES; MARQUES, 2014; DAVID; SHIMIZU; DA SILVA, 2015). Cabe ressaltar que em função da pandemia pelo coronavírus ficou estabelecido o pagamento por desempenho de 100% para este ano (BRASIL, 2020a). De forma a orientar as equipes a melhorar seus indicadores de desempenho, o Ministério da Saúde publicou um documento orientador com sugestões de estratégias (BRASIL, 2020b).

O Programa Previne Brasil definiu como ações estratégicas e prioritárias para repasse financeiro: Programa Saúde na Hora, Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Academia da Saúde, programas de apoio à informatização da APS, equipe de Saúde Bucal (eSB), equipe de Consultório na Rua (eCR), estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dentre outros (BRASIL, 2019a).

O Programa Saúde na Hora, instituído por meio da Portaria nº 930/2019, implementa o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF), tendo como objetivos a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do número de pessoas nas ações e nos serviços promovidos nas USF, e a redução do volume de atendimentos de usuários com condições de saúde de baixo risco em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares. Ressalta-se que o Programa Saúde na Hora fortalece o princípio do acesso da APS, ao incentivar através de repasse financeiro o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em horário ampliado (BRASIL, 2019b).

Dentre as ações estratégicas do Previnir Brasil não foram incluídas as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Em uma análise documental sobre a legislação da APS, foram encontradas 224 normas jurídicas relacionadas a ações, programas e estratégias que objetivam induzir mudanças na atenção básica. Os documentos referem-se a 22 políticas de saúde, dentre elas NASF-AB e PMAQ, e outras não contempladas nas ações estratégicas do Programa Previnir Brasil (DOMINGOS et al., 2016).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica tinha como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Primária, com garantia de um padrão de qualidade comparável em âmbito nacional, regional e local, permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à APS (BRASIL, 2015).

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica são equipes multiprofissionais, que atuam de forma integrada e apoiam os profissionais da Atenção Primária à Saúde, compartilhando práticas e saberes em saúde de forma a auxiliar as equipes no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários e agregar práticas que ampliam o escopo de ofertas da APS. A possibilidade de inexistência dessas equipes desconstrói a lógica de apoio matricial, que é ancorada não só na dimensão clínico- assistencial, voltado para atendimentos, mas também no técnico-pedagógico, que se refere a ações de apoio educativo com e para as equipes (BRASIL, 2014). No Programa Previnir Brasil percebe-se uma priorização da assistência médica, de enfermagem e de saúde bucal em detrimento de outras categorias multiprofissionais. Contudo, desde os anos 1970 se discute internacionalmente, que a organização da atenção à saúde, baseada em um modelo médico hegemônico especializado e intervencionista, fragmenta a assistência e traz pouco impacto na melhoria da situação de saúde da população (DE CASTRO; MACHADO, 2010).

MÉTODOS

Este artigo consiste no relato de experiência da participação e condução de um fórum de discussão ocorrido no mês de julho de 2020 entre discentes da pós graduação stricto sensu em Gestão de Serviços de Saúde (GSS) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O debate foi proposto pela docente da disciplina de Fundamentos da Gestão de Serviços de Saúde do referido curso, em que cada grupo de trabalho composto por seis alunos deveria mediar as discussões sobre uma temática do campo da GSS, tendo sido escolhido pelos autores o tema do “novo financiamento da APS”. Essa escolha ocorreu em função da proximidade dos autores com o trabalho da APS, de ser um tema recente em que os gestores municipais ainda estão se preparando para as mudanças e para o cumprimento dos indicadores e por estar inserido na proposta de estudos da disciplina. O fórum de discussão é uma

ferramenta disponibilizada na plataforma moodle do site “Minha UFMG Virtual” e é utilizada por discentes e docentes para um debate por escrito de assunto referente a algo trabalhado nas disciplinas. No fórum de discussão, o grupo propôs seis tópicos de discussão com perguntas norteadoras, sendo:

1 - No novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), parte do repasse financeiro do Ministério da Saúde aos municípios está vinculado ao cadastro da população na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP). Assim, questionamos: como garantir a universalidade do acesso diante da vinculação de repasse à obrigatoriedade do cadastro? E ainda, o cadastro das populações vulneráveis implicará em maior número de atendimento a essas populações e o atendimento conforme a necessidade de cuidado?

2 - Através da Portaria Ministerial nº 2.979 de 2019, as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) deixam de receber incentivo financeiro por não terem sido contempladas dentre as ações estratégicas do Programa Previne Brasil. Assim, como os municípios poderão manter a lógica de apoio matricial do NASF-AB diante da não obrigatoriedade de existência dessas equipes?

3- O Programa Previne Brasil, no pagamento por desempenho, considera indicadores quantitativos. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que avaliava ações e atividades de forma também qualitativa foi extinto. Com a extinção do PMAQ, como você acredita que ficará a avaliação dos serviços?

4 - A integralidade e longitudinalidade do cuidado, prevenção e promoção à saúde, vigilância epidemiológica e sanitária são características fundamentais da APS. Como você avalia que o novo financiamento impacta (positiva ou negativamente) nos pressupostos da APS?

5 - De acordo com o artigo de Harzheim et al. (2020), em uma simulação dos resultados que os municípios poderiam alcançar com o novo modelo de financiamento, percebeu-se que 24% poderão apresentar perda de receitas. Como alguns municípios poderão superar o desafio da perda de recursos? Quais estratégias poderão ser adotadas?

6 - Desde a criação do SUS, diversas mudanças no financiamento ocorreram, de forma gradual e contínua, mas a existência de um valor per capita fixo para o custeio de procedimentos de Atenção Básica (Piso da Atenção Básica fixo), diferenciado por região geográfica foi importante no planejamento das ações e manutenção dos serviços realizados pela APS. Como você acredita que será possível planejar a política pública de saúde voltada para a APS sem a certeza de um recurso federal constante, em um cenário de crise econômica?

Com o intuito de embasar a discussão e introduzir a temática foram compartilhadas mídias digitais como apresentação em *powerpoint* elaborada pelos autores sobre a gestão do SUS, o histórico do financiamento da saúde pública, as mudanças do financiamento da APS ao longo do tempo, o Programa Previne Brasil e seus indicadores, bem como os desafios do financiamento do SUS. Também foi disponibilizado vídeo do Youtube do “Canal Saúde Oficial” de 2018 sobre a mudança do modelo de financiamento do SUS para blocos de custeio e investimento e suas repercussões, reportagem da EPSJV/FIOCRUZ (2019) a respeito do novo modelo de financiamento da APS, de 2019, e artigo científico de Erno Harzheim (HARZHEIM et al., 2020), ex-secretário de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, e

colaboradores intitulado "Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil", de 2020.

O fórum teve a participação de 21 alunos além de 2 professores da disciplina e dos 6 discentes membros do grupo, como moderadores da discussão, e recebeu 105 comentários, incluindo aqueles de mediação dos autores e dos professores. Para a construção deste relato de experiência foram elencados documentos norteadores sobre o financiamento do SUS e mais especificamente da Atenção Primária, as mudanças do financiamento da APS e gestão desse nível de atenção. Também foi utilizado o material escrito do fórum de discussão para apresentar as percepções e sugestões dos discentes a respeito do novo financiamento da APS. Do ponto de vista ético, foi garantido o anonimato dos participantes e não foram publicizadas suas respostas e comentários.

RESULTADOS

Universalidade do acesso e cadastro

No debate do fórum foi pontuado que o cadastro da população é importante para que os gestores e as equipes da Atenção Primária conheçam os usuários de seu território, mas o fato de cadastrar não significa que o serviço chegará ao real conhecimento dos usuários para a prestação da assistência adequada, e por isso é necessário refletir sobre a forma de operacionalização do cadastramento.

Para alguns, a obrigatoriedade do cadastro é coerente com a garantia da universalidade do acesso, já para outros, o cadastro não garante maior acesso aos serviços de saúde e por isso questionam o Programa Previne Brasil quanto à universalidade, ao restringir o financiamento à população cadastrada pelos municípios e não ao total da população.

Foi reconhecido que o incentivo ao conhecimento quantitativo da população por meio da vinculação de parte dos recursos ao número de pessoas cadastradas é uma iniciativa válida, ao permitir maior apropriação pelos profissionais das UBS sobre as características dos territórios e de sua população. É papel da APS cadastrar e conhecer a população adscrita, mas foi pontuado que essa vinculação do cadastro ao custeio pode até dificultar o acesso, à medida que, caso não haja um empenho no cadastramento da população, os municípios poderão receber menos recursos e não conseguirão prestar a assistência adequada à saúde.

Discutiu-se que o Agente Comunitário de Saúde tem papel essencial no cadastro, mas a contrariedade entre as políticas pode ser percebida nessa questão. Enquanto o Previne Brasil vincula o recebimento de repasse financeiro à população cadastrada, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traz a recomendação de cobertura por ACS de 100% da população em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social (BRASIL, 2017c), não enfatizando isso para toda a população, o que pode dificultar o cadastro de todos os usuários.

Em relação à população vulnerável, foi analisado que a necessidade de cadastrá-la pode ser uma medida importante para dar visibilidade aos excluídos e oportunidade de prestar assistência à saúde, apesar de não garantir a universalidade do cuidado. Por outro lado, essas populações podem passar a ser ainda mais marginalizadas e excluídas das ações de saúde, já que o cadastro exige dados pessoais às vezes desconhecidos.

De acordo com a opinião dos participantes, a vinculação entre cadastro e repasse pode gerar efeitos positivos, mas também pode trazer muitas perdas para a APS. Tendo em vista que parte do custeio da APS se dará por meio da captação ponderada, que, dentre outros aspectos, considera a população cadastrada, os

gestores municipais deverão implementar estratégias para garantir maior cobertura no cadastro da população do território. Dessa forma, eles possivelmente estarão mais comprometidos em realizar esse cadastramento, que pode ser o passo inicial para conhecer os usuários e suas necessidades de saúde. Para de fato fazer um diagnóstico situacional, uma boa territorialização, conhecer a população para quem o serviço de saúde é prestado e assim planejar ações de saúde que melhorem a qualidade da assistência e a saúde da população, é necessário o cadastro atualizado de todos os usuários que ali residem. Contudo, foi pontuado também que os sistemas de informação, a disponibilidade (ou indisponibilidade) de internet e a precariedade estrutural de alguns locais, considerando as múltiplas realidades brasileiras, tornam o registro um desafio, que não pode ser desconsiderado.

Enfatizou-se que, além do cadastro, os gestores municipais deverão pensar em estratégias de aumentar o vínculo com a população e qualificar a oferta de cuidado de acordo com as necessidades dos usuários.

Impactos positivos e negativos nos pressupostos da APS

O Programa Previne Brasil pode impactar no modelo de atenção à saúde que orienta as ações e estratégias no SUS atualmente. Foi discutido que o Programa tem como aspectos positivos, a implantação do Saúde na Hora, o incentivo financeiro para residências médicas e multiprofissionais e a possibilidade de maior resolubilidade. E como aspectos negativos foram destacados a limitação da universalidade, o aumento das desigualdades no repasse financeiro e o desvio do escopo de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

Discutiu-se que o incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional contribui para o fortalecimento da Atenção Primária, à medida que os profissionais que passam pelas residências contribuem na assistência à saúde e no fortalecimento do modelo da APS. Alguns participantes do fórum avaliaram que essa nova proposta de financiamento, considerando o pagamento por desempenho e o incentivos a estratégias, é interessante. E foi reforçado que a APS deve ser a ordenadora do cuidado e ser resolutiva, tendo em vista que sua resolubilidade pode reduzir consideravelmente as internações por condições sensíveis à Atenção Primária.

O debate destacou que o Previne Brasil parece servir mais a propósitos restritivos do que a qualificação dos serviços, podendo limitar a universalidade do acesso e ampliar as desigualdades no financiamento para os municípios com realidades tão diferentes. Ressalta-se que o Programa Previne Brasil considera na captação ponderada também a classificação geográfica segundo o IBGE (BRASIL, 2019a) e isso pode refletir em maior equidade no repasse federal.

Algumas pessoas consideraram que os critérios de repasse não são justos e que o Programa não fortalece as equipes de saúde e não propicia a conscientização da população sobre ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, o que impacta na Atenção Secundária e Terciária do sistema de saúde. Os indicadores que seriam avaliados em 2020 e a necessidade de seu cumprimento para recebimento de recursos financeiros podem ampliar expansão e atuação da Atenção Primária, porém aqueles municípios que apresentarem perda de repasses podem ter a qualidade da Atenção Primária prejudicada com dificuldade ou até mesmo impossibilidade de oferta de algumas ações e serviços básicos da APS. Dessa forma, foi discutido que o novo tipo de repasse federal pode aumentar o déficit nas receitas dos municípios, comprometendo a qualidade de assistência da Atenção Primária, que pode refletir em aumento da demanda para a assistência de média e alta complexidade, perpetuando o modelo hospitalocêntrico. Possivelmente, aqueles municípios que apresentarem

redução da receita terão que priorizar algumas ações e programas, em detrimento de outros importantes e que podem ferir os princípios da APS.

Mudanças em ações estratégicas

No fórum de discussão foi pontuado que o trabalho do NASF-AB é um grande diferencial na APS, ao ampliar sua abrangência e resolubilidade, contribuindo para a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a reabilitação dos usuários, bem como o matriciamento das outras equipes. Foi ressaltado, que a perda de um incentivo específico para essas equipes pode impactar na sua existência, pois o gestor municipal de saúde passa a ter mais autonomia na manutenção ou não destas equipes de apoio, assim como na sua composição, definindo as categorias profissionais, a carga horária e os arranjos necessários. Acredita-se que agora mais do que nunca os gestores farão um monitoramento de indicadores e produção e do trabalho das equipes multiprofissionais para a tomada de decisão acerca de sua manutenção, já que com a Portaria nº 2.979/2019 o custeio das equipes será municipal.

No debate, a extinção do PMAQ foi considerada uma grande perda, à medida que o Programa orientava os gestores sobre uma assistência à saúde de qualidade, indicando os caminhos a serem seguidos. Dessa forma, a preocupação é de como a APS será avaliada, tendo em vista que os indicadores do Previnir Brasil para o pagamento por desempenho, são essencialmente quantitativos e o PMAQ também apresentava indicadores qualitativos. Para melhoria da qualidade é muito importante ter critérios claros de avaliação e com a extinção do PMAQ surgem novos desafios para garantir uma avaliação eficiente da APS. Foi reconhecido que indicadores quantitativos são importantes, mas também seria importante a avaliação da qualidade da oferta de serviços, o atendimento integral e humanizado, a escuta qualificada e o vínculo com a população, pois não adianta ter produtividade com baixa qualidade.

Destacou-se na discussão que o controle social é imprescindível para que a alocação de recursos e manutenção de programas e equipes esteja de acordo com os interesses e necessidades reais dos usuários. Assim, os Conselhos Municipais de Saúde têm importante papel no monitoramento da qualidade dos serviços prestados. De acordo com a Confederação Nacional de Municípios (2018), a Lei Complementar nº 141/2012 determina que o gestor do SUS em cada esfera de governo deve elaborar o relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior (RDQA) e o Relatório de Gestão (RAG) e encaminhar ao respectivo Conselho de Saúde, sendo responsabilidade deste a emissão do parecer conclusivo. Dessa forma, foi recomendado no fórum que os Conselhos de Saúde analisem a prestação de contas do ponto de vista quantitativo e qualitativo, com as ações e os serviços ofertados à população.

Planejamento em saúde e perda de recursos

Mudanças são bem vindas, mas é preciso avaliar com crítica e discernimento os detalhes da proposta. Entender como as alterações na forma de repasse afetarão a realidade de cada município é fundamental para planejar as ações e garantir os princípios do SUS.

Foi discutido que a realidade dos municípios é muito diversa e nem todos terão condições de adequar seus serviços para o cumprimento de indicadores e consequente recebimento do repasse, em função de problemas estruturais e até tecnológicos. E a redução dos recursos federais recebidos pode agravar ainda mais

essas diferenças entre os municípios, inclusive na assistência aos usuários. O repasse financeiro federal sem as devidas rubricas e com apenas 2 blocos de financiamento (de custeio e investimento) foi considerado por alguns, um grande avanço por aumentar a autonomia dos municípios, mas também implica em maior responsabilidade e competência técnica por parte dos gestores para uma alocação adequada. Mas foi pontuado que a alteração das formas de financiamento da Atenção Primária, principalmente com a extinção do PAB fixo, sem garantias mínimas orçamentárias, causa incertezas aos municípios e dificulta o planejamento em saúde principalmente a médio e longo prazo. Foi ressaltado ainda a dificuldade do planejamento e da continuidade de ações estratégicas com as mudanças políticas de governo que são frequentes.

Foram debatidas algumas estratégias para evitar a potencial perda de recursos, como: busca ativa e aumento do número de cadastros, otimização e melhorias nos processos administrativos e assistenciais, melhoria dos sistemas de informação para que o dado reflita na produção com fidedignidade, além da formação de consórcios intermunicipais.

CONCLUSÃO

O grupo concluiu que a discussão realizada acerca do novo financiamento da APS foi rica, com posicionamentos diversos, e proporcionou ampla aprendizagem. Por se tratar de um assunto novo, algumas perguntas não foram respondidas na íntegra, mas auxiliaram na discussão da temática.

Foi reconhecido que a APS deve conhecer sua população adscrita e nesse processo o cadastro é importante, porém o mero registro sem a análise dos dados não garante a prestação da assistência adequada aos usuários. Os pontos de vista sobre a obrigatoriedade do cadastramento garantir a universalidade do acesso, inclusive para populações vulneráveis, foi diversa. E os gestores deverão pensar em estratégias para aumentar o vínculo com a população e qualificar a oferta de cuidado de acordo com as necessidades dos usuários para além do cadastro.

Em relação aos impactos nos pressupostos da APS, verificou-se através das discussões que o Programa Previne Brasil tem aspectos positivos e negativos. Alguns participantes do fórum avaliaram que o pagamento por desempenho e o incentivos a estratégias podem aumentar a resolubilidade da Atenção Primária. Enquanto outros consideraram que o Programa não qualifica os serviços e pode aumentar as desigualdades no financiamento para os municípios com realidades tão diferentes, trazendo prejuízos às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. A ampliação da autonomia dos gestores locais é um dos principais benefícios apontados pelos apoiadores do Programa Previne Brasil.

A não inclusão do NASF-AB e do PMAQ dentre as ações estratégicas do novo financiamento foi considerada um dificultador no processo de fortalecimento da APS. A falta de financiamento federal para as equipes NASF-AB pode acarretar em sua extinção em alguns municípios, que trabalharão com um modelo médico hegemônico especializado e intervencionista, o qual já foi verificado que traz pouco impacto na melhoria da situação de saúde da população. Foi reconhecido que indicadores quantitativos são importantes, assim como a avaliação da qualidade da oferta de serviços, que o PMAQ realizava. Dessa forma, sugere-se que os gestores mantenham as equipes multiprofissionais trabalhando na lógica do NASF-AB e com monitoramento dessas equipes, e que, para além dos indicadores estabelecidos no Programa Previne Brasil, avaliem a qualidade dos serviços e ações prestadas na

APS. Nesse contexto, o papel dos Conselhos Municipais de Saúde é fundamental, sendo importante fortalecer as instâncias de controle e regulação do SUS para garantir que a alocação de recursos definida pelos gestores esteja de acordo com a necessidade dos usuários.

Foi debatido que a extinção do PAB fixo causa incertezas aos municípios e dificulta o planejamento em saúde principalmente a médio e longo prazo, ainda mais em um cenário de subfinanciamento do SUS e de crise econômica. A redução dos recursos federais recebidos por alguns municípios pode prejudicar a assistência aos usuários e não se sabe ainda como esses municípios poderão superar essa perda de recursos. Sugere-se que os gestores se atentem para o documento orientador do Ministério da Saúde para a melhoria dos indicadores de desempenho. E ainda, que se esforcem para realizar o cadastro da população total, que qualifiquem processos administrativos e assistenciais, melhorem os sistemas de informação e monitorem com frequência os indicadores que serão avaliados, de forma a aumentar a captação de recursos federais e com qualidade no cuidado aos usuários.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O financiamento em saúde é sempre um gargalo e ponto importante de discussão por gestores, profissionais de saúde e sociedade em geral. As demandas de assistência em saúde, tratamento, promoção e prevenção são contínuas e crescentes e os recursos, finitos e limitados. Desse modo, a análise e conhecimento do processo de construção e evolução de modelos de financiamento ao longo do tempo e da proposta de modelo atual é necessária para subsidiar reflexões sobre possíveis pontos positivos e negativos e para embasar o desenvolvimento de políticas públicas e planejamento em saúde. Gerir sem conhecer o sistema em que se está inserido, a fonte de recursos públicos aplicados e sua forma de alocação é estar limitado e sem possibilidade de avaliação crítica e de movimento no sentido de buscar melhorias e análises sobre os impactos das mudanças. Assim, a discussão desenvolvida através do fórum possibilitou a ampliação do conhecimento e a visão de diferentes olhares sobre o tema em pauta.

REFERÊNCIAS

ALEMÃO, M.M. **Financiamento da Saúde**: proposta e avaliação de modelo estimativo do custeio global de hospitais públicos. 2017. p. 80, Tese (Doutorado em Administração) - CEPEAD/UFMG, Belo Horizonte, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 172. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/saude-2030livro_0.pdf>. Acesso em 18 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019**. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências. Brasília, 2019b. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0930_17_05_2019.html>. Acesso em 31 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1740, de 10 de julho de 2020.**

Estabelece o pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, diante do contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Brasília, 2020. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.740-de-10-de-julho-de-2020-266574629>>. Acesso em: 31 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.**

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017b. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 31 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019.**

Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017.**

Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Previne Brasil. **Documento orientador:** como a equipe de saúde da família pode melhorar os indicadores de desempenho. Brasília, 2020b. Disponível em:

<https://sisab.saude.gov.br/resource/file/documento_orientador_indicadores_de_desempenho_200210.pdf>. Acesso em 31 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 39. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família - volume 1:** ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em 30 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF.** 2. ed.

Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 64 p. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS. **Princípios do SUS.** 2017b. Disponível em:

<<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 31 jul. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros

- na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/l8142.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2020.
- CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Mudanças no Financiamento da Saúde**. Brasília, 2018. p. 40. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2020.
- DAVID, G. C.; SHIMIZU, H. E.; DA SILVA, E. N. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 232-245, 2015.
- DE CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.693-705, 2010.
- DOMINGOS, C. M. *et al.* A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 1-13, 2016.
- DONABEDIAN, A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford: Oxford University Press, 2003, 240 p.
- ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO - EPSJV/FIOCRUZ. **Atenção primária à saúde terá novo modelo de financiamento**. 2019. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/atencao-primaria-a-saude-tera-novo-modelo-de-financiamento>>. Acesso em 11 mar. 2020.
- FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4405-4414, 2019.
- HARZHEIM, E. *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020.
- MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 224-243, 2018.
- MENDES, A. MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 900-916, 2014.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.
- MORIMOTO, T.; DA COSTA, J. S. D. Análise descritiva dos gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 295-300, 2019.
- PINTO, L. F. *et al.* Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Distrito Federal: comparação com outras capitais brasileiras no período de 2009 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2105-2114, 2019.
- REIS, J. G. *et al.* Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3457-3462, 2019.
- VIACAVA, F. *et al.* Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012.

I SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Dialogando sobre a Gestão de Serviços de Saúde

COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO PARA TOMADA DE DECISÃO NO ÂMBITO MICROALOCATIVO EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE BELO HORIZONTE

Shirlei Moreira da Costa Faria¹; Karla Rona da Silva²

RESUMO

Os serviços de saúde na atualidade convivem com os efeitos da polarização e transição demográfica onde, predomina o aumento da hospitalização no setor público de saúde. Decorre que deste processo de procura pelo serviço há um aumento prevalente de demanda e necessidade de constante tomada de decisão. Este estudo busca discorrer as narrativas dos tomadores de decisão acerca da escassez de recursos, em detrimento a informação e comunicação que respaldam a tomada de decisão no âmbito microalocativo em uma Unidade de Pronto Atendimento. O referencial teórico que respalda a discussão enfatiza que o processo decisório assertivo abrange a necessidade de comunicação e informação entre outros níveis de atenção. Trata-se de uma pesquisa qualitativa utilizando para coleta e análise dos dados a entrevista narrativa. Participaram 25 tomadores de decisão, atuantes em uma Unidade de Pronto Atendimento no município de Belo Horizonte. A pesquisa atendeu aos preceitos éticos com assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido pelos participantes e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e ao Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital Risoleta Tolentino Neves. Foi aprovado sob o parecer número 54212116.0.0000.5149. Os resultados demonstram haver falta de informação ou comunicação ineficiente acerca dos recursos preconizados para assistência à pacientes na Unidade de Pronto Atendimento, necessidade de considerar a construção da informação e comunicação como estratégia política, em um sistema federalista cujo poder é descentralizado e que fatores como: a variação constante de perfil demográfico e epidemiológico de uma região em detrimento à outra, a veracidade dos dados e indicadores de saúde de um território, a repartição de recursos financeiros categorizados nem sempre são contemplados em detrimento a real necessidade da população de abrangência. O estudo demonstrou haver necessidade de aprimorar o funcionamento da RUE. Enfatizou que a escassez está associada ao atendimento de uma demanda que não lhe é devida. Possibilitou conhecer que a tomada de decisão ocorre por meio de modelos diferentes.

DESCRITORES: alocação de recursos para a atenção à saúde; gestão; conhecimento.

INTRODUÇÃO

O acesso universal à saúde dos brasileiros surgiu a partir das diversas e constante manifestação populacional se consolidou como política de Estado a partir da Constituição de 1988. Nela estabeleceu-se que a saúde deveria efetivar-se mediante políticas sociais e econômicas que reduzissem doenças e agravos (BRASIL, 1998). Embora, a classe política tenha estabelecido saúde como um direito social, esta, não

¹ Enfermeira, Graduando Gestão de Serviços de Saúde- UFMG- e-mail: smcf2016@ufmg.br

² Doutora em Biomedicina, Docente Mestrado Profissional e da Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, UFMG- e-mail: karlarona@ufmg.br

se organizou por meio de gestão estratégica em um primeiro momento a fim de discriminar de que forma os recursos deveriam ser repassados aos Entes e qual a participação de cada um destes na alocação (SALVADOR, 2007).

Ocorria então a escassez de recurso. Esta é entendida como a necessidade social de acesso em detrimento à restrição de ofertas, seja pela distribuição insuficiente ou pela falta de gestão estratégica para maximização de um recurso. Se por um lado o país preconizava acesso universal gratuito e com integralidade, a gestão dos recursos estava em implementação e sua operacionalidade condicionada ao financiamento deficitário para oferta em saúde e efetivação de gestão descentralizada para a regulação dos recursos financeiros (RAMOS e RAMOS, 2017; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Estabelecidos os critérios de financiamento de saúde pelo Poder Público, o Brasil vivenciou uma polarização epidemiológica. Esta consistiu na existência de forma incidente e prevalente de doenças infecciosas e parasitárias e também da elevada morbidade e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, a oferta de saúde acontecia de forma irregular no território brasileiro enfatizando as disparidades de acesso entre as regiões do país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016; ARAÚJO, 2012).

Além da polarização epidemiológica ocorria a transição demográfica caracterizada pelo aumento da hospitalização no setor público de saúde e de mortes por causas externas. Conseqüentemente os serviços de saúde de média e alta complexidade necessitavam cada vez mais de recursos para aquisição de tecnologias duras, recursos humanos especializados e funcionamento efetivo da Rede de Urgência e Emergência (RUE) (IBGE, 2012; O'DWER *et al*, 2009; IBGE, 2009).

Procurando atender as demandas da urgência e emergência no setor saúde pública, em 2002 foi sancionada a Portaria Ministerial que regulamentou tecnicamente os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Em 2003, porém, o Estado preconizou a assistência em urgência e emergência como uma Política Nacional sancionando a Portaria Nº 1863/2003. Em 2017, as diretrizes de funcionamento da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) foram atualizados por meio de Portaria redefinindo: o modelo assistencial e forma de financiamento (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003, BRASIL, 2017).

Assim, o atendimento em urgência e emergência na UPA deve ocorrer a nível intermediário entre a Atenção Primária de Saúde (APS), o serviço pré-hospitalar, a Rede Hospitalar de média e alta complexidade, bem como a atenção domiciliar. O fluxo do paciente na UPA deve ser determinado pela avaliação médica, em caso de melhora o paciente recebe alta e é contra referenciado a Unidade Básica de Saúde (UBS), em caso de agravamento do quadro clínico o encaminhamento ocorre via regulação a um hospital de alta e média complexidade (BRASIL, 2017; KONDER e O'DWYER, 2016; RANDOW, 2012).

Decorre que deste processo de procura pelo serviço há um aumento prevalente de demanda agravando o cenário de escassez de recurso. Muito provavelmente isto ocorre em decorrência de sub-repasse financeiro do Ente às Unidades de Pronto Atendimento, pelo fato de o paciente procurar assistência em saúde apresentando uma condição clínica diferente da preconizada para atendimento na UPA. Na perspectiva gerencial significa que pacientes que deveriam ser atendidos em outros níveis de atenção ocupam leitos, permanecem internados em um tempo maior que o preconizado. Outrossim, a escassez em muitas vezes é delineada pelo desperdício ou má utilização do recurso existente frente ao não estabelecimento de processos gerenciais na alocação destes (VASCONCELOS, 2010; OMS, 2010).

Neste cenário estão os tomadores de decisão. Suas escolhas devem se respaldar por meio do diagnóstico situacional, da melhor escolha entre as alternativas apresentadas e finalmente da ação feita para conseguir o resultado esperado por meio de indicadores satisfatórios. Considerando que as escolhas mais assertivas consideram a cultura organizacional de onde a escolha será implementada (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005; MAXIMIANO, 2009).

Alocar recursos em saúde demanda a todo instante tomada de decisão assertiva, com potencial de maximizar os recursos existentes além de possibilitar construção de indicadores de qualidade efetivos para a instituição. Em cenário de escassez esta tomada de decisão exige dos responsáveis que contemplem a moralidade interna e externa bem como a beneficência da instituição de saúde. Para isso, deve considerar ainda a autonomia de decisão do paciente em aceitar ou não todo o processo bem como as evidências clínicas para maximização da assistência na potencializando recursos (MIZIARA e MIZIARA; 2018).

Na UPA a tomada de decisão é norteadada por especificidades, podem ocorrer no âmbito macro ou microalocativo. Vasconcelos (2010, p. 4) diferencia esse processo da seguinte forma:

“macro-alocação, (...) se refere a procedimentos de alocação e distribuição dos recursos financeiros voltada para políticas públicas e organização dos sistemas de serviços sanitários; e a micro-alocação, relacionada à discussão e análise das formas de seleção individualizada de pessoas que serão beneficiadas pelos serviços disponíveis.”

Em ambos os casos envolvem a constante tomada de decisão. Segundo Lousada e Valentim (2011, p. 149), o processo decisório compreende a aplicação de diferentes modelos de tomada de decisão, cada um deles pertinente a uma determinada situação. Nesse sentido a gestão depara ainda com os desafios enraizados na missão e visão organizacional no que se refere disponibilidade de recursos, delimitação da clientela, implantação de melhorias e perfil dos colaboradores (ROSAS; BEZERRA; NETO, 2013).

Considerando, os fatores apresentados o subfinanciamento do sistema público de saúde, as mudanças epidemiológicas e demográficas, a necessidade da informação e comunicação para tomada de decisão surgiu o objeto deste estudo. Este busca demonstrar que na UPA a falta de informação e comunicação entre colaboradores interferem diretamente na percepção dos profissionais sobre quais recursos devem ser disponibilizados para a assistência em saúde. Estes nem sempre consideram a abrangência da atuação assistencial, o tempo de permanência e nível de atuação gerencial da UPA dentro da RUE.

Isto é relevante, pois a tomada de decisão na urgência é norteadada por diversos aspectos desde a gravidade clínica, tempo de terapêutica e prognóstico, constantes dilemas morais e a necessidade dos profissionais tomadores de decisão em conhecer os critérios de acesso do usuário, tempo de permanência e quais recursos tecnológicos devem ser utilizados.

OBJETIVOS

Discorrer as narrativas dos tomadores de decisão acerca da escassez de recursos, em detrimento a informação e comunicação que respaldam a tomada de decisão no âmbito microalocativo em uma Unidade de Pronto Atendimento.

REFERENCIAL TEÓRICO

A informação e comunicação no processo decisório de uma Unidade de Pronto Atendimento

Um dos grandes desafios no processo decisório consiste na informação e comunicação dentro da RUE. Isto porque ela deve subsidiar a tomada de decisão assertiva, contemplando ambientes internos e externos, planejamento gerencial a nível intermediário e operacional (MORESI, 2000). Por sua vez a maximização da informação se consolida através da comunicação, e esta sempre precisa ser aprimorada. Segundo Moritz e Pereira (2006, p. 20), é: por meio da Comunicação, **[que]** as organizações e seus membros trocam informações, formam entendimentos, coordenam atividades, exercem influência e socializam-se, além de gerarem e manterem sistemas de crenças, símbolos e valores.

Na UPA, qualitativa Quando ela não se efetiva constitui-se em um grande limitador para delineamento de ações estratégicas, de alocação e microalocação de recursos tornando-se fator fundamental de desintegração entre todos os atores integrantes da RUE frente às demandas apresentadas (ALMEIDA *et al*, 2010).

Segundo Cardoso (2006), a comunicação é componente imprescindível para que as potencialidades estratégicas e a integração das estruturas organizacionais possam cumprir os seus propósitos. Devem contemplar ainda, o usuário que também estar inserido no processo decisório quando a temática é a melhor conduta clínica para manutenção de sua vida.

Conseqüentemente o processo decisório está diretamente relacionado aos objetivos preconizados por uma instituição (FREITAS e KLADIS, 1995). Sabe-se que o objetivo da UPA dentro da RUE é permitir por meio de atendimentos assistenciais a nível intermediário a ampliação de acesso dos usuários, garantindo melhoria clínica, alta com contra-referência e encaminhamentos a média e alta complexidade em parceria com APS, serviço pré-hospitalar (BRASIL, 2020).

Nesse sentido a todo o momento a informação e comunicação devem nortear a escolha pela qual se dará a tomada de decisão. Essas podem se consolidarem mediante processos já estabelecidos ou pelo problema apresentado em um determinado contexto em que não deveria se aplicar a organização, embora demande resolução eficiente e eficaz (SOUZA, 2018). Segundo Souza (2018, p. 207): se realiza num contexto em que agentes se inter-relacionam, concretizando o intercâmbio de informações para que seja efetivada a construção de conhecimento. Este conhecimento aliado às disposições pessoais e interesses organizacionais produz sentido que incitam decisões e ações.

Se tratando de microalocação de recursos faz-se necessário que os tomadores de decisão saibam quais recursos deve existir na UPA, de que forma potencializá lo a partir da melhor escolha ou até para evidenciar os discursos de que faltam recursos sem antes questionar se eles deveriam existir. Por isso a importância da informação e comunicação na UPA para delinear soluções práticas com embasamento técnico científico. Moraes e Vasconcellos (2006, p. 196) enfatizam que podem proporcionar:

Conhecimento e compreensão dos domínios de problemas do campo da saúde e de ciência tecnologia em saúde e de suas condições de resolução; reconhecimento e incorporação crítica dos conhecimentos e tecnologias de informação e comunicação, politicamente contextualizados e praticamente eficazes para enfrentar os problemas comunicacionais e informacionais desses domínios; capacidade de promover a busca de soluções e de mudanças concretas nas práticas institucionais.

MÉTODOS

O ser “aberto” em que nos tornamos, a existência que in-ventamos, a que socialmente produzimos, a história que fazemos e que nos faz, a cultura, a curiosidade, a indagação, a complexidade da vida social, as incertezas, o ritmo dinâmico de que a rotina faz parte mas a que não o reduz, a consciência do mundo que tem neste um não eu e a de si como eu constituindo-se na relação contraditória com a objetividade, o “ser programado para aprender”, condicionado mas não determinado, a imaginação, os desejos, os medos, as fantasias, a atração pelo mistério, tudo isso nos insere, como seres educáveis, no processo permanente de busca ... (Freire, 2001, p. 12)

O homem em suas relações diárias executa com peculiaridades as escolhas e a partir delas originam uma série de consequências, estas podem ser individuais ou coletivas e por isso muito complexa. A compreensão dos fatores e das peculiaridades do homem enquanto ator social é extremamente relevante, pois descrevem as condições, percepções de sua inserção ao mundo e direciona para a tomada de decisão (CUNHA, 2007; VIEIRA e ZOUAIN, 2005; CRESWEL, 2007).

Entender em que contexto e cenário o gestor de um serviço de urgência e emergência está inserido, bem como, o seu conhecimento em relação aos recursos necessários para viabilizar os processos, amplia as possibilidades de investigar a realidade por meio do significado dado por um indivíduo às relações estabelecidas e ações efetivadas (MINAYO, 2001). Por isto este estudo utilizou os preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa, exploratória, tendo por estratégia a técnica da narrativa para coleta e análise de dados.

Para Minayo (2002, p. 21) a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças valores e atitudes. Ela permite ao pesquisador acesso direto aos dados de sua investigação, aos processos que proporcionaram o fato. Por esta perspectiva o pesquisador pode flexibilizar sua ação investigativa atentando-se a realidade social e cultural (TRIVINOS, 1987). A pesquisa exploratória como metodologia ocorreu pela possibilidade de formulação das questões problemas buscando entender e explicar se os gestores sabem quais os recursos preconizados em uma UPA e como utilizá los (GIL, 2008).

Para coleta e análise dos dados utilizou-se a técnica da entrevista narrativa. Esta se caracteriza em permitir por meio da descrição de um fato, com significado ou singularidade para o narrador identificar sua interpretação acerca do mundo a partir das particularidades narradas. Desta forma possibilitou a compreensão da história e fato narrado, das condições em que o entrevistado está e assim a obtenção de informações acerca de inquietações em pesquisas como fenômeno de estudo (BRUNER, 2002, PINNEGAR e DAYNES, 2007).

Vale ressaltar que não se restringe, a saber, a vida do narrador sob sua percepção, mas de que forma as narrativas foram produzidas, as motivações para manutenção ou recusa do fenômeno. Sendo, analisado o fato narrado e a forma como se deu à narrativa. Assim a entrevista narrativa atende as seguintes fases: preparação, início, narração central, fases das perguntas, fala conclusiva. Sendo que o pesquisador

deverá gravar a entrevista, mapear as falas mais frequentes, os momentos narrativos e por fim analisar a narrativa (MUYLAERT et al; 2014; BASTOS e BIAR; 2015).

O cenário de estudo foi uma Unidade de Pronto Atendimento de Belo Horizonte que integra a RUE em nível intermediário com atendimento durante 24 horas clínico, pediátrico, tecnologia como raios-X, leitos onde pacientes devem ficar de observação em até 24 horas além de laboratório para exames (BRASIL, 2019).

Participaram desta pesquisa 25 tomadores de decisão (10 enfermeiros e 15 médicos) que atenderam aos seguintes critérios: trabalhar na unidade há pelo menos um ano, executando suas atividades laborais no período da manhã, tarde e/ou noite, de ambos os sexos, que dentre as funções exercidas exista a função de tomada de decisão no âmbito da microalocação. Foram identificados pelas consoantes TD e um número cardinal em ordem crescente iniciando em 1 respectivamente. Utilizou-se a técnica de saturação das informações para definição do número de participantes.

A participação ocorreu após preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). As entrevistas ocorreram em horário marcado com a gerente da UPA, porém sem agendamento nominal com o entrevistado. Transcorrendo da seguinte forma: durante o horário preconizado o profissional tomador de decisão com disponibilidade para ser entrevistado participou da pesquisa.

Neste encontro a entrevista se deu a partir da seguinte pergunta norteadora: Relate sua experiência sobre a tomada de decisão em situações de recursos escassos no âmbito da microalocação. As narrativas foram gravadas em áudio e transcritas posteriormente. A análise das narrativas ocorreu por meio do mapeamento das falas frequentes, dos momentos narrativos, na separação por eixo temático dos assuntos que responderam esta pergunta (MUYLAERT et al; 2014). Após estas fases os achados foram comparados com a literatura científica dos últimos cinco anos e os teóricos deste estudo.

O estudo seguiu as orientações expressas na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) que trata de pesquisas com seres humanos, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Minas Gerais e ao Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital Risoleta Tolentino Neves. Foi aprovado sob o parecer número 54212116.0.0000.5149. A necessidade de apreciação ética ocorreu para validação da coleta, análise e posterior divulgação de dados ao público por meio do resultado de pesquisa.

Esta pesquisa foi financiada com fomento e bolsa de iniciação científica pelo: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) – e recebeu financiamento com fomento e bolsa de iniciação científica da Pró Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (PRPQ UFMG).

RESULTADOS

As narrativas dos tomadores de decisão demonstram haver falta de informação ou comunicação ineficiente acerca dos recursos preconizados para assistência à pacientes na UPA, e isto se manifesta nos relatos. Na maioria das vezes, o que denominam falta de um determinado recurso está diretamente relacionado ao atendimento de uma demanda que deveria estar em outro serviço dentro da RUE. Vejamos:

TD20: [...] igual agora tô com um paciente grave na sala de emergência precisando passar um transcutâneo, transvenoso, quer dizer, tá usando só o transcutâneo, tá com uma braquicardia... nós precisamos passar um transvenoso e aqui na UPA não

tem, a gente precisa de transferi-lo assim para unidade de suporte mais avançado para que esse paciente seja bem atendido.

Sabe-se que a UPA compõe a RUE a nível intermediário, sendo a ligação entre a APS e hospitais. A permanência de um paciente na unidade deveria ocorrer por até 24 horas caso a demanda pudesse ser atendida. Porém, casos clínicos que demandam maior intervenção em saúde devem ser encaminhados e admitidos pela Rede Hospitalar neste prazo (BRASIL, 2003). Sabe-se que a solicitação de vaga é feita junto à Regulação de Leitos, porém nem sempre a liberação ocorre dentro do prazo estabelecido.

TD22: [...] O problema é que Teoricamente esse paciente não poderia ficar aqui por mais de 24 horas e ele fica... E aí, a partir dessas 24 horas ele tem outras complicações derivados duma doença grave que a gente não tem condição de tratar, né, então às vezes é um paciente que tem um infarto e a gente não tem condição de fazer um cateterismo, às vezes é um paciente que tem alguma doença renal aguda e que precisa de uma diálise e a gente não tem diálise, às vezes é um paciente que Evolui pra uma infecção grave a gente não tem antibiótico de Largo espectro [...].

Outro fator relevante para a tomada de decisão no âmbito microalocativo em serviços de saúde que compõe o Sistema Único de Saúde é: se a tomada de decisão deve atender os objetivos da organização, e estes são precedidos de informação e comunicação por parte de gestores e demais níveis que compõem a instituição, deve-se considerar a construção da informação e comunicação como estratégia política, em um sistema federalista cujo poder é descentralizado (FLEXA, 2018). Esta descentralização a nível estratégico de gestão nem sempre contempla as especificidades em saúde de um determinado território e podem se manifestar por meio de fala como veremos abaixo:

TD07: [...] a gente tem um perfil aqui nessa UPA de pacientes extremamente graves que diferem em relação a outras UPA's pela proximidade que a gente tem né da Santa Casa e do Hospital das Clínicas... é... então infelizmente a gente recebe muito paciente aqui que vem acompanhado, né, ambulatorialmente por essas instituições e que acabam chegando aqui com descompensações graves das doenças de base.

É importante salientar que a gestão descentralizada para tomada de decisão em sistema majoritariamente burocratizado nem sempre significa autonomia com liberdade por parte dos gestores locais, e este processo se estende ao gestor da unidade, aos profissionais assistencialistas que deverão atender segundo recursos e critérios previamente estabelecidos. Uma abordagem pertinente a ser feita neste contexto é o de que as políticas para norteadoras são feitas a nível macro, e fatores como: a variação constante de perfil demográfico e epidemiológico de uma região em detrimento à outra, a veracidade dos dados e indicadores de saúde de um território, a repartição de recursos financeiros categorizados nem sempre são contemplados em detrimento a real necessidade da população de abrangência (FLEXA, 2018; WICKREMASINGHE *et al*, 2016).

TD05: “[...] É e vaga, a questão da vaga, porque as dificuldades que a gente tem relacionado à medicação na verdade elas não são relacionadas à medicação, são na verdade relacionados à vaga por que são pacientes em tratamento hospitalar, então acaba que é vaga”.

Se a informação e comunicação se efetivasse e norteasse a tomada de decisão a garantia de leitos evitaria situações como a narrada acima. A necessidade de informação e comunicação para aprimoramento da tomada de decisão na UPA não deveria se restringir aos colaboradores, mas estender-se aos usuários principais demandantes do serviço, em todos os níveis de complexidade. Há uma resistência, talvez relacionada a cultura organizacional em aproveitar o momento de acolhimento de uma demanda para trabalhar educação em saúde a partir de uma “situação problema” desencadeada na busca pelo acesso. Que contemple o saber do cidadão para aprimoramento do autocuidado, de conhecimento acerca dos serviços. Sem informação, mediante agravo o paciente desloca em diversos outros serviços na busca por assistência. E em todo o momento recursos estarão sendo executados (BRASIL, 2013, BRASIL, 2011). Observem o relato:

TD08: “[...] Então eu acho assim que tinha que ter uma melhora do atendimento do Centro de Saúde, um acolhimento melhor pra evitar que a pessoa que não precisa venha, que aí nem todo mundo que chegar, que vai tá precisando vai ser atendido no momenton certo, entendeu? Porque às vezes mesmo priorizando, quem tá precisando demora para ser atendido... você não dá conta de atender todo mundoao mesmo tempo [...]”.

O que é não precisar para quem está com uma demanda em saúde e desinformado sobre onde deve ir? A escassez de recursos neste contexto pode esta associada ao fator de nem sempre contemplam o público alvo, cidadãos brasileiros em sua maioria SUS dependentes, que procuram pelo serviço em busca de solução rápida. A comunicação neste caso seria um elemento primordial para a tomada de tomada de decisão, isto porque buscaria garantir cuidado, no nível de atenção destinado para tal com integralidade. Assis e Jesus (2012, p. 2868) enfatizam: estes conceitos se ampliam e extrapolam a dimensão econômica, abrangendo aspectos de ordem política, social e cultural.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou haver necessidade de aprimorar o funcionamento da RUE. Enfatizou que a escassez está associada ao atendimento de uma demanda que não lhe é devida. Mostrou que informação e comunicação devem ser aprimoradas entre os diversos níveis da RUE e internamente na UPA.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Possibilitou conhecer que a tomada de decisão ocorre por meio de modelos diferentes. Demonstrando ainda que os gestores precisam contemplar o usuário não só na oferta do serviço, mas em educação durante o acolhimento.

FOMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) pelo Financiamento com fomento e pela bolsa de iniciação científica e a Pró Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (PRPQ UFMG) pelo fomento e bolsa de iniciação científica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Revista Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26 n.2, p. 286- 298, fev. 2010.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Whashington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelos de análise. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865- 2875, nov. 2012.

BASTOS, Liliana Cabral; BIAR, Liana de Andrade. Análise de narrativa e práticas de entendimento da vida social. **DELTA: Documentação e Estudos em Linguística Teórica e Aplicada**. ISSN 1678-460X, v. 31, n. 4, 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2012. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação popular em âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial [da] União**, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p. 25.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h): o que é, quando usar, diretriz e competências**. 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/unidade-de-pronto-atendimento-upa-24h>. Acesso em: 27 jul.2020.

BRUNER, Jerome. **Atos de significação**. 2. ed. Trad. Sandra Costa. São Paulo: Artmed, 2002.

CRESWEL, John. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. BRASIL.

CUNHA, Genilton Rodrigues. **Integralidade da atenção na assistência hospitalar: um estudo com profissionais que participam do atendimento ao usuário**. 2007.

Dissertação (Mestrado): Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2007.

FLEXA, Raquel. Processo decisório em sistemas de saúde: uma revisão da literatura. **Revista Saúde Social**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 729-739. 2018.

FREIRE, Paulo. **Política e Educação**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 11

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Relação entre as relações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população**. 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98579.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 41.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi de; VASCONCELLOS, Miguel Murat. Gestão da informação e comunicação em saúde: desenho e implementação de uma proposta de ensino-aprendizagem. In: LEAL, MC. and FREITAS, CM., orgs. **Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 284 p.

MORESI, Eduardo Amadeu Dutra. Delineando o valor do sistema de informação de uma organização. **Revista Ciência da Informação**, Brasília, v. 29, n. 1, jan./abr. 2000.

MORITZ, Gilberto de Oliveira; PEREIRA, Maurício Fernandes. **Processo decisório**. Florianópolis: SEAD/UFSC, 2006. 168 p

MUYLAERT, Camila Junqueira *et al.* Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. spe2, p. 184-189, 2014.

PINNEGAR, S.; J. G. DAYNES. Locating narrative inquiry historically. In: CLANDININ, D. J. *Handbook of narrative inquiry: mapping a methodology*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage, 2007.

SOUZA, Vanessa de Lima e. O processo decisório em saúde no Brasil: gestores, informação e o cuidado à saúde. 2018. **Tese**. Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro 2018.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, M. M. F. e ZOUAIN, D. M. **Pesquisa qualitativa em administração: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

WICKREMASINGHE, D. et al. District decisionmaking for health in low income settings: a systematic literature review. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 31, p. ii12-ii24, 2016. Suplemento 2

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE: ESTUDO DA ESTRUTURAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE CONTAGEM

Alexandre Viana Barros de Andrade¹; Isabela Gonçalves Barros de Andrade²

RESUMO

O projeto de Reforma Administrativa do Estado Brasileiro (RAEB) decorre de um amplo processo de reforma, tendo como eixo central a descentralização. Neste processo, as ações de execução foram transferidas para o chamado setor público não-estatal, representado por organizações sociais (OS), ficando a produção de bens e serviços para o mercado. As organizações sociais de saúde (OSS) são consideradas como um dos padrões de apresentação do denominado terceiro setor e se configuram como uma nova modalidade, voltada à função social de gestão e provisão de serviços de saúde, vinculadas ao modelo das parcerias público-privadas. Por se apresentar como uma tendência e, se configurar como um processo complexo, capaz de desencadear transformações sociais, políticas e econômicas relevantes, o estudo buscou compreender como se dá o processo de estruturação e operacionalização de uma OSS, abordando fatores críticos, impactos, complexidade, riscos e incertezas inerentes a este processo, bem como se é possível traçar estratégias para que a estruturação e operacionalização das OSS ocorram de forma efetiva. Para tanto, realizou-se o trabalho com base na abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. O método de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada e utilizou-se da técnica de análise de conteúdo para tratamento dos dados. Foi possível compreender que se trata de um processo complexo, com impacto político, social e econômico e que exige a adoção de estratégias para potencializar a efetividade da estruturação e operacionalização das OSS. Espera-se que os resultados deste trabalho, pela relevância do tema, contribuam para o conhecimento sobre as dificuldades, complexidade, impactos e riscos presentes no processo, bem como auxiliie na elaboração de estratégias capazes de mitigar tais fatores presentes na estruturação e operacionalização do modelo.

PALAVRAS-CHAVE: Modernização do setor público. Privatização. Gestão em saúde.

INTRODUÇÃO

O projeto de Reforma Administrativa do Estado Brasileiro (RAEB) decorre de um amplo processo de reforma, tendo como eixo central a descentralização. O Governo à época (primeiro ano do governo de Fernando Henrique Cardoso [FHC])

¹ Mestre em Gestão de Serviços de Saúde pela UFMG, Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (ENSP-Fiocruz), Especialista em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente (ENSP-Fiocruz), Especialista em Gestão Hospitalar (ESP-MG), Graduado em Enfermagem (PUC-MG); Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) e Instituto de Nova Educação; alexandreviana19@yahoo.com.br.

² Mestre em Gestão de Serviços de Saúde pela UFMG, Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (ENSP-Fiocruz), Especialista em Gestão de Emergência em Saúde Pública pelo Instituto Sírio Libanês, Graduada em Enfermagem (PUC-MG); Hospital Universitário Ciências Médicas; isabelagbarros@hotmail.com.

argumentava tratar-se de ações necessárias para continuidade do sucesso do Plano Real, que permitiriam maior eficiência para o serviço público (BRASIL, 1997).

De acordo com o Plano Diretor de Reforma Administrativa do Estado (PDRAE) (BRASIL, 1995), o Estado passa a exercer a função de regulação da produção e, não mais, de provisão e execução direta de serviços, principalmente em organizações mais complexas, como por exemplo, hospitais. Pacheco et al. (2016) afirmam que estas organizações passariam a ser geridas por organizações sociais (OS), sem fins lucrativos e de natureza jurídica de direito privado, desencadeando novas relações entre Estado e sociedade (BARBOSA; ELIAS, 2010).

Como um dos desdobramentos desse movimento, houve a publicação, em 15 de maio de 1998, da Lei nº 9.637 que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades mencionadas e a absorção de suas atividades por OS e dá outras providências (BRASIL, 1998). A lei foi uma medida estratégica para garantir a transferência da execução de serviços públicos e gestão de bens e pessoal públicos a entidades especialmente qualificadas como OS (BARRETO, 2005).

Como contemplado no PDRAE são OS as entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, poderiam celebrar o contrato de gestão para terem direito à dotação orçamentária para execução de atividades de ensino, pesquisa tecnológica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio-ambiente (BRASIL, 1995),

Guimarães et al. (2004) acrescentam que as OS podem ser constituídas sob a forma de associação, fundação ou sociedade civil sem fins lucrativos. Mediante a assinatura de um contrato de gestão (instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como OS), a OS se habilita a absorver as atividades públicas que eram executadas diretamente pela administração pública e passam, então, a administrar serviços, instalações e equipamentos com base em recursos orçamentários necessários ao seu funcionamento.

No setor saúde, os contratos de gestão se tornaram uma ferramenta de relevância no processo de parceria entre o governo e as OS que, neste setor, também são conhecidas como organizações sociais de saúde (OSS). O modelo de gestão entre o Estado e as OS, além de denominado como parceria, é apresentado por alguns autores como gestão compartilhada (GUIMARÃES et al., 2004). Donadone (2014) discorre em seu estudo que não se trata de uma novidade o uso de OS para intermediar a execução de serviços na saúde pública e que essas transições levam a transformações sociais, políticas e econômicas, promovendo uma descentralização que abre portas para a participação da sociedade na gestão sob novas configurações.

Morais et al. (2018) e Modesto (1997) corroboram com o autor e acrescentam que as OSS, desencadeadas na década de 1990, são consideradas como um dos padrões de apresentação do denominado terceiro setor. Surgem como uma tendência, configurando como uma nova modalidade voltada à função social de gestão e provisão de serviços de saúde, vinculadas ao modelo das parcerias público-privadas (BRESSER-PEREIRA; GRAU, 1999).

Segundo Pacheco et al. (2016) a introdução e a implementação do modelo de gestão da assistência à saúde por meio de OS é complexo, perpassa por dificuldades e pontos críticos importantes e resulta em implicações políticas e econômicas relevantes.

Os primeiros exemplos no Brasil de gestão de unidades de saúde de forma compartilhada entre administração direta e OSS surgiram no estado de São Paulo, em diversos hospitais com características diferenciadas, tendo esse modelo se intensificado gradativamente em Pernambuco, Distrito Federal e demais estados (JESUS; MARQUES; DOMINGUES, 2016). Em Minas Gerais, embora o governo estadual tenha publicado apenas em 10 de agosto de 2018 a Lei nº 23.080, dispoendo sobre o Programa de Descentralização da Execução de Serviços para as Entidades do Terceiro Setor (MINAS GERAIS, 2018), diversos municípios, como o de Contagem, na região metropolitana da capital, já haviam publicado legislação específica e celebrado contratos de gestão com organizações sociais de saúde.

A partir de novembro de 2018, o município de Contagem celebrou um contrato de gestão junto a uma OSS para o gerenciamento e execução de atividades, ações e serviços de saúde nas cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e no Complexo Hospitalar, composto pelo Hospital Municipal (Hospital José Lucas Filho) e a Maternidade Municipal de Contagem (Centro Materno Infantil Juventina de Paula de Jesus [CMI]). Desde então, a atenção de urgência e emergência de nível secundário (pré-hospitalar fixo) e terciário está sob gestão compartilhada entre a Administração Direta e uma OSS, modelo este que vem se concretizando como uma realidade nacional e, em Contagem, de forma pioneira pelo escopo de serviços contemplados em apenas um contrato de gestão.

Considerando que a gestão de serviços por meio das OSS tem se apresentado como uma tendência e que a operacionalização do modelo se configura como um processo complexo, capaz de desencadear transformações sociais, políticas e econômicas relevantes, torna-se importante buscar responder ao seguinte questionamento: Como se dá o processo de estruturação e operacionalização de uma organização social de saúde?

De forma a contribuir para a resposta ao questionamento deste estudo, foram investigadas quais as dificuldades, complexidade, impactos e riscos inerentes a este processo, bem como se é possível traçar estratégias para que a estruturação e operacionalização das OSS ocorram de forma efetiva.

Este trabalho se justificou pela relevância do tema e pela tendência evidenciada pelos Estados e municípios no compartilhamento da gestão de serviços da Administração Direta com as OSS. Além disso, fez-se importante buscar compreender quais os riscos, impactos sociais, econômicos, políticos, culturais e outras variáveis inerentes ao processo de gestão de serviços de saúde que influenciam nesta transição, principalmente, por se tratar de um assunto com grande lacuna na literatura.

OBJETIVOS

Compreender como se dá o processo de estruturação e operacionalização de uma organização social de saúde, abordando fatores críticos, impactos, complexidade, riscos e incertezas. Por objetivos específicos, tem-se:

1. Identificar quais fatores estão relacionados à criticidade do processo de estruturação e operacionalização de uma OSS.
2. Identificar quais os impactos sociais, políticos e/ou econômicos secundários ao processo de estruturação e operacionalização de uma OSS.
3. Identificar qual a complexidade do processo de estruturação e operacionalização de uma OSS.

4. Identificar quais riscos e incertezas estão presentes no processo de estruturação e operacionalização de uma OSS.
5. Identificar os ganhos com o modelo de gestão por OSS.

REFERENCIAL TEÓRICO

A reforma administrativa do Estado brasileiro e o surgimento das organizações sociais

A proposta de reforma administrativa do Estado brasileiro nasceu devido ao contexto rígido, de gestão pouco autônoma, limitada (tanto no aspecto financeiro e de insumos, quanto de pessoal), com dificuldade de interação com sistemas loco-regionais, fragilidade à alternância democrática e ingerência político-partidária (MANSUR, 2007; COSTA; MARQUES; BORGES, 2010). Melo e Tanaka (2001) explicam que, além de arcaico e ineficiente, o Estado passava por um cenário de crescente crise fiscal e exaustão de formas protecionistas de intervenção na economia.

Nesse contexto, a reforma se configurou, à época, como um instrumento indispensável para consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia, além de promover a correção das desigualdades sociais e regionais. Apresentou como características a descentralização, a delegação de autoridade e de responsabilidade ao gestor público e extremo controle de desempenho, estando voltada para a obtenção de resultados (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Jesus, Marques e Dominguez (2016) acrescentam que a reforma surge com o objetivo de tornar a administração pública mais eficiente e voltada para a cidadania, com a redefinição do papel do Estado que, com o Plano Diretor de Reforma Administrativa do Estado (PDRAE), deixa de ser o responsável direto de produzir bens e serviços e passa a exercer a função de promover e regular o desenvolvimento de prestação de bens e serviços.

Embora o direito à saúde esteja garantido como um dever do Estado e previsto na Constituição Federal de 1988, desde a década de 1990, a implementação dessas garantias vem ocorrendo em um contexto de progressiva restrição do papel do Estado no âmbito dos direitos sociais. Diante desse cenário, a execução pelo poder público da prestação de serviços passou a ser questionada, contexto que levou governantes e intelectuais comprometidos com o ideário neoliberal a apresentarem propostas de terceirização pela via das OS (PILOTTO; JUNQUEIRA, 2017).

A Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, também conhecida como “Lei das OS” dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, foi uma medida estratégica para garantir a transferência da execução de serviços públicos e gestão de bens e pessoal públicos a entidades especialmente qualificadas como OS (BARRETO, 2005). As OS se caracterizam por organizações privadas sem fins lucrativos que são contratadas pelos poderes públicos para executar atividades públicas e possuem relação direta com a reforma do Estado. (BRASIL, 1997; ANDRADE, 2011; JESUS; MARQUES; DOMINGUEZ, 2016).

Nesse contexto, as OS ganham campo para intermediar a execução de serviços antes executados diretamente pelo Estado. Segundo Donadone (2014), as parcerias entre Estado e sociedade reproduzem transformações sociais, políticas e econômicas e a descentralização promovida abre portas para a participação da sociedade na gestão estatal sob novas configurações.

Costa (2000) esclarece que a execução pelas OS de serviços como saúde, educação, meio ambiente, pesquisa e desenvolvimento tecnológico se configura como um processo de desestatização, encontrando amparo legal em legislação aprovada pelo Congresso Nacional ainda em 1998.

É importante compreender a relação entre o movimento proposto pela Constituição Federal de 1988 de descentralização e municipalização com a expansão do modelo de OS como parceria para gestão dos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Costa, Marques e Borges (2010), a saúde foi pioneira neste movimento de descentralização e, com isso, os gestores foram adotando novos modelos assistenciais, de acordo com as demandas locais, para responder às necessidades de saúde da população.

Desde então, no setor saúde, já se acumula experiências diversas, sendo os Estados da Bahia e São Paulo pioneiros na celebração de parcerias entre o setor público e o público não estatal via OSS (PINTO, 2004; REIS; COELHO, 2018). As leis estão regulamentadas desde 1997 e 1998, respectivamente, e as características específicas da atuação nestes territórios e a forte preocupação do Estado com o embasamento legal da iniciativa, aliada à sua intensa adoção, permitem verificar casos exitosos (COSTA; MARQUES; BORGES, 2010; REIS; COELHO, 2018).

Desde a publicação da lei federal, estados e municípios vão, gradativamente, constituindo leis que asseguram e determinam a forma de atuação, responsabilidades e demais variáveis necessárias para normatizar esta modalidade de gestão dos serviços. No estado de Minas Gerais, por exemplo, foi publicada a Lei nº 23080, de 10 de agosto de 2018, dispondo sobre o Programa de Descentralização da Execução de Serviços para as Entidades do Terceiro Setor (MINAS GERAIS, 2018).

O Contrato de Gestão

O contrato de gestão pode ser entendido como o instrumento celebrado em comum acordo entre o ente público e a OS, como fruto da parceria entre ambos para a execução de atividades ora contratadas. É elaborado em observância aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e economicidade. Além dos referidos princípios, deve dispor da especificação do programa de trabalho proposto pela OS, estipular as metas a serem atingidas e dos respectivos prazos de execução, responsabilidades, bem como a previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade (BRASIL, 1998; 2015).

Este instrumento que permite o estabelecimento de compromissos acordados entre o Estado e as OS concede maior autonomia gerencial às organizações e as liberam do controle dos meios, que passa a ser realizado sobre os resultados alcançados ((BRASIL, 2011; ANDRÉ, 2016). Entretanto, quando a OS não cumpre a totalidade das metas estabelecidas, está sujeita às penalizações financeiras, sendo essa uma forma de obrigatoriedade para a prestação adequada de serviço (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009; BRASIL, 2011)

A gestão compartilhada no município de Contagem

O processo de gestão compartilhada dos serviços de urgência e emergência no município de Contagem, surgiu da necessidade de melhoria do acesso aos serviços e da necessidade da otimização do recurso público, haja vista a limitação financeira

e a necessidade de garantia de materiais, medicamentos, prestação de serviços, contratação de pessoal e outros (CONTAGEM, 2018a).

Tais necessidades são descritas, também, no estudo de Jesus, Marques e Dominguez (2016), quando gestores hospitalares explicaram que a necessidade de alternativas mais ágeis, eficientes e eficazes para contratação de pessoal, abastecimento das unidades, redefinição do papel da instituição que a contratação de pessoal, entre outros, motivou a parceria com OS.

No início de 2017, houve o processo preparatório que contou com um estudo diagnóstico sobre o perfil assistencial da rede hospitalar e de urgência e emergência de Contagem. Segundo o Relatório do Perfil Assistencial/Operacional dos Serviços de Urgência e Emergência do Município de Contagem/MG, foram identificadas necessidades de aprimoramentos em processos assistenciais, gerenciais, de monitoramento, administrativos, tecnológicos e outros diversos (CONTAGEM, 2017b).

Para o município, este cenário apontou para a necessidade de busca de uma gestão cada vez mais profissionalizada e experiente, capacitada para atender às necessidades da população. Identifica-se que, apesar de todos os esforços empreendidos no âmbito da gestão em saúde municipal para sanar tais pendências, os processos internos e trâmites formais não correspondem ao tempo das necessidades assistenciais (CONTAGEM, 2018a).

Em agosto de 2018, foi lançado o Edital de Chamamento Público nº 005/2018 (disponível em <http://www.contagem.mg.gov.br/novoportal/>), tipo técnica e preço, que teve como finalidade seleção de OS para prestação de serviços técnicos especializados de operacionalização, gerenciamento e execução de atividades, ações e serviços de saúde nas UPA 24h Vargem das Flores, Sede, Ressaca, Petrolândia e JK e no Complexo Hospitalar de Contagem.

O processo foi conduzido por uma Comissão Especial de Seleção do Chamamento Público (CES), instituída, também, em agosto de 2018, conforme Decreto nº 612, de 09 de agosto de 2018 (CONTAGEM, 2018b). De acordo com o relatório final do processo de seleção de OSS, elaborado pela CES e publicado no Diário Oficial de Contagem em 17 de outubro de 2018, participaram do Chamamento Público cinco OSS. Durante o processo, duas OSS foram inabilitadas e, das demais, apenas uma foi classificada, sendo a vencedora do certame (CONTAGEM, 2018c).

Em 07 de novembro de 2018, foi realizada a assinatura do contrato de gestão nº108/2018, celebrado entre o município de Contagem, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde e a OSS vencedora do Chamamento Público. O contrato possui vigência de 36 meses e perfaz o valor global de R\$399.416.445,04, anual de R\$133.138.815,01 e mensal de R\$11.094.901,25. Cada parcela corresponde a um valor fixo de 85% do orçamento mensal e um valor correspondente à parte variável do contrato de 15% do orçamento mensal, a ser repassado mediante cumprimento de metas pactuadas (CONTAGEM, 2018d).

O processo de transição ocorreu entre a assinatura e o dia 06 de janeiro de 2019, sendo que no dia 07 de janeiro de 2019, a OSS deu início ao gerenciamento dos serviços contemplados no contrato de gestão.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo desenvolvido na abordagem qualitativa. Os estudos que empregam o método qualitativo podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais (ORTÍ, 1994; RICHARDSON, 2007; FLICK, 2009). Neste tipo de pesquisa é possível abordar o significado das coisas que representam e dão sentido à vida das pessoas, além de abranger o contexto cultural, econômico, social e relacional no qual as pessoas vivem (TURATO, 2005; MINAYO e DESLANDES, 2007; Yin, 2005). Apoiado nestes autores, é possível afirmar que este estudo possui caráter qualitativo na medida em que busca compreender, com base na vivência, experiência e conhecimento dos entrevistados que estão envolvidos no processo, como ocorre a estruturação e operacionalização de uma OSS e quais são os fatores críticos, as dificuldades, os riscos e as incertezas envolvidas.

Quanto aos fins, o estudo se caracteriza como descritivo e exploratório na medida que se tem a possibilidade de observar, registrar, analisar, classificar e ainda interpretar dados para o alcance dos objetivos do trabalho com base em um estudo de caso. Há correlação entre o estudo de caráter descritivo com o enfoque qualitativo, uma vez que o pesquisador é o instrumento-chave e a fonte direta dos dados é o ambiente, não requerendo, portanto, o uso de técnicas e métodos estatísticos (VERGARA, 2000; SILVA e MENEZES, 2005), sendo neste contexto que este estudo se insere.

Esta pesquisa se configura como estudo de caso e teve com cenário o município de Contagem, terceiro maior município do estado de Minas Gerais que está localizado na região metropolitana de Belo Horizonte. De acordo com Richardson (2007), o cenário de estudo ou unidade de análise pode ser um município, uma pessoa, um grupo, uma empresa ou, ainda, uma sala de aula.

Foi desenvolvida por meio de entrevistas que foram gravadas em outubro de 2018, em Contagem, norteadas por questionário semiestruturado com questões que foram elaboradas objetivando compreender os distintos pontos de vista das pessoas envolvidas no processo de estruturação da OS. Os entrevistados foram selecionados de maneira intencional, tendo sido convidados a participar da pesquisa representantes da gestão municipal (Secretaria Municipal de Saúde), da gestão da OSS e representantes dos trabalhadores lotados nas unidades de saúde contempladas no contrato de gestão. Devido à saturação dos relatos, optou-se pelo término das entrevistas após o sétimo entrevistado sem que houvesse prejuízos para o estudo.

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin (2006). Primeiramente, na etapa de pré-análise, foi realizada a transcrição das entrevistas na íntegra, seguindo-se da leitura flutuante e exaustiva de todos os relatos. Para manter o anonimato dos sujeitos, os relatos foram identificados por pseudônimos, de E01 a E07. Em seguida, procedeu-se à exploração do material (segunda etapa) para que fosse possível conhecer os discursos em profundidade. Para delimitação do contexto, realizou-se recortes do texto, os quais permitiram a elaboração de categorias e subcategorias, de acordo com as questões do roteiro, sendo possível agrupar as respostas que possuíam correlação e, assim, permitir a compreensão do grupo entrevistado. Por fim (terceira etapa), os resultados desta pesquisa foram organizados considerando a ordem das perguntas no roteiro, a categorização realizada e as discussões. As inferências e interpretações foram

embasadas de acordo com o que a literatura apontou sobre cada ponto de convergência ou divergência.

Quanto às questões éticas, a pesquisa foi realizada em observância às orientações dispostas na Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece critérios éticos para pesquisa com seres humanos. Foi solicitada autorização do gestor municipal de saúde do município objeto deste estudo e, somente após aprovação da gestão, realizou-se a pesquisa. Garantiu-se o anonimato dos participantes que integraram esta pesquisa em todas as fases do estudo. Importante destacar que foi elaborado, lido e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a todos os participantes da pesquisa.

RESULTADOS

Compreendendo a criticidade do processo de transição do modelo de gestão direta para organização social de saúde

Diante da primeira questão do questionário “Na sua avaliação, quais os componentes críticos ou pontos sensíveis envolvidos na estruturação e operacionalização da OSS?”, foi possível perceber tanto fatores existentes previamente à celebração do contrato de gestão como aqueles que desencadearam quando da assinatura e foram sendo tratados à medida que a transição ocorria.

Os relatos dos entrevistados consideram fatores relacionados a gestão de pessoas, cultura, informação, comunicação, aos processos de trabalho e gestão de contrato. Foi consenso de que a gestão de pessoas foi o ponto mais crítico deste processo de transição e, principalmente, no município estudado, por envolver uma multiplicidade de vínculos profissionais tanto para a mesma categoria como para aquelas consideradas distintas, conforme exemplificado pelos entrevistado E2, E4 e E5, respectivamente:

“Isso, no início, ele gera uma instabilidade muito grande para aqueles servidores que já são efetivos. Traz um mundo de incertezas de como vai ficar a gestão em si. [...] até na questão de subordinação, qual vai ser a chefia imediata do servidor”

“[...] é a insegurança de todos os profissionais com relação a esse novo modelo. O que vai acontecer? Todos acham que vai acontecer uma grande mudança e que a vida deles vai atrapalhar, mesmo eles estando em vínculos precários de contratação, tipo RPA”

“Como o servidor efetivo era o servidor originário daquela unidade, ele percebeu como uma ameaça, como algo que poderia atrapalhar o seu processo de trabalho, as suas escalas. Como ele já trabalhava, os seus horários e coisas assim”

Dutra (2011) e Lima (2009) compreendem como gestão de pessoas um conjunto de práticas e políticas que permitem a conciliação de expectativas entre a organização e as pessoas para que ambas possam realizá-las ao longo do tempo. Segundo os autores, a gestão de pessoas nas organizações é a função que permite a colaboração eficaz das pessoas ao alcance dos objetivos organizacionais e individuais, sendo importante para que as empresas consigam administrar e gerenciar a mudança da cultura organizacional.

O fator cultural foi apontado por alguns entrevistados como ponto crítico e que contribuiu para a dificuldade de aceitação do novo modelo de gestão. Isto, por associar a gestão compartilhada à privatização da assistência à saúde,

compreendendo que, a partir da assinatura do contrato, o serviço deixará de ser público e poderá prejudicar o acesso aos usuários daqueles estabelecimentos de saúde. Somado a isso, as mudanças na ambiência, padronizações e outras ações que foram sendo desencadeadas levaram a percepções sociais de que o serviço não mais era público, conforme evidenciado no relato do entrevistado E7:

“Porque as pessoas começam a ter uma visão, como se fosse da área privada. Várias pessoas já chegaram aqui perguntando se o serviço público foi privatizado, se é ou atende particular.”

[...] tivemos a oportunidade de selecionar gestores, algo que antes não se tinha essa oportunidade. [...] hoje temos gestores que se preocupam com o custo.”

De acordo com o estudo de Crozatti (1998), nas organizações, as pessoas devem ser envolvidas para se identificarem com novas regras propostas e, assim, passarem a se preocupar com o que a autora chama de diferentes rituais, o que impacta no processo de mudança de cultura.

Juntamente com o fator cultural, a informação foi citada pelos entrevistados como ponto crítico e possui duas variáveis. Uma delas está relacionada à dificuldade em garantir para a população e trabalhadores informação efetiva sobre o que, de fato, se pretende com o compartilhamento da gestão e, com isso, potencializar a adesão dos trabalhadores (de todas as categorias profissionais) ao modelo. A outra, é a falta de informações sobre a situação de saúde, considerando fatores epidemiológicos, indicadores de saúde e outros, conforme visto nos relatos dos entrevistados E1 e E3, nesta ordem:

“[...] o entendimento das pessoas sobre o que é o contrato, sobre a dificuldade que as pessoas têm de entender que gestão compartilhada não é terceirização. [...] é gerado um mundo de incertezas que precisa ser muito conversado.”

“[...] com relação a avaliação dos indicadores é que falta um pouco do... De alguns dados levantados anteriormente, que a gente precisaria hoje para comparação e não foram feitos. [...] Protocolo de Manchester, a gente não tinha esse levantamento da média do tempo que eram realizados os acolhimentos, porque não tinha um sistema”

Sobre a informação, cabe pontuar a ampla discussão na literatura e o quanto sua qualidade é influenciada ao se associar à informatização. Sobre isso, percebe-se que a informação em saúde é um importante componente para gestão dos serviços, tomada de decisão e aprimoramento dos processos por uma cadeia diversificada de atores, tais como gestores, acadêmicos, sociedade em geral e outros (BRASIL, 2009).

No tocante ao processo de trabalho, os entrevistados discorreram sobre fatores que estão relacionados à existência de processos fragmentados, dificuldade de governança e, ainda, à dificuldade em separar o que, de fato, é responsabilidade da gestão municipal e o que passou a ser da organização social, conforme as falas dos entrevistados E1, E5 e E4, respectivamente:

“[...] quando a gente vai fazendo a construção do processo, não necessariamente todas as pessoas estão envolvidas ao mesmo tempo. E, isso, vai gerando algumas partes que são fragmentadas no processo.”

“[...] como cada setor tem um pouco só da informação, quando você vai reunir todas elas, há aí uma chance de erro, [...] e, isso com certeza é um impacto.”

“[...] os componentes críticos, para mim, foram os pontos que antes eram de coordenação e gerenciamento da Secretaria de Saúde e que passou a ser

da OS. Como por exemplo, gestão de contratos, gestão dos servidores nas unidades, organização e fluxos assistenciais [...], até que ponto vai a gestão da Secretaria e, até que ponto, a OS entende como um gerenciamento dela nas unidades.”

Importante se faz retomar o contexto histórico que imprimiu o caráter de fragmentação do processo de trabalho. Teixeira e Souza (1985) destacam que a divisão do trabalho em tarefas resulta no conhecimento restrito do processo de produção. Logo, não se trata de uma característica particular deste modelo de gestão, tampouco, algo restrito à administração pública.

Por fim, no que tange à gestão do contrato, identificou-se pontos críticos relacionados tanto ao processo de organização da equipe de monitoramento do contrato (Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão) como na avaliação por essa comissão e pelos demais atores envolvidos no que diz respeito a todas as ações, processos e atividades necessárias estavam sendo prestadas de forma continuada, conforme relato do entrevistado E1:

“Eu acho que a gente também tem uma dificuldade de entender que tamanho de estrutura e qual é o tamanho do dimensionamento que a gente precisa pra gestão do contrato. A gente tem uma ideia que se a gente tiver uma comissão com três ou quatro pessoas, que isso vai ser suficiente. Na verdade, a necessidade de estrutura é muito maior do que isso.”

Compreendendo os impactos sociais, políticos e/ou econômicos com a estruturação e operacionalização da organização social de saúde

Diante da segunda questão do roteiro, “Na sua avaliação, ocorre impactos sociais, políticos e/ou econômicos na estruturação e operacionalização da OSS? Se, sim, como?”, de forma geral, todos os entrevistados perceberam tais impactos. Os impactos sociais, em geral, estão relacionados a maior resolutividade dos serviços de saúde, à qualidade e à eficiência da assistência prestada aos usuários dos serviços, sendo percebida tanto pela sociedade que recebe o cuidado como pelos próprios profissionais envolvidos na prestação dos serviços. Os entrevistados associam, ainda, os indicadores previstos no contrato como forma de potencializar tais impactos, conforme os relatos de E6, E2 e E3, respectivamente, que exemplificam o enunciado:

“[...] você deixa de ser uma unidade que atua focada apenas naquele paciente que está ali internado e passa a ser uma unidade que está dentro de um contexto de rede e que tem metas a cumprir. Então, a partir do momento que você vai avançando com o cumprimento daquelas metas, você está trazendo melhorias sociais. [...]”

“[...]} faz parte dos indicadores do contrato que a gente monitore esse atendimento, tempo de espera das demandas, como está sendo o qualitativo disso. [...] e, se isso funciona, com certeza isso muda a vida das pessoas.

“Aí tem vários indicadores que pensam na qualidade assistencial. As transferências com menos de 24 horas para pacientes críticos, para os pacientes de ortopedia[...]”

Cabe pontuar que existem estudos que abordam os impactos positivos que ocorreram com o modelo de gestão compartilhada com OSS e, outros, que defendem que não houve melhorias de cunho social. Segundo Coelho e Greve (2016), após análise sistemática de várias publicações sobre o assunto, é possível afirmar que, a maioria dos estudos, trazem evidências que apontam para a possibilidade de a contratação indireta estar associada à ampliação da oferta de serviços. Entretanto, as evidências quanto à eficiência e efetividade desse tipo de contratação são contraditórias.

Os impactos políticos foram percebidos sob três variáveis distintas: política pública, partidária e institucional. A primeira delas, política pública, diz respeito à rede de atenção à saúde e sua interface com os programas do Ministério da Saúde, estado e município que, de alguma forma, correlaciona-se com os fatores sociais, se pensar na assistência que está sendo ofertada. Destacam, ainda, a necessidade de pactuar no contrato de gestão quais metas e resultados pretendem-se alcançar e, além de critérios qualitativos, estabelecer questões quantitativo-financeiras a serem observadas pela organização social, conforme visto nos relatos dos entrevistados E1 e E4:

“[...] tem que pegar o modelo de gestão compartilhada e colocar a organização social dentro da política pública que já está estabelecida pelo município e, isso, tem que estar previsto no edital. [...] prever que indicadores que forem descumpridos e que derem razão a desconto financeiro, será repassado pra organização social”

“A política pública continua sendo mantida e deve ser controlada pela Secretaria de Saúde. [...] nos instrumentos anteriores ao contrato, o edital e o termo de referência, eles preveem que o contrato de gestão seguiria as políticas públicas de gestão de saúde, urgência e emergência que é o foco principal do contrato.”

Em relação ao aspecto político partidário, os entrevistados destacaram que está presente desde a fase que antecede a elaboração do contrato de gestão e que se estende durante a execução do contrato. Afirmaram que, por se tratar de um contrato estratégico de valor financeiro impactante e que se justificou pela necessidade de se profissionalizar a gestão dos serviços de saúde, qualquer que seja o ocorrido nas unidades que estão vinculadas ao contrato pode haver questionamentos à gestão, mesmo que sejam coisas que ocorreram em outros momentos. Além disso, o fato da organização social possuir critérios para recrutamento e seleção de pessoal para ocupação dos cargos dentro das instituições contribuiu para a minimização das interferências políticas para a indicação de pessoas para ocuparem cargos que, antes do contrato, eram definidos como cargos de comissão. Os relatos dos entrevistados E1 e, em seguida, E6, esclarecem o enunciado:

“O impacto político, ele é um impacto bastante importante, porque isso entra, mais ou menos, como brecha para pessoas fazerem questionamentos à gestão, a quem fez a proposta e, as pessoas ficam muito de olho no que é ponto frágil pra começar a atacar.”

“[...] é também uma grande mudança de paradigma como, por exemplo, na contratação de pessoas, que passa a se ter uma regra, como um processo seletivo, provas [...]”

Cabe pontuar que, para Jesus, Marques e Dominguez (2016), o modelo de gerenciamento compartilhado pode ser considerado um modelo de gerenciamento de serviço público inovador e, na sua operacionalização, as OSS passam a ser observadas e ter seus pontos positivos e negativos identificados, seja para as críticas ao modelo proposto ou para a sua implantação em locais onde a gestão pública é falha e pouco resolutiva.

Por fim, o aspecto econômico foi compreendido por duas variáveis, sendo uma relacionada à economia financeira e, a outra, a processos de trabalho. Para a primeira, economia financeira, os entrevistados compreenderam que o impacto é algo a ser mensurado em um segundo momento, justificando que ainda é precoce afirmar se houve ou não redução de custos, principalmente por ser o primeiro ano de contrato. A segunda, está relacionada às mudanças nos processos de trabalho para aquisição

de materiais, medicamentos, celebração de contrato de prestação de serviços, autonomia para a negociação de valores junto aos prestadores de serviços, otimização de tempo para reposição de pessoal nos serviços geridos de forma compartilhada, além do melhor aproveitamento dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde para atividades outras que passaram a ser executadas pela organização social.

Ainda no contexto econômico, os entrevistados destacaram o desenvolvimento e/ou aprimoramento de práticas fiscalizatórias para o acompanhamento da execução do contrato, avaliando a correlação do que está pactuado com os repasses realizados, com a assistência prestada e com a prestação de contas feita pela organização social, conforme evidenciado no relato do entrevistado E2:

“O que eu acho que muda aqui pra gente é a questão da fiscalização. A fiscalização, ela tem que ser, tem que monitorar de perto, acompanhar isso tudo [...] para garantir que o dinheiro público seja usado de maneira adequada. Quando os órgãos de controle externo vierem à Secretaria buscar informações, que tenha todas elas de uma forma que demonstre a lisura da gestão.”

A compreensão do entrevistado sobre fiscalização guarda relação com o conceito de gestão no âmbito da administração. Segundo Guimarães et al. (2014) e Donadone (2014), o conceito se aproxima da ideia de gerência e, com isso, toma um caráter mais operacional e instrumental ao prevalecer o entendimento de que se trata de uma função organizacional voltada para a coordenação e o controle.

Compreendendo a complexidade do processo de estruturação e operacionalização da organização social de saúde

Para a terceira questão do roteiro “Como você classifica a complexidade na estruturação e operacionalização da OSS?”, os entrevistados consideraram a transição extremamente e/ou muito complexa. Fatores como as particularidades regionais, o desconhecimento sobre a real necessidade do município e região, a forma como, de fato, os processos de trabalho eram desenvolvidos e outros como os culturais e sociais impactaram significativamente para a complexidade do processo de transição.

Um ponto que merece destaque é a forma como o contrato de gestão impacta na governança da rede de atenção à saúde, uma vez que a OS compartilha da gestão de parte da atenção secundária e terciária, mas não possui nenhuma governabilidade na atenção básica, conforme relatado pelo E4:

“Outra questão, entendo que era a relação da rede, análise da rede, quando você contrata uma OS para gerenciar uma parte e a outra continua como administração pública, por exemplo, a atenção básica [...]. Era um cenário difícil de se prever antes de acontecer.”

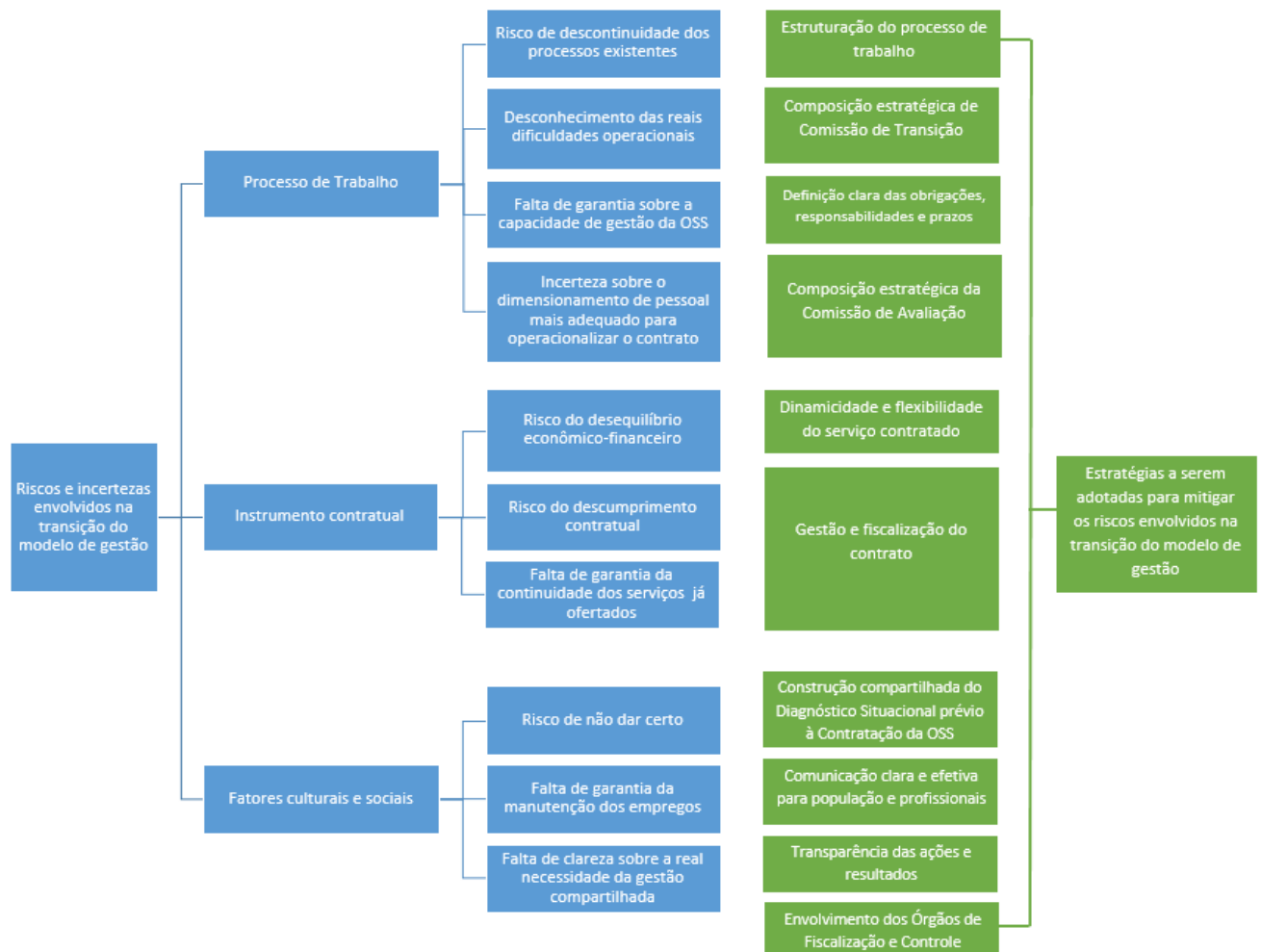
Os entrevistados também associaram a abrangência do contrato à complexidade do processo, por compreenderem que, iniciar de forma concomitante a gestão compartilhada de toda atenção secundária de urgência fixa (UPA 24h) e toda atenção terciária (neste caso, o hospital e a maternidade municipais), é algo muito complexo, principalmente, por não se tratar de uma prática comum nos demais locais em que a gestão foi compartilhada com uma OSS. Nos relatos dos entrevistados E6 e E7 é possível evidenciar, claramente, o enunciado:

“É imensa, muito grande! Aqui foi uma complexidade máxima, porque foram duas unidades hospitalares e cinco UPAs, [...], a mais complexa, sem dúvida. [...]”

“Muito complexa, porque não foi em uma unidade, foram cinco UPAs e duas unidades terciárias. Foi uma transição bastante complexa [...]. Talvez, se tivesse sido uma unidade por vez, as coisas teriam sido conduzidas de melhor forma.”

Riscos, incertezas e estratégias a serem adotadas no processo de estruturação e operacionalização da organização social de saúde

Quando questionados sobre “quais são os riscos e incertezas envolvidos na estruturação e operacionalização da OSS?”, conforme previsto na pergunta 4, os entrevistados apresentaram questões semelhantes em relação àquelas da primeira questão, que versava sobre os fatores críticos. Isso evidenciou uma relação existente entre os riscos e as incertezas com a criticidade do processo. Tendo em vista a correlação da pergunta 4 com a 5 (“Quais estratégias devem ser adotadas para mitigar os riscos envolvidos na estruturação e operacionalização da OSS?”), foi elaborado desenho esquemático com a categorização das respostas dos entrevistados para ambas questões do roteiro.



questões 4 e 5 do roteiro. Elaborado pelo autor.

No que se refere aos riscos e incertezas envolvidos na estruturação e operacionalização da OSS, além de todos os fatores já descritos na categorização da Questão 1, há de se destacar a unanimidade dos entrevistados de compreenderem

que o risco de não dar certo é o maior de todo processo desenvolvido. Afirmaram que, mesmo havendo estudo prévio para a elaboração do edital, criação de comissões para dedicação ao processo de seleção, monitoramento, avaliação e fiscalização da organização social, não é possível afirmar que a instituição que venceu o certame terá, de fato, condições de operacionalizar toda estratégia materializada no contrato de gestão. Descontinuidade dos processos existentes, não corresponder ao esperado, não dar certo ou, ainda, dificuldade de adaptação da OS à realidade local, foram alguns dos riscos que os entrevistados E1, E2 e E4 apresentaram, conforme demonstrado em seus relatos.

“A organização social não corresponder ao esperado. Porque isso pode acontecer se você tá tratando de um processo licitatório que é aberto. Por mais cuidado que você tenha, ela pode não corresponder às expectativas do processo.”

“É, a gente fala que o risco, é o risco de não dar certo. Porque, por mais que você faça um chamamento público, confira todas as documentações, pesquise sobre a idoneidade das pessoas que estão envolvidas nesse processo, é um contrato muito grande [...]”.

“As incertezas para mim são de que se a OS vai se adaptar ao modelo de assistência do municipal, a cultura de gestão de assistência do município.”

No que tange às estratégias para mitigar os riscos, os entrevistados destacam a necessidade de desenvolver ações que vão desde o momento em que a gestão municipal decide pelo modelo de gestão compartilhada e inicia a elaboração dos instrumentos que subsidiarão todo processo licitatório, como o termo de referência, justificativa técnica de preço e edital (natureza estratégica), até a organização de equipe para monitoramento, avaliação e fiscalização da execução do contrato de gestão (natureza operacional). Além disso, sugerem que os membros que compuseram a comissão de transição, que foi estabelecida pela gestão municipal, também integrassem a comissão de avaliação do contrato de gestão ou que essa última tivesse sido criada antecipadamente, uma vez que a imersão no processo agrega conhecimento e melhor

A qualidade da informação, a comunicação clara sobre a necessidade e objetivo de compartilhamento da gestão, a transparência sobre as ações e processos desenvolvidos, as expectativas de melhorias no acesso dos usuários aos serviços de saúde, o envolvimento das entidades de classes e dos órgãos de fiscalização e controle em todas as etapas de contratação da organização social foram estratégias apontadas que podem mitigar as incertezas da população e profissionais sobre o novo modelo de gestão.

Os achados da entrevista corroboram o estudo de Cordeiro (2013), uma vez que, segundo a autora, nos processos que envolvem mudanças na gestão dos serviços, o risco é um aspecto bastante presente. Está relacionado à ideia de incerteza, volatilidade, alteração ou oscilação e permeia o dia a dia dos indivíduos que desenvolvem desde as pequenas atividades até decisões complexas.

Modelo de gestão por organização social de saúde: algum ganho?

Diante da última questão do roteiro, “Na sua avaliação, quais são os principais ganhos com o modelo de gestão por OSS?”, os entrevistados apresentaram fatores que foram agrupados em duas categorias, sendo uma administrativo/financeiro e, a outra, assistencial, estando as considerações representadas no esquema a seguir:

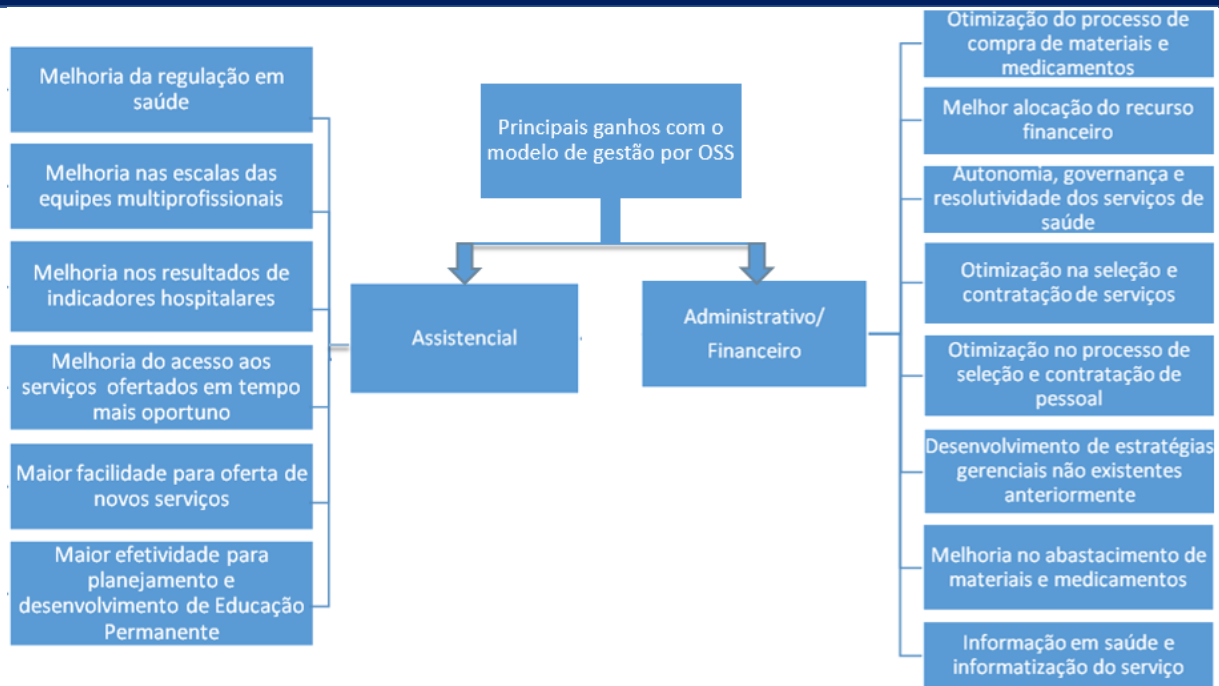


Figura 2 – Desenho esquemático sobre a categorização das respostas dos entrevistados para a questão 6 do roteiro. Elaborado pelo autor.

Embora o aspecto econômico-financeiro careça de maior período e estratégias específicas para avaliação, para os entrevistados E2 e E6, é possível avaliação de economicidade comparando a diferença dos valores de contratos celebrados entre a Secretaria Municipal e os prestadores de serviços com aqueles celebrados pela Organização Social. Como já discutido no trabalho, essa afirmativa se deve à maior autonomia e governança nos processos de compra de insumos e serviços pelas novas possibilidades negociais, conforme visto nas falas, abaixo:

[...] a gente vê que as compras, a negociação da organização social com os fornecedores, ela é muito mais atuante. Então se você for fazer um comparativo com os contratos que eram feitos antes pela Secretaria, eles já têm uma diferença econômica significativa.

“Você consegue ter negociação direta com fornecedores, [...] consegue ter diminuição de custo e melhores parcerias para compra.”

No que concerne aos ganhos administrativos, os entrevistados, novamente, apontaram aspectos já discutidos na questão 2 do roteiro e, quase todos, enfatizaram que o grande impacto identificado foi para a otimização do processo de aquisição de materiais e medicamentos e a sua garantia nas unidades contempladas no contrato de gestão. Além disso, associaram o uso da tecnologia como estratégia para melhoria no processo, conforme relato dos entrevistados E1, E5 e E6:

“Agilidade nas compras. Pra mim, se você falar hoje: Qual que é a vantagem nisso? Na nossa experiência, é isso, é agilidade no processo de compras.”

“Outro ganho é a gestão do estoque. Eu acho que esse foi um dos principais ganhos no novo modelo [...]”

“[...] além de processos ágeis, como por exemplo, a introdução de plataforma de compras. Que isso você cadastra fornecedores do Brasil inteiro. Então, está ali, todo mundo está vendo o preço de todos eles e, aí, até para você negociar com fornecedor local, eu mostro para ele que eu tenho fornecedor”

A gestão de pessoas, novamente, apresentou-se como um ponto de destaque e foi compreendida como um ganho na medida que permite à gestão municipal e OS agilidade para contratação de pessoal, reposição de profissionais, além de autonomia para elencarem os critérios de seleção de acordo com a vaga a ser divulgada. A melhoria nos tipos de vínculos dos profissionais que possuíam os considerados vínculos precários (contratos temporários e recibo de pagamento autônomo, mais conhecido como RPA), também foi citada como um ganho.

Entretanto, para o para o entrevistado E7, ainda não foi possível afirmar que houve impactos assistenciais distintos daqueles anteriores à gestão compartilhada e que, pela mudança de tipo de vínculo (passou a ser CLT), muitos profissionais se dedicam mais ao trabalho por temerem o desligamento da empresa. Para o entrevistado, se houvesse maior organização da administração pública para planejar, executar, monitorar, cobrar resultados e avaliar as ações e serviços de saúde desenvolvidos, os ganhos também seriam percebidos:

“Então, não consigo perceber esse impacto assistencial tão diferente. O que consigo perceber é as pessoas, depois que chega a OS, se sentem mais profissionalizadas. A sensação que eu tenho é essa. Como a OS chegou, precisa qualificar, se profissionalizar. Até porque, o vínculo empregatício é CLT e, aí, se pode ser mandado embora, por conta disso. Se não for apresentado um bom trabalho, podemos ser desligados da empresa.”

Por fim, os entrevistados destacaram os ganhos em relação à autonomia e governança (na medida que se criavam as novas estruturas operacionais, de suporte, de retaguarda para operacionalizar o contrato de gestão, bem como na ampliação da oferta de um serviço após a negociação direta com os fornecedores), regulação em saúde (na medida que as transferências dos usuários vão ocorrendo de forma mais breve e para os locais mais adequados), educação continuada e informação em saúde (existência de dados e informatização). As falas a seguir exemplificam as considerações dos entrevistados E5 (primeira fala) e E3 com as outras duas falas:

“Com certeza é a autonomia [...], eu, por muitas vezes, via que a gente caía na discussão dentro da secretaria, dividindo com várias outras unidades e com vários outros os problemas que a secretaria passava. E, nesse novo modelo, você passa a ter um pouco mais de autonomia na execução e na escolha [...].”

“[...] os pacientes com as transferências mais ágeis, os pacientes críticos. A gente tem monitorado agora via sistema o tempo [...].”

“[...]a gente viu a questão da educação continuada sendo mais forte. Eu acho que tudo isso foi um ganho pro município. A gente consegue monitorar melhor os dados.”

CONCLUSÃO

O estudo permitiu alcançar o objetivo proposto, compreendendo os fatores relacionados com a estruturação e a operacionalização da OSS no município de Contagem. Sugere estratégias capazes de tornar este processo de mudança de gestão mais efetivo. A literatura possui vasto referencial para compreensão da relação existente entre a RAEB e o surgimento das OS, o que contribuiu para as discussões relacionadas com as organizações no campo da saúde e, em específico, no município de Contagem.

Cumprе salientar que, em geral, os estudos que abordam sobre o assunto estão pautados na avaliação da efetividade – ou não – do modelo de gestão por OSS e não discutem como, de fato, quais os fatores que estão envolvidos no processo de

transição. Destarte, acredita-se que os resultados deste trabalho contribuam para cobrir essa lacuna na literatura por abordar as dificuldades, complexidade, impactos e riscos na estruturação e operacionalização das OSS, bem como auxiliar na elaboração de estratégias capazes de mitigar tais fatores presentes na transição do modelo.

Tendo em vista que este modelo de gestão tem se configurado como uma tendência no setor saúde, sugere-se novas pesquisas que abordem em que grau as estratégias aqui sugeridas impactam no processo de estruturação e operacionalização de uma OSS. Além disso, buscar correlacionar nos estudos os resultados na qualidade assistencial e no aspecto econômico-financeiro pode ser estratégico para potencializar a efetividade do processo. Outra análise interessante seria conhecer a percepção dos usuários dos serviços com o novo modelo de gestão.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A relevância do tema e a tendência evidenciada pelos Estados e municípios no compartilhamento da gestão de serviços da Administração Direta com as OSS exige, cada vez mais, preparo dos gestores para que o processo se concretize de forma efetiva. A partir do conhecimento dos riscos, impactos sociais, econômicos, políticos, culturais e outras variáveis inerentes ao processo de gestão de serviços de saúde que influenciam nesta transição, os gestores poderão desenvolver estratégias necessárias desde as etapas iniciais, de preparação, até a implantação e monitoramento com vistas a potencializar a efetividade das ações e concretizar os projetos propostos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. P. Gestão de terceiros. In: IBAÑEZ, N. et al. (Orgs). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec/Cealag, 2011.

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

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev.2020.

BARBOSA, L. **Igualdade e meritocracia**: a ética do desempenho nas sociedades modernas. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

BARRETO, L. H. D. Terceiro setor: uma análise comparativa das organizações sociais e organizações da sociedade civil de interesse público. **Boletim Jurídico**, Uberaba, v. 3, n. 138, 2005. Disponível em: <<https://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/artigo/754/terceiro-setor-analise-comparativa-organizacoes-sociais-organizacoes-sociedade-civil-interesse-publico>>. Acesso em: 09 maio 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Alternativas de gerência de unidades públicas de saúde**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em:

<<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Alternativas-de-Gerencia-de-Unidades-Publicas-de-Saude.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2020.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão administrativa e financeira no sus**. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_8.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2020.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Organizações Sociais**. Brasília: Secretaria da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. (Cadernos MARE da Reforma do Estado, n. 2). Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/OS/caderno2.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde, v. 2). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume2.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2020.

_____. Presidência da República. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 18 maio 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm>. Acesso em: 11 maio 2019.

_____. Presidência da República. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Dispõe sobre os avanços da reforma na administração pública. Brasília: Câmara da Reforma do Estado, 1995.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Organizações sociais**. Brasília: MARE, 1998. (Cadernos Mare da Reforma do Estado, v. 2).

_____.; GRAU, N. C. Entre o Estado e o mercado: o público não-estatal. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; GRAU, N.C. (Org.). **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: FGV; 1999. p. 15-48. Disponível em: <<http://www.reformadagestaopublica.org.br/papers/1998/84PublicoNaoEstataRefEst.p.pg.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

CARRIERI, A Pádua; SILVA, A. R. L.; JUNQUILHO, G. S.. O fazer estratégia na gestão como prática social: articulações entre representações sociais, estratégias e táticas cotidianas nas organizações. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 32., 2008, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: ANPAD, 2008. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/down_zips/38/TC%20EOR-A1076.pdf>. Acesso em: 29 março 2020.

COELHO, V. S. P.; GREVE, J. As organizações sociais de saúde e o desempenho do SUS: um estudo sobre a atenção básica em São Paulo. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 867-901, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dados/v59n3/0011-5258-dados-59-3-0867.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2020.

CONTAGEM. Secretaria Municipal de Saúde. **Contrato de Gestão nº 108/2018**. 2018d. 38p. Disponível em: <<http://www.contagem.mg.gov.br/novoportal/>>. Acesso em: 10 set. 2019.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Decreto nº 612, de 09 de agosto de 2018**. Institui a Comissão Especial de Seleção do Chamamento Público que tem como objeto selecionar Organização Social de Saúde. 2018b. Disponível em: <<http://www.contagem.mg.gov.br/arquivos/legislacao/dec006122018-20180827102458.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2019.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Chamamento Público nº005/2018. **Diário Oficial Eletrônico de Contagem**, v. 26, n. 4447, p. 1-43, 2018a. Disponível em: <<http://www.contagem.mg.gov.br/novoportal/>>. Acesso em: 10 set. 2019.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório final do processo de seleção de OSS**. Contagem: Secretaria Municipal de Saúde, 2018c. Disponível em: ><http://www.contagem.mg.gov.br/arquivos/doc/4447doc-e-20181017043407.pdf?x=20200225091106>>. Acesso em 10 set. 2019.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório perfil assistencial/Operacional dos serviços de urgência e emergência do município de Contagem/MG**. Contagem: Secretaria Municipal de Contagem, 2017b.

CORDEIRO, R. A. Da rivalidade à parceria: análise financeira e estratégica do caso Sadia e Perdigão. **Teoria e Prática em Administração**, v. 3 n. 1, p.152-175, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/c00010013/Downloads/Cordeiro_2013_Da-rivalidade-a-parceria--anal_15512.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

COSTA, L. C. O governo FHC e a reforma do Estado brasileiro. **Pesquisa & Debate**, São Paulo, v. 11, n. 17, p. 49-79, 2000. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/rpe/article/viewFile/11922/8632>>. Acesso em: 10 maio 2019.

COSTA, L. S.; MARQUES, P.; BORGES, T. R. A prestação pelo setor público não estatal dos serviços de saúde pública: análise de hipóteses e potencialidades. **Rev. do Servidor Público**, v. 61, n. 3, p. 249-297, 2010. Disponível em: <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/49/45>>. Acesso em: 10 abr. 2019

CROZATTI, J. Modelo de gestão e cultura organizacional: conceitos e interações. **Cad. Estud.**, São Paulo, n. 18, p. 1-20, Ago. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-92511998000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 abr. 2019.

DONADONE, J. C. **A saúde pública intermediada por organizações sociais: arranjos e configurações nas últimas duas décadas no Brasil**. Latino américa: Revistas de Estudios Latino americanos, n. 59, p. 69-98, 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665857414717260>>. Acesso em: 5 set, 2019.

DUTRA, J. S. **Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna**. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GUIMARÃES, M. C. L. et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1642-1650, nov./dez., 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/3591/1/111111.pdf>>. Acesso em: 10

abr. 2019.

JESUS, I. L. S.; MARQUES, C. P.; DOMINGUEZ, A. G. D. Direitos humanos e saúde no Brasil: a contribuição das organizações sociais de saúde na gestão hospitalar.

Hegemonia – Revista Eletrônica de Relações Internacionais do Centro

Universitário Unieuro, Brasília, n. 18, p. 260-296, 2016. Disponível em:

<[http://www.unieuro.edu.br/sitenovo/revistas/revista_hegemonia_18/Aldira%20Guimar%20C3%A3es%20e%20Carla%20Pintas%20\(7\).docx](http://www.unieuro.edu.br/sitenovo/revistas/revista_hegemonia_18/Aldira%20Guimar%20C3%A3es%20e%20Carla%20Pintas%20(7).docx)>. Acesso em: 26 jan. 2020.

JUNQUILHO, G. S. Ação gerencial na administração pública: a re/produção de “raízes” brasileiras. 2000. 334f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Ciências Econômicas, Belo Horizonte, 2000.

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

LIMA, M. J. O. **As empresas familiares da cidade de Franca: um estudo sob a visão do serviço social**. São Paulo: UNESP, 2009. Disponível em:

<<http://books.scielo.org/id/cbyx4/pdf/lima-9788579830372-02.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2020.

MANSUR, N. S. Avaliação dos modelos de organização no SUS. In: FUNDAÇÃO PREFEITO FARIA LIMA. **Ciclo de seminários novos modelos organizacionais**.

Seminário III: OS, OSCIP, São Paulo: Secretaria de Economia e Planejamento, 2007. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/13768181-Seminario-iii-os-oscip-fundacao-estatal-de-saude-apresentacoes-tecnicas-artigos-ciclo-de-seminarios-novos-modelos-organizacionais.html>>. Acesso em 07 fev. 2020.

MELO, C; TANAKA, O. As organizações sociais no setor da saúde: inovando as formas de gestão? **Organ. Soc.**, v. 8, n. 22, p. 1-12, 2001. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/osoc/v8n22/07.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Lei 23.080, de 10 de agosto de 2018. Dispõe sobre o Programa de Descentralização da Execução de Serviços para as Entidades do Terceiro Setor e da outras providências. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**, Belo Horizonte, 2018. Disponível em:

<<https://www.escavador.com/diarios/696033/DOEMG/diario-do-executivo/2018-08-10>>. Acesso em: 09 fev. 2019.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MODESTO, P. E. G. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais. **Revista do Serviço Público**, n. 210, p. 195-212, out./dez. 1997. Disponível em:

<<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/47096/45807>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

MORAIS et al. Organizações sociais da saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 1-13, 2018.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018000105017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 24 fev. 2019.

ORTÍ, A. La confrontacion de modelos y niveles epistemológicos em la gènesis e história de la investigacion social. In: DELGADO, J.M.; GUTIERREZ, J. **Métodos y técnicas cualitativas de investigación em ciências sociales**. Madrid: Síntesis, 1994.

PACHECO, H. F. et al. Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. **Interface. Comunicação Saúde Educação**, v. 20, n. 58, p. 585-595, 2016.

PILOTTO, B. S.; JUNQUEIRA, V. Organizações Sociais do setor de saúde no estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 130, p. 547-563, dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282017000300547&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 02 maio 2019.

PINTO, I. C. M. **Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das organizações sociais da saúde na Bahia**. 2004. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004. Disponível em: <http://www.adm.ufba.br/sites/default/files/publicacao/arquivo/tese_-_isabela_-_def.pdf> Acesso em: 20 jan. 2020.

REIS, M. C.; COELHO, T. C. B. Publicização da gestão hospitalar no SUS: reemergência das organizações sociais de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4. P. 1-32. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000400617&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 fev. 2020.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2007.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVA, G. Sociologia organizacional Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC 2010. Disponível em: <http://www.ead.uepb.edu.br/arquivos/Livros_UEPB_053_2012/02-sociologia%20organizacional/Livro_grafica%20de%20sociologia%20organizacional.pdf> Acesso em: 02 abr. 2020.

TEIXEIRA, D. L. P.; SOUZA, M. C. A. F. Organização do processo de trabalho na evolução do capitalismo. **Rev. Adm. Empres.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 65-72, dez, 1985. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901985000400007>. Acesso em: 26 jan. 2020.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3.ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2000.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

A COBRANÇA DE AIH EM HOSPITAIS QUE INTEGRAM A REDE DE ATENDIMENTO SUS DO ESTADO DE MINAS GERAIS: INFLUÊNCIA DOS PROCEDIMENTOS ESPECIAIS NO VALOR MÉDIO FATURADO

Isabela Gonçalves Barros de Andrade¹, Franciane Rocha Borges Esteves²,
Alexandre Viana Barros de Andrade³

RESUMO

Uma das formas de remuneração das ações e serviços de saúde do SUS ocorre na forma de produção, com base na tabela unificada do SUS/SIGTAP. Os procedimentos especiais, agregam valores ao procedimento principal e podem estar sendo subutilizados por motivos diversos. O objetivo do trabalho foi identificar a influência dos procedimentos especiais no valor médio da AIH de hospitais selecionados. Trata-se de um estudo transversal, que utiliza a conjugação de métodos quantitativos e qualitativos, realizado com registros de produção hospitalar ocorridos entre os meses de janeiro a dezembro de 2018, nos hospitais vinculados ao SUS da rede estadual de atenção hospitalar de Minas Gerais. Os resultados apontaram que, se comparada à produção de AIH de diferentes instituições, é comum que existam AIH, para um mesmo procedimento principal, com diferentes valores médios sendo faturados. Este estudo permitiu alcançar o objetivo proposto de identificar a influência dos Procedimentos especiais no valor médio da AIH faturada nos hospitais avaliados. Conclui-se que a internação destinada ao tratamento de um determinado agravo em um hospital, pode apresentar, em sua AIH, diferentes tipos e quantidades de procedimentos especiais agregados, quando comparado a outro hospital, mesmo que ele possua igual disponibilidade de recursos tecnológicos e perfil de morbidade semelhante.

PALAVRAS-CHAVE: Faturamento hospitalar. Procedimentos hospitalares. Autorização de Internação Hospitalar/AIH. Procedimentos Especiais AIH.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o financiamento tem sido apontado como um dos maiores desafios enfrentados para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a preocupação permanente de todos os envolvidos, sejam os gestores de saúde ou da população (BRASIL, 2011; BRASIL, 2018a). O grande desafio dos gestores está em como garantir o que foi preconizado na Constituição de Federal de 1988, ou seja, a

¹Mestre em Gestão de Serviços de Saúde pela UFMG, Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Especialista em Gestão de Emergência em Saúde Pública pelo Instituto Sírio Libanês e Graduada em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

² Especialista em Saúde Pública e Gestora de Serviços de Saúde pela UFMG

³Mestre em Gestão de Serviços de Saúde pela UFMG, Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (ENSP-Fiocruz), Especialista em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente (ENSP-Fiocruz), Especialista em Gestão Hospitalar (ESP-MG), Graduado em Enfermagem (PUC-MG); Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) e Instituto de Nova Educação; alexandreviana19@yahoo.com.br.

universalidade e a integralidade da atenção e, de forma equânime, isto é, considerando a singularidade das necessidades de todos os brasileiros (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2018).

Assim, é importante que as organizações hospitalares qualifiquem a sua gestão por meio da estruturação e organização de seus processos de trabalho, de modo a evitar o desequilíbrio financeiro. É necessário que os hospitais se adequem diante das atuais perspectivas e da necessidade de sustentabilidade financeira, uma vez que o modelo de financiamento exige resposta suficiente, no sentido de garantir a viabilidade econômica destas instituições. No entanto, análises fragmentadas sobre a eficiência do setor hospitalar, como o confronto entre a visão da falta de eficiência/gestão *versus* subfinanciamento da atenção hospitalar, limitam a busca de soluções estruturantes que reconheçam os dois lados do problema (LA FORGIA; COUTOLLENC, 2009).

A Tabela SUS define os valores do pagamento mínimo pelo serviço prestado, conforme descrito no Manual de Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2003a). Independente dos custos reais incorridos com os pacientes, o valor repassado pelo SUS aos hospitais são incluídos na AIH, seguindo valores definidos na Tabela Única por procedimento principal, acrescido dos procedimentos secundários, procedimentos especiais e demais incrementos e incentivos financeiros.

O prontuário do paciente possui todas as informações sobre o atendimento do paciente internado e na AIH, o procedimento necessário para o cuidado do paciente é informado. Ela representa o procedimento principal e pode ser acrescido os procedimentos secundários e especiais. Os procedimentos secundários correspondem aos serviços prestados que devem ser informados, mas, que não representam acréscimos no valor de faturamento e, os procedimentos especiais, são os serviços que podem ser realizados e que agregam valor à AIH.

Assim, considera-se que os procedimentos especiais agregam valores ao procedimento principal e podem estar sendo subutilizados por motivos diversos (KOS et al., 2015). Diante deste contexto, a relevância deste estudo fundamenta-se na importância de conhecer os diversos procedimentos especiais que, apesar de não gerarem AIH, agregam valores ao procedimento principal e podem estar sendo subutilizados por falta de conhecimento por parte do setor de faturamento/contas médicas, equipe médica, auditores e gestores hospitalares.

Considera-se que o conhecimento amplo dos procedimentos especiais pode contribuir para potencializar o faturamento da instituição. Tratando-se de otimização de receitas e possibilidade de incremento financeiro, é importante que se conheça a composição da AIH, identificando o procedimento principal, bem como os procedimentos especiais capazes de agregar valor.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar a influência dos procedimentos especiais no valor médio da AIH faturada em hospitais que integram a rede de atendimento SUS do estado de Minas Gerais, a partir dos dados coletados no período de janeiro a dezembro de 2018.

2.2 Objetivos específicos

1. Identificar os principais procedimentos mais produzidos no SUS, no contexto do faturamento hospitalar em Minas Gerais;
2. Identificar os hospitais com faturamento representativo dos procedimentos principais do estudo, no contexto do faturamento hospitalar em Minas Gerais;
3. Comparar o valor médio da AIH faturada entre os hospitais estudados e os hospitais sediados em BH, considerando os mesmos procedimentos principais eleitos; e
4. Identificar e analisar o perfil de ocorrência de procedimentos especiais e sua influência no valor de AIH dos hospitais eleitos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O financiamento da saúde tem se tornado um motivo permanente de preocupação dos gestores, uma vez que, garantir a universalidade e integralidade diante de um cenário de restrições financeiras é um grande desafio. Quando se considera aspectos de equidade, esse desafio, em um país como o Brasil que apresenta tantas desigualdades sociais e regionais, se torna ainda mais acentuado (BRASIL, 2011).

Os modelos de financiamento do sistema de saúde e os formatos de remuneração dos seus prestadores tem conceitos e lógicas distintos. O financiamento se refere às fontes de recursos, por meio das quais se dá o gasto em saúde de uma dada sociedade (PIOLA, 2013).

A Constituição Federal de 1988 cita em seu Art. 94, que a saúde integra a seguridade social, juntamente com a previdência e assistência social. Será organizada pelo poder público, observada a diversidade da base de financiamento (BRASIL, 1988). O Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. É de responsabilidade das três esferas de governo, e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde (BRASIL, 2018a).

O principal componente do financiamento da assistência ambulatorial e hospitalar no SUS é estabelecido por meio de programação dos recursos do bloco de Média e Alta Complexidade (MAC), cujo limite financeiro, geralmente tem sido definido com base na série histórica da produção. A programação dos recursos do MAC se dá por intermédio da Programação Pactuada Integrada (PPI), que se configura em um

instrumento de pactuação intergestores em que são definidas e quantificadas as ações e serviços de saúde em cada território (MATHIAS, 2016; BRASIL, 2006).

A remuneração é posterior à execução dos serviços, dessa forma, é denominada retrospectiva. São classificados dessa forma os pagamentos por procedimento (*fee-for-service*), por diária e por grupo de diagnósticos (*Diagnosis Related Groups* [DRG]). O modelo *fee-for-service* requer a definição de uma tabela de valores para cada procedimento ou item utilizado e, o reembolso, é efetuado conforme quantitativo realizado. A remuneração mensal ao prestador consiste no somatório dos serviços prestados a cada paciente, multiplicado pelos seus respectivos valores (ANDREAZZI, 2003; UGÁ, 2012).

A Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS é um detalhamento de todos os serviços ambulatoriais e hospitalares contratados de prestadores privados e filantrópicos com o seu respectivo valor de pagamento pela União. Ela visa, não só unificar todos os procedimentos ambulatoriais e hospitalares, mas, também, oferecer subsídio aos gestores com informações relacionadas ao valor de remuneração ao profissional médico, compatível com o procedimento, entre outros.

Os objetivos da Tabela Unificada do SUS são: priorizar a gestão da informação e não o pagamento; padronizar os atributos dos procedimentos; integrar o conhecimento relativo às tabelas do SIA e SIH; e padronizar conceitos e regras e integrar as bases do SIA e SIH (BRASIL, 2007). Além dos valores descritos na Tabela Unificada do SUS ainda são incorporados aos pagamentos de algumas instituições alguns incentivos tais como orçamentação global, emendas parlamentares, por qualificação de serviços e leitos e as políticas estaduais em consonância com o Ministério da Saúde.

O laudo de Autorização de Internação Hospitalar é um registro administrativo que identifica o hospital, o paciente, os serviços executados durante a hospitalização e os profissionais envolvidos no cuidado, além de informar os valores pagos pela internação. A AIH é conhecida como registro administrativo, por ter sido criada com o objetivo de tornar viável a administração ou execução de programas de governo ou, ainda, fiscalizar e controlar o cumprimento das obrigações legais por parte de determinados segmentos da sociedade (SANTOS, 2009).

A AIH é constituída por procedimento principal, procedimento secundário e procedimento especial. Segundo Panitz (2014), o procedimento especial é realizado para um esclarecimento diagnóstico ou de apoio terapêutico a um procedimento principal realizado dentro da AIH, acrescentando valor à ela. Portanto, não permite que o paciente seja internado, exclusivamente, para realizá-lo. Cada procedimento especial tem regras específicas para a apresentação, tais como a quantidade máxima permitida, compatibilidade com o procedimento principal, com a Classificação de Internacional de Doenças (CID) e com outros procedimentos especiais (BRASIL, 2017g).

Durante sua permanência no hospital, todo cuidado em saúde é registrado na AIH e, diante do desfecho desta internação (alta, transferência ou óbito), consolida-se todas as ações e procedimentos em observância às regras expressas na tabela de procedimentos para que se tenha a previsão bruta do faturamento (BRASIL, 2017g).

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de pesquisa quanto à abordagem

Trata-se de um estudo de corte transversal que utiliza a conjugação de métodos quantitativos e qualitativos para alcançar os objetivos propostos (SERAPIONI, 2000; TURATO, 2005). Nesta pesquisa, foi utilizado o método quantitativo por lidar com dados estatísticos, ainda que seja uma estatística descritiva e, o método qualitativo, que propõe realizar a descrição das características de determinado número ou registro e formular hipóteses a partir dos dados encontrados.

3.2 Tipo de pesquisa quanto aos fins

No que tange ao tipo de pesquisa trata-se de um estudo descritivo, cujo objetivo principal é identificar como a inserção de procedimentos especiais na AIH pode influenciar no valor médio da AIH.

A pesquisa estruturou-se por meio do levantamento de dados secundários, relacionados à frequência de produção de AIH dos procedimentos principais e de procedimentos especiais selecionados, alimentados por meio de documentos de Autorização de Internação Hospitalar preenchidas pelas instituições que prestam serviço de internação hospitalar ao SUS.

A coleta de dados foi realizada por meio do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), tabulados por meio do Tabwin 4.1.5 e cuja alimentação é feita pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e foram considerados hospitais com pelo menos uma AIH faturada entre Janeiro e Dezembro de 2018.

Com base nessa lista de hospitais selecionados, foram levantadas a produção dos procedimentos principais e especiais de maior frequência no período analisado nos hospitais selecionados.

A coleta dos procedimentos especiais foi realizada por meio do registro de produção hospitalar do TABNET, de onde foi possível extrair os dados detalhados da AIH. Considerou-se como procedimento especial compatível ao procedimento principal todos os procedimentos especiais faturados na AIH do procedimento principal, pois, caso ele não fosse compatível, não seria possível faturá-lo.

Foi delimitado um período de 12 meses (janeiro a dezembro de 2018), por considerar um recorte temporal suficiente para a ocorrência dos procedimentos, conforme a demanda espontânea sem interferência de sazonalidade ou casos pontuais. Neste período, foram faturadas 1.245.753 AIH's em todo o estado de Minas Gerais, que representa 10% de todas as AIH's faturadas no Brasil.

No processo de coleta de dados, foi utilizada a amostragem não probabilística intencional. Mattar (1996) explica que a amostragem não probabilística é aquela em

que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende do julgamento do pesquisador.

Em conformidade com as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 466, de 12 de dezembro de 2012, foram respeitados os princípios éticos de pesquisas que envolvem seres humanos, sendo dispensada a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

3.3 Seleção dos procedimentos principais analisados

Foram encontradas um total de 1.245.753 AIHs faturadas no período a ocorrência de 1.590 Procedimentos principais diferentes, somando o valor de faturamento de R\$ 1.790.286.962,13. Em seguida, foi realizado o cálculo do valor médio da AIH por tipo de Procedimento principal encontrado, considerando o valor total faturado sobre a frequência total da AIH no período.

Posteriormente, foi calculada a diferença entre o valor médio da AIH e o valor básico da Tabela SUS, por procedimentos, identificando aqueles com maior diferença em valores absolutos e percentuais. Este cálculo é relevante devido ao pressuposto de que os procedimentos especiais são o principal motivo de aumento do valor médio da AIH.

Dentre os 1.590 procedimentos principais encontrados, 30 deles de maior frequência representam 48% do total de todos os procedimentos principais faturados no estado de Minas Gerais, no período de janeiro a dezembro de 2018.

A partir dos valores encontrados, foi possível elencar quais as AIH, por Procedimentos principais, que apresentaram maior diferença entre o valor médio da AIH e o valor básico do procedimento principal, ou seja, que possuíam maior valor agregado proveniente dos procedimentos especiais e demais incrementos associados ao faturamento da AIH.

A partir desta primeira análise de dados, foi utilizado como critérios de seleção dos três Procedimentos principais para comporem o estudo considerando três características associadas de maior frequência em hospitais do SUS, maior diferença entre o valor médio e o valor básico estabelecido no SIGTAP e maior número de procedimentos especiais agregados.

Assim, foram selecionados os seguintes Procedimentos principais para este estudo:

- Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico (304100013),
- Tratamento de síndrome coronariana aguda (303060280); e
- Tratamento de outras doenças bacterianas (303010037).

3.4 Seleção e caracterização dos hospitais analisados

Após a seleção dos procedimentos objeto do estudo, realizou-se o levantamento do faturamento dos procedimentos principais de todos os hospitais do estado, no período da pesquisa, 2018, por meio do Sistema de Informação Hospitalar do DATASUS

(SIH/SUS). Foram eleitas esferas jurídicas distintas, com objetivo de identificar possíveis singularidades nas práticas de faturamento e supervisão hospitalar, também foram excluídos da análise os hospitais privados, cuja esfera jurídica é caracterizada como demais entidades empresariais, por apresentarem volume pequeno de AIH faturadas.

Diante dos requisitos foram elencadas cinco instituições hospitalares que possuem similaridades em relação ao porte, perfil de atendimento, resolatividade e capacidade instalada para a prestação de serviços. Para se afirmar que esses hospitais possuem semelhança entre si, a seleção observou os critérios de mais de 150 leitos, possuir leitos de terapia intensiva para adultos, e possuir tomógrafo, hemodiálise, hemodinâmica e ecocardiografia próprios ou terceirizados devidamente cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Os hospitais foram codificados com o número de ordem em que foram analisados, sem a utilização de qualquer característica que permitisse a sua identificação. A Tabela 1 apresenta a síntese dos critérios utilizados e a codificação dos hospitais analisados:

Tabela 1 - Critérios e codificação dos hospitais do estudo

Hospital	Localização	Esfera Jurídica	Número de leito
Hospital 1	Capital	Privado sem fins lucrativos	> 500
Hospital 2	Interior	Adm. Pública Federal	151 a 500
Hospital 3	Interior	Privado sem fins lucrativos	151 a 500
Hospital 4	Interior	Adm. Pública Municipal	151 a 500
Hospital 5	Capital	Privado sem fins lucrativos	151 a 500

Fonte: Dados da pesquisa

Com o objetivo de identificar os fatores que podem influenciar o faturamento dos Procedimentos especiais, bem como o levantamento de hipóteses relacionadas à diferença do valor médio da AIH, foi levantado o resultado de alguns indicadores clássicos dos hospitais estudados, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Indicadores dos hospitais estudados

HOSPITAL	Número de internações	Média mensal de Internações/leito	TOH (%)	TMP (dias)
Hospital 1	41.845	3,81	92,08%	8,52
Hospital 2	22.193	4,22	92,65%	7,31
Hospital 3	13.653	7,20	109,86%	5,16
Hospital 4	13.407	4,12	72,96%	5,66
Hospital 5	15.575	3,45	87,85	8,48

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados apresentados demonstram um perfil diferenciado dos hospitais estudados, uma vez que o rendimento de cada leito é de 3,45 a 7,2 internações/mês por leito. No que concerne à Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH), a literatura aponta que este acima de 100%, como no resultado apresentado pelo Hospital 3, está associada à hipótese de utilização de leitos extras, não cadastrados no CNES para internação do paciente (BRASIL, 2002). Ainda em relação à TOH, os dados demonstram que o

Hospital 4 apresentou um resultado aquém do preconizado na literatura, cerca de 85% (JONES, 2011).

Em relação ao TMP, a variação encontrada pode ser atribuída ao perfil assistencial de cada um dos hospitais selecionados, pois, os hospitais que possuem um grande número de AIH de maternidade ou emitidas em Pronto Socorro tendem a ter seu TMP menor que os demais, enquanto que, os hospitais que não possuem estes tipos de serviços, apresentam um TMP maior.

3.5 Seleção dos procedimentos especiais estudados

Após a seleção dos Procedimentos principais do estudo e dos hospitais que seriam analisados, realizou-se o levantamento dos procedimentos especiais faturados para cada procedimento principal e para cada um dos hospitais selecionados, bem como a sua ocorrência no período avaliado. Selecionando os procedimentos especiais considerados indispensáveis ou necessários para o diagnóstico e/ou tratamento das doenças correspondentes aos procedimentos principais, de maior frequência na produção dos hospitais, com valores unitários consideráveis e de maior sensibilidade à distinção dos valores médios das AIH's.

Para melhor compreensão, o Quadro 1 apresenta o detalhamento dos procedimentos especiais selecionados que foram analisados nas AIH's faturadas de cada procedimento principal, bem como os hospitais que foram utilizados para comparação.

Quadro 1 - Procedimentos especiais selecionados para análise

Procedimento Principal	Hospitais utilizados para comparação	Procedimentos especiais
Tratamento de outras doenças bacterianas (código)	Hospital 3 Hospital 4 Hospital 5	Nutrição enteral e parenteral Terapia renal substitutiva para pacientes renais agudos ou crônicos agudizados Diária de UTI adulto
Tratamento de síndrome coronariana aguda	Hospital 1 Hospital 2 Hospital 3	Dosagem de troponina Cateterismo cardíaco Ecocardiografia
Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico	Hospital 1 Hospital 2 Hospital 3	Tomografia computadorizada Nutrição enteral e parenteral

Fonte: Elaborado pela autora

Cálculo do valor médio de AIH

Buscando atender o Objetivo Específico 3 - Comparar o valor médio da AIH faturada entre os hospitais estudados considerando os mesmos procedimentos principais eleitos, foi realizado o cálculo do valor médio da AIH. O valor médio da AIH é calculado

por meio da divisão entre o valor total faturamento para um determinado procedimento principal e o número total de AIH's faturadas para este mesmo procedimento.

Tabela 3 - Valor médio de AIH do Procedimento principal Tratamento de outras doenças bacterianas, para os cinco hospitais estudados, no período de janeiro a dezembro de 2018

Instituição	Frequência de AIH	Valor total faturado de AIH (R\$)	Valor médio unitário (R\$)
Hospital 1	1.057	11.418.867,69	10.803,09
Hospital 2	658	5.383.906,40	8.182,23
Hospital 3	92	1.016.095,94	11.044,52
Hospital 4	423	2.194.051,40	5.186,88
Hospital 5	1.327	6.583.173,16	4.960,64

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 4 - Valor médio de AIH do Procedimento principal Tratamento da síndrome coronariana aguda, para os cinco hospitais estudados, no período de janeiro a dezembro de 2018

Instituição	Frequência de AIH	Valor total faturado de AIH (R\$)	Valor médio unitário (R\$)
Hospital 1	841	3.056.470,36	3.634,33
Hospital 2	63	146.080,92	2.318,74
Hospital 3	56	153.799,77	2.746,42
Hospital 4	100	69.175,94	691,76
Hospital 5	43	59.658,64	1.387,41

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 5 - Valor médio de AIH do Procedimento principal Tratamento de intercorrências oncológicas, para os cinco hospitais estudados, no período de janeiro a dezembro de 2018

Instituição	Frequência de AIH	Valor Total faturado de AIH (R\$)	Valor médio unitário (R\$)
Hospital 1	1.952	1.118.610,79	573,06
Hospital 2	150	54.583,97	363,89
Hospital 3	881	448.518,11	509,10
Hospital 4	30	5.298,69	176,62
Hospital 5	19	12.350,13	650,00

Fonte: Dados da pesquisa

As análises dos valores encontrados são discutidas nos próximos tópicos.

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Descrição e análise dos dados por procedimento principal

Com o intuito de identificar, em que medida, os procedimentos especiais podem influenciar o valor médio das AIH's dos hospitais selecionados, para os três procedimentos principais do estudo, foi levantada a média de produção dos procedimentos especiais selecionados e comparado com a média de produção de Belo Horizonte. Diante da premissa de que o município apresenta um forte processo de supervisão de AIH, buscaram-se os dados de produção dos procedimentos especiais relacionados tanto para o município de Belo Horizonte como para os hospitais do estudo, comparando a média de procedimento especial por AIH. A possibilidade de existência de subfaturamento ou superfaturamento de procedimentos que agregam valor à AIH aponta para a necessidade de se avaliar a quantidade de determinados procedimentos especiais por internação e, tal como foi estabelecido neste estudo, buscou-se realizar as comparações com a produção apresentada pelos hospitais sediados no município de Belo Horizonte.

4.1.1 Análise do procedimento principal: Tratamento de outras doenças bacterianas (0303010037)

De acordo com o SIGTAP, a internação cujo procedimento principal é Tratamento de outras doenças bacterianas (0303010037), destina-se ao tratamento de doenças bacterianas, exceto hanseníase e tem remuneração de R\$ 865,91. Contudo, ao analisar o valor médio da AIH faturada entre os cinco hospitais selecionados, observou-se uma diferença de até 10 vezes maior que o valor da Tabela SIGTAP. A Tabela 6 apresenta-se a frequência do Procedimento principal, o valor total faturado e o valor médio de AIH de cada hospital.

Tabela 6 - Valor médio de AIH faturado para o Procedimento principal Tratamento de outras doenças bacterianas (Cód. 0303010037)

Instituição	Frequência de AIH	Valor total faturado de AIH (R\$)	Valor médio unitário (R\$)	% diferença valor médio/valor tabela
Hospital 1	1.057	11.418.867,69	10.803,09	1148%
Hospital 2	658	5.383.906,40	8.182,23	845%
Hospital 3	92	1.016.095,94	11.044,52	1175%
Hospital 4	423	2.194.051,40	5.186,88	499%
Hospital 5	1.327	6.583.173,16	4.960,64	473%

Fonte: Dados da pesquisa

Para avaliar em que grau os procedimentos especiais influenciam o valor médio da AIH de um determinado hospital, foram levantados os procedimentos especiais faturados na AIH, cujo Procedimento principal era o Tratamento de outras doenças bacterianas. Ao analisar o número de procedimentos especiais faturados por todos os hospitais do estado, em 2018, foram encontrados 224 tipos diferentes de

Procedimentos especiais para este Procedimento principal e os que possuem maior ocorrência, bem como os seus respectivos valores a serem agregados à AIH.

Com o objetivo de verificar qual a ocorrência de faturamento dos Procedimentos especiais para este Procedimento principal, diante do rol de 224 possibilidades compatíveis, foi levantada a produção detalhada para o Tratamento de outras doenças bacterianas (Cód. 0303010037) para os cinco hospitais analisados.

Verificou-se que, embora existam 224 tipos de Procedimentos especiais possíveis de serem faturados para o Tratamento de outras doenças bacterianas nos hospitais de Minas Gerais, existe uma disparidade entre a quantidade de tipos de procedimentos faturados nos cinco hospitais analisados que chegou à 95%.

O menor número de tipos de Procedimentos especiais foi observado nos Hospitais 3, 4 e 5 o que pode ser visto como vantajoso e resultado de uma assistência e gestão eficientes, pois são solicitados um número menor de Procedimentos especiais adicionais. O Hospital 3 conseguiu agregar um número superior de procedimentos à AIH principal, se comparado os demais hospitais.

Além disso, no que diz respeito ao elevado número de procedimentos especiais por AIH, como é o caso do Hospital 3, é importante elucidar a influência do modelo de pagamento vigente, em que o repasse ao prestador é feito pelo número de atos realizados, multiplicado pelos seus respectivos valores, definidos previamente com base em uma tabela de valores. Isto é, para cada Procedimento especial realizado durante a internação hospitalar é acrescentado um valor à sua AIH. Assim, o hospital pode aumentar o número de atos médicos, entendidos aqui como procedimentos, para otimizar o seu faturamento. Em relação ao modelo de remuneração, a tendência é a adoção de formatos de pagamento mistos que possibilitem maior controle de gastos pela fonte pagadora, mas, ao mesmo tempo, qualifiquem o resultado dos atendimentos realizados e agreguem valor para o paciente (UGÁ, 2012)

Dornelles (2013) revela a possibilidade de existir uma série de eventos não registrados, não informados, não justificados ou, simplesmente, mal ou não interpretados, como por exemplo: agendamentos cirúrgicos e realização de outros ou mais procedimentos confirmados pela descrição cirúrgica, no mesmo ato.

4.1.1.1 Análise comparativa com os dados de produção dos hospitais de Belo Horizonte

Com o intuito de identificar a quantidade de Procedimentos especiais por AIH para cada um dos procedimentos principais selecionados foi levantada a média de produção dos Procedimentos especiais selecionados e comparado com a média de produção de Belo Horizonte.

Tabela 07 - Número médio de Procedimento especial por AIH nos hospitais de Belo Horizonte e nos hospitais analisados para o Procedimento Principal Tratamento de outras doenças bacterianas

Procedimento Especial	Hospitais BH	Hospital 3	Hospital 4	Hospital 5
	Média/AIH	Média/AIH	Média/AIH	Média/AIH
Nutrição enteral e parenteral	4,90	14,87	2,65	4,58

Diária de UTI adulto	0,72	6,25	0,89	6,72
Terapia renal substitutiva	0,87	0,91	0,40	0,99

Fonte: Dados da pesquisa

Em Belo Horizonte são administrados, em média, 4,9 terapias nutricionais por internação para o procedimento em pauta, enquanto que, para o Hospital 3, são realizadas 14,87 administrações de terapia nutricional por AIH faturada. A quantidade superior de administrações de dieta enteral ou parenteral, por paciente internado, parece não estar associada a um período de internação mais longo, tendo em vista que, trata-se de hospitais com TMP semelhantes.

Em relação à diária de UTI Adulto, verifica-se que, tanto o Hospital 3 com o Hospital 5, apresentam uma média superior de utilização à média encontrada no município de Belo Horizonte. Estes dados apontam que, para cada internação são utilizadas em média, 0,72 diária de UTI, enquanto que no Hospital 3 e no Hospital 5, o paciente permanece em média 6 dias na UTI.

Quanto às discrepâncias entre a média de procedimentos do Hospital 3, se comparado à média de Belo Horizonte e dos demais hospitais, observa-se uma tendência da possibilidade de haver fragilidades no processo de supervisão de contas hospitalares, pois o número de nutrição enteral, diária de UTI e hemodiálise por AIH foram superiores à média do município e em relação a todos os outros hospitais analisados. Levantou-se também a hipótese de que o fato de os pacientes serem internados em caráter muito tardio, ou fora de possibilidade terapêutica, demandou número maior de procedimentos dessa tipologia no hospital mencionado.

Uma das hipóteses levantadas é a de que estas instituições podem estar mantendo o paciente por mais tempo na unidade de terapia intensiva sem de fato apresentar demanda por cuidados intensivos (não apresentando mais nenhum sintoma que justifique a permanência dele nesta unidade) ou por decisão em otimizar o faturamento com o maior número de diárias agregadas à AIH. Em que pese a possibilidade destes hospitais estarem recebendo pacientes com perfil de morbidade mais complexo e grave, vale ressaltar que o município de Belo Horizonte, que é referência para alta complexidade do estado, demonstrou uma média de diária de UTI por AIH muito inferior (0,72).

Em contrapartida, no geral, o menor número de procedimentos especiais por AIH nos hospitais de Belo Horizonte pode estar associado:

- a) À real necessidade clínica dos pacientes;
- b) À aplicação de protocolos assistenciais; e
- c) À efetividade dos processos de trabalho dos profissionais envolvidos no faturamento hospitalar.

4.1.2 Análise do procedimento principal: Tratamento de Síndrome coronariana aguda (0303060280)

De acordo a Tabela de procedimento do SUS, a internação, cujo Procedimento principal é o Tratamento de síndrome coronariana aguda (0303060280), consiste no

tratamento do sofrimento do miocárdio na vigência da insuficiência de fluxo sanguíneo nas coronárias, tais como angina, infarto, endocardite e trombose da coronária, entre outras. O valor básico definido na Tabela SUS para este tratamento é de R\$ 325,08 e, ao analisar o valor médio da AIH faturada pelos os cinco hospitais selecionados, observou-se uma diferença superior de até 11 vezes.

Tabela 08 - Valor médio de AIH faturado para o Procedimento principal Tratamento de síndrome coronariana aguda (0303060280)

Instituição	Frequência de AIH	Valor total faturado de AIH (R\$)	Valor médio unitário (R\$)	% diferença valor médio / valor tabela
Hospital 1	841	3.056.470,36	3.634,33	1018%
Hospital 2	63	146.080,92	2.318,74	613%
Hospital 3	56	153.799,77	2.746,42	745%
Hospital 4	100	69.175,94	691,76	113%
Hospital 5	43	59.658,64	1.387,41	327%

Fonte: Dados da pesquisa

Como se observa na Tabela 08, existem grandes disparidades entre o valor médio unitário da AIH dos hospitais analisados. Enquanto o Hospital 4 apresentou um valor médio de AIH de R\$ 691,76, o Hospital 1 aparece com um valor médio de R\$ 3.634,33 (cinco vezes maior). Salva as exceções relacionadas à complexidade do paciente atendido e a consequente solicitação de um número maior Procedimentos especiais (como medicamento de alto custo, exames especiais, diárias de UTI, entre outros), de forma global, pode-se inferir que os Hospitais 1, 2 e 3 possuem maior capacidade em agregar procedimentos que geram valor à AIH.

Para avaliar quais são os procedimentos especiais compatíveis de serem faturados na AIH, cujo Procedimento principal era o Tratamento de síndrome coronariana aguda, foi realizado o levantamento de todos os possíveis procedimento especiais faturados sob este código no período. Foram encontrados 121 tipos diferentes de Procedimentos especiais para este Procedimento principal. Observa-se a variação de 26 (Hospitais 4 e 5) a 57 (Hospital 1) tipos de procedimentos faturados, significando diferença máxima de 119% a mais entre o segundo e o primeiro, nos hospitais analisados o Hospital 3 ficou em posição intermediária com 39 procedimentos assim como o Hospital 2 com 47.

A média numérica de procedimentos especiais utilizados é semelhante e maior nos hospitais 2 (19), 3 (18) e 5 (18) e, semelhante e menor nos hospitais 1 (14) e 4 (10).

4.1.2.1 Análise comparativa com os dados de produção de hospitais de Belo Horizonte

Com o objetivo de comparar o grau de utilização de Procedimentos especiais agregados ao Procedimento principal entre os hospitais estudados e os hospitais de Belo Horizonte, levantou-se a média de dosagem de troponina, de ecocardiografia e cateterismo cardíaco por AIH e, ela, foi comparada com a média apresentada pelo município. A Tabela 09 apresenta os resultados encontrados.

Tabela 09 - Média de Procedimento especial por AIH no município de Belo Horizonte e nos hospitais analisados

Procedimento Especial	Hospitais Belo Horizonte	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3
	Média/AIH	Média/AIH	Média/AIH	Média/AIH
Dosagem de troponina	0,73	0,88	1,13	1,16
Ecocardiografia	0,73	0,94	0,76	0,68
Cateterismo cardíaco	0,48	0,53	0,78	0,66

Fonte: Dados da pesquisa

Em Belo Horizonte, para cada internação motivada pela síndrome coronariana aguda, são realizadas 0,73 dosagens de troponina, enquanto que no Hospital 3 são realizados 1,16 exames. A partir dos dados encontrados, pressupõe-se que os Hospitais 2 e 3 faturaram um número maior de dosagem de troponina por AIH por possuírem a porta de entrada aberta às urgências e emergências (exame necessários para fase aguda do tratamento de síndrome coronariana aguda).

Em relação ao cateterismo cardíaco, um dos procedimentos utilizados para diagnóstico e tratamento do infarto agudo do miocárdio, observou-se que em Belo Horizonte, foi realizado 0,48 Procedimento especial por AIH faturada, ou seja, cerca de 48 em 100 pacientes são submetidos ao exame.

Vale destacar que grande parte dos hospitais de Belo Horizonte possui porta referenciada para as demandas da população e, por este motivo, uma parcela dos atendimentos de urgência, na fase aguda dos agravos, é resolvida nas unidades de pronto atendimento, externas ao hospital.

Existem vários gargalos que podem influenciar o processo de faturamento de contas nas instituições hospitalares e, conseqüentemente, levar ao menor número de procedimentos especiais por AIH. Conforme afirma Oliveira (2019), o processo de faturamento é complexo, longo e envolve inúmeros profissionais e, por estes motivos, requer treinamento contínuo e, a ausência desta capacitação, afeta diretamente a qualidade do registro dos procedimentos realizados para o faturamento. No entanto, essa hipótese é remota, devido ao alto custo do procedimento.

4.1.3 Análise do Procedimento principal: Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico (0304100013)

De acordo com o SIGTAP, a internação cujo Procedimento principal é Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico (0304100013). Refere-se ao tratamento clínico de paciente internado por intercorrência, em decorrência do câncer ou ao seu tratamento. Entende-se por intercorrência clínica a complicação aguda, previsível ou não, devida a neoplasia maligna ou ao seu tratamento e que necessita de internação, na modalidade hospitalar para controle da complicação. A internação destinada para este tratamento tem como remuneração básica o valor de R\$ 45,43. A Tabela 10 apresenta a frequência do Procedimento principal, o valor total faturado e o valor médio de AIH de cada hospital:

Tabela 10- Valor médio de AIH faturado para o Procedimento principal Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico (0304100013)

Instituição	Frequência de AIH	Valor Total faturado de AIH (R\$)	Valor médio unitário (R\$)	% diferença valor médio / valor tabela
Hospital 1	1.952	1.118.610,79	573,06	1161%
Hospital 2	150	54.583,97	363,89	701%
Hospital 3	881	448.518,11	509,10	1021%
Hospital 4	30	5.298,69	176,62	289%
Hospital 5	19	12.350,13	650,00	1331%

Fonte: Dados da pesquisa

Avaliando os dados da Tabela 10, verificou-se que o valor médio de cada AIH faturada para este Procedimento principal variou de R\$ 176,00 a R\$ 650,00, cerca de 269% de diferença, se comparado com o Hospital 4 e o Hospital 5. Se comparado com o valor total hospitalar da Tabela do SIGTAP, percebeu-se que é possível agregar Procedimentos especiais necessários ao diagnóstico e ao tratamento do paciente com intercorrências oncológicas, atingindo valores até 15 vezes maior, como é o caso do Hospital 5, que apresentou valor médio de AIH de R\$ 650,00.

Os achados relacionados ao valor médio da AIH podem refletir algumas características do hospital. Um hospital de pequeno ou médio porte, por exemplo, para atingir um valor médio próximo ao de um hospital de grande porte, deve ter estrutura assistencial (recursos materiais e tecnológicos), bem como profissionais especializados que justifiquem o elevado custo, caso contrário, pode constituir indício de irregularidades. Diante deste contexto, se for considerado que os cinco hospitais analisados possuem a mesma capacidade para atender o paciente com intercorrência oncológica, questiona-se o motivo pelo qual o Hospital 4 apresentou um valor médio de AIH igual a R\$176,62, enquanto que o Hospital 5, apresentou um valor médio de AIH igual a 650,00.

Para avaliar quais são os Procedimentos especiais compatíveis de ser faturado na AIH, cujo Procedimento principal era o Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico, foi realizado o levantamento de todos os possíveis Procedimentos especiais faturados sob este código no período. Encontrou-se 169 tipos diferentes de Procedimentos especiais para este Procedimento principal.

Verifica-se que o hospital 1 destaca-se em mais tipos de procedimentos cobrados (95 procedimentos), seguido pelo hospital 3 (78 procedimentos). Os hospitais 4 (24 procedimentos) e 5 (25 procedimentos) utilizam menos tipos de procedimentos, ficando o Hospital 2 em posição intermediária.

As diferenças de valor médio de AIH entre o Hospital 4 e 5, chama a atenção para a possibilidade de ter havido um número maior de Procedimentos especiais agregados, o que denota maior capacidade do setor de atendimento em captar as informações necessárias para preenchimento da AIH. Por outro lado, pressupõe-se também que possa haver uma ausência de padronização no processo de supervisão de contas

nos hospitais, o que levou ao superfaturamento de procedimentos que agregam valor à AIH.

4.1.3.1 Análise comparativa com os dados de produção dos hospitais de Belo Horizonte

A fim de complementar esta análise, buscou-se comparar o valor médio de Procedimentos especiais por AIH dos hospitais selecionados para analisar este Procedimento principal e a média de Procedimentos especiais apresentada pelos hospitais de Belo Horizonte. Para tanto, foram correlacionados o número médio de tomografias e nutrição enteral faturados por AIH nos hospitais estudados e número médio faturado nos hospitais de Belo Horizonte. A Tabela 11 apresenta os resultados encontrados.

Tabela 11 - Média de Procedimento especial por AIH no município de Belo Horizonte e nos hospitais analisados

Procedimento Especial	Hospitais Belo Horizonte	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3
	Média/AIH	Média/AIH	Média/AIH	Média/AIH
Tomografia	0,53	0,10	0,11	0,08
Nutrição Enteral	0,35	0,05	0,06	0,23

Fonte: Dados da pesquisa

Observando a Tabela 11, considerou-se que no Hospital 1, 10% dos pacientes internados por complicações oncológicas são submetidos a algum tipo de tomografia e, os Hospitais 1, 2 e 3, também apresentaram uma média semelhante. Contudo, se comparado com a média de todos os hospitais de Belo Horizonte, verificou-se que foi realizado o exame de tomografia em 50% dos pacientes.

Por outro lado, tendo em vista que os Hospitais 1, 2 e 3 apresentaram uma média inferior de TC por AIH, se comparado à média de Belo Horizonte, pressupõe-se que não é ofertado a melhor definição diagnóstica para o paciente atendido, uma vez que a disponibilidade de tomógrafo e, a consequente realização de TC para o tratamento de intercorrências oncológicas, é preditiva para a uma conduta terapêutica mais adequada. Em contrapartida, é importante frisar que estes mesmos hospitais podem ter lançado mão de outros exames diagnósticos substitutos para o diagnóstico do paciente e, por este motivo, apresentar uma média de tomografias por AIH menor.

Nesta mesma linha de argumentação, a média elevada de nutrição enteral por AIH em Belo Horizonte, se comparada aos Hospitais 1, 2 e 3, pode estar relacionada ao perfil de morbidade dos pacientes. Ou seja, quanto maior a gravidade do paciente maior a necessidade de suporte nutricional.

4.2 Análise geral dos resultados encontrados

Os resultados encontrados podem ser analisados, de forma geral, conforme apresentados a seguir:

- a) Se comparada a produção de AIH de diferentes instituições, é comum que existam AIH com os mesmos Procedimentos principais e diferentes valores médios sendo faturados;

- b) Essa multiplicidade de possibilidades pode ser benéfica para os pacientes, no entanto, pode gerar tanto a utilização como a cobrança indevida de procedimentos, caso não haja um bom controle e avaliação por parte dos gestores contratantes;
- c) A análise dos hospitais estudados demonstrou que os hospitais de Belo Horizonte utilizam menos os Procedimentos Especiais eleitos para os Procedimentos Principais de Tratamento de outras doenças bacterianas e Tratamento de síndrome coronariana aguda. Utiliza mais os procedimentos especiais eleitos em pacientes com o Procedimento principal no Tratamento de intercorrências clínicas do paciente oncológico;
- d) A existência de porta aberta poderia levar à realização de mais procedimentos relacionados ao procedimento Tratamento de síndrome coronariana aguda;
- e) Pode existir a utilização indevida ou não utilização de protocolos assistências, influenciando as condutas clínicas relacionadas à super ou subutilização de Procedimentos especiais;
- f) Pode existir a utilização indevida de um número maior de Procedimentos especiais com a finalidade de aumentar o faturamento;
- g) Podem existir processos de supervisão hospitalar diferenciados que induzem à utilização de procedimentos especiais de forma desordenada; e
- h) Pode existir sub-registro de procedimentos. Hipótese remota devido ao alto custo dos procedimentos e supervisão e controle feitos pelos agentes que os realizam, que ficariam sem o devido ressarcimento.

Sob este mesmo olhar, Oliveira (2019) aponta que existem inúmeros gargalos entre o registro das informações no prontuário do paciente até a sua chegada ao setor de faturamento. Acrescenta ainda que, devido ao grande fluxo de pacientes nos hospitais e de registros nos prontuários que cada médico deve fazer no longo da internação do paciente, podem ocorrer falhas nas impressões, falta de material de escritório, *internet* instável, entre outros. Isso, propicia aos médicos a deixarem de registrar todos os procedimentos realizados e de imprimir e/ou assinar as evoluções diárias do paciente.

Em decorrência desta sucessão de detalhes que deixam de ser registrados, Dornelles (2013) conclui que aumentam as possibilidades de encontrar perdas consideráveis como produção não registrada, débitos não efetuados, aumento dos custos sem identificar o aumento da demanda, atraso no processamento do faturamento e perdas de inclusão nas contas de procedimentos identificados posteriores à alta.

Goiás (2005) pontua que, o valor médio da AIH é importante para se avaliar a característica da rede hospitalar. Um hospital de pequeno ou médio porte, por exemplo, para chegar a possuir um valor médio por AIH próximo ao de um hospital de grande porte, deve ter condições técnico-operacionais de atendimento que justifiquem este elevado custo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu alcançar o objetivo proposto de identificar a influência dos Procedimentos especiais no valor médio da AIH faturada nos hospitais avaliados, a

partir da avaliação da constatação da diversidade de tipos e quantidade de procedimentos faturados para um mesmo Procedimento principal.

Observou-se que a internação destinada ao tratamento de determinado agravo em um hospital pode apresentar em sua AIH diferentes tipos e quantidades de Procedimentos especiais agregados, quando comparado a outro hospital, mesmo que possuindo igual disponibilidade de recursos tecnológicos e o perfil de morbidade semelhante. A diferença do valor médio entre às AIHs faturadas para o mesmo Procedimento principal, pode ser atribuída aos diferentes tipos e quantidades de Procedimentos especiais agregados.

Os resultados encontrados demonstram que os hospitais que apresentam características semelhantes, no que concerne ao seu perfil assistencial, não necessariamente apresentam valores médios de AIH e número de Procedimentos especiais por AIH.

Os dados obtidos revelam que os hospitais que apresentam maior valor médio de AIH podem estar associados à pacientes de maior gravidade e que, naturalmente, requerem um número maior de exames de alta complexidade, diárias de UTI, entre outros Procedimentos especiais. Podem, também, estar associados à procedimentos realizados sem indicação clínica ou processo de supervisão e regulação frágeis.

Para hospitais que apresentam menor valor médio de AIH, este estudo aponta que podem estar relacionados à ausência ou aplicação inadequada de protocolos ou a um processo de faturamento de contas fragilizado e, ainda, a problemas no processo de registro no prontuário do paciente por parte dos profissionais da saúde. Para que haja fluidez das informações das equipes multiprofissionais, facilitando a captação de informações relacionadas à internação do paciente, é importante que o setor de faturamento esteja em constante aperfeiçoamento de seu processo de trabalho.

Considera-se que é importante a padronização dos processos que envolvem o faturamento das AIHs, com vistas a diminuir a possibilidade de perda de dados, baixa de qualidade das informações produzidas e evitar o subfaturamento ou não faturamento de procedimentos, visto que os hospitais analisados apresentaram discrepâncias em relação à frequência de Procedimentos especiais faturados.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Entender o faturamento hospitalar bem como as possibilidades que processos bem definidos e executados corretamente podem trazer de ganhos para as instituições são de extrema importância para a gestão dos serviços de saúde.

Como foi possível observar no estudo, hospitais que executam o mesmo procedimento podem ter ganhos exponencialmente diferentes somente pelo fato de entenderem a lógica do faturamento SUS e com isso remeterem AIH com valores superiores ao valor mínimo previsto na tabela SIGTAP.

Partindo do pressuposto que, os procedimentos faturados conforme a tabela SIGTAP, representam a maior receita de muitas instituições, entender sobre a pauta, bem como torná-la prioridade é imprescindível para os gestores de saúde, dado que um serviço executado em conformidade com o regramento do SUS traz grande diferença na receita mensal das instituições.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, M. F. S. **Formas de remuneração de serviços de saúde**. Brasília: IPEA, 2003. (Textos para discussão, 1006) Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogo06/Biblioteca/Artigos_pdf/Formas%20de%20remuneracao%20nos%20servicos%20de%20saude.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 20 maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: <http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/Publicacoes/Manual_Gestao_Fin_SUS.pdf>. Acesso em: 30 maio 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.097, de 22 de maio de 2006**. Define o processo de PPI da Assistência à Saúde seja um processo instituído no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1097_22_05_2006_comp.html>. Acesso em: 03 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acesso em: 10 jun. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **O financiamento da saúde**. Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 2011, v. 2). Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_2.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação-Geral de Sistemas de Informação. **Manual técnico operacional do sistema de informação hospitalar: orientações**

técnicas. 2017g. Disponível em:

<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuals/manual_sih_janeiro_2017.pdf?attach=true>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BRASIL. Confederação Nacional dos Municípios. **Mudanças no financiamento da saúde.** Brasília: CNM, 2018a. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf> Acesso em: 07 mar 2020.

DORNELLES, R. M. S. **Proposta de qualificação dos processos administrativos relativos ao faturamento hospitalar.** Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde/FIOCRUZ, 2013. Disponível em: <colecciona-sus.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=769>. Acesso em: 10 jun. 2019.

GOIÁS. *Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.* Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde de Goiás. **Manual de normas e procedimentos de auditoria da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.** Goiânia: SES/SCATS, 2005. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_414_manualdeauditoria.pdf>. Acesso em: 24 maio de 2019.

JONES, R. Hospital bed occupancy demystified. **BJHCM**, v. 17, n. 6, p. 242-248, 2011. Disponível em: <<https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjhc.2011.17.6.242>>. Acesso em: 11 mar. 2020.

KOS, S. R. et al. Repasse do SUS vs custo dos procedimentos hospitalares: é possível cobrir os custos com o repasse do SUS? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 22. 2015. Campo Grande. **Anais...** 2015. Disponível em: <<https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/viewFile/4026/4027>>. Acesso em: 26 abr. 2019.

LA FORGIA, G. M.; COUTOLLENC, B. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência.** São Paulo: Singular, 2009.

MATHIAS, D. **Proposta de um roteiro para auxiliar o gestor no processo de monitoramento do faturamento nos setores de urgência/emergência e internação hospitalar no Sistema Único de Saúde.** 2016. 134f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Saúde) - Universidade Nove de Julho, São Paulo, SP, 2016. Disponível em: <<https://bibliotecatede.uninove.br/bitstream/tede/1550/2/Denise%20Mathias.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2019.

OLIVEIRA, V. F. **Faturamento hospitalar: identificação dos pontos de melhoria para a otimização dos processos.** 2019. 29f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública na Área de Saúde) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2019. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1843/30929>>. Acesso em: 06 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: IRIS, 2018. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>> Acesso em: 07 mar. 2020.

SANTOS, A. C. **Sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde**: documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2372/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Santos_Andr%C3%A9ia_Cristina.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2019.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.187 – 192, 2000.

PANITZ, L. M. **Registro eletrônico de saúde e produção de informações da atenção à saúde no SUS**. 2014. 179f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas de Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, 2014. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-744971>. Acesso em: 30 abr. 2019.

PIOLA, S. F. et al. **Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde**. A saúde no Brasil em 2030: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea, 2013. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-03.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2019

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UGÁ, M. A. D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde: a experiência internacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3437-3475, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001200028&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 30 maio 2019.

PLANEJAMENTO MUNICIPAL EM SAÚDE, OS DESAFIOS DOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE EM TEMPOS DE PANDEMIA

Ana Paula de Lima Bezerra¹; Kátia Ferreira Costa Campos²; Katy Karoline Santos Diniz³; Dayane Aparecida Alves⁴; Gustavo Augusto Vieira Magalhães de Oliveira⁵; Mery Natali Silva Abreu⁶

RESUMO

Diante da pandemia do Coronavírus vivenciada mundialmente e no Brasil, é necessário que os gestores dos serviços de saúde a nível municipal estejam preparados para atuar visando reduzir os impactos que os municípios estão expostos. Este estudo tem como objetivo, apresentar as atividades desenvolvidas no projeto de pesquisa “A gestão do Sistema Único de Saúde: um estudo sobre o planejamento em municípios de pequeno porte da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte” as quais no contexto de pandemia da COVID-19 buscam auxiliar os municípios nos desafios ocasionados ao planejamento em saúde. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência a partir do planejamento e realização de atividades no projeto. Foram incluídos no estudo 16 municípios de pequeno porte pertencentes a Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte com população de até 20.000 mil habitantes. Durante o período de março a julho de 2020, foram identificados 1.119 casos de COVID-19 em todos os municípios, sendo observada uma curva crescente do aumento do número de casos a partir do mês de maio de 2020. Um total de 22 óbitos foram notificados em 9 municípios estudados. Esses dados demonstram a realidade das 16 cidades analisadas nas quais todas apresentam casos da doença, justificando a necessidade de um projeto de intervenção.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento; Gestão em Saúde; COVID-19.

INTRODUÇÃO

Em janeiro de 2020 foi declarado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Posteriormente, em março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada como uma pandemia. Dados atualizados em 30 de julho de 2020 demonstraram que até a data foram confirmados

¹ Discente de Gestão de Serviços de Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais
contatoanapaulagss@gmail.com.

² Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais
katiacostacamposufmg@gmail.com.

³ Mestre em Enfermagem, katykarolinesd@gmail.com.

⁴ Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais,
dayane.gestaoufmg@gmail.com

⁵ Discente de Gestão de Serviços de Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais,
gustavoaugusto.gss@gmail.com.

⁶ Doutora em Saúde Pública/Epidemiologia, Universidade Federal de Minas Gerais,
meryabreu@gmail.com

no mundo 16.812.755 casos de COVID-19 e 662.095 mortes (OPAS, 2020). Na mesma data, o Brasil registrava 2.610.102 casos da COVID-19 e 91.263 óbitos. Minas Gerais registrou 123.415 casos e 2.692 óbitos apresentando a menor taxa de mortalidade (12,7/ 100 mil habitantes) quando comparado aos Estados brasileiros (BRASIL, 2020).

Diante desse cenário, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem encontrado dificuldades em manter sua estrutura de atendimento a população, dando prioridade às ações direcionadas ao controle da pandemia. A realidade dos serviços de saúde, no SUS, traz consigo vários desafios que podem ser tratados com o Planejamento em Saúde e com ações de Educação Permanente, procurando trazer à reflexão da prática para a busca de soluções aos problemas envolvidos.

O planejamento em saúde é essencial para elevar a eficiência, a eficácia e a efetividade da instituição, além disso, organiza as operações, favorece decisões mais racionais, reduz os riscos e favorece o alcance dos objetivos almejados (MATIAS-PEREIRA, 2012). O ato de planejar consiste em delinear, executar e monitorar um conjunto de propostas de ação visando intervir sobre um determinado recorte da realidade (TEIXEIRA, 2002). O planejamento é uma ferramenta fundamental na gestão em saúde. As áreas e profissionais que atuam em planejamento nas três esferas de gestão do SUS assumem compromissos e responsabilidades voltadas à implantação, implementação, aperfeiçoamento e consolidação do PlanejaSUS (BRASIL, 2016). Porém os profissionais e gestores dos municípios, especialmente dos pequenos municípios, carecem de apoio e capacitação para instrumentação do planejamento municipal da saúde, principalmente diante de uma pandemia.

Dando suporte ao Planejamento em Saúde estão as ações de Educação Permanente que é entendida como prática de ensino-aprendizagem, que significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança” (CECCIM; FERLA, 2008).

Diante das necessidades de planejar e da capacitação é necessário conhecer a realidade do planejamento no sistema de saúde público municipal, nesse sentido, foi criado um projeto de pesquisa que pautado na importância do planejamento a Gestão de Serviços de saúde, visa utilizar a Educação permanente como um mecanismo de apoiar gestores na construção dos instrumentos de planejamento, atuando e intervindo, propiciando um melhor planejar em saúde e conseqüentemente uma maior organização nos serviços.

O projeto justifica-se pela necessidade de investir na sistematização de instrumentos para a gestão em saúde que favoreçam a reorganização constante dos processos de trabalho. O conhecimento construído a partir do projeto apoiará o desenvolvimento gerencial uma vez que se sustenta em uma proposta de capacitação construída de forma compartilhada com o gestor. Assim, visualiza-se o impacto da proposta no desenvolvimento de novos saberes e práticas na gestão do Sistema Único de Saúde contribuindo para a qualidade do trabalho em saúde.

OBJETIVOS

Apresentar as atividades desenvolvidas no projeto de pesquisa “A gestão do Sistema Único de Saúde: um estudo sobre o planejamento em municípios de pequeno porte da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte” as quais no contexto de

pandemia da COVID-19 buscam auxiliar os municípios nos desafios ocasionados ao planejamento em saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

O planejamento em saúde é um instrumento imprescindível para o exercício de uma boa gestão, pois aponta caminhos e direções por meio do estabelecimento de programas, ações, metas e prioridades que visam melhorar o desempenho do sistema de saúde. Além disso, na medida em que coordena esforços, possibilita o controle e a alocação eficiente dos recursos públicos. O planejamento é um processo e envolve diversas etapas organizacionais, entre elas a formulação estratégica, a definição de projetos e a elaboração de um plano operativo anual (BRASIL, 2017).

Com o objetivo de coordenar os processos nas diferentes esferas administrativas – federal, estadual e municipal, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 que estabeleceu as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa publicação definiu o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão como instrumentos básicos que devem ser utilizados pelos entes federados na gestão do SUS (BRASIL, 2013). O Manual de planejamento reafirma que os municípios devem partir de necessidades locais e diretrizes pré estabelecidas em nível nacional e estadual para programar e avaliar o ciclo de planejamento. Na busca da equidade e em pares devem ser definidas prioridades regionais e responsabilidades sanitárias por meio de pactuações (BRASIL, 2016).

Tais instrumentos apresentam também, como proposta, apoiar o gestor na condução do SUS de modo a alcançar a eficiência e a efetividade das ações, possibilitando que o processo de planejamento ocorra de forma transparente e participativa (VICENTINE et al, 2018). Nessa mesma perspectiva, Souza e Takahashi (2012) destaca que por meio do planejamento de cenários, no caso da saúde pública, é possível apontar prioridades de investimentos contribuindo para melhorar os princípios da equidade, universalidade e integralidade, propostos pelo SUS (SOUZA; TAKAHASHI, 2012; BLOIS et al., 2017).

Em dezembro de 2019 em Wuhan, província de Hubei, China, foi detectado o novo coronavírus (COVID-19), o qual vem se espalhando pelo mundo, tendo sido caracterizada como uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (MENESES, 2020). Diversas medidas de controle e prevenção da doença foram tomadas pelas autoridades sanitárias locais em diferentes esferas administrativas (governo federal, governos estaduais e municipais) incluindo distanciamento social, quarentena, isolamento e estratégias de lockdown foram utilizadas para conter a pandemia desta doença respiratória. Tais medidas, contudo, trouxeram uma mudança brusca na vida das pessoas e da sociedade em geral (BEZERRA et al., 2020).

Dados da OMS apontam que, 80% dos pacientes com COVID-19 apresentam sintomas leves ou moderados, 15% apresentam sintomas graves sendo necessária a hospitalização e oxigenoterapia e 5% ficam gravemente doentes e precisam ser atendidos em unidade de terapia intensiva (UTI). (NORONHA et al., 2020). Diante disso é necessário discutir o lugar da Atenção Primária à Saúde (APS) no enfrentamento a esta pandemia, uma vez que os pacientes leves e moderados tendem a procurar a rede básica como primeiro acesso na busca de cuidados (MENESES, 2020).

Conforme Sarti et al. (2020), caberá também a APS abordar problemas provenientes do isolamento social prolongado e da precarização da vida social e econômica, como transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agudização ou desenvolvimento de agravos crônicos, cujas consequências são de difícil previsão, exigindo cuidados integrados longitudinais. Tudo isso soma-se ao conjunto de problemas já vivenciados pelas pessoas e que se apresentam no cotidiano dos serviços.

Dessa forma, para o planejamento em saúde, os gestores municipais devem se apropriar de conhecimentos e parcerias para que possam enfrentar o momento de pandemia e também o pós pandemia.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência a partir do planejamento e realização de atividades no projeto de pesquisa intitulado “A gestão do Sistema Único de Saúde: um estudo sobre o planejamento em municípios de pequeno porte da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte”. O projeto de pesquisa visa apoiar municípios de pequeno porte na elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde. Como locais em estudo foram escolhidos os 16 municípios de pequeno porte da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte, a citar Santana do Riacho, São José da Lapa, Belo Vale, Confins, Rio Manso, Moeda, Jaboticatubas, Rio Acima, Florestal, Piedade dos Gerais, Mário Campos, Crucilândia, Raposos, Bonfim, Nova União e Taquaraçu de Minas. Na atuação do projeto em questão estão sendo desenvolvidas atividades para apoiar os municípios em estudo a corresponder à nova demanda do planejamento, originada com os efeitos da pandemia do novo Coronavírus. Essa ação consiste em uma proposta baseada em metodologia de intervenção que conforme Luck (2004), busca analisar, modificar e determinar o curso de ações e problemas, propiciando a participação dos sujeitos na construção do conhecimento e fundamentação de uma postura dialógica.

A sistematização em uma metodologia de problematização se processa num movimento de ação-reflexão, logo prioriza a reflexão e a transformação social, apontando hipóteses de solução aos problemas (BERBEL, 2012; VILLARDI; CIRINO; BERBEL, 2015). As atividades desenvolvidas ao longo do projeto estão divididas em etapas, permitindo a realização de um diagnóstico situacional para compreensão da realidade e posteriormente, a implementação de um processo de educação permanente em saúde pautada na importância do planejamento no bom funcionamento dos serviços. Cabe ressaltar que como instrumento de trabalho está sendo utilizado o software da Stratec no módulo de Gestão estratégica o qual permite o acompanhamento de indicadores de saúde. A equipe envolvida na ação é composta de uma multidisciplinaridade com a presença de docentes de diversas áreas entre elas enfermagem, demografia, epidemiologia, saúde pública e administração atuantes no curso de Gestão de Serviços de Saúde, além de discentes do curso de graduação em Gestão de Serviços de Saúde, mestrandos do mestrado profissional em Gestão de Serviços de Saúde, egressos do curso de Gestão de Serviços de Saúde e profissionais atuantes no setor saúde. Além disso, é preciso considerar que a Equipe de Educação Permanente (EP) da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte (SRS BH), buscou parceria com o Laboratório de Planejamento e Gestão- LAPLANGE, local onde são organizadas as ações desenvolvidas no projeto. Dessa forma os profissionais da EP da SRS BH são apoiadores na atividade de pesquisa. Assim, os profissionais que atuam na Educação Permanente. Para a apresentação do relato de experiência será evidenciado um recorte das atividades

desenvolvidas e em desenvolvimento ao longo da adaptação do projeto para a emergência em saúde pública.

Para refletir o impacto da pandemia no planejamento municipal em saúde está sendo realizado um monitoramento quinzenal dos casos de COVID-19 nos municípios de pequeno porte em estudo por meio do Boletim Epidemiológico disponibilizado online pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais tendo como meta utilizar os indicadores número de casos, número de óbitos, taxa de letalidade e taxa de incidência por COVID-19 para compreender a situação enfrentada em cada município, possibilitando a construção de estratégias junto ao enfrentamento de problemas originados como efeitos da pandemia.

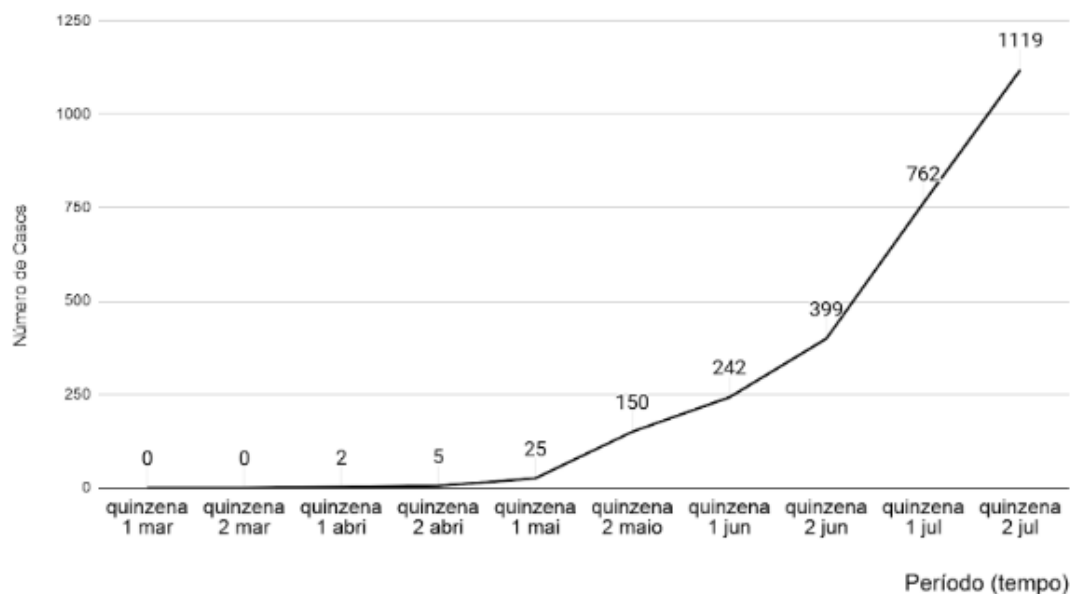
RESULTADOS

A apresentação dos resultados e discussão referentes ao estudo em questão será pautada em um recorte dos resultados iniciais voltados para o diagnóstico situacional, de modo a propiciar um olhar para a realidade dos municípios de pequeno porte I da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte, e posterior desenvolvimento conjunto de estratégias focadas na Educação Permanente em saúde, como um mecanismo de aprimoramento para que os gestores possam estar aptos a melhor se organizarem num contexto de emergência em saúde pública.

Para a primeira etapa do projeto, buscando apoiar municípios com o planejamento em tempos de pandemia, estão sendo monitorados indicadores para os locais em estudo, permitindo um diagnóstico da situação e apontamento de como deve ser realizada a oferta de uma educação permanente em saúde aos profissionais. Nesse sentido, o gráfico 1 evidencia o número de casos de COVID-19 ou a soma do número de casos para os 16 municípios em estudo num período quinzenal, desde o início de março de 2020 uma vez que, conforme o Boletim epidemiológico da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, o primeiro caso de COVID-19 em Minas Gerais foi registrado em 9 de março de 2020 (MINAS GERAIS, 2020).

A partir desse momento, as ações realizadas no âmbito do projeto de pesquisa, incluíram como prioridade, monitorar não somente indicadores pactuados e que medem estado e estrutura dos serviços de saúde, mas indicadores que visam identificar a realidade dos municípios em tempos de pandemia, a citar número de casos, número de óbitos, taxa de incidência e taxa de letalidade por COVID-19. Para o trabalho em questão foram escolhidos apenas 2 indicadores número de casos e número de óbitos por COVID-19, os quais serão fundamentais para mostrar o panorama dos locais em estudo, afirmando que deve ser direcionado um olhar sobre estratégias para um novo planejar em saúde, dado que o contexto atual impõe desafios aos serviços. Nesse sentido, Cabral et al (2020) ao discutir sobre desafios presentes em tempo de pandemia, aponta que um esforço conjunto, uma nova organização de fluxos estão entre alternativas para o bom funcionamento dos serviços e enfrentamento das problemáticas acentuadas com o Coronavírus. Assim, o planejamento e programação em saúde como instrumentos gerenciais na administração dos serviços são fundamentais ao funcionamento otimizado das unidades de saúde, especialmente em um período de constantes desafios.

Gráfico 1 - Número de casos da COVID-19 nos municípios de pequeno porte I da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte, março a julho de 2020.



Fonte: elaboração própria baseada nos dados do boletim epidemiológico da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Ao observar o gráfico 1 o qual evidencia o número de casos da COVID- 19 nos municípios os quais o projeto possui foco em atuação e estudo, nota-se que os primeiros casos registrados do novo Coronavírus, ocorreram na primeira quinzena do mês abril, cerca de um mês após o registro do primeiro caso no estado. A partir do surgimento de casos, percebe- se um aumento do número de infectados ao longo do período (analisado a cada 15 dias). No fim de julho de 2020, já haviam sido registrados 1119 casos da doença, distribuídos entre os 16 municípios. Assim, conforme a periodicidade e atuação dos docentes, discentes de graduação, mestrandos, egressos e profissionais da saúde envolvidos no processo de monitoramento dos casos e coleta de informações, até o fim de julho, a citar dia 31, todos os municípios em estudo apresentavam no mínimo 3 casos confirmados de Coronavírus. Para uma melhor apresentação dos casos e óbitos, mostrando uma realidade de cada município em estudo, foi construída uma tabela 1, apresentando o total de casos e óbitos, registrados na data do último monitoramento, confirmando que de fato os locais em estudo, contam com uma nova realidade, originada não só com medidas de prevenção e isolamento, mas com o direcionamento dos serviços no tratamento de infectados. Cabe ressaltar que a tabela abaixo, mostra um recorte das informações coletadas, reafirmando que uma vez que faz-se parte da realidade, é preciso um olhar para as ações em saúde em âmbito municipal e os desafios enfrentados em tempos de pandemia.

Tabela 1- Número de casos e óbitos da COVID-19 nos municípios de pequeno porte I do estado de Minas Gerais, Março a Julho de 2020

Município	Casos de COVID-19	Óbitos por COVID-19
	n	n
Santana do Riacho	3	0
São José da Lapa	179	5
Belo Vale	52	1
Confins	23	0
Rio Manso	26	3
Moeda	46	0
Jaboticatubas	240	4
Rio Acima	105	0
Florestal	38	0
Piedade dos Gerais	49	1
Mário Campos	102	4
Crucilândia	71	1
Raposos	131	2
Nova União	24	0
Taquaraçu de Minas	11	1
Total	1119	22

Fonte: elaboração própria baseada nos dados do boletim epidemiológico da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

A tabela 1 acima, ao evidenciar o número de casos e óbitos, por município estudado até julho de 2020, demonstra de maneira mais explícita a realidade de cada uma das 16 cidades analisadas nas quais todas apresentam casos da doença, justificando a necessidade de um projeto de intervenção. Em relação a organização geral dos municípios de pequeno porte, é cabível mencionar que normalmente municípios menores carecem de estruturas para cuidados avançados em saúde, é o que aponta Medeiros (2013) ao mostrar a composição da estrutura em saúde em diversos municípios. Enquanto isso, Magalhães et al (2020) traz uma perspectiva dos diferenciais em saúde, mostrando que o avançar da pandemia em pequenos municípios é preocupante uma vez que muitos não dispõem de leitos de UTI para a internação dos casos mais graves da doença, impondo uma realidade que propõe estratégias emergentes, evitando agravos e o colapso no sistema de saúde.

Nesse contexto, no qual a atuação do projeto identificou a realidade dos municípios, tem sido desenvolvido pelos integrantes da pesquisa um material para divulgação à população usuária dos serviços de saúde com a presença de peças para divulgação em redes sociais e cartilhas de educação em saúde, permitindo uma conscientização da população sobre cuidados necessários durante o enfrentamento da pandemia. Além disso, para a próxima etapa de execução do projeto pautada no cenário de emergência em saúde, pretende-se realizar entrevistas com os secretários municipais

de saúde dos locais em estudo, permitindo uma visão ampliada do cenário e a construção de um material para a educação permanente dos gestores, incentivando por meio de instrutivos e materiais a adaptação dos instrumentos de planejamento para a programação das demandas em tempos de pandemia.

CONCLUSÃO

Entende-se que a realidade e os desafios impostos aos municípios de pequeno porte diante da pandemia trazem em discussão a necessidade da construção de estratégias, visando minimizar impactos e desafios. Nesse sentido, é necessária uma nova adaptação a realidade na organização de fluxos assistenciais para atendimento às demandas originadas pelo novo coronavírus. Assim, os municípios possuem a precisão de adequar seus instrumentos de planejamento, possibilitando o bom funcionamento dos serviços no contexto além do cumprimento das metas, anteriormente propostas para melhoria do cenário nos serviços de saúde.

Diante disso, e da histórica realidade de dificuldade dos municípios de pequeno porte na elaboração de planejamentos condizentes com as demandas locais, entende-se que a educação permanente em saúde é uma estratégia chave para capacitação e aprendizado dos formuladores do planejamento em saúde. Dessa forma, espera-se com a atuação do projeto preencher essa lacuna, incentivando a construção de um planejamento condizente com as demandas dos usuários dos serviços além do apoio ao enfrentamento de desafios presentes no cotidiano da gestão em saúde durante pandemia. Ademais, pretende-se com o desenvolvimento da proposta contribuir para a articulação da extensão, pesquisa e ensino ao possibilitar, aos alunos e professores envolvidos, a vivência dos conhecimentos adquiridos na realidade da atenção à saúde no SUS, expressa no cotidiano da gestão dos serviços de saúde, buscando a formação pautada na aproximação da teoria e prática, possibilitando o exercício de práticas investigativas que aprimorem o conhecimento técnico-científico da área.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O planejamento é ferramenta fundamental ao funcionamento dos serviços de saúde e por isso o ato de planejar e construir instrumentos gerenciais para o planejamento é parte da rotina dos gestores de serviços de saúde. Entretanto, em tempos de pandemia e emergência em saúde pública, os serviços precisam se adaptar à nova realidade, oferecendo respostas ao contexto atual. Nesse sentido, a discussão apresentada, em torno do planejamento e os impasses originados com a pandemia, é pertinente, levando gestores a refletirem sobre a importância do planejamento em saúde a nível municipal. Para além disso, ao abordar a essência da educação permanente em saúde como meio de capacitação, melhoria do processo de trabalho e gestão, o texto discute o contexto atual numa perspectiva de enfrentamento, presente na realidade da saúde.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, A. C. V. *et al.* Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, suppl 1, p. 2411-2421. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>>. Acesso em 12 ago. 2020.

BERBEL, N. A. N. A metodologia da problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. **Revista diálogo Educ**, Curitiba, v.12, n.25, p. 103,-120, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Dayse/Downloads/5014-23510-1-PB.pdf>. Acesso em 12 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2135, de 25 de Setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em 12 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Fundação Oswaldo Cruz. 1. ed., rev. Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf>. Acesso em 12 ago. 2020.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 28 set 2017. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/vigilancia-do-obito/servico-verificacao-obito/portaria-consolidacao-6-28092017.pdf>. Acesso em 2 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **COVID-19 painel Coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 30 jul. 2020.

BLOIS, H. D. *et al.* Proposta de planejamento para a saúde pública em pequenos municípios. **Planej. polít. públicas**; n. 49, p. 133-154, 2017. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-1004933. Acesso em: 10 de agosto de 2020.

CABRAL, R. B. G. Estudo inicial sobre a evolução do novo CORONAVÍRUS (SARS-COV-2) no estado do Pará (Brasil), no período entre 17/03/2020 e 06/04/2020. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 2914-2931, 2020. Disponível em :<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/8561/7372>. Acesso em 2 ago. 2020.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação Permanente em Saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 162-168. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/dicionario-da-educacao-profissional-em-saude-segunda-edicao-revista-e-ampliada>. Acesso em 12 ago. 2020.

LUCK. *et. al.* **A escola participativa: o trabalho do gestor escolar**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. Disponível em: <https://books.google.com.br/books/about/A_escola_participativa.html?id=qJcdAAAACAAJ&redir_esc=y>. Acesso em 12 ago. 2020.

MAGALHÃES, S. C. M. *et al.* Situação Epidemiológica Da Transmissão da Covid-19 No Norte de Minas Gerais, Brasil. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v.18, n.1, p. 80 - 87, 2020. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54629>. Acesso em 12 ago. 2020.

MATIAS-PEREIRA, J. **Curso de gestão estratégica na administração pública**. São Paulo: Atlas, 2012.

MEDEIROS, C. R. G. Redes de Atenção à Saúde: o Dilema dos Pequenos Municípios. 2013. 203 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/73013>> Acesso em 12 ago. 2020.

MENESES, A. S. **Gerenciamento Emergencial de Recursos da Atenção Primária à Saúde no Enfrentamento à Pandemia da COVID-19**. SciELO Preprints, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.557>> Acesso em 12 ago. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Boletim Epidemiológico. **COVID-19: Doença causada pelo coronavírus – 19**. 2020. Disponível em: <http://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/boletim/07-julho/31-07-Boletim_Epidemiologico_COVID-19.pdf> Acesso em 31 jul. 2020.

NORONHA, K. V. M. S. *et al.* Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36, n. 6, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>>. Acesso em 12 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-OPAS. **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 30 de julho de 2020

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>>. Acesso em 12 ago. 2020.

SOUZA, I. D. S.; TAKAHASHI, V. P. A visão de futuro por meio de cenários prospectivos: uma ferramenta para a antecipação da inovação disruptiva. **Future Studies Research Journal: trends and strategies**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 102-132, 2012.

TEIXEIRA, C. (Coord.). **Planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde**. São Paulo: Bireme/Opas/OMS, 2002. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/M/2004/Teixeira_Planejamento_gestao.pdf>. Acesso em 12 ago. 2020.

VICENTINE, F. B. *et al.* Aspectos da gestão que influenciam o processo de planejamento municipal e regional do Sistema Único de Saúde. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 51, n.1, p.1-11, 2018.. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2018/vol51n1-2018/AO1-Aspectos-da-gestao-que-influenciam-o-planejamento-do-SUS.pdf>. Acesso em: 10 de agosto de 2020.

VILLARDI, M. L.; CYRINO, E. G.; BERBEL, N. A. V. **A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos**. São Paulo: Editora UNESP, p. 45-52, 2015. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/dgjm7>>. Acesso em 12 ago. 2020.

O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E A AGENDA 2030, INSTRUMENTO PARA O PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE E ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DOS DESAFIOS FRENTE A COVID-19

Luciana Mara Nogueira Costa¹; Amanda Menezes Oliveira²; Ana Paula de Lima Bezerra²; Kátia Ferreira Costa Campos³; Solange Cervinho Bicalho Godoy³; Vanessa de Almeida Guerra³

RESUMO

A agenda 2030 aponta para o entendimento da saúde e seu conceito ampliado como inerente a todos os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Tal medida remete a compreensão dos efeitos causais de adoecimento e morte como estratégia eficaz de Política. Assim, para nortear a prática da gestão em saúde ou melhor programar e planejar o cuidado, têm sido importante analisar as premissas da sustentabilidade. Nesse sentido, esse estudo pretende dialogar com o Desenvolvimento Sustentável e a Agenda 2030 para orientar e fomentar o planejamento e a programação de saúde no contexto de pandemia da COVID-19. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo do tipo relato de experiência, que versa sobre as ações desenvolvidas em um projeto de extensão numa universidade pública. Os resultados encontrados neste trabalho mostram à luz dos ODS os impactos e ações que têm sido ou possuem a potencialidade de serem desenvolvidos, considerando o impacto social, urbano, ambiental aos serviços de saúde ocasionado pela pandemia, dos 197 projetos ativos, 71 pertencem à área da saúde no ODS 3 e 17 são específicos para a pandemia. Pretende-se com este trabalho, evidenciar a importância de um olhar em torno dos ODS para a política, planejamento e programação da saúde, os quais devem ser pautados nas necessidades de saúde da população, evidenciadas pela visão ampla proporcionada pelos ODS. Ademais, espera-se contribuir para a divulgação de conhecimento sobre as atividades universitárias como recurso, a fim de reduzir as iniquidades ampliadas pela nova Pandemia e promover a sustentabilidade.

PALAVRAS-CHAVE: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável; Planejamento em Saúde; COVID-19.

INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas (ONU), com o intuito de criar uma estratégia para o combate à pobreza iniciou uma agenda global a partir dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e, após 2015, são criados novos 17 Objetivos comprometidos com as pessoas, o planeta, a promoção da paz, da prosperidade e de parceria entre a Agenda 2030 e os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (ONU, 2016).

¹ Especialização em Saúde da Família, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, luciana.nogueira@pbh.gov.br.

² Graduanda em Gestão de Serviços de Saúde, UFMG, amandabh283@gmail.com.

³ Graduanda em Gestão de Serviços de Saúde, UFMG, paulinhalimalima15@gmail.com

³ Doutorado em Enfermagem, UFMG, katiacostacamposufmg@gmail.com

³ Pós- doutorado em Ciências da Educação, UFMG, solangecgodoy@gmail.com

³ Doutorado em Saúde Pública, UFMG, vanessaalmeidaufmg@gmail.com

A Agenda 2030 e os ODS têm sido entendidos como metas que envolvem todo o globo a equilibrar de maneira integrada as três dimensões do desenvolvimento Sustentável: econômica, social e ambiental. Esse acordo ambicioso que envolve diversas nações, tem como visão a erradicação da pobreza e da fome, a alfabetização universal, os cuidados de saúde e proteção social, o bem-estar físico, mental, social e a harmonia da vida com a natureza. Estas são algumas das metas a serem almejadas e que vêm sendo perseguidas dia a dia por gestores de todo o mundo (ONU, 2016). Nesse sentido, falar dos ODS pode ser diretamente associado com o entendimento dos determinantes sociais de saúde (DSS). Adotar os DSS como estratégia de Política de Saúde pressupõe compreender de maneira ampliada a saúde. Refere-se a levar em conta as condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso aos ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso aos serviços (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991). Nesse sentido, a sustentabilidade deve ser uma preocupação para a gestão em saúde.

A preocupação com a sustentabilidade se faz necessária e visa superar a prática da gestão imediatista, hospitalocêntrica, individualista, medicalocêntrica e biologicista que até hoje é vigente em vários instrumentos de Planejamentos de Saúde. Para assim, romper com a visão reducionista, dando ênfase na erradicação das iniquidades de saúde sob a luz do desenvolvimento sustentável (SANTOS, 2007). Dessa forma, mediante a posição da Política de Saúde, o planejamento deve ser pautado sob as mesmas premissas para a formulação do Plano Municipal de Saúde (PMS), já que é considerado fundamental nas práticas atuais de um gestor de saúde, na medida em que subsidia o financiamento dos recursos junto da união e é uma necessidade cotidiana, um processo que permite dar direções às ações a serem desenvolvidas (BRASIL, 2016).

A construção do planejamento deve ser focada nas necessidades de uma dada população e de um determinado território com buscas por estratégias, mediadas por um planejamento estratégico-situacional e as diferentes práticas de programação em saúde (CAMPOS, 2010). Nesse sentido, a programação e planejamento em saúde devem ser entendidos como uma proposta dinâmica e mutável, pois incertezas em saúde podem acontecer além do que já estava planejado. Assim, o papel fundamental do gestor em saúde é tomar decisões assertivas e antecipadas. Esperar que os problemas aconteçam para tomar a decisão pode gerar um processo ineficiente de gerenciamento (CARVALHO et. al, 2012).

Esta é uma realidade atual, já que no final de 2019, surge uma nova doença em Wuhan na China, que vem infectando pessoas e provocando inúmeras mortes em todo o mundo no ano de 2020. A Organização Mundial da Saúde elevou o estado da contaminação dessa doença à pandemia em 11 de março de 2020 (WHO, 2020) e, no Brasil, está declarada área de transmissão comunitária de Sars-Cov-2 em todo o território, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

Tendo em vista a atual urgência em saúde, espera-se que o gestor compreenda os níveis elevados de desigualdade de renda e de acesso a serviços no Brasil. No entanto, é factível a possibilidade de resultados indesejáveis ou até catastróficos da COVID-19, principalmente entre a população mais vulnerável, deixando mais evidentes as desigualdades que já assolavam o país. A carência de infraestrutura e maior número de moradores por domicílio, o uso de transporte público, o acesso deficitário ao saneamento básico, o acesso menor à serviços de saúde, a menor

escolaridade, a dificuldade de manter o isolamento social sem perda excessiva de renda ou do emprego e a política desastrosa de medidas adotadas até então pelo Ministério da Saúde não têm boas perspectivas de êxito para o país (PIRES; CARVALHO; XAVIER, 2020).

Para contrapor essa realidade dramática que vive o Brasil, a comunidade acadêmica vem cada vez mais buscando, através de pesquisas, auxiliar com informações e descobertas sobre a cura, o tratamento, a reabilitação, a prevenção da doença, com medidas de tomada de decisão, apoio social, cultural e tecnológico. Já que entende-se que o ambiente universitário torna-se propício, na medida em que a academia cria estratégias e produz saber no entorno da temática, capaz de revelar ciência de maneira inovadora e assegura-lhes a autonomia, criticidade e produção de conhecimento que os tornarão ainda mais integrados, ativos para toda a sociedade (FOFONCA, et. al, 2018).

Assim, em meio a um cenário de urgência que a saúde mundial perpassa neste ano, busca-se cada vez mais a inserção da ciência e das instituições universitárias nas ações de política, planejamento e programação de saúde fazendo-se pontos de discussões das relações de saúde, economia, questões sociais e ambientais envolvendo os Objetivos de Desenvolvimento sustentável (ODS) e a Agenda 2030 (VENTURA et al, 2020). Para tanto, a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) vem contribuindo para minimizar os impactos da COVID-19, reforçando o aspecto primordial da responsabilidade social. Assim, tem sido realizadas diversas atividades de extensão que contribuem para atenuar os efeitos negativos que possam ser resultantes da pandemia. Espera-se que as experiências de extensão desenvolvidas na UFMG e a divulgação de conhecimento gerado por elas, possam oferecer contribuições que proporcionem reflexões, favoreçam a redução das iniquidades que foram ampliadas pela nova pandemia. Contudo essas atividades podem ser grandes instrumentos de apoio ao trabalho do Gestor de Serviços de Saúde (GSS).

OBJETIVO GERAL

Analisar as experiências das atividades desenvolvidas no projeto de extensão “Universidade Promotora: Objetivo de Desenvolvimento Sustentável como responsabilidade social da UFMG” e sua contribuição para o papel da universidade no Desenvolvimento Sustentável e Determinantes Sociais de Saúde como norteador da Gestão de Serviços de Saúde, no contexto atual de pandemia por COVID-19.

REFERENCIAL TEÓRICO

No ano de 2015, a fim de dar continuidade à Agenda de Desenvolvimento do Milênio (2000-2015) para ampliar sua atuação e com a emergência de novos desafios, foram repaginadas as metas que resultou de um processo participativo por mais de dois anos (2012-2015), sob a coordenação da ONU. Para tanto, essa construção envolveu governos, sociedade civil, iniciativa privada e instituições de pesquisa que contribuíram com debates e sugestões para construir uma agenda global. Foi então que na 70ª Assembleia Geral das Nações Unidas, em setembro de 2015, ocorreram as substituições aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (KRONEMBERGER, 2019).

A Agenda 2030 é composta por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), 169 metas e 232 indicadores, aborda várias dimensões do desenvolvimento sustentável (sócio, econômico, ambiental) e promove a paz, a justiça e instituições eficazes. Para tanto, destaca-se como proposta um importante fortalecimento do

desenvolvimento humano e o atendimento às necessidades básicas do cidadão por meio de um processo econômico, político e social que respeite o ambiente e a sustentabilidade (KRONEMBERGER, 2019). No entanto, cabe destacar que a implementação dos ODS depende da vontade política de cada país determinar prioridades, estruturas de governança, monitoramento de resultados e formas de financiamento. Nesse sentido os países que mais precisam se esforçar para cumprir os ODS são os países em desenvolvimento, que é o caso do Brasil, cujas atuações não têm sido capazes de impulsionar o que a Agenda pretende, principalmente quando estes países estão submetidos a uma política de austeridade e de restrição de investimentos (MOREIRA, 2019).

A Saúde foi objeto de atenção, no documento final da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio+20) e contou com um ODS específico o ODS 3 “Saúde e Bem-Estar”. A temática possui representação nas três dimensões do desenvolvimento sustentável: social, econômica e ambiental. E segundo o documento, identifica-se ser necessário implementar medidas sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e Ambientais da saúde (BUSS, 2014). Fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população tem sido compreendido como DSS. Além disso, tem o seu entendimento atrelado ao contexto político e socioeconômico, os fatores relacionados como renda, as condições e os processos de trabalho, educação, moradia, organização dos sistemas de saúde, políticas sociais, gênero, etnias, o rápido crescimento urbano como os assentamentos e áreas habitacionais com precárias condições de saneamento e vida, além do local de desenvolvimento infantil, que influencia o desenvolvimento em todo o curso da vida. Assim como os enfoques psicossociais, culturais e comportamentais como grupos de pertencimento, coesão social, fatores biológicos e genéticos (FIORATTI; ARCÊNCIO; SOUZA, 2016).

Entretanto, as iniquidades sociais são condições existenciais nas quais há acesso desigual ou ausência dele, aos direitos humanos que garantem um patamar mínimo de dignidade humana. Essas situações têm impactado e determinado a persistência de doenças, condições e estados que poderiam ser erradicados. Para tanto, coerente com a sustentabilidade espera-se que haja mais justiça social, cultural e econômica, a fim de criar sociedades inclusivas, equitativas, economicamente produtivas e saudáveis para que todos possam desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental (UN, 2012).

É necessário que os entes públicos e gestores de saúde do país estejam preocupados com uma política inclusiva, sustentável e equânime que fomente programas e projeto que abarque a promoção da saúde e o DSS em prol de uma sociedade mais justa. Para a programação das políticas sociais, existem lacunas como preocupar-se com a intersetorialidade, regionalização e com a diversidade sociocultural principalmente quando se trata de políticas universais, como a saúde. Ainda, o processo de implementação de políticas públicas é influenciado pelas características do plano, pela organização do aparato administrativo responsável pela implementação e por ideias, valores e concepções de mundo dos atores. Nessa perspectiva espera-se que os valores que norteiam a política perpassam por valores democráticos, justo e igualitários (MENDES; AGUIAR, 2017). A partir da identificação das necessidades de saúde da população e com o objetivo de auxiliar na melhora da resolubilidade e qualidade da gestão e da atenção à saúde, no município por exemplo, deve-se realizar o seu planejamento em saúde através do PMS (BRASIL, 2009).

É importante que a elaboração ocorra de forma participativa e estratégico-situacional, para que a sociedade decida quais os principais problemas de saúde presentes no município. O gestor deve preocupar em minimizar os conflitos de interesse, definir quais ações prioritárias a serem realizadas, de acordo com a legislação e o uso racional da verba disponibilizada, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo SUS, da garantia de um olhar ampliado sustentável e preocupado com a determinação social do processo saúde-doença (FERREIRA, 2004). A união somente poderá transferir recursos se o município cumprir com alguns critérios, dentre eles, a elaboração de um PMS e um relatório de gestão submetidos ao conselho de saúde (BRASIL, 2017).

Contudo, conforme discute Vieira (2009), o planejamento é fundamental para que as ações de determinado serviço atinjam resultados, além de ser ferramenta essencial para a tomada de decisões estratégicas. Levando o planejamento a uma perspectiva da saúde, Vieira afirma que os serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), encontram-se de maneira desarticulada sendo orientados pela visão subjetiva da atuação de diversas áreas ou pela noção de entendimento dos dirigentes e colaboradores em relação aos princípios e diretrizes estabelecidos nas legislações do SUS. Para tanto, o autor afirma que a existência de instrumentos de planejamentos configura-se como uma alternativa para melhor eficiência do Sistema, alinhando os serviços para uma prestação de assistência com qualidade. Em 2013, a Portaria 2.135 do Ministério da Saúde, estabelecendo as diretrizes para o planejamento no âmbito do SUS, trouxe uma ideia mais ampla da necessidade de diagnosticar as demandas em saúde para o planejamento, além da precisão de monitoramento e avaliação das ações programadas, permitindo uma reflexão sobre o andamento e resposta das atividades nos serviços para as necessidades locais em saúde (BRASIL, 2013).

Enquanto isso, no Manual de Planejamento do SUS (BRASIL, 2016), é abordada a relação entre programação e planejamento ao tempo em que mostra que aspectos sociais devem ser levados em consideração pelos formuladores. O Manual de planejamento expõe que os municípios devem partir de necessidades locais e diretrizes pré-estabelecidas em nível nacional e estadual para programar e avaliar o ciclo de planejamento. Na busca da equidade e em pares devem ser definidas prioridades regionais e responsabilidades sanitárias por meio de pactuações.

Já para a fundamentação dos instrumentos de planejamento estabelecidos legalmente no SUS, é imprescindível que as ações tenham por vista que as unidades de saúde têm que corresponder às demandas da população (BRASIL, 2016). Desse modo, entendendo a importância do planejamento para o bom funcionamento dos serviços de saúde e a necessidade de uma reflexão em torno das demandas locais, é preciso pensar no conceito amplo de saúde que coloca em pauta que a saúde é resultante de múltiplos processos. Nesse sentido, Batistella (2007) ao apresentar abordagens sobre a saúde, mostra uma evolução do seu conceito ao longo do tempo que passa de um modelo curativo definido como ausência de doença para um modelo mais amplo, baseado nos determinantes sociais do processo de saúde-doença e que tem na promoção da saúde um embasamento para prevenção e cuidado humanizado na saúde. Para isso, planejar na atual urgência em saúde, na pandemia por COVID-19, traz um cenário de incertezas, já que o pouco conhecimento científico ainda sobre a doença, sua rápida disseminação e seu elevado número de óbitos nas populações vulneráveis, gera um grande dificultador para o gestor de saúde (ANDERSON, et. al, 2020 ; WALKER, et. al, 2020).

Em países como o Brasil, a preocupação da comunidade científica é ainda maior devido ao contexto de grande desigualdade social e demográfica. Grande parte da população vive a mercê de condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso a abastecimento rotineiro de água, em situação de aglomeração e com alta prevalência de doenças crônicas (BARRETO, et. al, 2020; SANTOS; FACHIN, 2020). Tendo em vista a importância da universidade no seu papel social ampliado e não somente na formação de profissionais responsáveis. É importante destacar sua contribuição na produção de conhecimentos, mas sobretudo no atendimento às demandas da comunidade em que se insere. Nesse sentido, as atividades de extensão são uma oportunidade de articular o ensino e à pesquisa, que viabiliza a relação transformadora entre universidade e sociedade (BARROS; FREIRE, 2011). Não somente beneficiando a população em geral, mas gestores públicos e mais especificamente os GSS nesse momento de urgência em saúde que vive o país. Assim, espera-se que a UFMG como uma das instituições pioneiras no estado e no país, atitudes e propostas para a maior valorização do campo social na formação cidadã em prol de uma sociedade mais justa e sustentável.

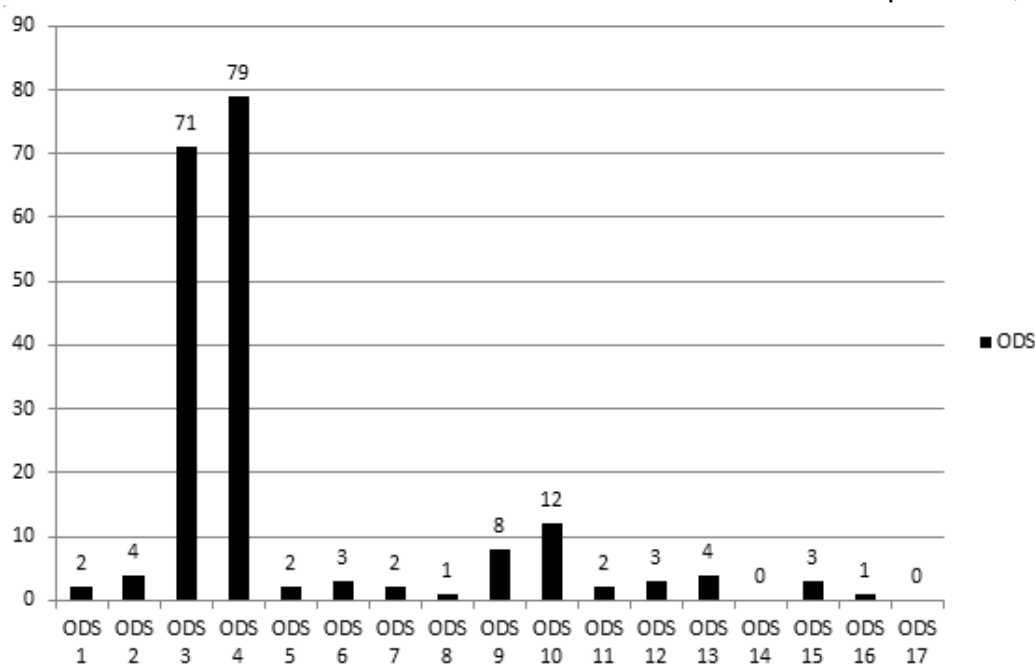
MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, do tipo relato de experiência, retratando as atividades desenvolvidas no projeto de extensão “Universidade Promotora: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável como responsabilidade social da UFMG”. No contexto de pandemia da COVID-19, as ações desenvolvidas em torno do projeto foram adaptadas numa perspectiva de refletir a interface dos ODS com os desafios e perspectivas enfrentados na atualidade, assim estão sendo realizadas reflexões em torno do que propõe cada ODS e suas metas, além de um levantamento das atividades que a atuação e de maneira direta ou indireta é direcionada como resposta aos desafios cotidianos em tempos de pandemia. Na construção dos resultados, foram utilizados dados disponibilizados pela Pró-reitoria de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais, esse levantamento já havia sido feito previamente para conhecimentos das atividades de extensão que se mantinham ativas, permitindo entrada de novos alunos para atuação e fortalecimento das ações nesse momento, além de identificar projetos criados especificamente para a Pandemia da COVID-19. Os dados foram tratados no *software Microsoft Excel 2013* e distribuídos em gráficos. O uso desses dados, justifica-se pela associação necessária do papel da Universidade frente à pandemia, a fim de conhecermos o que tem sido feito e as lacunas relacionadas ao planejamento no contexto amplo de saúde, principalmente em tempos de pandemia.

RESULTADOS

Como resultado da ação desenvolvida, foram identificadas atividades de extensão que atuam como recurso para favorecer a redução das iniquidades e desafios ampliados pela pandemia da COVID-19, levando a refletir que uma análise ampla deve ser o foco no trabalho do Gestor de Serviços de Saúde, permitindo um bom planejamento e a inserção dos ODS na agenda das políticas de saúde. O Gráfico 1 mostra o quantitativo de atividades de extensão que encontram-se ativas nesse momento de pandemia, ainda que por um período de tempo as atividades de ensino encontravam suspensas de março a agosto de 2020, momento de readaptação da nova realidade pela universidade.

Gráfico 1 - Atividades de Extensão Universitária na Pandemia por ODS, 2020



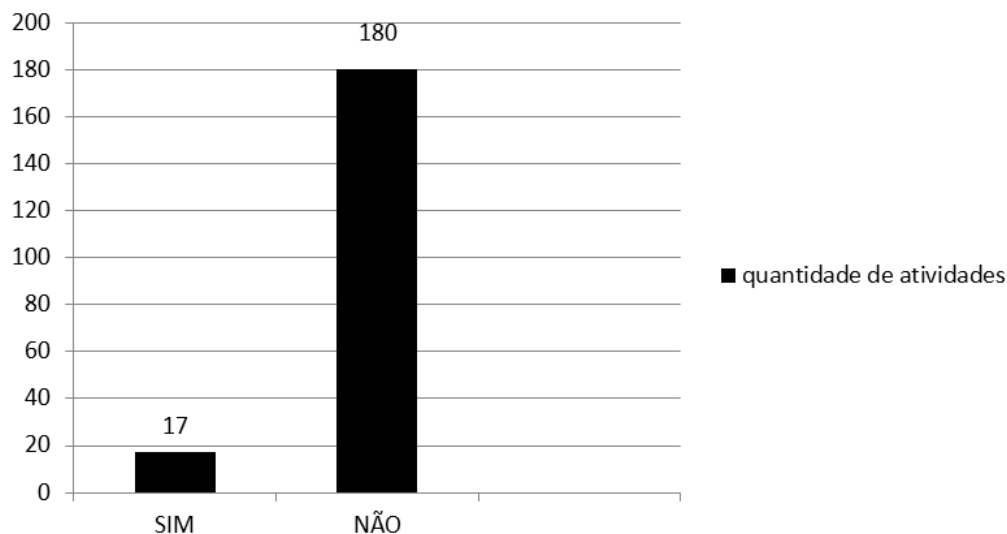
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Sistema de Informação da Extensão SIEX.

Cabe citar que, o novo cenário imposto pela emergência humanitária e de saúde impactou em desafios e impasses na realização de atividades. Entretanto, a extensão universitária mostrou-se como um ambiente de oferecer respostas sociais e enfrentamento às problemáticas vivenciadas em tempos de disseminação da COVID-19. Nesse sentido os projetos quantificados no gráfico 1, abriram novas vagas, permitindo reforços e o protagonismo do discente.

Ao todo foram disponibilizadas 1.374 vagas nesses meses, direcionadas a alunos de todos os cursos de graduação. No que diz respeito à classificação por ODS principal, ponto chave de análise deste estudo, vale mencionar que os discentes atuantes sobre orientação dos docentes realizaram a leitura de cada projeto listado no levantamento, a caracterizar atividade ativa ou desenvolvida durante a pandemia. A classificação do ODS principal relaciona-se com a área a qual o projeto possui foco de intervenção, seja em âmbito mais social, econômico, saúde, educação e entre outros discutidos dentre cada um dos 17 ODS e 169 metas.

De modo a propiciar uma qualidade da análise, os alunos passaram por um processo de alinhamento em relação aos ODS, anterior ao início da ação relatada. Como resultado da classificação, os ODS 4 - Educação de qualidade e ODS 3 - Saúde e Bem-Estar são dominantes, totalizando 150 projetos os quais possuem como foco principal fomentar resultados em torno das temáticas propostas em tais objetivos. Esse resultado é o esperado e não muito diferente de levantamentos anteriores, pois, por se tratar de um ambiente universitário a maioria dos projetos prevê educação da população e dos próprios estudantes em diversos segmentos, além disso, os cursos da área da saúde possuem um número grandioso de projetos de atuação em campo, uma das principais características da extensão universitária. Seguindo os resultados da análise, o gráfico 2, menciona dentro os projetos identificados no gráfico 1 quantos atuam de maneira direta sobre a pandemia ou ainda aqueles que não atuam diretamente, mas que possuem a potencialidade de auxiliar no enfrentamento de novas realidades, originadas no novo contexto.

Gráfico 2 - Atividades de Extensão Universitária Específicas para a COVID-19, 2020.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Sistema de Informação da Extensão SIEX.

Do total de 197 projetos de extensão ativos, 17 foram criados e atuam diretamente no combate à pandemia da COVID-19. Contudo, cabe ressaltar que dentro dos outros 180 projetos existentes, encontram-se atividades que foram adaptadas para o momento atual e que de forma indireta proporcionam o enfrentamento de desafios cotidianos, contribuindo para a melhora desse cenário. Da composição da coluna “sim”, 2 projetos são da Escola de Ciência da Informação, que tratam principalmente do acesso a recursos digitais e da situação para se obter bibliografias e livros no ensino. 1 do Instituto de Ciências Exatas na área de tecnologia. 2 do Instituto de Ciências Agrárias sobre meio-ambiente e coleta seletiva. Mais 1 da Faculdade de Farmácia para orientação a pacientes.

Por fim, 11 pertencem a Escola de Enfermagem e a Faculdade de Medicina, com temas variados dentro dos campos da saúde mental, tecnologias em saúde, apoio direto para as Equipes de Saúde da Família, gestão em saúde, cuidado com os profissionais da saúde, alunos atuando nas teleconsultas, estes possuem mais de 200 alunos se capacitando como profissionais da saúde e contribuindo de forma relevantes no enfrentamento à pandemia. A partir da análise de todos os dados pode-se perceber a abrangência de atuação das atividades as quais ainda que concentradas em maior número com foco nos ODS 3 e ODS 4, possuem a potencialidade de demonstrar um cenário de atuação da extensão universitária como resposta a um momento de emergência em saúde.

Destaca-se que a apresentação de tais resultados representa uma análise em primeiro plano da perspectiva da atuação da universidade e da visão dos ODS em torno dos desafios no setor saúde. Essa ampla atuação é interessante do ponto de vista dos Determinantes Sociais da Saúde. Mesmo nos projetos exclusivos de COVID-19, existem alunos trabalhando em prol da saúde mental, do meio ambiente, da literatura e desenvolvimento tecnológico. Espera-se com o avançar das atividades, aprofundar estudos em torno das ações que de maneira indireta contribuem em minimizar impactos negativos em tempos difíceis, mostrando que visualizar um contexto em saúde sobre um olhar em torno dos ODS é um caminho para pensar em

melhorias, permitindo reflexões em torno de como uma visão ampla deve ser foco de atuação dos planejadores em saúde. Ainda, pretende-se o fomento da atuação dos discentes envolvidos, evidenciado que o projeto de extensão tendo como foco a potencialidade da própria extensão, demonstra a essência da responsabilidade social da universidade em promover saúde.

CONCLUSÃO

O estudo e análise do ODS e suas metas tem como base estudos da compreensão da realidade social econômica e ambiental em prol da sociedade. Compreender a dinâmica para que possa contribuir no avanço e cumprimento dessa agenda global é um desafio principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Nesse sentido, investigar os indicadores sociais, as iniquidades, desigualdades sociais, renda, de qualidade de vida e saúde é um papel relevante para a agenda de governantes e gestores na compreensão dessa realidade. Para tanto, espera-se explorar as causalidades e determinantes sociais de saúde e necessidade da população. Foi possível identificar a associação da busca pelo desenvolvimento sustentável e a agenda 2030 com fatores sensíveis a necessidades de melhoria da saúde. Além disso, identificou-se a contribuição da universidade e suas atividades desenvolvidas nesse atual contexto de urgência em saúde como recurso, a fim de potencializar e dar ferramentas às ações dos Gestores de Serviços de Saúde para reduzir as iniquidades ampliadas pela nova Pandemia, vale destacar, que é importante levantamentos nesse sentido para identificar lacunas de trabalhos. Espera-se que o presente estudo, contribua na discussão do impacto social, econômico e ambiental já existente e ampliado pelo COVID-19, a luz dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e Agenda 2030. Nesse sentido, almeja-se que principalmente o trabalho promova uma reflexão quanto a importância de uma visão ampla pautada no conceito amplo de saúde e nas dimensões do desenvolvimento sustentável como subsídio para um melhor planejar em saúde, permitindo a construção de instrumentos de planejamento focados nas realidades locais e na promoção da saúde.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A Gestão de Serviços de Saúde deve ter visão ampla no que se refere ao processo de planejamento municipal, com atenção aos determinantes sociais e de saúde. A experiência relatada mostra a importância na formação do futuro gestor de se ter projetos voltados para a realidade e especialmente nesse momento de pandemia, os objetivos ODS, trazem oportunidade de ampliar a visão dos futuros gestores.

Espera-se, com a divulgação do conhecimento sobre as ações universitárias, proporcionar a reflexão acerca da necessidade de redução das iniquidades, ampliadas pela pandemia da COVID-19. A análise realizada no estudo almejou servir de contribuição nos processos de Planejamento em Saúde, enfatizando a necessidade de planejar conforme demandas locais e mostrando que os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, os quais permeiam a promoção da saúde, devem ser inseridos na agenda das políticas públicas e na prática da gestão em saúde. Como resultado da ampla visão sobre planejar em saúde tem como subsídio político e prático a otimização dos recursos disponíveis, promovendo uma melhor qualidade de vida e sustentabilidade da sociedade.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, R.M, HEESTERBEEK H, KLINKENBERG, D, HOLLINGSWORTH, T.D. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? **Lancet**. 395(10228):p.931-4, 2020. Disponível em: <[http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5)> Acesso 2 de ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Fundação Oswaldo Cruz. 1. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf> Acesso 29 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.992. de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html> Acesso em 1 de ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro **Portaria nº 454, de 20 de março de 2020**. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (Covid-19). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>>. Acesso em 26 de jul. 2020.

BUSS, P. M., MAGALHÃES, D. P., SETTI, A. F. F., GALLO, EDMUNDO, FRANCO NETTO, F. A., MACHADO, J. M. H., BUSS, D. F. Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas. **Cadernos de Saúde Pública**. v.30. n.12, pp.2555-2570, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2014001202555&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso 30 jul. 2020.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P., SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: 2ª ed. - Nescon/UFMG, 2010. 110p.

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.

Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012. Disponível em:

<<https://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n4/v17n4a12.pdf>>. Acesso 30 jul. 2020.

DAHLGREN, G., WHITEHEAD, M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health Stockholm: **Institute for Future Studies**; 1991. Disponível em:

<<https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>> Acesso 29 jul. 2020.

FERREIRA, A. S. Competência gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 69-76, 2004.

Disponível em:<

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000100007&script=sci_abstract&tlng=pt)

[81232004000100007&script=sci_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000100007&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso 30 jul. 2020.

KRONEMBERGER, D. M. Os desafios da construção dos indicadores ODS globais. **Cienc. Cult.** vol.71 no.1. p.40-45, 2019. Disponível em: <<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v71n1/v71n1a12.pdf>> Acesso 30 jul. 2020.

MENDES, V. L. P. S., AGUIAR, F. C. Implementação da política de saúde pública e seus desafios na era digital. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro. v.51 n.6, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122017000601104> Acesso em 30 jul. 2020.

MOREIRA, M. R. KASTRUP, E., RIBEIRO, M. J., CARVALHO, A. I., BRAGA, P. A.O Brasil rumo a 2030? Percepções de especialistas brasileiros (as) em saúde sobre o potencial de o País cumprir os ODS Brazil heading to 2030. **Saúde debate**, v.43, n.7, p.22-35, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042019001200022&lng=es&nrm=iso&tlng=pt> Acesso 2 ago. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Discurso de abertura do Diretor-Geral da OMS no briefing da mídia sobre COVID-19 - 11 de março de 2020 [Internet]**. Genebra: OMS; 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>> Acesso 2 ago. 2020.

ONU, Organizações das Nações Unidas. Roteiro para a Localização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: **Implementação e Acompanhamento no nível subnacional, Brasil**, 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2017/06/Roteiro-para-a-Localizacao-dos-ODS.pdf>> Acesso em 30 de jul. 2020.

ONU, Organizações das Nações Unidas. **Outcome document of the United Nations Conference on Sustainable Development**. Rio de Janeiro, 2012. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/733FutureWeWant.pdf>
PIRES, L. N., CARVALHO L., XAVIER, L. L. COVID-19 e desigualdade: a distribuição dos fatores de risco no Brasil. **ResearchGate**. Disponível em: <<https://ondasbrasil.org/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19-e-desigualdade-a-distribui%C3%A7%C3%A3o-dos-fatores-de-risco-no-Brasil.pdf>> Acesso 30 jul. 2020.
SANTOS, A. S.; MIRANDA, S. M. R. C. **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri, São Paulo: Manole, 2007.

SANTOS, J.V., FACHIN, P. **Como se dará a evolução de Covid-19 na população que vive em condições precárias?** Entrevista especial com Guilherme Werneck. IHU On-Line [Internet] 2020. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/597542-como-se-dara-a-evolucao-de-covid-19-na-populacao-que-vive-em-condicoes-precarias-entrevista-especial-com-guilherme-werneck-2>> Acesso em 30 de jul. 2020.

VENTURA, D. F. L. *et al.* Desafios da pandemia de COVID-19: por uma agenda brasileira de pesquisa em saúde global e sustentabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.36, n.4, p.1-5, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v36n4/en_1678-4464-csp-36-04-e00040620.pdf> Acesso em 30 jul. 2020.

WALKER, P.G.T, WHITTAKER, C, WATSON, O, BAGUELIN, M, AINSLIE K.E.C, BHATIA, S, et al. The Global Impact of COVID-19 and Strategies for Mitigation and Suppression [Internet]. Londres: **Imperial College London**; 2020. Disponível em: <<http://www.toledo.ufpr.br/portal/wp-content/uploads/2020/04/O-impacto-global-do-COVID-19-Revis%C3%A3o-compactado.pdf>> Acesso em 30 jul. 2020.

EIXO TEMÁTICO: TECNOLOGIAS GERENCIAIS EM SAÚDE (TGS)

Coordenadora: Prof^a. Dr^a. Karla Rona da Silva

Resumos Expandidos

O PROJETO DE EXTENSÃO CUIDAR DE QUEM CUIDA COMO TECNOLOGIA DE APOIO À SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Saraid da Costa Figueiredo¹, Fernanda Gonçalves de Souza², Isadora Oliveira Gondim³, Verônica Francis Duquina Mateus⁴; Cristiano Inácio Martins⁵, Karla Rona da Silva⁶

PALAVRAS-CHAVE :Profissionais da Saúde; Saúde Mental; Tecnologias de Gestão;

INTRODUÇÃO

O projeto de extensão Cuidar de Quem Cuida tem como objetivo enviar mensagens de reconhecimento, valorização, carinho e incentivo aos trabalhadores dos serviços de saúde via aplicativo de celular. As mensagens são elaboradas por pessoas do convívio pessoal, colegas de trabalho, gestores e/ou pelos extensionistas do projeto, podendo ser no formato de vídeo, texto ou áudio. Essas têm o potencial adicional de contribuir para o fortalecimento da saúde mental dos participantes.

A saúde mental de todos os profissionais que atuam em serviços de saúde é motivo de preocupação, e isso se deve à todos os processos que envolvem o atendimento e cuidado dos pacientes. Isso pode potencialmente sobrecarregar a jornada desses profissionais. Devido ao atual cenário de sobrecarga física e psíquica causada pela pandemia do Novo Coronavírus, pode ocorrer uma fragilidade emocional adicional a estes trabalhadores, que são de extrema importância para o setor saúde (BRASIL, 2020).

Nesse sentido, o projeto de extensão Cuidar de Quem Cuida apresenta-se como uma tecnologia digital que pode contribuir para a gestão do cuidado para com os trabalhadores do setor saúde, passível de ser compartilhada em tempos de isolamento social. Assim, a tecnologia apresentada neste estudo se mostra como de extrema relevância, por sua capacidade de desenvolver ações com potencial de contribuir para a minimização do sofrimento mental dos trabalhadores de serviços de saúde, com potencial impacto na motivação e desempenho profissional.

Reafirma-se que o problema anunciador diz respeito à sobrecarga física e psíquica que trabalhadores dos serviços de saúde enfrentam diariamente em sua jornada de trabalho e que o projeto se justifica pela necessidade de apoio afetivo e emocional por meio de uma estratégia tecnológica digital de cuidado aos que cuidam.

OBJETIVOS

Apresentar os resultados do projeto de extensão Cuidar de Quem Cuida, relativos ao período de abril a julho de 2020.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de natureza quantitativa, no qual os registros foram realizados pelos autores deste estudo. A coleta das informações ocorreu do banco de dados do projeto, entre os meses de abril a julho de 2020, utilizando planilha do Microsoft Excel 2016 para organização, armazenamento e análise. As variáveis apresentadas referem-se a: número de solicitações, formato das

mensagens, regiões atendidas, origem das homenagens. Os resultados foram apresentados por meio de estatística descritiva.

Esse estudo foi realizado a partir dos resultados do projeto de extensão Cuidar de Quem Cuida que está registrado na plataforma Sistema de Informação da Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais sob o número 403754.

RESULTADOS

Na análise dos dados verificou-se que a amostra foi composta por 221 solicitações de envio de mensagens, que demandaram 1029 envios no período compreendido entre os meses de abril e julho do ano de 2020. Deste total, 103 envios ocorreram no mês de abril, 192 em maio, 188 junho e 546 no mês de julho, o que demonstra um crescimento constante nas demandas.

Dentre os formatos das homenagens enviadas prevalece com 87,83% o formato vídeo, seguindo de 12,25 % o formato cartão virtual e 0,37% no formato áudio. A análise da origem das mensagens revelou que do total de 1029 enviadas 87 % emergiram dos familiares, amigos e colegas de trabalho dos profissionais da saúde e 13 % foram mensagens enviadas pelos extensionistas do projeto em questão.

No que tange a frequência de mensagens enviadas por regiões dos Estados Brasileiros observa-se com maior percentual 94,61 % Minas Gerais, seguido de Bahia (2,8%), Pará (1,29%), Rio de Janeiro (0,87%) , Espírito Santo e São Paulo (0,43% juntos). Importante mencionar que recebemos solicitações de envios de mensagens de familiares residentes em outros países, a saber: 1 solicitação da proveniente da Espanha, 1 da Inglaterra, e 1 da França.

CONCLUSÃO

Os resultados do projeto de extensão Cuidar de Quem Cuida, relativos ao período de abril a julho de 2020, apontam que essa ação tem sido amplamente utilizada como ferramenta de para promoção de atenção, valorização e cuidado aos trabalhadores dos serviços de saúde. Isso poderá refletir diretamente em um melhor rendimento do profissional, o que tende a beneficiar a equipe como um todo, visto que a sociedade atual caminha para cada vez mais aderir e usar de todas as possibilidades ofertadas pela tecnologia digital. Desta forma o uso de ferramentas, como a aqui apresentada, podem contribuir no âmbito da saúde mental dos trabalhadores, como também ser estratégico para os gestores fortalecerem o clima organizacional e o trabalho em equipe.

Sugere-se o desenvolvimento de mais atividades acadêmico-científicas neste campo do conhecimento, de forma a instigar e estimular a interação dialógica da universidade com a sociedade.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Entende-se a necessidade de monitoramento da saúde do trabalhador, devido os índices de suicídio de profissionais da saúde estarem em constante aumento, a depressão é um dos motivos mais fortes a desencadear suicídio. Essa doença deve ser a mais incapacitante do mundo até 2020, conforme dados da própria Organização Mundial da Saúde (COREN AL, 2018). As rotinas dos profissionais que atuam principalmente em serviços de urgência e emergência, trazem marcas da complexidade de demandas exigidas, juntamente com as frágeis condições de trabalho, disputa por espaço profissional, baixa remuneração, constante presença de

pessoas com risco iminente de morte e ambientes insalubres contribuem para o desarranjo emocional e físico presentes nestes espaços ansiogênicos.

O uso da tecnologia no que se refere a permitir ganhos importantes em eficiência, produtividade em equipe e fortalecimento da saúde mental do trabalhador é uma ferramenta ainda em exploração. Pelo lado da eficácia na ótica do trabalhador, se observa a questão dos cuidados com a saúde e não com doença, diferença importante em um cenário em que se fala de qualidade de vida e longevidade. Durante esse momento de pandemia do Novo Coronavírus, diversos trabalhadores se encontram na linha de frente do cuidado. Sendo assim, são afetados pela sobrecarga de trabalho, que pode causar exaustão. Mas, para além disso, existem questões emocionais envolvidas, tanto pelo fato de lidarem com pessoas doentes, quanto pelo medo do contágio e alguns, pelo afastamento da família. Assim, entendemos que ações como as desenvolvidas no projeto de extensão Cuidar de Quem Cuida contribuem para o fortalecimento da saúde mental dos trabalhadores dos serviços de saúde, impactando diretamente no seu fazer profissional.

FOMENTO: Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 48 p. ISBN 978-85-334-1713-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 20**. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 128/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos trabalhadores e trabalhadoras, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus – COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde, 7 abr. 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1103-recomendac-a-o-no-020-de-07-de-abril-de-2020>. Acesso em: 29 jun. 2020.

COREN-AL. **Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas**. Publicação, out, 2018. Disponível em: <http://al.corens.portalcofen.gov.br/suicidio-coren-al-leva-tema-para-ser-debatido-entre-a-enfermagem/>

FONSECA, João José Saraiva da. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará (UECE), 2002.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. 2001. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0205.pdf>

SORRENTINO. Victor. Estudo Científico. Médicos têm a mais alta taxa de suicídio dentre todas as profissões. 20 de Agosto de 2018. Disponível em: <https://drvictorsorrentino.com.br/suicidio-entre-medicos/>

OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf

A PÁGINA DO *INSTAGRAM* COMO TECNOLOGIA ADICIONAL PARA PROMOÇÃO DE VALORIZAÇÃO E CUIDADO AOS TRABALHADORES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Karla Rona da Silva¹; Marina Dayrell de Oliveira Lima²; Doane Martins da Silva³; Wanessa Debôrtoli de Miranda⁴; Fátima Ferreira Roquete⁵; Adriane Vieira⁶.

DESCRIPTORIOS: saúde mental; atenção à saúde do trabalhador; tecnologia remota.

INTRODUÇÃO

Desde o início da pandemia da Covid-19, estudos destacam implicações na saúde mental dos profissionais de saúde relacionados a diversos fatores, incluindo condições inadequadas de trabalho, excesso de carga de trabalho, baixos salários, quantidade reduzida de equipamentos de proteção pessoal, falta de qualificações específicas para responder à pandemia, sentimentos de medo, angústia e desamparo (SAIDEL et al., 2020; SCHMIDT et al., 2020). Os profissionais de saúde lidam a todo tempo com a morte e com a necessidade de tomada de decisões e, na pandemia, a rotina de medo, perdas e incertezas intensificou-se, afetando o bem-estar físico e mental dos trabalhadores. Entre todas as categorias profissionais envolvidas no enfrentamento da pandemia da Covid-19, o grupo dos profissionais de saúde é o mais vulnerável, especialmente aqueles profissionais que atuam na linha de frente da assistência, pois eles estão sujeitos a altas demandas de trabalho e ao risco de contaminação no atendimento aos pacientes (FERNANDES; RIBEIRO, 2020). No caso do Brasil, para esses profissionais ainda prevalecem protocolos de medidas individuais, como higiene e uso de equipamentos de proteção (WHO, 2020). Essas são medidas essenciais, mas insuficientes, pois se limitam à biossegurança (BRASIL, 2020). Este conjunto diversificado de fatores levam à intensificação e multiplicidade de tarefas, mas, especialmente, a uma exposição contínua a ambientes com excessivos e prolongados níveis de estresse que comprometem a saúde mental e causam esgotamento físico e emocional (FERNANDES; RIBEIRO, 2020). Neste contexto, o cuidado com a saúde mental dos profissionais de saúde vem ganhando destaque no mundo, e também no Brasil, e pode ser definido como uma soma de diversas atividades que visam promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde emocional de quem trabalha e está sujeito a riscos e lesões decorrentes de condições ocupacionais (PRADO et al., 2020; HELIOTERIO et al., 2020). Com vistas a ampliar o escopo de medidas que pudessem promover a saúde mental dos profissionais de saúde, o projeto de extensão “Cuidar de Quem Cuida”, certificado no ano de 2020, nasceu do anseio de desenvolver ações de humanização, zelo e afeto ao trabalhador que desempenha sua atividade laboral cuidando da população, permitindo o fortalecimento da interação dialógica da universidade com a sociedade. Com a intenção de levar mensagens positivas aos trabalhadores da equipe multiprofissional dos diversos serviços de saúde, o projeto encontra-se em execução, atendendo trabalhadores de diversos serviços de saúde nacional e internacional. Por meio de uma página na rede social *Instagram*, denominada @cdqc2020 são divulgadas

¹ Doutora em Biomedicina, Universidade Federal de Minas Gerais, karlarona0801@gmail.com.

² Mestre em Saúde e Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, marina_dayrell@hotmail.com.

³ Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, doane.ef@gmail.com.

⁴ Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, wanessa.debortoli@hotmail.com.

⁵ Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, fatimaroquete@gmail.com.

⁶ Doutora em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, vadri.bh@gmail.com.

homenagens aos profissionais vinculados a organizações de saúde, elaboradas por membros da sua rede afetiva, por meio de mensagens de texto, áudio e/ou vídeo visando otimismo, gratidão e afeto. O projeto possui dois canais digitais de comunicação, a página do *Instagram* e o *WhatsApp*. Entretanto, nesse trabalho será explorado apenas o conteúdo do *Instagram*. A escolha pela página do *Instagram* como meio de divulgação do projeto e sensibilização dos profissionais de saúde pode ser justificada por se tratar de um dos aplicativos atuais mais importantes em termos de redes sociais, amplamente acessados por profissionais da área da saúde (OSMAN, 2018). Segundo Aprobato (2018), a página de *Instagram* tem o poder de cativar os seguidores e, em alguns casos, servir de inspiração para mudanças de hábitos em busca de qualidade de vida e bem-estar. Acredita-se que desenvolver ações capazes de contribuir para a minimização das implicações sobre a saúde mental dos trabalhadores de serviços de saúde seja de suma importância na vigência da pandemia, com potencial impacto positivo na motivação e no desempenho profissional. Reafirma-se que o problema vivenciado diz respeito às situações de sobrecarga física e psíquica que os trabalhadores dos serviços de saúde enfrentam diariamente na jornada de trabalho, e que a criação da página do projeto no *Instagram* se justifica pela necessidade fornecer apoio afetivo e emocional, por meio de uma estratégia de cuidado aos que cuidam.

OBJETIVO

Apresentar os resultados preliminares do projeto “Cuidar de Quem Cuida”, publicados na página do *Instagram*, enquanto tecnologia adicional para promoção da valorização e do cuidado aos trabalhadores dos serviços de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, do tipo relato de experiência, que segundo Gil (2002) busca especificar por meio do aprofundamento de um fato, a prática individual relacionada com o evento que gera sua ocorrência. A coleta e organização dos dados foram realizadas pelos autores deste estudo entre os meses de maio a julho de 2020 e registradas em diário de campo. Esse relato de experiência foi realizado a partir dos resultados do projeto de extensão “Cuidar de Quem Cuida”, registrado na plataforma Sistema de Informação da Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais (SIEX/UFMG). Por ser um estudo que objetivou o aprofundamento teórico de situações que emergiram espontaneamente e contingencialmente na prática dos autores e não uma pesquisa em que a coleta de dados envolveu seres humanos, é dispensada a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, a identidade dos participantes foi preservada. O projeto “Cuidar de Quem Cuida” foi criado em abril de 2020, e vem sendo operacionalizado através de uma página no *Instagram*, onde são divulgadas as mensagens expedidas por pessoas do convívio afetivo e/ou colegas de equipe dos profissionais vinculados às organizações de saúde, que estão na linha de frente do trabalho para enfrentamento da Covid-19, com o objetivo de fornecer apoio, otimismo, alento, incentivo, agradecimento e valorização desses profissionais. Foi criado um flyer e um vídeo curto para apresentação do projeto de extensão que também estão sendo divulgados por meio da rede social. São postados também vídeos e poemas, escolhidos pela equipe, que visam a demonstração de carinho, reconhecimento e motivação aos profissionais que seguem se expondo diariamente em prol da saúde de toda a população. Importante mencionar que essa iniciativa terá continuidade, mesmo após o controle da pandemia, pois profissionais que atuam em serviços de saúde se

encontram por diversas vezes em atividades limítrofes, transitando com frequência entre prazeres e sofrimentos no cotidiano do exercício profissional.

RESULTADOS

A página do *Instagram* do projeto “Cuidar de Quem Cuida” conta com 522 seguidores, sendo 290 (55%) jovens profissionais de saúde, que interagem com as postagens realizadas expressando suas dúvidas, sugestões, gratidão e satisfação. A população que segue a página no *Instagram* vem demonstrando curiosidade sobre como podem ser feitas as homenagens aos profissionais, se existe um limite de envio de homenagens e sobre o formato das mesmas. Os profissionais homenageados demonstram satisfação, motivação e esperança com as mensagens expedidas pelos seus entes queridos e divulgadas na página, com autorização prévia dos autores das mesmas. As mensagens de apoio, otimismo, alento, incentivo, agradecimento e valorização, postadas especialmente aos profissionais de saúde, representam o total de 94 publicações e 977 “curtidas”, ação indicativa de que o seguidor gostou da postagem. A equipe do projeto tem investido em mensagens com o uso de imagens como flores e corações, desenhos que simbolizam carinho e amor. Uma postagem realizada pela equipe que merece destaque foi a realizada no dia 11 de julho de 2020, que mostrava um vidro vazio, denominado “Vidrinho do amor” e o seguinte comando: “Coloque uma palavra positiva aqui dentro. Escreva no comentário.” Os seguidores responderam com as palavras “fé, sorriso, paz, amor e esperança”, que revelam a valorização da afetividade e de sentimentos positivos, tão necessários nesse momento de vigência da pandemia. Postagens como essa incentivam a participação e interação dos seguidores, demonstrando a importância dos mesmos para a construção e evolução das postagens da página. A equipe também fez uma postagem que solicitava aos seguidores que marcassem nos comentários um profissional da saúde que admiram. Foram citados 12 profissionais nos comentários. A intenção da postagem foi envolver os seguidores e incentivá-los a demonstrar admiração pelos trabalhadores que conhecem, como forma de estímulo ao reconhecimento desses profissionais. Foram também divulgadas na página as entrevistas concedidas pela coordenadora do projeto de extensão à emissoras da rede de televisão brasileira e a postagem sobre a divulgação do projeto feita pela página do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Por fim, a página recebeu muitos elogios de seguidores, que foram também postados como forma de gratidão, com dizeres como: “*Passei mensagem por mensagem e a sensação é que entrei nesse campo vibracional de Paz, Amor e Luz e me senti acolhido. Gratidão*”; e, “*É muito importante valorizar a vida e o trabalho realizado por vocês! Em tempo de pandemia é muito saudável criar mecanismos como este que estão oferecendo*”. Portanto, conclui-se que a página tem representado um convite ao acolhimento, aconchego e conforto para os profissionais que cuidam de tantas pessoas. Essa tem se concretizado como uma tecnologia de cuidado emocional, que tem como intenção proporcionar um espaço saudável na rede social, envolvendo o cuidado, o respeito e a união. Espera-se que as postagens diárias sejam fontes de motivação para os profissionais seguirem em frente na luta contra a pandemia e que se sintam acolhidos pelas mensagens de apoio, incentivo, gratidão e valorização que a página propõe. As postagens funcionam também como um convite à reflexão da população em geral sobre a importância do cuidado do outro, da oportunidade que temos de fazer a diferença na vida das pessoas e da possibilidade que o projeto oferece de transmitir mensagens de conforto e esperança.

CONCLUSÃO

Utilizar o *Instagram* na comunidade acadêmica como tecnologia adicional para promoção de valorização e cuidado aos profissionais de saúde é uma escolha útil e efetiva na atualidade, pois o aplicativo é considerado uma das redes sociais mais presentes nas vidas das pessoas envolvidas em interfaces digitais. Nessa perspectiva, os seguidores têm demonstrado interação com as postagens realizadas e sentimentos de gratidão e reconhecimento. Espera-se que a página incite a reflexão da comunidade em geral e sensibilize os gestores de serviços de saúde a adotarem medidas de identificação de situações de adoecimento e de prevenção em saúde mental desses trabalhadores e na provisão de cuidados de qualidade a clientes/pacientes. Trata-se, em última instância, de um recurso a ser somado às medidas de proteção da saúde mental dos profissionais que estão atuando em ambientes de trabalho caracterizados por significativa pressão. Afinal, para cuidar do outro, o profissional também precisa ser cuidado.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A página do *Instagram* do projeto Cuidar de Quem Cuida configura-se como uma oportunidade de sensibilização e cuidado aos profissionais de diferentes serviços de saúde. Espera-se que ao visualizar as postagens os gestores de saúde sejam sensibilizados para a necessidade de planejarem medidas capazes de minimizar fatores estressores e que contribuam para ambientes de trabalho mais saudáveis. Conseqüentemente, espera-se que os profissionais beneficiados produzam serviços de qualidade, visto que estarão sendo cuidados e sensibilizados. Compreende-se que a mídia social pode oferecer contribuições importantes para o enfrentamento das repercussões da Covid-19, que vem sendo considerada a maior crise sanitária e humanitária que a comunidade mundial enfrenta em décadas. Essas contribuições envolvem a postagem de mensagens de otimismo, gratidão, valorização, apoio e incentivo que podem minimizar as implicações na saúde mental dos profissionais de saúde na vigência da pandemia, bem como em momentos posteriores, quando as pessoas precisarão se readaptar e lidar com perdas e transformações.

FOMENTO: Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais

REFERÊNCIAS

APROBATO, V. C. Corpo digital e bem-estar na rede Instagram: um estudo sobre as subjetividades e afetos na atualidade. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 38, n. 95, p. 157-164, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Coordenação-Geral de Urgência. Força Nacional do Sistema Único de Saúde. Protocolo de manejo clínico para o novo coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. Brasília (DF); 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2020.

FERNANDES, M. A.; RIBEIRO, A. A. A. Saúde mental e estresse ocupacional em profissionais de saúde na linha de frente da pandemia do COVID-19. **Revista de cuidados**. 2020; 11 (2): e1222.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HELIOTERIO, M.C. et al. COVID-19: por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia?. **SciELO Preprints**, 2020.

OSMAN, M. 18 Stagram stats every marketer should know for 2018. **Spoutsocial**. 2018. Disponível em: <<http://sproudsocial.com/insights/Instagram-stats/>>.

PRADO, A. D. et al. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 46, e4128, 2020.

SAIDEL, M.G.B. et al. Intervenções em saúde mental para profissionais de saúde frente a pandemia de Coronavírus. **Rev Enferm UERJ**, 28:e49923, 2020.

SCHMIDT, B et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estud. psicol. (Campinas)**, v. 37, e200063, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [Internet]. Genebra; 2020. **Coronavirus disease (COVID-19) outbreak**: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health](https://www.who.int/publications/i/item/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health). Acesso em: 31 jul. 2020.

AS MÍDIAS SOCIAIS COMO TECNOLOGIA DIGITAL DE SUPORTE PARA CONTINUIDADE DAS ATIVIDADES DO PROJETO DE EXTENSÃO LEITURA É SAÚDE

Fernanda Gonçalves de Souza¹; Saraid da Costa Figueiredo²; Gabriel Correia Saturnino Reis³; Messias Inácio da Silva Carvalho⁴; Karla Rona da Silva⁵

PALAVRAS-CHAVE: Tecnologias; Extensão; Leitura.

INTRODUÇÃO

O projeto de extensão universitária Leitura é Saúde, tem como objetivo associar o prazer da leitura ao atendimento em saúde. Surgiu de uma demanda social e tem como participantes pacientes, acompanhantes, trabalhadores do setor saúde e transeuntes em geral que circulam pelo Campus Saúde de uma Instituição de Ensino Superior Pública. A principal atividade realizada pela equipe do projeto é acolher essa população e oportunizar o contato com um acervo literário amplo e diversificado, sendo estratégico para minimizar a ociosidade vivenciada e proporcionar momentos de conforto, cultura e entretenimento. Os livros que compõem a biblioteca pública itinerante, que é a tecnologia educacional objeto do projeto, são oriundos de doações de fluxo contínuo. Tendo em vista as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), reiteradas pelo Ministério da Saúde impostas para a contenção da pandemia do Novo Coronavírus foi necessária a interrupção das atividades presenciais mencionadas, visando a proteção de todos os participantes (BRASIL, 2020; UFMG, 2020; OMS, 2020). Assim, tornou-se necessário a implementação de tecnologias digitais, como as mídias sociais, com o intuito de ser uma estratégia para a continuidade das ações do projeto no período de isolamento social. O objetivo das tecnologias digitais é facilitar a comunicação, desenvolvimento e produção de conhecimento e informação. O uso da internet possibilitou o desenvolvimento de vários tipos de tecnologias, dentre elas, as redes sociais, que são utilizadas para atingir diversos propósitos, pelo fato de ultrapassar os limites geográficos. Se levarmos em consideração que o homem é um ser social e que sempre viveu em grupos de conhecidos, pode-se dizer que a rede social sempre esteve presente na vida do ser (VALENTE, 2014). De acordo com os autores Oliveira e Ferreira (2011), a informática e as telecomunicações oportunizaram novas maneiras de convivência entre os homens e, até mesmo, têm modificado as relações do homem com o trabalho e com a própria inteligência, fazendo emergir novas formas de leitura, escrita e aprendizagens diversas. Neste sentido, a escolha das mídias sociais como tecnologia pode ser justificada por se tratar de aplicativos atuais mais importantes em termos de redes sociais, amplamente acessado pela população em geral (OSMAN, 2018). A página de *Instagram* em especial, tem o poder de fascinar e cativar os seguidores e, em alguns casos, servir de inspiração para mudanças de vida em busca de qualidade e bem-estar (APROBATO, 2018).

¹ Discente do curso de Gestão de Serviços de Saúde, UFMG e souza.fergn@gmail.com.

² Discente do curso de Gestão de Serviços de Saúde, UFMG e figueiredosaraid@gmail.com.

³ Discente do curso de Enfermagem, UFMG e gabrielsaturnino418@gmail.com.

⁴ Discente do curso de Gestão de Serviços de Saúde, UFMG e messiasicarvalho2019@gmail.com.

⁵ Enfermeira, Docente da UFMG e karlarona0801@gmail.com

OBJETIVOS

Descrever a utilização das mídias sociais como tecnologia digital de suporte para continuidade das atividades do projeto de extensão Leitura é Saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, do tipo relato de experiência, que segundo Gil (2002) busca especificar por meio do aprofundamento de um fato, a prática individual relacionada com o evento que gera sua ocorrência. Refere-se às experiências vivenciadas pelos discentes extensionistas no que tange o planejamento, implantação, execução e monitoramento das ações do projeto de extensão frente ao uso de ferramentas e plataformas por meio das tecnologias digitais. As observações foram realizadas pelos autores deste estudo, entre os meses de maio a julho de 2020 e registradas em diário de campo. Esse relato de experiência foi realizado a partir dos resultados do projeto de extensão Leitura é Saúde, registrado sob o número 403420 na plataforma do Sistema de Informação da Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais (SIEX-UFMG). Por ser um estudo que objetivou o aprofundamento teórico de situações que emergiram espontaneamente e contingencialmente na prática dos autores relatores e não uma pesquisa em que a coleta de dados envolveu seres humanos, dispensou a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, a identidade dos participantes foi preservada.

RESULTADOS

Para a continuidade das atividades realizadas pela equipe do projeto de extensão Leitura é Saúde foram implementadas em maio de 2020 duas ferramentas tecnológicas digitais, a saber: as plataformas *Instagram* e *TikTok*. O *Instagram* tem oportunizado discussões sobre os temas: saúde mental, leitura nas escolas, cuidados em tempos de Covid-19, tecnologias, incentivo e hábito de leitura, importância da leitura infantil. Foram realizadas 4 entrevistas, 6 contação de histórias e 2 comentários literários. Ademais, criou-se o quadro intitulado Momento da Leitura para o acesso inclusivo à literatura, por meio da leitura de obras para o público com analfabetismo funcional e outras dificuldades e limitações que podem comprometer o acesso ao mundo da literatura. Também, é realizada a divulgação e fornecimento de obras dos diferentes gêneros para o público contemplado pelo projeto por meio da disponibilização de links para *download* gratuito, na qual é realizada divulgação semanal de uma indicação de obra literária. Para o incentivo ao hábito de leitura tem sido realizada a dinâmica intitulada *blitz literária*, que consiste em uma postagem na plataforma *Instagram* com a seguinte advertência: “Pare! Você caiu em uma blitz literária, poste nos comentários qual livro você está lendo durante o isolamento!” Assim, espera-se que os participantes mencionem o(s) livro(s) que estão lendo e/ou que leram durante esse período de isolamento. Ainda é proposto um desafio, ou seja, é solicitado aos participantes que marquem nos comentários amigos e/ou familiares como forma de ampliar a visibilidade e alcance das atividades realizadas. A plataforma conta com 233 seguidores, sendo 66% do gênero feminino e 34% masculino. A média de impressões, que é o número total de vezes que todas as publicações foram vistas, no período em estudo foi de 1.397, sendo em julho reconhecido como um dos canais virtuais mais relevantes da Universidade Federal de Minas Gerais, ficando entre os 10 mais visualizados. A plataforma *TikTok* possibilita a criação de vídeos móveis de formato curto, dessa forma os alunos extensionistas desenvolveram 3 vídeos dinâmicos abordando curiosidades no âmbito

do universo da literatura sobre as obras de Jane Austen, Orgulho e Preconceito, Antoine de Saint-Exupéry, O Pequeno Príncipe, e Sir Arthur Conan Doyle, Sherlock Holmes. O uso desta plataforma tem por objetivo trazer conhecimento e informações sobre autores e obras literárias em um formato mais divertido e interativo com o foco no público infantil, infanto-juvenil e adolescentes, que são os grandes usuários dessa plataforma. Vale destacar que dentre os seguidores das plataformas mencionadas 76,75% se apresentam como trabalhadores do setor saúde, o que corrobora com a relevância adicional do projeto para fortalecimento da saúde mental de profissionais que estão vivenciando um momento singular na história da saúde pública mundial. É uma ação inovadora e tem o potencial de fortalecer a cultura da leitura sendo estratégico para melhor acolher e humanizar em saúde.

CONCLUSÃO

A utilização das mídias sociais como tecnologia digital de suporte para continuidade das atividades do projeto de extensão Leitura é Saúde, tem se concretizado com êxito. Percebe-se que as plataformas *Instagram* e *TikTok* são ferramentas úteis na democratização e fortalecimento do conhecimento, por serem globais e de fácil acesso. Nota-se a importância dos discentes neste processo, pois vivenciam momentos de aplicação do conteúdo teórico e prático aprendido na instituição de ensino para o desenvolvimento do planejamento, elaboração das temáticas, execução das atividades, avaliação e monitoramento. Nesse sentido, as atividades desenvolvidas têm contribuído significativamente para a formação de profissionais críticos e reflexivos, potencializando a habilidade de tomar decisões assertivas. Para a sociedade a contribuição tem sido de resgate da cidadania, fortalecimento no campo dos saberes, ampliação da sensação de valorização pessoal e um momento de conforto e acolhimento neste momento de tantas incertezas e conflitos gerados pelo medo devido a pandemia da Covid-19. Além de permitir a interação dialógica da universidade com a sociedade.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

As atividades realizadas pelos extensionistas do projeto de extensão Leitura é Saúde podem ser estratégicas para os gestores de serviços de saúde como uma tecnologia educacional e gerencial capaz de gerar ambientes de trabalho mais saudáveis, do ponto de vista do trabalhador. O incentivo e a prática da leitura são estratégias que têm o potencial de fortalecer vínculos, favorecer a troca de saberes culminando em melhor produção de serviços e processos de qualidade, capazes de dar respostas mais ágeis e com melhor relação custo benefícios ao trabalhador e à sociedade. Compreende-se a importância da expansão e o incentivo à leitura, para o aumento de conhecimento, aperfeiçoamento de vocabulário, incentivo ao pensamento crítico para o crescimento pessoal, profissional e apoio na saúde mental, sendo de extremo valor a atuação tecnológica, principalmente no momento em que a saúde mental de toda a população sofre com os efeitos do isolamento.

FOMENTO: Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais

REFERÊNCIAS

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

OLIVEIRA, Osvaldo Barreto; FERREIRA, Edna Maria De Oliveira. Redes Sociais e gêneros discursivos: Aspectos definidores da produção escrita no ciberespaço. In: V Colóquio Internacional Educação e Contemporaneidade, 5., 2011, São Cristóvão. Anais eletrônicos [...]. São Cristóvão: Grupo de Pesquisa CNPq/UFS Educação e Contemporaneidade (EDUCON), 2011, p. Disponível em:

<http://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/10196>

VALENTE, José Armando. A Comunicação e a Educação baseada no uso das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação. UNIFESO – Humanas e Sociais, v. 1, n. 1, p. 141-166, 2014. Disponível em:

<<http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/revistaunifesohumanasesociais/article/view/17>>. Acesso em: 21 jul. de 2020.

APROBATO, Valéria Cristiane. Corpo digital e bem-estar na rede Instagram: um estudo sobre as subjetividades e afetos na atualidade. Boletim - Academia Paulista de Psicologia, São Paulo, v. 38, n. 95, p. 157-164, 2018. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2018000200003>. Acesso em: 21 jul. de 2020.

OSMAN, Maddy. Instagram is a complete powerhouse amongst rival social networks. and if you think anything is different in 2018, you may want to reconsider. Reaction Time Media. South Carolina, 02 mar. 2020. Disponível em:

<<http://reactiontimemedia.com/18-instagram-stats-2018/>>. Acesso em: 21 jul. de 2020.

CONTRIBUIÇÕES DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE PARA A QUALIDADE DE VIDA DOS TRABALHADORES

Poliana Cristina Soares Natividade¹; Adriane Vieira²; Carla Aparecida Spagnol³; Karolinn Diniz Pereira⁴

DESCRITORES: Trabalho; Qualidade de Vida; Terapias Complementares.

INTRODUÇÃO

Na literatura existe um consenso de que saúde e qualidade de vida (QV) são dois temas estreitamente relacionados, na medida em que a saúde contribui para melhorar a QV, e esta é fundamental para que o indivíduo e a comunidade tenham saúde (BUSS, 2000). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define QV como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995, p.1405). Com a finalidade de operacionalizar esse conceito, pesquisadores vinculados à OMS elaboraram o questionário WHOQOL-100, que em sua versão abreviada, foi denominado WHOQOL-bref, com 26 questões, distribuídas em quatro domínios de interesse: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (WHOQOL GROUP, 1998). Para favorecer a promoção da saúde, a QV e o modelo de assistência à saúde integral, uma das ações do Ministério da Saúde foi incentivar e normatizar o uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no Sistema Único de Saúde (SUS). As PICS são técnicas e saberes relacionados ao cuidar que buscam a prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde, centrados no modelo de atenção humanizada, considerando a integralidade do indivíduo. Essas práticas são regulamentadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, aprovada por meio da Portaria 971, de 3 de maio de 2006 (BRASIL, 2006). Elas se caracterizam como tecnologias de baixo custo e com grande potencial de trazer melhorias para a QV das pessoas, podendo, assim, também favorecer a qualidade de vida no trabalho. Dentre as práticas integrativas autorizadas pelo SUS, está a Medicina Tradicional Chinesa (BRASIL 2006), que constitui o objeto de estudo desta investigação, realizada a partir da análise da efetividade dos atendimentos de acupuntura, auriculoterapia e ventosaterapia, desenvolvidos pelos integrantes de um Projeto de Extensão sobre PICS no SUS, de uma Universidade pública do Estado de Minas Gerais.

OBJETIVOS

Os objetivos da pesquisa foi identificar as principais queixas de saúde apresentadas pelos trabalhadores e analisar as contribuições das PICS ofertadas pelo Projeto de Extensão: Programa de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, para a QV

¹ Mestre em Gestão de Serviços de Saúde, Escola de Enfermagem/UFMG, polianasoares83@gmail.com.

² Doutora em Administração, Escola de Enfermagem/UFMG, vadri.bh@gmail.com.

³ Doutora em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp, spagnol@ufmg.br.

⁴ Aluna de graduação em enfermagem, Escola de Enfermagem/UFMG, karolinnadinizp@gmail.com.

dos trabalhadores de uma Escola de Enfermagem, vinculada à uma Universidade pública de Minas Gerais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa. A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada. O roteiro de entrevistas para os trabalhadores contemplou perguntas relacionadas aos quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) do questionário WHOQOL-bref, além de perguntas relativas aos dados socioeconômicos, demográficos e relacionados ao trabalho dos participantes. A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo (FRANCO, 2005), estabelecendo-se três categorias temáticas: “As PICS e seus efeitos na saúde dos trabalhadores”; “As PICS e a qualidade de vida”; “As PICS no ambiente de trabalho”. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. A amostra do estudo foi composta por 16 trabalhadores que foram selecionados com base nos seguintes critérios: ser trabalhador da Escola de Enfermagem em estudo, ter iniciado a terapia no período de até seis meses do início da coleta de dados, e ter frequentado as 10 sessões que são ofertadas pelo Projeto de Extensão. A participação estava condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este estudo é um recorte de uma dissertação de mestrado profissional em gestão de serviços de saúde, sendo o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o número de parecer 3.386.650.

RESULTADOS

A idade dos trabalhadores pesquisados variou entre 30 e 59 anos; 13 são do sexo feminino e 3 do sexo masculino; 9 possuem vínculo empregatício com empresas terceirizadas e 7 são servidores públicos federais, cargo de Técnicos Administrativos em Educação. A carga horária de trabalho semanal variou entre 30 e 44 horas. As PICS ofertadas pelo Projeto de Extensão (acupuntura sistêmica e auricular, auriculoterapia e ventosaterapia) melhoraram: as queixas de dor, condição que prejudicava a mobilidade e as atividades cotidianas, inclusive no trabalho; a ansiedade e outros sentimentos negativos, relacionados a estresse, bem como a insônia e lombalgias; o padrão de sono prejudicado, o que gerava alterações no estado emocional e ansiedade; a tensão pré-menstrual e o tabagismo. De acordo com Tolentino (2016), tanto a acupuntura auricular quanto a auriculoterapia com sementes são benéficas para provocar a diminuição da dor crônica nas costas, bem como o aumento da funcionalidade das pessoas com esta condição. As terapias utilizadas também proporcionaram aos trabalhadores maior energia e disposição para desenvolver as atividades diárias e maior satisfação própria; permitiram que conseguissem aproveitar melhor a vida e ter mais concentração, fazer planos e cumprir metas, além de melhorar o estado emocional; favoreceram as relações sociais, visto que os trabalhadores se sentiram mais abertos e pacientes para lidar com as pessoas; as atividades de lazer aumentaram, visto que o sentimento negativo já não era mais presente com frequência em seu cotidiano; e conseguiram lidar melhor com as dificuldades do transporte. As PICS têm sido utilizadas para atender às demandas de saúde mental na rede básica de saúde, principalmente, nos distúrbios de ansiedade e humor, com destaque para a auriculoterapia (FERREIRA, 2016). Os trabalhadores relataram, ainda, que com as PICS a sua QV melhorou,

favorecendo a valorização, a motivação e o rendimento profissional. Os efeitos das terapias ofertadas aos trabalhadores extrapolaram o efeito direto sobre suas queixas, pois como consequência do tratamento obtiveram diversos outros benefícios. Assim, a QV no trabalho vai além dos aspectos físicos e ambientais do trabalho. Envolve a saúde e o bem-estar do trabalhador, dentro e fora do espaço laboral (AMORIM, 2010). Como a premissa da gestão pública é a oferta de serviços de qualidade à sociedade, os trabalhadores das instituições devem receber melhores incentivos para a promoção da saúde e da QV no trabalho, como forma de motivação.

CONCLUSÃO

A partir dos relatos dos trabalhadores, foi possível constatar que as motivações para a participação no Projeto de Extensão sobre as PICS envolviam diversas queixas de saúde. Para eles, a oportunidade de receber atendimento com essas terapias integrativas no ambiente de trabalho foi muito valorizada e como benefícios citam: melhora da QV, valorização, motivação e rendimento profissional. Ainda, consideraram esses atendimentos como uma referência de cuidado e acolhimento. Conclui-se que as PICS ofertadas podem favorecer um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo por melhorar a QV dos trabalhadores.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O trabalho desenvolvido pela equipe do Projeto de Extensão, a partir das sessões de acupuntura, auriculoterapia e ventosaterapia, proporcionou benefícios na QV dos trabalhadores pesquisados e, conseqüentemente, um melhor desempenho no serviço, a partir de um bom relacionamento com os colegas de trabalho e com melhorias no atendimento ao público. Para a gestão dos serviços de saúde, esse fator é de grande relevância, pois a qualidade do serviço prestado juntamente com a gestão de pessoas exercida da forma humanizada, propicia melhorias nos relacionamentos interpessoais e na dinâmica de funcionamento dos serviços públicos. Além disso, o produto da dissertação, elaborado no formato de um relatório técnico para a Diretoria da Escola de Enfermagem em estudo, pode auxiliar na formulação de outros projetos/ações que visem à promoção da saúde, à melhoria da QV e à satisfação dos trabalhadores vinculados a esse estabelecimento.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, T. G. F. N. Qualidade de vida no trabalho: preocupação também para servidores públicos? *Revista Eletrônica de Ciência Administrativa – RECAM*, v. 9, n. 1, p. 35-48. Campo Largo, Paraná, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, Seção 1, 4 mai. 2006.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- FERREIRA, Diego Diz. Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no cuidado em Saúde mental: a experiência em Unidades Básicas de Saúde em Florianópolis. 2016. 85 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção

- Psicossocial), Centro de Ciências das Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.
- FRANCO, M. L. P. B. Análise de conteúdo. 2. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.
- TOLENTINO, Flora. Efeito de um tratamento com auriculoterapia na dor, funcionalidade e mobilidade de adultos com dor lombar crônica. 2016. 53 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Humano e Tecnologias) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Rio Claro, 2016.
- WHOQOL GROUP. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* v. 41, n. 10, p. 1405, 1995.
- WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. *Quality of Life Assessment 1998*. *Psychol Med*, London, v. 28, n. 3, p. 551-558, may, 1998.

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO VRAGENLIJST CLIENTENPERSPECTIEF OP VRAAGGERICHTHEID VAN DE ZORG PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO

Patrícia Lourdes Silva¹; Adriane Vieira²; José Ricardo de Paula Xavier Vilela³; Carla Aparecida Spagnol⁴

DESCRITORES: questionários; comparação transcultural; estudos de validação; assistência centrada no paciente.

INTRODUÇÃO

O modelo cuidado centrado orienta os profissionais de saúde a trabalharem colaborativamente com o paciente, construindo um tratamento que esteja adaptado às suas necessidades individuais, e não só à doença em si. O conceito transforma o paciente em um participante ativo, empoderando-o em relação ao seu estado de saúde para que ele adquira conhecimento e discernimento em relação aos acontecimentos que envolvem seu organismo. À medida que os serviços de saúde passaram a adotar estratégias de cuidado centrado, as práticas educativas orientadas para a prevenção e o controle das condições de saúde vêm sendo repensadas, de forma a considerar o usuário do serviço como centro da construção de seu cuidado, com vista à contextualização da realidade vivenciada e à valorização da autonomia. Trata-se de um processo de corresponsabilização entre o paciente e profissionais da área da saúde, que deve levar em consideração os aspectos psicossociais, comportamentais e clínicos. Uma forma de identificar se a organização está inserindo a cultura do cuidado centrado na vida de seus pacientes e colaboradores consiste em analisar de maneira sistêmica a relação entre pacientes e profissionais, a fim de esclarecer o real valor atribuído ao cuidado na jornada de ambos. Na falta de instrumentos nacionais é possível utilizar questionários elaborados em outras culturas, desde que sejam validados e adaptados à cultura em que serão utilizados (SANTOS *et al.*, 2013; TADDEO *et al.*, 2012; ANDERSON; FUNNEL, 2010).

OBJETIVOS

O objetivo geral do trabalho foi descrever a adaptação transcultural do Questionário *Vragenlijst cliëntenperspectief op vraaggerichtheid van de zorg* para o português brasileiro e analisar a validade e a confiabilidade da adaptação.

MÉTODO

Foi utilizado o método da tradução/retrotradução com teste-reteste, incluindo análise da *Average Variance Extracted* (AVE), de Alfa de Cronbach, de Confiabilidade Composta. A estrutura fatorial da escala adaptada foi testada em uma amostra de 143 pacientes/acompanhantes com mais de 8 dias de internação de ambos os sexos, com diferentes idades e níveis educacionais. A coleta de dados ocorreu entre 08 de outubro a 01 dezembro 2019, em um hospital privado de grande porte de Belo Horizonte – MG, com capacidade de 263 leitos. O estudo foi aprovado pelo Comitê

¹ Mestre em Gestão de Serviços de Saúde, Escola de Enfermagem/UFMG, patricialourdes.ufmg@gmail.com.

² Doutora em Administração, Escola de Enfermagem/UFMG, vadri.bh@gmail.com.

³ Doutor em Administração, Faculdade Unimed, jrpxv@yahoo.com.br

⁴ Doutora em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp, spagnol@ufmg.br

de Ética em Pesquisa do Hospital onde foi realizado o teste piloto da versão pré-final (Parecer 3.444.608). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O questionário *Vragenlijst cliëntenperspectief op vraaggerichtheid van de zorg*, doravante denominado Questionário Cuidado Centrado no Paciente, foi desenvolvido a partir de uma pesquisa qualitativa conduzida a partir dos preceitos teóricos de De Witte, Schoot e Proot (2006). O questionário é curto e de fácil compreensão, mesmo para pessoas de baixo nível educacional, composto por 15 itens direcionados ao paciente, envolvendo suas expectativas e valores. Os itens apresentam um aspecto da demanda de cuidado e da relação de cuidado. Cada item é pontuado em uma escala Likert de 5 pontos, variando de 1 para 'Discordo totalmente' e 5 para 'Concordo totalmente'.

RESULTADOS

Seguiu-se os seis passos propostos por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) para a tradução, adaptação transcultural e validação do instrumento: (1) Tradução inicial de dois tradutores bilíngues e biculturais, com experiência na cultura dos dois países Holanda e Brasil; (2) Síntese I: comparação entre as duas traduções e a versão original por um terceiro tradutor bilíngue; (3) Painel de especialistas, para discussão das discrepâncias e obtenção de uma versão traduzida preliminar; (4) Retrotradução cega da versão preliminar por pelo menos dois tradutores cuja língua-mãe seja a mesma da versão original da escala ou tradução para a volta ao idioma original (*back-translation*); (5) Síntese II: comparação das duas versões retrotraduzidas com a original e a obtenção de uma versão pré-final da escala; (6) aplicação do Teste piloto da versão pré-final. Durante a realização do painel de especialistas, formado por dois clientes com nível de escolaridade fundamental, dois com nível médio e dois com nível superior, três questões da versão traduzida foram excluídas: "Tenho ampla oportunidade de ajudar a decidir como os cuidados são prestado"; "Eu posso ajudar a determinar quando os prestadores de cuidados virão me ajudar"; "Tenho ampla oportunidade de organizar e organizar os cuidados". Tomou-se por base um estudo de validade e confiabilidade teste-reteste com 20 indivíduos selecionados. Aplicação do Teste piloto da versão pré-final, com uma amostra de 20 pacientes. Ao realizar a análise obteve-se um AVE = 0,44 que é menor que 0,50. Nessas situações, eliminou-se variáveis que possuíam cargas fatoriais menores. Dessa forma, foram eliminados mais dois itens: "Eu acho que os cuidadores às vezes dizem muito rápido que algo não é possível" e "Eu acho que há bastante consulta comigo sobre quem fornece os cuidados".

Quadro 1 – Pré-Versão do Questionário Cuidado Centrado no Paciente

Item	Questão
01	Eu noto que os profissionais de saúde levam em conta meus desejos pessoais.
02	Eu percebo que os profissionais de saúde deram atenção e atenderam as chamadas ao leito.
03	Eu percebo que os profissionais de saúde levaram em conta o que eu digo.
04	Eu e meus familiares tivemos oportunidade de sermos escutados nos atendimentos e cuidado recebidos e obtivemos esclarecimentos quando solicitado.
05	Percebo que os profissionais de saúde me respeitaram e me trataram com cortesia.
06	Os profissionais de saúde foram claros sobre qual atendimento e cuidados eles são autorizados a fornecer ou não.
07	Eu tive oportunidade de contribuir com meu próprio conhecimento e experiência em relação aos atendimentos e cuidados que precisei.
08	Eu tive oportunidade de fazer aquilo que eu era capaz de fazer.
09	Eu sempre fui informado/esclarecido sobre o tipo de atendimento e cuidado fornecido.
10	Toda a informação passada pelos profissionais de saúde, foi fácil de entender.

Fonte: elaborado pelos autores (2020).

O resultado da aplicação com a amostra de 20 pacientes revelou um Alfa de Cronbach de 0,90. A *Average variance extracte* (AVE) obteve resultado igual a 0,580. Quanto à confiabilidade composta, o valor foi de 0,911. Os valores foram consistentes e adequados, se revelando favoráveis para a validação do instrumento.

CONCLUSÃO

Depois de seguir os seis passos propostos por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) para a tradução, adaptação transcultural e validação do questionário, na pré-versão do Questionário Cuidado Centrado no Paciente, as 15 questões iniciais foram reduzidas para 10. O teste piloto com uma amostra de 20 sujeitos indica que a adaptação transcultural para português brasileiro do Questionário Cuidado Centrado no Paciente foi bem-sucedida para seu uso no contexto proposto, sendo considerado adequado para avaliar o cuidado centrado em ambientes de trabalho. Para validação final, de acordo com Hair Junior (2009), sugere-se um cálculo da amostral com tamanho mínimo da amostra cinco vezes o número de itens a serem avaliados no instrumento.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O Questionário Cuidado Centrado no Paciente poderá contribuir para a avaliação e mapeamento da qualidade do cuidado em organizações de saúde e auxiliará na avaliação do cumprimento da Política Nacional de Humanização (PNH), que procura tornar os serviços resolutivos e de qualidade, tornando as necessidades de saúde dos clientes responsabilidade de todos os atores envolvidos no processo de trabalho. A reaplicação periódica, pode ocorrer a fim de verificar o fortalecimento da cultura do cuidado centrado, e reflexões sobre a criação de estratégias orientadas para o alinhamento das percepções em torno de uma mudança organizacional nas práticas do cuidado.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, R. M.; FUNNEL, M.M. Patient empowerment: myths and misconceptions. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 79, n. 3, p. 277-282, 2010.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, Nova York, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.
- HAIR JUNIOR, J. F. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- SANTOS, J. L.G. dos; PESTANA, A. L.; GUERRERO, P.; MEIRELLES, B. S.H.; ERDMANN, A.L. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 257-263, 2013.
- TADDEO, P.S.; GOMES, K. W.L.; CAPRARA, A.; GOMES, A. M. de A.; OLIVEIRA, G.C. de; MOREIRA, T. M. M. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923- 2930, 2012.
- De WITTE, L. P.; SCHOOT, T.; PROOT, I. Development of the client- centred care questionnaire (CCCQ). **Journal of Advanced Nursing**, v. 56, n. 1, p.62-68, 2006.

A PAUSA NO TRABALHO DOS OPERADORES DE CAIXA (CHECKOUT) DE UM HIPERMERCADO: EM BUSCA DA QUALIDADE DE VIDA E DO BEM-ESTAR OCUPACIONAL

Silvana Aparecida Costa¹; Prof.a Dra. Carla Aparecida Spagnol²;

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho. Operadores de Caixa. Repouso.

INTRODUÇÃO

O presente estudo abordou o contexto de trabalho de supermercados e hipermercados dando ênfase ao cotidiano profissional de operação de *checkout* ou operação de caixa, devido às características específicas dos postos de trabalho e principalmente à postura corporal em que os operadores realizam suas atividades. Considerando a especificidade do trabalho dos operadores de caixa, pode-se dizer que esses são trabalhadores denominados de “linha de frente” dos serviços, aqueles que têm contato direto com o cliente. A atividade laboral do operador de caixa de supermercado ou hipermercado pode ser considerada de risco devido às condições em que é realizada, tais como: aspectos ergonômicos por vezes inadequados, repetitiva, monótona, estressante e com deficiência nos momentos de pausa (SOUZA, 2007). O trabalho dos operadores de caixa (checkout) é considerado de risco, visto que propicia o desenvolvimento de patologias ocupacionais, devido, principalmente, à sobrecarga e mecanização das atividades. Considerando o contexto de atuação profissional de Engenharia de Segurança do Trabalho em uma rede de hipermercados, a pesquisa seguiu no propósito de se elaborar e implementar estratégias para reduzir os riscos laborais e criar espaços de trabalho produtivos e prazerosos. Dentre essas estratégias destaca-se a pausa no trabalho, prevista inclusive pela legislação trabalhista.

OBJETIVOS

Delineou-se para esse estudo os seguintes objetivos: analisar a dinâmica do processo laboral dos operadores de caixa de um hipermercado de Minas Gerais, identificando fatores que interferem na qualidade de vida no trabalho (QVT); compreender o entendimento que esses trabalhadores têm acerca da pausa no trabalho; identificar junto aos trabalhadores estratégias que proporcionem a pausa no trabalho e o bem-estar ocupacional e desenvolver essas estratégias, buscando a adesão dos trabalhadores.

MÉTODOS

A metodologia adotada contou com a investigação elaborou um diário institucional, a partir de situações vivenciadas no local de trabalho da autora da pesquisa. As reflexões do diário institucional trouxeram à tona diversas questões relacionadas ao trabalho realizado junto aos operadores de caixa de uma rede de hipermercados localizada em Minas Gerais. Para coleta de dados, utilizou-se o grupo focal realizado junto aos operadores de caixa e lideranças dos setores Gestão de Gente e Frente de

¹ Engenheira de Segurança do Trabalho, Universidade Federal de Minas Gerais, silvanacostaeng18@gmail.com.

² Professora Orientadora Doutora do Mestrado Profissional em Gestão de Serviço de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais. carlaapagnol@gmail.com

Caixa do hipermercado com a finalidade de buscar o entendimento dos trabalhadores acerca da pausa no trabalho. Além disto, foram levantadas estratégias para proporcionar momentos de pausa, visando a promoção da QVT e do bem-estar ocupacional. No diário institucional também foram apontados vários questionamentos relacionados à pausa no trabalho, visto que a maioria dos trabalhadores não faz ou quando faz, fica contrariado com os momentos de pausa, mesmo sendo garantido pela empresa, que está respaldada legalmente pelas Normas Regulamentadoras (NR) e Portarias pertinentes. A partir dessa investigação, buscou-se discutir estratégias mais saudáveis para promover a QVT e o bem-estar ocupacional, com o intuito de ampliar a participação dos trabalhadores, como sujeitos co-construtores de espaços de trabalho mais produtivos e prazerosos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais e autorizada pelo gerente do hipermercado em estudo. Foi realizada dentro da abordagem qualitativa de pesquisa. Os participantes foram os operadores de caixa e lideranças que atuam nos setores Gestão de Gente e Frente de Caixa. Para a coleta de dados realizou-se cinco grupos focais e os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática.

RESULTADOS

Como resultados, em relação à pausa, observa-se que o ponto de vista das lideranças em alguns momentos não coincidiu com as informações trazidas pelos operadores de caixa, demarcando visões opostas. Mas, em determinados momentos, essas lideranças reconheceram que algumas questões precisavam mesmo ser melhor trabalhadas, tais como: treinamentos para as equipes, a situação do mobiliário e as relações hierárquicas, além de poderem justificar algumas ações já realizadas, como por exemplo a compra de cadeiras novas, sendo essa uma das reivindicações dos trabalhadores. Durante as discussões, essas lideranças também se mostraram surpresas, especialmente, com algumas sugestões dos operadores de caixa, o que se configurou em algo positivo, pois, elas se mostraram empenhadas em ouvir e promover mais espaços de diálogo, na perspectiva de uma gestão participativa. O grupo focal proporcionou aos operadores de caixa e às lideranças dos setores Gestão de Gente e Frente de Caixa abordarem as relações de poder, tanto nos relacionamentos com os clientes, quanto com as chefias, o que muitas vezes interferem na Qualidade de Vida no Trabalho, QVT. As respostas dos operadores de caixa e lideranças dos setores Gestão de Gente e Frente de Caixa evidenciaram reflexões que foram realizadas sobre as condições de trabalho no hipermercado em estudo e o impacto destas no cotidiano organizacional. Foram destacadas questões relacionadas ao ambiente e postos de trabalho, tais como: ruídos excessivos e temperaturas extremas que, para os pesquisados, podem ocasionar falta de concentração e doenças ocupacionais, interferir na produtividade e no bem-estar do trabalhador. Sobre a qualidade de vida e a pausa no trabalho buscou-se apreender as percepções e as reflexões dos operadores de caixa e lideranças dos setores Gestão de Gente e Frente de Caixa sobre qualidade de vida e pausa no trabalho. Dentre alguns fatores externos que contribuem para se ter QVT, os participantes dessa pesquisa citaram o estilo de vida e as condições socioeconômicas do trabalhador, destacando a realização de exercícios físicos e atividades de lazer. Assim, não resta dúvida de que as pausas no trabalho, quando bem estabelecidas e cumpridas, melhora o gerenciamento do tempo durante a jornada de trabalho; o desempenho da equipe como um todo e reflete no alcance das metas estabelecidas, contribuindo para se obter maior QVT. Destaca-se que tanto os operadores de caixa

quanto as lideranças dos setores Gestão de Gente e Frente de Caixa puderam falar, ainda, sobre questões complexas e delicadas que dizem respeito às relações interpessoais na organização, tais como: as relações de poder e de conflito, seja nos relacionamentos com os clientes ou com as chefias, o que também interfere de forma significativa na QVT. A partir dos resultados da pesquisa foram implementadas algumas ações de sensibilização que visam a promoção da QVT junto aos operadores de caixa do hipermercado em estudo, que se constituiu como um produto dessa dissertação de mestrado profissional em gestão de serviços de saúde.

CONCLUSÃO

De modo geral as ações realizadas estavam voltadas para a melhoria do local onde os trabalhadores realizam os intervalos de pausa, buscando harmonizar o ambiente com atividades lúdicas e de relaxamento como: “cantinho da leitura” junto com o “espaço da beleza”; afixação no mural de frases motivadoras e de cartilha de orientação acerca da importância da pausa no trabalho; bolinhas terapêuticas e escala de responsabilidade pela organização e limpeza do local. Ademais, foi distribuído um copo para cada operador de caixa, a fim de estimular a hidratação durante a jornada de trabalho e instalou-se uma caixa de sugestões para se criar mais um canal de comunicação com as lideranças. Ressalta-se que durante a realização da pesquisa alguns mobiliários como as cadeiras que estavam em estado precário, há mais de cinco anos, foram trocadas, mas outros equipamentos ainda necessitam ser comprados para oferecer condições de trabalho ergonômicas, buscando a prevenção de doenças, o bem-estar dos trabalhadores e conseqüentemente a QVT. Na visão dos participantes, esses fatores e outros considerados externos ao ambiente laboral, interferem na produtividade, no bem-estar ocupacional e na QVT. Os participantes discutiram e analisaram a política da empresa em relação aos clientes e as relações de poder, além de responsabilidades, direitos e deveres dos trabalhadores e lideranças, o que pode contribuir para maior humanização do trabalho.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Como contribuições e implicações para a gestão de serviços de saúde a pesquisa contribui com estratégias de se identificar, junto aos trabalhadores, estratégias que podem proporcionar a pausa no trabalho e o bem-estar ocupacional, constituindo-se como produto da dissertação de mestrado profissional, tais como: preparo e harmonização do ambiente da pausa, cantinho da leitura, distribuição de copo sustentável para hidratação; cartilha e caixa de sugestões. Além disso, mobiliários, como as cadeiras dos operadores de caixa, foram substituídos, adequando-os ao trabalho. Enfim, espera-se que os resultados dessa pesquisa, sejam compartilhados junto as demais unidades da rede de hipermercados, além de subsidiar a pesquisa e reflexão de outros profissionais e outras empresas para promoção da QVT e o bem-estar ocupacional.

REFERÊNCIAS

SOUZA, C. C. **Ergonomia**: análise ergonômica do trabalho dos operadores de caixa de um supermercado. 2007. Monografia (Graduação em Administração) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

IMPLANTAÇÃO DO FAST TRACK E IMPACTOS NO DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Franciane Rocha Borges Esteves¹, Isabela Gonçalves Barros de Andrade²

PALAVRAS-CHAVE: Gestão da qualidade; hospitais; serviços de saúde

INTRODUÇÃO

A abordagem do fast track busca reduzir os tempos de espera para os pacientes em unidades de urgência e emergência, oferecendo uma alternativa para os que se apresentam com doenças e lesões menores, acelerar o atendimento de pacientes ambulatoriais com queixas menos urgentes (Graban, 2008), desviar o atendimento de pacientes que preenchem critérios clínicos específicos através de um fluxo separado no departamento de emergência (Leraci et al, 2008). Entre as principais características do Fast Track estão: a agilidade o fluxo dos pacientes menos urgentes / não complexos, equipe exclusiva (Womack 2005); o horário de funcionamento devem refletir os períodos de alta demanda (Considine et al 2010) - em alguns departamentos de emergência, a demanda pode ser suficiente para “Fast Track” operar por 24 horas, sete dias por semana; iniciar o tratamento mais cedo; os critérios de inclusão e exclusão são rigorosos e apoiados por protocolos; fácil acesso ao ambulatório de especialidade e serviços de referência na comunidade. Dessa forma visando a melhoria nos tempos de atendimento em um PA Pediátrico da região metropolitana de Belo Horizonte utilizou-se da ferramenta com o objetivo de redução dos tempos de espera e melhoria dos processos e da qualidade assistencial prestada, o projeto justifica-se pela necessidade de um atendimento equitativo e humanizado bem como observar os tempos de atendimento preconizado no Protocolo de Classificação de Risco de Manchester.

OBJETIVOS

Apresentar os resultados da implantação do fast track em um PA Pediátrico da região metropolitana de Belo Horizonte.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, retrospectivo, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa. Esta análise foi realizada no Pronto de Atendimento Pediátrico período de 01 de maio de 2019 a 31 de outubro de 2019. Os dados foram obtidos através do Sistema de Gestão Hospitalar da unidade, que concentra as informações dos atendimentos aos pacientes, incluindo os dados de classificação de risco do software utilizado na instituição. Nos meses de Maio, Junho e Julho foram realizadas auditorias nos prontuários a fim de verificar o horário do atendimento médico. As variáveis

¹ Especialista em Saúde pública e Bacharel em Gestão de Serviços de Saúde pela UFMG.

² Mestre em Gestão de Serviços de Saúde pela UFMG, Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Especialista em Gestão de Emergência em Saúde Pública pelo Instituto Sírio Libanês e Graduada em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

analisadas foram: Número de registro, Número de prontuário, Nome do Paciente, Hora da retirada da senha, Hora de cadastro pela recepção, hora da triagem e hora do atendimento médico. Para cada atendimento (Número de registro) foi calculado o Tempo para Atendimento Médico, obtido pela subtração da hora do atendimento médico pela hora da triagem (=hora do atendimento médico/hora da triagem). Devido à dificuldade em se determinar, ou mesmo registrar, o real momento em que um atendimento médico se inicia, foi denominado “Hora do Atendimento Médico” neste estudo o horário registrado no Sistema em que um profissional médico utilizou um computador instalado em um dos consultórios do Pronto Atendimento em questão para acessar o prontuário do paciente. Os pacientes classificados como vermelho são aqueles que apresentam sinais e sintomas de choque ou agravo à saúde com risco iminente de morte, sendo estabelecido pela metodologia do Sistema de Triagem de Manchester que o registro da classificação de risco destes pacientes seja realizado após o atendimento de urgência e estabilização do paciente. Na prática clínica, o paciente classificado como vermelho é encaminhado diretamente para a sala de emergência, que possui materiais, medicamentos e equipe assistencial prontamente disponível para atendimentos de emergência, antes mesmo de realizar o cadastro do paciente no sistema de gestão hospitalar. Ciente desta diretriz estabelecida pela Metodologia Manchester de Classificação de Risco e a prática clínica que oferece atendimento imediato aos pacientes classificados como Vermelho, estes não foram incluídos no cálculo do tempo de espera para atendimento. Após a auditoria manual nos prontuários físicos e das devidas exclusões, os dados foram analisados e identificado a adequação dos tempos de espera para atendimento médico conforme classificação de risco através do Sistema de Triagem de Manchester. Os dados foram tratados e analisados em planilhas eletrônicas através do software Excel, versão 2010. Para complementação do estudo foram analisados alguns artigos sobre a temática para fundamentação teórica. Para desenvolvimento do projeto foram realizadas reuniões com a equipe e através da demonstração do impacto financeiro, bem como, no impacto assistencial do não cumprimento dos tempos preconizados. A metodologia foi proposta e acatada pelo corpo clínico. O modelo foi implantado em Agosto e no estudo apresentamos os resultados anteriores e posteriores a implantação para verificação dos resultados. Para implantação do modelo houve a separação de um consultório para atendimento dos pacientes verdes e definiu-se que o médico responsável pelas observações da unidade seria destinado para os atendimentos dos casos muito urgentes, além disso, foi mantido um consultório com atendimento para todas as classificações.

RESULTADOS

Nos meses de março, abril e maio a unidade observou um aumento significativo nos atendimentos realizados devido ao período de arboviroses, observado em toda região metropolitana de Belo Horizonte e conseqüentemente o tempo de atendimento também foi aumentado. Ao analisar os dados foram considerados apenas os pacientes classificados como vermelhos (apenas para demonstração), laranjas, amarelos e verdes. Esses atendimentos representam mais de 96% dos atendimentos do PA e são os pacientes com maior necessidade de atendimento médico. Com a implantação da metodologia no PA houve um aumento significativo de pacientes atendidos dentro do prazo preconizado e o tempo médio para atendimento também foi reduzido, em maio apenas 1% dos pacientes laranjas eram atendidos em até dez minutos, em agosto, mês da implantação 20% e passou para 73% em setembro e 78% em outubro.

Em análise aos pacientes classificados como amarelo em maio apenas 16% dos pacientes eram atendidos em até 60 minutos, no mês da implantação do fast track a unidade alcançou 95% bem como nos meses de setembro e outubro. No que tange aos pacientes classificados como verdes a unidade saiu de 1% em maio para 75% em agosto, 82% em setembro e 76% em outubro. Também observou-se uma redução significativa no tempo médio de espera para atendimento médico em todas as classificações para os pacientes laranjas o tempo de espera passou de uma hora e cinquenta e quatro minutos (01h54) em maio para vinte minutos (00h20) em outubro, para os pacientes amarelos o tempo passou de duas horas e treze (02h23) em maio para vinte e dois minutos (00h22) em outubro, em relação aos pacientes verdes o tempo de espera passou de quatro horas e dois minutos (04h02) em maio para uma hora e dezesseis minutos (01h16) em outubro.

CONCLUSÃO

Como é possível observar a implantação do modelo fast track na unidade trouxe uma melhora significativa nos resultados apresentados pela unidade. É importante salientar que toda a equipe do PA contribuiu e participou da implantação e manutenção do projeto e com isso houve uma melhoria significativa nos resultados da unidade bem como na qualidade da assistência prestada aos usuários. A implantação do fast track na unidade não foi precedida de altos custos de investimento e foi notória a melhoria dos processos de trabalho na instituição após sua implantação.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A filosofia Lean apresentou ao setor saúde muitas ferramentas anteriormente utilizadas apenas na indústria ou no setor de serviços e com isso houve um ganho exponencial no que tange a melhoria dos processos e dos fluxos nas instituições que optaram pela implantação de algumas dessas ferramentas. Como gestor de serviços de saúde é fundamental entender as novas tecnologias e principalmente utilizar delas como ferramentas para melhoria da qualidade assistencial, gestão de estoque, gestão de equipes e com isso reduzir os custos institucionais. O Fast track traz esse olhar para o setor saúde, de que é possível fazer melhor com o mínimo investimento possível ou as vezes nenhum investimento, além disso a sua metodologia, além de comprovadamente reduzir o tempo de espera, também contribui com a equidade, uma vez que, no fluxo da ferramenta, somente os pacientes que necessitam de atendimento médico de urgência terão o atendimento realizado na unidade, enquanto os demais serão analisados pelo médico e o tratamento será realizado em casa.

REFERÊNCIAS

CONSIDINE, Julie & Kropman, Matthew & Stergiou, Helen. (2010). Effect of clinician designation on ED fast track performance. *Emergency medicine journal* : EMJ. 27. 838-42. 10.1136/emj.2009.083113.

GRABRAN, M. **Lean Hospitals** – Improving Quality, Patient Safety, and Employee Satisfaction. Nova Iorque. Taylor & Francis Group, 2009.

LERACI, Susan & Digiusto, Erol & Sonntag, Paul & Dann, Linda & Fox, Debra. (2008). Streaming by case complexity: Evaluation of a model for emergency department Fast Track. *Emergency medicine Australasia : EMA*. 20. 241-9. 10.1111/j.1742-6723.2008.01087.x.

WOMACK, J. P. **Going Lean in Healthcare**. Innovation series 2005, Intitute for healthcare Improvement, 2005.

EIXO TEMÁTICO: TECNOLOGIAS GERENCIAIS EM SAÚDE (TGS)

Coordenadora: Prof^a. Dr^a. Karla Rona da Silva

Artigos Completos

ABSENTEÍSMO POR MOTIVO DE DOENÇA: ESTUDO DE CASO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTA E PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Richardson Warley Siqueira Luzia¹; Adriane Vieira²; Márcia Mascarenhas Alemão³; Karla Rona da Silva⁴

Resumo

A Unidade de Terapia Intensiva de um hospital requer um nível de atenção elevado, pois os profissionais precisam lidar com as demandas diversas dos pacientes e dos familiares, podendo potencializar o sofrimento, o adoecimento e absenteísmo. O objetivo geral deste trabalho foi analisar as condições de trabalho, os motivos do adoecimento e as consequências do absenteísmo por doença de uma unidade de terapia intensiva adulta e outra pediátrica, de um hospital público estadual de urgência e emergência. Trata-se de um estudo de caso com a realização de 13 entrevistas semiestruturadas submetidas a análise de conteúdo. Foram identificadas várias situações que contribuem para o adoecimento, como a sobrecarga de trabalho em função do perfil assistencial do paciente, o acúmulo das atividades durante o plantão, mais de um vínculo de trabalho, as falhas na comunicação entre a equipe multiprofissional, o risco biológico e os fatores externos. A gravidez ainda é vista como um problema para a gestão de pessoas e o trabalhador que adoece repetidamente é rotulado como pouco produtivo. Considera-se necessário realizar intervenções que busquem melhoria das condições de trabalho e da saúde do trabalhador, bem como melhor preparar chefias para gerenciar as equipes.

PALAVRAS-CHAVE: absenteísmo, hospital, profissionais de saúde.

1 INTRODUÇÃO

Segundo Primo, Pinheiro e Sakurai (2010), o hospital se apresenta como um ambiente insalubre, podendo causar danos físicos e psíquicos aos trabalhadores. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em especial, requer um nível de atenção elevado no que se refere à organização das rotinas e à comunicação entre os membros da equipe, por ser um espaço destinado a cuidados multiprofissionais de pacientes que apresentam quadros clínicos graves, e que por isto necessitam de monitoramento constante e especializado.

Os que trabalham nestes locais estão expostos a diversos agentes estressores, dentre eles as longas jornadas de trabalho, o número insuficiente de profissionais na escala, além da falta de reconhecimento profissional. A responsabilidade excessiva pela quantidade e variedade das tarefas e a falta de interação entre os colegas são outros fatores que tornam o ambiente mais susceptível ao sofrimento e ao esgotamento (ROSA; CARLOTTO, 2005; LUCCHESI; MACEDO; MARCO, 2008; SANTANA *et al.*, 2016).

¹ Mestre em Gestão de Serviços de Saúde, Escola de Enfermagem/UFMG, e-mail: richardsonenf@gmail.com

² Doutora em Administração, Escola de Enfermagem/UFMG, vadri.bh@gmail.com.

³ Doutora em Administração, Escola de Enfermagem/UFMG, marcia.alemao@yahoo.com.br.

⁴ Doutora em Enfermagem, Escola de Enfermagem/UFMG, karlarona0801@gmail.com

Considerando esse cenário, o objetivo geral desta pesquisa foi analisar as condições de trabalho, os motivos do adoecimento e as consequências do absenteísmo por doença de uma unidade de terapia intensiva adulta e outra pediátrica, de um hospital público estadual de urgência e emergência. O artigo está estruturado em cinco seções, incluindo a introdução. A segunda seção contém do referencial teórico e a terceira a metodologia da pesquisa. Na quarta apresenta-se a descrição e análise dos resultados. Na quinta seção são formuladas as considerações finais, com sugestões para novos estudos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A ausência ao trabalho, denominada de absenteísmo segundo Inoue *et al.* (2008) e Furlan e Stancato (2013) pode estar vinculada a pelo menos cinco motivos: doença; acidente; legal (nojo, gala, doação de sangue e de serviços militares); compulsório, ou seja, atribuído pelo empregador ou agentes externos; e voluntário, de ordem particular e não justificada. Nesta pesquisa, explora-se o absenteísmo motivado por doença.

A ausência dos trabalhadores no ambiente de trabalho é considerada onerosa para as organizações, pois gera a necessidade de substituição ou pagamento de horas extras para compensar o trabalho não realizado. Além disso, essa situação gera custo indireto, que é a sobrecarga do colega de mesmo setor e a redução da qualidade do serviço prestado (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

Pinhatti *et al.* (2018) relatam que a saúde mental daqueles trabalhadores que atuam em instituições de saúde vem ganhando destaque devido as exigências psicossociais e emocionais próprias deste tipo de serviços prestado. O convívio próximo ao sofrimento humano, em períodos prolongados nas situações de dor, sofrimento e morte na assistência aos pacientes, contribui para desencadear desgastes físicos e mentais nos profissionais da saúde. Esses riscos são potencializados quando o absenteísmo em determinado ambiente é elevado.

A UTI é um local destinado à assistência aos pacientes instáveis e graves, considerado de alta complexidade por fazer uso de um aparato tecnológico informatizado e indispensável para a assistência (BACKES; ERDMANN; BUSCHER, 2015). O alto índice de mortalidade dos pacientes aumenta o medo dos familiares e do próprio paciente de permanecerem por longo tempo neste local, resultando em sobrecarga emocional para as equipes de saúde (BACKES; ERDMANN; BUSCHER, 2015).

Os riscos a que estão expostos os profissionais da UTI são diversos. Os físicos envolvem fraturas e luxações pela manipulação de peso, exposições a ruídos, temperaturas extremas e radiações ionizantes. Os riscos químicos estão relacionados com os gases, vapores líquidos e medicamentos. Os riscos biológicos estão vinculados aos microrganismos patogênicos, cargas mecânicas e as possibilidades de acidentes por instrumentos perfuros cortantes (CAMPOS; DAVID, 2010).

Condições de trabalho inadequadas, baixa remuneração, falta de recursos humanos e materiais são outros fatores estressantes enfrentados pelas equipes, gerando quadros de somatização, ansiedade e depressão, que podem potencializar o absenteísmo (LUCCHESI; MACEDO; MARCO, 2008; BOLELA; JERICÓ, 2006). Por essa razão, torna-se imprescindível entender a dinâmica de funcionamento desta unidade (INOUE *et al.*, 2008).

Pesquisa realizada por Machado *et al.* (2011), em uma unidade de terapia intensiva, evidenciou que a exposição prolongada a fatores de riscos ocupacionais e um ambiente de trabalho estressor favorecem o desenvolvimento da síndrome de *Burnout* na equipe de enfermagem, ou seja, um quadro de exaustão emocional e falta de energia para lidar com rotinas da prática profissional.

Estudo de Primo, Pinheiro e Sakurai (2010) apontou que os cargos com mais prevalência de afastamento por doença são os de enfermagem, seguidos por profissionais de outras categorias da saúde e de apoio administrativo. Em relação ao agrupamento das doenças prevalentes por eles identificadas, os transtornos mentais representaram 23,5% do total da amostra, sendo seguidos pelas doenças do grupo osteomuscular e do tecido conjuntivo, no total de 17,3%. Em relação aos profissionais predominantes nas licenças, a enfermagem ocupou a primeira posição, sendo seguida pelo apoio administrativo.

Diante do sofrimento e adoecimento apontados pelas pesquisas, concordamos com Brant e Minayo-Gomez (2009) que se faz necessário um olhar mais articulado na gestão do trabalho, para avaliar as estratégias e as possibilidades de intervenções mais adequadas.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

O método adotado foi o estudo de caso (YIN, 2001). A unidade de análise foi o absenteísmo dos profissionais de saúde que atuam na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI Adulto) e na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI Pediátrica), de um hospital público referência em urgência e emergência, localizado no Estado de Minas Gerais, denominado Hospital Estadual Alfa (HEA).

De acordo com as bases de dados consultadas, A UTI Adulto possuía 317 trabalhadores, distribuídos em três subunidades: a Ala A era composta por 21 leitos; a Ala B por 13 leitos; e Ala C por 14 leitos. Dos 48 leitos existentes, quatro eram de isolamento. A unidade da UTI Pediátrica possuía 49 trabalhadores que atendiam a oito leitos, sendo dois de isolamento.

Somando as duas UTIs, 83,88% dos trabalhadores eram do sexo feminino e 16,12% do sexo masculino. No que se refere a escolaridade, 44,81% possuíam nível médio e 23,22% nível superior, os demais haviam concluído o nível técnico ou segundo grau. As categorias profissionais de interesse da pesquisa foram: enfermeiro; técnico de enfermagem; nutricionista; psicólogo; fisioterapeuta; e médico. Para definição da composição da amostra foi realizado levantamento em um banco de dados com informações que possibilitaram reconhecer a quantidade, o número de dias de afastamento e os motivos das licenças médicas de todos os trabalhadores das UTI Adulto e Pediátrico, no período de 2014 a 2018.

De posse dos nomes foi possível localizar os participantes que interessavam a pesquisa, entrevistando-se dois sujeitos de categoria profissional, um com o maior e outro com menor número de dias de ausências ao trabalho motivados por doença. Portanto, a técnica de amostragem utilizada foi a não-probabilística, por acessibilidade e por tipicidade (VERGARA, 1998).

A Tabela 1 apresenta o código da entrevista, a categoria profissional, setor ao qual pertencia o trabalhador, o sexo, e o número total de ausências motivadas por doença em dias, no período de 2014 a 2018.

Tabela 1 - Perfil profissional dos participantes da pesquisa e número de ausências ao trabalho no período de 214 a 2018

Código	Categoria profissional	Setor	Sexo	Número de ausências motivadas por doença
E1	Enfermagem	UTI Adulto	Feminino	4
E2	Enfermagem	UTI Adulto e Pediátrica	Feminino	15
TE1	Enfermagem	UTI Adulto	Feminino	33
TE2	enfermagem	UTI Adulto	Feminino	10
N1	Nutricionista	UTI Adulto e Pediátrica	Feminino	17
P1	Psicólogo	UTI Adulto e Pediátrica	Feminino	12
P2	Psicólogo	UTI Adulto e Pediátrica	Feminino	2
F1	Fisioterapeuta	UTI Adulto e Pediátrica	Feminino	4
F2	Fisioterapeuta	UTI Adulto e Pediátrica	Feminino	23
MA1	Médico	UTI Adulto	Feminino	9
MA2	Médico	UTI Adulto	Feminino	6
MP1	Médico	UTI Pediátrica	Feminino	1
MP2	Médicos	UTI Pediátrica	Feminino	1

Fonte: elaborado pelos autores.

Para proteger o anonimato do participante foi utilizada uma sigla identificadora, composta pela letra inicial da categoria profissional, seguida do numeral que identificava a ordem de realização da entrevista.

A única categoria profissional que teve apenas um entrevistado foi a de nutricionista, porque existiam apenas três, sendo que um faltou 17 vezes no período e foi entrevistado. O segundo, faltou três vezes, no entanto, estava de férias no período da pesquisa, e o terceiro não estava nos dias em que as entrevistas foram realizadas.

A técnica de coletas utilizada foi a entrevista semiestruturada, cujos dados foram submetidos a análise de conteúdo do tipo categorial temática (Franco, 2008).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, com o CAAE: 15847819.2.3001.5119 e da organização hospitalar em estudo.

4 CONDIÇÕES DE TRABALHO E ADOECIMENTO

O ambiente da UTI é de alta complexidade tecnológica, indispensável para a assistência de pacientes instáveis e graves, requerendo das equipes capacitação e agilidade nas situações de emergência iminente (LUCCHESI; MACEDO; MARCO, 2008; BACKES; ERDMANN; BUSCHER, 2015). Além disso, as condições de trabalho costumam ser desfavoráveis em função da remuneração baixa, falta de recursos humanos e materiais, demandas variadas e interrupções frequentes do atendimento em andamento, que prejudicam a qualidade do serviço prestado e tiram a concentração, aumentando o desgaste físico e emocional do profissional (BOLELA; JERICÓ, 2006; MIRANDA; STANCATO, 2008; ALBUQUERQUE *et al.*, 2015).

Partindo destes pressupostos teóricos, perguntou-se: O que mais lhe incomoda em relação às condições de trabalho neste hospital?

O que mais me incomoda no ambiente de trabalho é que a gente se dedica muito e não tem o mesmo comprometimento por parte dos colegas. (PEE2)

Acho que aqui é um ambiente muito pesado, muito carregado. Tem muito paciente grave, paciente se queixando de dor. Acho que aqui no CTI, tem muito barulho também. (PET2)

O que me incomoda, às vezes, é o excesso de barulho. Às vezes, o excesso de demanda. A gente é chamado o tempo todo por várias situações diferentes e o raciocínio é interrompido. Você não consegue terminar o que você começou, sem antes ser chamado cinco a seis vezes. (PMP2)

O quarto de descanso é muito, muito ruim. Você não consegue ter um momento, assim, de silêncio. A relação interpessoal da equipe é muito ruim. Eles já trazem problemas de casa e não conseguem lidar com isso no ambiente de trabalho. Isso gera muita discórdia. (PMA2)

Está todo mundo acumulado com esse cansaço. Então, o nível de impulsividade e de impaciência das pessoas é muito grande. Tem que conviver com pessoas que estão extremamente adoecidas, extremamente cansadas e esgotadas. (PP2)

Quando você não tem material adequado para um procedimento, isso, realmente é uma coisa que, às vezes, você fica angustiado. Mas você tenta fazer com o que tem. (PMP1)

O que mais me incomoda é que as pessoas não resolvem as coisas para a gente. A gente fala na coordenação e não resolve. É a má vontade dos supervisores. (PET1)

Em relação ao ambiente e às condições de trabalho, vários condicionantes têm gerado insatisfação, o barulho é um deles. Segundo Santos et al. (2011), ambientes fechados como o da UTI podem gerar estresse e reações emocionais em vários níveis, como ansiedade, conflito e irritabilidade. Além disso, o barulho provocado pelas bombas de infusão e dos ventiladores mecânicos também prejudicam a comunicação entre membros da equipe, sendo necessário elevar o tom de voz para se fazer compreendido (LEITÃO; FERNANDES; RAMOS, 2009).

O cansaço está relacionado aos plantões, especialmente os noturnos, quando trabalham sozinhos ou com um quadro bastante reduzido. O período da tarde também é considerado cansativo, em função das altas hospitalares, que demandam muita atenção ao paciente, além da realização dos procedimentos administrativos diversos para liberação dos leitos.

Além disso, os trabalhadores da UTI desenvolvem atividades que exigem esforço físico e a ocorrência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) tem aumentando nas últimas décadas (MIRANDA; STANCATO, 2008). A jornada e o plantão dentro da UTI são puxados e desafiadores e, o trabalho no período noturno, impõe ainda mais sobrecarga e dificuldade de descanso.

Nesse contexto, várias situações podem contribuir para o adoecimento, as mais citadas pelos participantes desta pesquisa foram: sobrecarga de trabalho em função do perfil assistencial do paciente; acúmulo das atividades durante o plantão. mais de um vínculo de trabalho; comunicação deficiente entre os membros das equipes multiprofissionais; o risco biológico; e fatores externos como os familiares.

Você tem pouco tempo para tomar decisões muito precisas. Você tem que resolver coisas burocráticas que, às vezes, não são da sua área. No final do plantão você chega à conclusão que não fez nada do que deveria fazer. Rodei, rodei, rodei e não consegui fazer o que eu precisava fazer. É uma sensação de frustração muito grande. (PEE2)

É um setor que te demanda muito, cobra muito e o médico está sempre te pedindo e cobrando. Você lida com a vida e com a morte o tempo todo (PET2)

Tem vários fatores aqui que são desafiadores para saúde mental. O nosso risco com material biológico, risco de infecção com paciente que está com bactéria multirresistente. Risco de contaminação com sangue e de doenças. Eu acho que a gente é exposto, em muitos momentos, a muitas histórias tristes, muitas situações ruins agudas, de traumas que vêm de uma família com uma carga muito pesada. (PMP2)

Eu acho que é um acúmulo de horas trabalhadas. Muita gente faz, com frequência, plantão noturno e diurno emendado. (PMA2)

Como não tem uma interação boa com a equipe, psiquicamente, a sobrecarga gera frustração. PFT2)

Falta progressão na carreira, não tem incentivo financeiro. É um ambiente muito pesado de carga de trabalho física, emocional e espiritual. Tem que ficar muito firme no nosso tripé família, fé e profissão. (PFT1)

Como é possível identificar nos relatos, são muitos os motivos para o adoecimento neste tipo de ambiente de trabalho. De forma semelhante, pesquisa realizada por Aguiar e Oliveira (2009) revelaram que o ambiente de trabalho das organizações hospitalares favorece o desenvolvimento de estresse, associado às várias situações de trabalho, como: as pressões por produtividade, pressão do tempo, falta de interação e comunicação entre membros da equipe e chefia, além dos fatores pessoais e familiares que interferem no desempenho nas atividades no trabalho. Os autores afirmam ainda que essas situações geram um alto desgaste físico e mental, podendo contribuir para o absenteísmo por doença nesses trabalhadores.

Guerra *et al.* (2016) relatam que o sistema de horários provenientes dos trabalhadores de turno pode trazer dificuldades no plano de vida familiar e social, contribuindo para a construção de quadros de depressão, irritabilidade, infelicidade, sensação de diminuição da autoestima e humor.

Eu sempre tive muita dificuldade para dormir, por trabalhar quase 20 anos no período noturno. Isso, me levou a uma estafa. Eu fiquei quase um mês sem conseguir dormir. Tomei quetiapina em dosagens muito altas para conseguir dormir e, por isso, tive que sair do plantão noturno. (E2)

Só consigo descansar nas noites que não estou de plantão. Minha vida de final de semana, atualmente, anda muito cheia, porque estou fazendo uma pós-graduação. (MP2)

O cumprimento da jornada é estabelecido em acordo celebrado entre a chefia e o servidor, por meio de escala de trabalho ou de plantão, sendo comum as trocas entre os trabalhadores com a permissão da chefia imediata.

Por isso, é normal o cumprimento das 24 horas interruptas ou mais para as categorias profissionais nesta instituição, apesar de a literatura apontar que carga horária acumulada, predispõe o trabalhador ao adoecimento.

A maioria dos participantes relatou que tem dificuldades para dormir e/ou não dorme bem. Alguns revelaram fazer uso de medicação para estimular o sono. Quanto ao lazer faltam oportunidades, os momentos de folga na escala são utilizados para ficar com família.

Segundo Leitão, Fernandes e Ramos (2009), os distúrbios relacionados ao descanso e ao sono são os que mais prejuízos trazem à saúde do trabalhador. Eles também registraram relatos sobre a acordar durante a noite com a sensação de ouvir os alarmes dos aparelhos e episódios de insônia.

5 CONSEQUÊNCIAS DO ABSENTEÍSMO

A pergunta que deu origem a esta categoria temática foi: O absenteísmo é um problema na sua unidade? Por quê? A maioria dos participantes reconheceu que o absenteísmo leva a situações de sobrecarga e excesso de trabalho.

Sim. A gente chega no limiar de pressões no trabalho. Chega em um momento em que o seu corpo não consegue responder mais e acaba tendo que se afastar. (E2)

A nossa equipe médica é muito comprometida, raramente apresenta um atestado por qualquer motivo que seja. A gente vem trabalhar doente, passando mal. (MP2)

Na hora que não estou no hospital por uma licença médica, eu estou sobrecarregando mais ainda um colega meu. Imagina, eu estou com um colega que vai pegar um mês de uma licença porque está adoecida. Claro que a relação com ele vai ficando estremecida também. (P2)

Sim, com certeza. As pessoas aqui adoecem muito. Ou, então, elas não aceitam que são doentes e não pedem atestados, por causa do salário que cai. (TE1)

Para Marques *et al.* (2015) os profissionais de enfermagem constituem o maior contingente hospitalar, sendo, portanto, a categoria profissional que apresenta mais riscos de adoecimentos, devido ao desgaste e tensão e pelo contato maior com o sofrimento e com a morte.

Na categoria dos médicos, a alta carga de trabalho decorre dos múltiplos vínculos empregatícios, gerando fatores predisponente para doenças ocupacionais, físicas e mentais (Maciel *et al.*, 2014).

As reações das equipes e chefias ao absenteísmo são diversas e, às vezes, ambíguas. Nem sempre existe compreensão sobre o fato de que o absenteísmo pode ter sido motivado pelo adoecimento no trabalho, porque o ritmo é intenso e, nem mesmo as chefias têm tempo para conversar e analisar cada caso.

Muitas vezes se escuta: o fulano está fazendo corpo mole, o fulano está pirraçando, o fulano não quer vir. (E2)

O corpo adocece por vários motivos. Às vezes, até mesmo para pedir socorro. Então, as pessoas são vistas como máquinas, não são vistas como seres humanos. (N1)

O problema que a gente tem agora, talvez, seja o número de mulheres grávidas. (MP1)

Chama a atenção o relato de MP1, informando que a gravidez ainda é vista como um problema, e não um direito de a mulher constituir uma família. Note-se que o presenteísmo também foi apontado como um problema, pois quando o trabalhador exerce suas funções doente ele pode comprometer a qualidade do atendimento prestado (ARAÚJO, 2012). Essa situação é estimulada pelo fato de o Hospital ter instituído no ano de 2017 o adicional por dia efetivamente trabalhado, um estímulo financeiro, para que ele venha trabalhar mesmo não estão em condições para tal. Apesar de todas as dificuldades os entrevistados se identificam com o setor e com o hospital. Afirmam ter prazer e orgulho de trabalhar neste local e se sentem realizados com o que fazem. Por essa razão, o ambiente da UTI é considerado complexo pelos pesquisadores, composto por fontes estressoras no ato de cuidar, comunicar, interagir com família, mas, também fontes de prazer, de entrega à profissão, de retorno pelo trabalho realizado com a cura ou sobrevida do paciente. Portanto, segundo Paula (2006) o erro, esquecimento ou falta de algum material, pode gerar consequências graves e proporcionar sofrimento para esses trabalhadores.

Eu amo o que eu faço! Sempre tive certeza do que eu queria ser enfermeira. (E2)

Aqui é um lugar desafiador. A gente vê muita coisa que nos faz crescer como profissionais, como ser humano. (MP2)

Acho que o salário daqui é relativamente bom e, eu, preciso dele. (MA2)

A UTI é a caverna do dragão. Quando a gente entra, não sai mais. (F1)

Dois participantes relataram que seria importante se houvesse um serviço de acompanhamento psicológico dos trabalhadores para atuar no início do adoecimento, de forma preventiva, desenvolvendo ações que visem minimizar os agravos na saúde. Um participante sugeriu ações de promoção em saúde, como a abordagem ergonômica e a ginástica laboral entre as jornadas. E chamou a atenção para o importante papel da chefia na gestão do clima organizacional. Como explicam Campos e David (2010), ambientes organizacionais harmoniosos e com relações satisfatórias aumentam a confiança entre chefia e trabalhador, por outro lado, relações conflituosas prejudicam e impedem melhorias e mudanças na estrutura da organização de trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise qualitativa dos dados obtidos por intermédio das 13 entrevistas realizadas no setor da UTI Adulto e Pediátrica demonstrou que a sobrecarga, o estresse, o acúmulo de atividades, o plantão, os relacionamentos entre a equipe, o perfil e a demanda do paciente podem estar ocasionando o adoecimento e afastamentos do trabalho.

Em relação ao ambiente e às condições de trabalho, vários condicionantes têm gerado insatisfação como o barulho, as demandas variadas e as interrupções do atendimento em andamento. Os participantes relataram que o cansaço está relacionado aos plantões, em função do número de horas de trabalho ininterrupto, principalmente, no horário noturno, pelo fato de trabalharem sozinhos ou com um quadro de profissionais reduzido.

A maioria dos entrevistados relatou que tem dificuldades para dormir. Nos momentos de folga na escala, eles aproveitam para ficar com família, filhos e maridos, sobrando poucas alternativas de lazer.

A maioria dos participantes reconhece que o absenteísmo é um gerador de dificuldades, causando sobrecarga e excesso de trabalho para os que estão presentes. As reações ao absenteísmo são diversas e, às vezes, ambíguas. Nem sempre existe compreensão sobre o fato dele ter sido motivado pelo adoecimento real provocado pelo próprio trabalhado, porque o ritmo é intenso e nem sempre as chefias têm tempo para analisar cada caso e buscar soluções através do diálogo. O presenteísmo também foi apontado como um dos problemas vivenciados no ambiente de trabalho.

Apesar de todas as dificuldades e situações estressantes geradas, todos os entrevistados demonstraram que se identificam com o setor e com o hospital. Afirmaram ter prazer e orgulho de trabalhar neste local e se sentem realizados com o que fazem.

Em relação a gestão foram relatadas várias situações que merecem atenção por parte da organização, tais como: sobrecarga de trabalho; conforto do ambiente; escuta aos profissionais sobre a sua saúde mental. Considera-se necessário, portanto, realizar intervenções que busquem melhoria das condições de trabalho e da saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

- ABREU, R. M. D.; GONCALVES, R. M. D. A.; SIMOES, A. L. A. Motivos atribuídos por profissionais de uma unidade de terapia intensiva para ausência ao trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 386-393, 2014.
- AGUIAR, G. A.; OLIVEIRA, J. R. Absenteísmo: Suas principais causas e consequências em uma empresa do ramo de saúde. **Revista de Ciências Gerenciais**, São Paulo, v. 13, n. 18, p. 95-113, 2009.
- ALBUQUERQUE, S. G. E. et al. Fatores de risco à segurança do enfermeiro na unidade de terapia intensiva de um hospital geral. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 19, n. 2, p. 135-142, 2015.
- ARAÚJO, J. P. **Afastamento do trabalho: absenteísmo e presenteísmo em uma instituição federal de ensino superior**. 2012. 122 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) -Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

- BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 411-8, 2015.
- BOLELA, F.; JERICO, M. C. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 301-309, 2006.
- BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. M. Manifestação do sofrimento e resistência ao adoecimento na gestão do trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 237-247, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução RDC nº 7 da ANVISA, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidades de terapia intensiva e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 2 ago. 2020.
- CAMPELO, C. L. et al. Absenteísmo na enfermagem: análise do estado da arte. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 9, n. 1, p. 207-215, 2016.
- CAMPOS, J. F.; DAVID, H. M. S. L. Custo humano no trabalho: avaliação de enfermeiros em terapia intensiva à luz da psicodinâmica do trabalho. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 24, n. 1/3, p. 23-32, 2010.
- CARLOTTO, M.S.; CAMARA, S.G. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 325-332, 2007.
- INOUE, K. C. et al. O absenteísmo-doença de uma equipe de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 209-214, 2008.
- FURLAN, J. A. S.; STANCATO, K. Fatores geradores do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital público e um privado. **Revista de Administração da Saúde**; v. 15, n. 60, p. 111-120, 2013.
- GUERRA, P. C. et al. Sono, qualidade de vida e humor de profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva pediátrica. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 279-285, 2016.
- LEITÃO, I. M. T. A.; FERNANDES, A. L.; RAMOS, I. C. Saúde ocupacional: analisando os riscos relacionados à equipe de enfermagem numa unidade de terapia intensiva. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Fortaleza, v. 7, n. 4, p. 476-484, 2009.
- LIMA, F. B. **Prazer e sofrimento na prática laboral do enfermeiro em uma UTI**. 2014. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.
- LUCCHESI, F.; MACEDO, P. C. M.; MARCO, M. A. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 19-30, 2008.
- MACEDO, M. A. **Nível de estresse em fisioterapeutas que atuam na UTI de hospitais públicos no município de Campina Grande/PB**. 2011. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.
- MACHADO, R. M. et al. Síndrome de Burnout em centro de terapia intensiva infantil da região centro-oeste de Minas Gerais. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. Minas Gerais, v. 1, n. 2, p. 201-209, 2011.
- MACIEL, R. H. et al. Multiplicidade de vínculos de médicos no estado do Ceará. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 950-956, 2010.

- MARQUES, D. O. et al. O absenteísmo - doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 5, p. 876-882, 2015.
- MIRANDA, É. J. P.; STANCATO, K. Riscos à saúde de equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva: proposta de abordagem integral da saúde. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 68-76, 2008.
- PAULA, E. H. **Custo humano da atividade e estratégias de mediação em UTI no distrito Federal: “Enquanto há vida, há esperança”**. 2006. 111 f. Dissertação (Mestrado no Instituto de Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
- PINHATTI, E. D. G. et al. Distúrbios psíquicos menores na enfermagem: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 5, p. 2176-2183, 2018.
- PRIMO G. M. G.; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E. Absenteísmo por doença em trabalhadores de uma organização hospitalar pública e universitária. **Revista Médica de Minas Gerais**. Belo Horizonte, v.20, n.2, supl 2, p. 47-58, 2010;
- ROSA, C.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 1-15, 2005.
- SANTANA, L. L. et al. Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, n. e53485, 2016.
- SANTOS, S. N. et al. Intervenção psicológica numa unidade de terapia intensiva de cardiologia. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 50-66, 2011.
- VASCONCELOS, D. V. et al. Absenteísmo em dois hospitais públicos de Minas Gerais: perfil epidemiológico. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte v. 27, (supl 1), p. 4-10, 2017.
- VERGARA, S C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 2a. ed. São Paulo: Atlas, 1998
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO EM CIRURGIAS DE REMOÇÃO DE ÓRGÃOS SÓLIDOS PARA TRANSPLANTE

Edna Andréa Pereira de Carvalho¹; Shirlei Moreira da Costa Faria²; Messias Inácio da Silva Carvalho³; Selme Silqueira de Matos⁴; Carolina Braga de Resende⁵; Karla Rona da Silva⁶

RESUMO

Objetivo: Descrever o processo de trabalho do enfermeiro em cirurgias de remoção de órgãos sólidos para transplante. **Método:** Estudo descritivo, exploratório e qualitativo. A coleta de dados foi realizada com 9 enfermeiros, por meio de entrevista semiestruturada e a análise dos dados foi realizada através da técnica de análise de conteúdo. **Fundamentação Teórica:** O referencial foi subsidiado por contextualizações no campo de uma “Breve contextualização histórica e legal” e reflexões sobre “A equipe de enfermagem nos transplantes”. **Resultados:** Os resultados foram organizados em categorias temáticas, a saber: Perfil profissional dos participantes; Organização dos materiais e insumos para a cirurgia de remoção de órgãos sólidos; Documentação do doador e processo de remoção; Início da cirurgia e perfusão; Acondicionamento e transporte dos órgãos. **Considerações finais:** Este estudo apresenta elementos de fundamentação para que enfermeiros formulem seus *checklists*, impressos sistemáticos, fluxos assistenciais e tenham uma melhora na organização do processo de trabalho relacionado à cirurgia de órgãos sólidos para transplantes.

PALAVRAS-CHAVE: Transplante de Órgãos; Cuidado de Enfermagem; Educação Continuada.

INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos e tecidos é um procedimento terapêutico bem estabelecido mundialmente que consiste, resumidamente, na remoção ou isolamento de uma parte do corpo de um indivíduo para ser implantado em outra pessoa. Para que isso aconteça, faz-se necessária a obtenção de órgãos saudáveis advindos principalmente de indivíduos em Morte Encefálica (ME) (GOIS et al., 2017; PASZCZUK, 2011).

Os transplantes de órgãos sólidos ganharam impulso nas últimas décadas e consolidaram-se como opção terapêutica eficaz para pacientes com doença terminal

¹Enfermeira- Mestre em Gestão de Serviços de Saúde, Hospital das Clínicas Universidade Federal de Minas Gerais/Ebserh – e-mail: ednacarvalhopereira222@gmail.com.

²Enfermeira- Graduando Gestão de Serviços de Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais - e-mail: shirleidacosta16@gmail.com.

³Engenheiro de Produção- Graduando Gestão de Serviços de Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais – e-mail: messiascarvalho2014@outlook.com

⁴Doutora em Enfermagem, Docente Universidade Federal de Minas Gerais- selmesilqueira@gmail.com

⁵Doutora em Ciências da Saúde, Servidora Pública Universidade Federal de Minas Gerais- carolbresende@gmail.com

⁶Doutora em Biomedicina, Docente Universidade Federal de Minas Gerais – e-mail: karlarona0801@gmail.com

de órgãos. Tal evolução deve-se especialmente a avanços nas técnicas cirúrgicas, na preservação dos órgãos, à melhoria do cuidado pré-operatório e ao uso de imunossupressores mais seletivos (PÊGO-FERNANDES; PESTANA; GARCIA, 2019).

A Enfermagem, que incorpora o saber de várias ciências em sua formação profissional, dentre elas, a Administração, faz-se presente no transplante desde a realização do primeiro procedimento no Brasil, em 1964, o transplante renal (CINTRA; SANNA, 2005).

A assistência de Enfermagem exige do profissional enfermeiro o desenvolvimento de competências que visam a atender, com qualidade, às demandas dos clientes, seus familiares e da comunidade referentes aos aspectos fisiológico, patológico e psicossocial. Nesse cenário, o enfermeiro, como membro da equipe multidisciplinar, exerce papel vital para o sucesso do programa de transplantes, necessitando aperfeiçoar seus conhecimentos, habilidades e atitudes (MENDES et al., 2012).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) regulamenta o papel do enfermeiro no processo de doação de órgãos e tecidos e atribui a esse profissional as competências: o planejamento; a execução; a coordenação; a supervisão; e a avaliação dos procedimentos de Enfermagem prestados ao doador. Dessa forma, as atividades do enfermeiro direcionadas ao paciente transplantado abrange desde cuidado pré-transplante a nível ambulatorial até os cuidados intensivos a nível de unidade de terapia intensiva, e a remoção de órgãos no centro cirúrgico (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004; 2019).

As atividades do enfermeiro na equipe de remoção de órgãos iniciam-se quando a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) comunica à instituição transplantadora a existência do potencial doador. A partir de então, o profissional enfermeiro, membro da equipe de remoção de órgãos para transplantes, inicia uma série de atividades presenciais e a distância que vão desde a confirmação do horário de início da cirurgia de remoção, passando pela seleção dos materiais, instrumentais e soluções necessárias à realização do procedimento e perfusão do órgão a ser transplantado, até a gestão da sala cirúrgica onde ocorrerá o transplante. Nesse contexto, a atuação do enfermeiro nas equipes transplantadoras potencializa o processo de captação-transplante. Este realiza a perfusão, preservação e transporte adequados dos órgãos retirados e colabora para a segurança do procedimento (NEGREIROS et al., 2016; PEREIRA, 2012).

A literatura científica disponível apresenta instrumentos descritivos a cerca da técnica cirúrgica, manejo do paciente submetido a transplante de órgão sólido, avaliação de enfermagem do paciente no período pré-operatório e de recuperação pós-anestésica, subsidiadas por recomendações descritas no Programa de cirurgias Seguras Salvam Vidas (PCSSV) – biênio 2007 e 2008, que objetivam a diminuição da morbimortalidade e a elevação dos padrões de qualidade em serviços de assistência à saúde. Contudo, não contemplam recomendações que possam contribuir para a sistematização das atividades realizadas pelos enfermeiros durante as cirurgias de remoção de órgãos sólidos para transplante.

Assim, este estudo é de grande relevância porque preenche uma lacuna literária associada à ausência de documentos que embasam a sistematização do processo de trabalho do enfermeiro no transplante de órgãos. Além disso, esse trabalho contribui, significativamente, para o aumento na segurança da assistência a saúde dos pacientes, aumentando as chances de sucesso dos procedimentos de retirada e implantação de órgãos e promove eleva a qualidade de trabalho do enfermeiro de transplante. Considerando esse cenário formulou-se a questão de pesquisa: Quais as

atividades desenvolvidas pelos enfermeiros membros das equipes de remoção de órgãos sólidos para fins de transplante?

Tendo em vista a pergunta norteadora deste trabalho o objetivo foi descrever o processo de trabalho do enfermeiro em cirurgias de remoção de órgãos sólidos para transplante.

REFERENCIAL TEÓRICO

Breve contextualização histórica e legal

Relatos históricos e lendas sobre transplantes permeiam o imaginário das pessoas há milhares de anos, a citar os egípcios, fenícios e hindus, que aproximadamente 3.000 anos antes de Cristo (a.C.) construíam imagens mesclando partes do corpo de animais e humanos. Muitas histórias e lendas relatam a substituição de órgãos e tecidos na tentativa de tratar doenças, como conta a lenda dos irmãos médicos Cosme e Damião que, em 348 (d.C.), realizaram o primeiro transplante da história da Humanidade, quando um homem de idade avançada teve sua perna amputada, vítima de gangrena, e recebeu o membro de um soldado mouro falecido no mesmo dia (GARCIA; PEREIRA; GARCIA, 2015; PEREIRA, 2012).

O termo “transplante” foi utilizado pela primeira vez pelo inglês Jonh Hunter, em 1778, ao descrever experimentos com enxertos ovarianos e testiculares em animais não relacionados, mas foi no final do século XIX, graças ao médico Alex Carrel que, em 1897, criou um método de sutura vascular que possibilitou, entre outras ações, a realização do transplante. Nesse momento, foram realizados autotransplantes, alotransplantes e xenotransplantes em diferentes países do mundo (GARCIA; PEREIRA; GARCIA, 2015; PEREIRA, 2012).

Estudos sobre aspectos imunológicos envolvendo transplantes foram continuados e, em 1933, foi realizado o primeiro alotransplante renal em um humano pelo cirurgião ucraniano Voronoy. Nesse mesmo período, o pesquisador Peter Medawar identificou problemas imunológicos relacionados ao transplante e, por esta razão, recebeu o prêmio Nobel de Medicina em 1960 (PEREIRA, 2012).

No Brasil, o primeiro transplante realizado em humanos foi de um doador vivo e o procedimento foi realizado por Chambo, em 1964, no Hospital do Servidor, no Estado do Rio de Janeiro, e o primeiro transplante de doador falecido, também renal, foi realizado em 1967, no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo (PEREIRA, 2012).

Em 1968, o Brasil avançou e realizou três transplantes de coração, cinco de fígado e dois de intestino, todos no Hospital das Clínicas de São Paulo. O primeiro transplante isolado de pâncreas foi realizado no mesmo ano, no Hospital São Silvestre, no Estado do Rio de Janeiro, e o primeiro transplante de pulmão foi realizado por Camargo, em 1989, na Santa Casa de Porto Alegre (GARCIA; PEREIRA; GARCIA, 2015; PEREIRA, 2012).

Historicamente, a publicação de leis e normas na área da Medicina e Saúde atuam como estímulo para a evolução das práticas médicas, culminando no desenvolvimento de tecnologias que geram avanços no setor, porém, em se tratando de transplantes, no Brasil, isso não aconteceu. Embora publicada a lei de regulamentação dos transplantes em 1968, na prática, não houve avanços no país. Tal fato é atribuído aos altos índices de morbimortalidade no pós-transplante e ao

difícil manejo dos quadros de rejeição, desencorajando as equipes transplantadoras (PEREIRA, 2012).

Em 1987, é constituída, por meio de registro civil de pessoas jurídicas, a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), importante órgão, não governamental e sem fins lucrativos, que objetiva estimular, promover e contribuir para o desenvolvimento dos processos de doação e transplantes no país, promovendo a aglutinação das diferentes especialidades em uma sociedade (GARCIA et al., 2013). A Central Estadual de Transplantes (CET) de Minas Gerais, conhecida como MG Transplantes, foi criada em 1992, por meio do Sistema Nacional de Transplantes (SNT). Ela é responsável por monitorar a fila de pacientes à espera de órgãos e tecidos, receber as fichas de inscrição dos profissionais autorizados a transplantar, manter a busca ativa nos hospitais por meio da Organização de Procura de Órgãos (OPO) e estabelecer atividades educativas no âmbito estadual, entre outras atividades (FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2018).

A equipe de enfermagem nos transplantes

Uma vez identificado o potencial doador, as equipes multiprofissionais de saúde precisam trabalhar rapidamente para a realização da cirurgia de remoção de órgãos viáveis para transplante, mantendo um tempo mínimo de isquemia fria e aumentando a possibilidade de um transplante bem-sucedido (GÓMEZ; JUNGSMANN; LIMA, 2018).

A Enfermagem está presente desde o primeiro procedimento realizado no Brasil em 1964, mas foi em 2004, por meio da resolução 292, que o COFEN normatizou a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos. Assim, ficou determinado que cabe a esse profissional o planejamento, a execução, a coordenação, a supervisão e a avaliação das ações de Enfermagem em remoção de órgão e transplante. Esta resolução foi atualizada em 30 de julho de 2019 pela Resolução COFEN nº 611 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004; 2019; DUARTE; SALVIANO; GRESTA, 2012).

O desenvolvimento de um programa de transplantes consolidado e com bons resultados exige a participação de múltiplos profissionais, entre estes, o enfermeiro, que representa um elo entre os profissionais da equipe multidisciplinar. O enfermeiro membro das equipes de transplante possui papel determinante para o sucesso dos procedimentos, seja como clínico e/ou coordenador, desenvolvendo ações voltadas para o doador, receptor e seus respectivos familiares (MENDES et al., 2012).

Vale mencionar que o transplante de órgãos tem início com a cirurgia de remoção de órgãos, importante etapa do processo que envolve equipe cirúrgica especializada e capacitada. O enfermeiro, membro da equipe cirúrgica responsável pela remoção de órgãos, é um profissional atuante durante todo o processo perioperatório e desenvolve uma gama de atividades presenciais e a distância como: conferência dos documentos relacionados à doação e documentos do prontuário do doador; preparar a sala cirúrgica; contato com demais membros da equipe; providência materiais e equipamentos para a realização da cirurgia; recepciona o doador, posicionando-o adequadamente para o início do procedimento, além de participar da perfusão, acondicionamento e transporte dos órgãos até o centro transplantador (MACHADO; CAREGNATO, 2012; MENDES et al., 2012).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa, que permitiu o aprofundamento da compreensão de fenômenos relacionados a um determinado grupo social de uma determinada organização (FLICK, 2009).

A pesquisa ancorou-se na perspectiva da diretriz da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), e no referencial teórico-metodológico de Negreiros (2016), em que a pesquisadora discute as competências do enfermeiro no transplante hepático.

Este estudo teve como campo de pesquisa dois centros transplantadores localizados na cidade de Belo Horizonte, elencados pelo fato de serem referências para a prática transplantadora no Brasil.

A definição dos participantes ocorreu a partir do estabelecimento dos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro e membro das equipes de remoção de órgãos para transplante das instituições alvo desta investigação. Os critérios de exclusão referiram-se aos enfermeiros que, no período da coleta de dados, estavam de férias e/ou licença-saúde ou maternidade. Assim, os entrevistados corresponderam aos enfermeiros de um hospital universitário lotados no ambulatório de transplantes e unidade de internação de transplantes, e os enfermeiros lotados no ambulatório de transplantes de um hospital privado.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro semiestruturado, composto por nove questões e subdivido em duas partes, sendo a parte I composta por questões relativas ao perfil profissional e a parte II composta por questões abertas relativas ao fazer do enfermeiro nos períodos que antecedem a cirurgia, durante o procedimento cirúrgico e após a cirurgia, a saber: (1) Quais as atividades desenvolvidas por você enquanto membro da equipe de enfermeiros em remoção de órgãos? Descreva sua atuação. (2) Descreva as atividades desenvolvidas por você no pré-operatório, intraoperatório, Pós-operatório. (3) Você recebeu treinamento? Ao término da parte II, foi aberto espaço para que o entrevistado acrescentasse algo que julgasse pertinente e não contemplado nas perguntas que seguiram e/ou algo que desejasse acrescentar à construção do estudo. O roteiro para a coleta de dados foi previamente validado no estudo de Negreiros (2015).

As entrevistas foram gravadas em áudio, com prévia autorização dos participantes e posteriormente transcritas na íntegra. Cada entrevista teve duração média de doze minutos, totalizando 109 minutos e 21 segundos de diálogos gravados. As entrevistas ocorreram nos meses de agosto e setembro de 2019, no local de trabalho dos participantes, e foram previamente agendadas por telefone conforme a disponibilidade desses. O Termo de consentimento Livre e esclarecido em duas vias foi entregue e lido junto a cada participante, sendo posteriormente assinado por cada participante e pela pesquisadora principal do estudo.

As entrevistas foram identificadas pela abreviatura “Enf” seguida de um número inteiro de acordo com a ordem de ocorrência das entrevistas. Além das entrevistas foram analisados documentos institucionais, como Instruções Técnicas de Trabalho (ITT), protocolos assistenciais, regimento interno da enfermagem de ambas as instituições e documentos de registros utilizados pelos enfermeiros.

A análise dos dados foi realizada através da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), seguindo as seguintes etapas: organização da análise; codificação; categorização e tratamento, inferência e a interpretação dos resultados.

O estudo seguiu as orientações expressas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (BRASIL, 2012), que trata de pesquisas com seres humanos, e foi submetido aos Comitês de ética em Pesquisa das instituições envolvidas, sendo aprovado com nº do CAAE 10473019.7.0000.5149.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise de forma sistematizada e exploratória a partir do aprofundamento da leitura dos relatos dos entrevistados foi organizada a partir do agrupamento das categorias iniciais, em cinco categorias finais, que serão explicitadas a seguir.

Perfil Profissional dos Participantes:

A pesquisa contou com nove enfermeiros, sendo cinco deles atuantes em um hospital universitário e quatro são profissionais lotados em um hospital privado. No hospital universitário, os enfermeiros membros da equipe de remoção de órgãos estavam lotados no ambulatório de transplantes e na unidade de internação. Esses enfermeiros mantêm suas atividades nos setores em que estão lotados e deslocam-se para a remoção de órgãos durante seu horário do trabalho, quando são acionados pelo médico da equipe de remoção responsável pelo órgão a ser removido. Os finais de semana, feriados e plantões noturnos são cobertos por esses profissionais em regime de escala definida mensalmente, respeitando a disponibilidade e o vínculo empregatício de cada um.

Os quatro enfermeiros participantes do hospital privado são lotados no ambulatório de transplantes e, além das atividades referentes à remoção, realizam consulta de Enfermagem pré e pós-transplante a pacientes e seus familiares. A equipe é gerenciada por um enfermeiro coordenador responsável pela Unidade de Transplantes e Serviço de Diálise. Esse enfermeiro não participa das cirurgias de remoção, mas desenvolve atividades de coordenação da assistência ambulatorial e da equipe de enfermeiros em remoção de órgãos.

Quanto ao perfil dos participantes da pesquisa evidenciou-se que 07 são do gênero feminino e 02 do masculino, a faixa etária oscilou entre 24 e 48 anos, o tempo de formação (graduação em enfermagem) variou de 02 a 20 anos. Quanto à formação em pós-graduação relacionada a transplante, 08 enfermeiros são especialistas, sendo dois mestres e 01 profissional cursa o doutorado em transplantes.

É importante ressaltar a relevância da qualificação profissional para atuar na área de transplantes devido às especificidades do serviço e atendimento de enfermagem aos pacientes submetidos a essa terapêutica. Os cursos de graduação em Enfermagem, no geral, fazem uma abordagem fragmentada da temática investigada, isto é, os alunos estudam a indicação de transplante em disciplinas de saúde do adulto e idoso na perspectiva do tratamento das doenças terminais.

Nesta perspectiva, é possível afirmar que há uma lacuna no processo de formação dos graduandos em Enfermagem e escassez de publicações sobre a temática transplante. Assim, orienta-se trabalhar esse assunto nos cursos de graduação, de maneira sistemática, como disciplina eletiva e/ou obrigatória e fomentar a pesquisa nos programas de mestrado e doutorado em atividade.

Percebe-se que a busca por capacitação e ampliação do conhecimento, tanto na área do transplante, como em áreas afins, é uma realidade para estes profissionais. Tal fato é evidenciado pelo perfil de qualificação da equipe que é composta por

especialistas, mestres e doutorandos sobre a temática. Outro profissional entrevistado, além de especialista e mestre em transplantes, possui especialização em Gestão Hospitalar. Todos os demais são especialistas em transplantes, sendo que um deles também possui especialização em Auditoria de Serviços de Saúde e outros dois estão em curso das seguintes especializações: Excelência Operacional na área da Saúde e Controle de Infecção Hospitalar.

Organização dos materiais e insumos para a cirurgia de remoção de órgãos sólidos:

As atribuições do enfermeiro nas equipes de remoção de órgãos para transplante têm início com a comunicação à instituição transplantadora da ocorrência de uma doação. Nesse momento, o enfermeiro membro da equipe de remoção de órgãos para transplante organiza todo o material necessário para a perfusão e acondicionamento do(s) órgão(s) removido(s). É necessário ter o conhecimento de que todos os materiais precisam estar devidamente acondicionados a fim de manter a qualidade e a integridade dos órgãos retirados, como denota a fala a seguir (NEGREIROS, 2015).

A partir do momento que nós somos acionados, a gente liga para o bloco e solicita o material que a gente vai levar para remoção, que são as soluções de conservação e a mala. (Enf. 02)

Quando a cirurgia de remoção de órgãos ocorre em instituição diferente daquela onde acontecerá o transplante, o enfermeiro deverá levar instrumental e uma mala previamente organizada contendo materiais descartáveis específicos para a cirurgia a ser realizada, além de providenciar caixa térmica contendo gelo comum, gelo estéril e a solução de preservação específica para cada órgão. Tais medidas visam a suprir toda e qualquer necessidade do hospital de destino onde potencialmente inexistem rotinas estabelecidas para cirurgias de remoção de órgãos (BACAL et al., 2018; PEREIRA, 2012).

A preocupação com a separação, organização e transporte adequados dos materiais e soluções foi unânime entre os entrevistados. Fica evidenciado que esta é uma etapa considerada importante pelos enfermeiros na qual não pode haver falhas. Este cuidado deverá ser redobrado quando a cirurgia ocorrer fora do centro transplantador, realidade essa constante no cotidiano das equipes de remoção de órgãos, como evidenciado no discurso a seguir.

[...] a maior parte das remoções são em outros hospitais, né? A grande maioria no interior do Estado ou em outros Estados [...] (Enf. 09)

A relação de materiais médico-hospitalares e soluções a serem separados para a cirurgia de extração de órgãos, considerando coração, fígado, rim e pâncreas, incluem agulhas, fios cirúrgicos, equipos simples e de perfusão, impressos para preenchimento antes, durante e após o término da cirurgia, embalagens plásticas para órgãos, gelo estéril e as soluções de preservação, específicas para cada órgão. Com todo o material organizado, a equipe desloca-se para o hospital onde está o doador. A logística de transporte é responsabilidade da CNCDO, sendo realizada em nível estadual pelas Centrais Estaduais de Transplante em Minas Gerais-MG Transplantes (BRASIL, 2017b). O modo de transporte é definido de acordo com o tempo de isquemia de cada órgão, podendo ser utilizado transporte terrestre ou

terrestre/aéreo. O tempo de isquemia fria está correlacionado à disfunção do enxerto (BACAL et al., 2018).

Recomenda-se que os enfermeiros estabeleçam rotinas de conferência periódica da mala e não somente a reposição do que foi utilizado, com atenção especial à data de validade e à integridade das embalagens dos materiais médico hospitalares. Transportar instrumentais cirúrgicos além dos materiais médico-hospitalares e as caixas térmicas contendo gelo e soluções de preservação tornam-se inviável para as equipes de remoção, portanto, os instrumentais cirúrgicos são disponibilizados pelos hospitais onde será realizada a cirurgia de remoção.

Nesse contexto, são comuns, durante a cirurgia, apontamentos dos cirurgiões quanto à baixa acuidade dos instrumentais cirúrgicos imprescindíveis à dissecação e preparo dos vasos sanguíneos para o implante. Além disso, montar a sala, a partir do momento em que as equipes de remoção chegam ao hospital de destino, envolve tempo e comumente os equipamentos, como aspiradores de alta potência e suportes de soro contendo três ou mais ganchos, não estão disponíveis para uso, gerando atraso ao início da cirurgia.

Com base na evidência científica que subsidiou as análises neste estudo, é possível afirmar que as estratégias potenciais para minimizar estes desconfortos e otimizar o tempo cirúrgico é estabelecer instruções de trabalho e elaborar *checklist* para a montagem da sala onde ocorrerá a cirurgia de remoção de órgãos. Assim, uma vez confirmada a doação, o enfermeiro da CIHDOTT ou o profissional da OPO, no momento em que solicitar a reserva da sala cirúrgica, a equipe de Enfermagem do centro cirúrgico, de posse dessas ferramentas de gestão, poderá realizar o adequado preparo da sala.

Ressalta-se que, conforme o artigo 33, da Portaria de Consolidação nº 4 (BRASIL, 2017b), os hospitais não autorizados a realizar remoção de órgãos e tecidos para fins de transplante devem autorizar a imediata remoção do doador ou viabilizar suas instalações de forma a disponibilizar todo apoio operacional necessário para que as equipes especializadas e credenciadas pela Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT) realizem o procedimento cirúrgico, sendo ressarcidos por isso na forma da lei (BRASIL, 2017b).

Com base nos discursos analisados é possível afirmar que em se tratando de remoção de órgãos para transplante, é necessário que se construam instrumentos de sistematização e padronização das ações de Enfermagem, de maneira a contribuir para a diminuição da variabilidade destas ações, evitando erros e favorecendo o procedimento cirúrgico. No entanto, é importante que estes instrumentos sejam elaborados a partir da prática dos profissionais envolvidos e esses devem ser capacitados, promovendo a transformação a partir da reflexão crítica da realidade em que estão inseridos, além de favorecer sua implementação.

Documentação do doador e processo de remoção:

Estabelecido o diagnóstico de Morte encefálica e não havendo contraindicações clínicas à doação de órgãos, as Comissões intrahospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplante (CIHDOTT) e/ou a Organização de Procura de Órgãos (OPO), darão sequência ao acolhimento e entrevistarão os familiares, quando é ofertada, a estes, a oportunidade de doar órgãos e tecidos para fins de transplante. Dever-se-ão estes familiares, havendo o consentimento para a doação, assinar o Termo de Autorização de Doação de Múltiplos Órgãos e Tecidos (BRASIL, 2017b; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

As equipes responsáveis pela remoção dos órgãos receberão uma cópia legível de todos os documentos relativos ao processo de doação de órgãos e tecidos para fins de transplante e deverão, obrigatoriamente, proceder à conferência minuciosa destes documentos, qualitativa e quantitativamente (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, 2009; BRASIL, 2009a).

Esta etapa é elucidada por um dos entrevistados na fala a seguir deixando evidente a responsabilidade do enfermeiro neste processo.

[...] eu sou responsável por toda a logística, né, já implementada pelo MG Transplantes [...] logística de material, comunicação, documentação [...], essa é a minha parte [...].(Enf. 01)

Embora os entrevistados tenham citado a conferência minuciosa da documentação do doador enviada pelo MG Transplantes, da pulseira de identificação e do prontuário como uma de suas atribuições, é recomendado que esta minuciosa conferência seja realizada de forma compartilhada, cabendo às equipes de transplantes estabelecer rotinas para esta checagem (MOURA; SILVA, 2014).

A partir desta pesquisa, foi possível saber que a instituição privada investigada conta com formulários de registros intitulados como Ficha do Doador e Descrição Cirúrgica dos órgãos removidos, sendo o segundo formulário individualizado para cada órgão. Os impressos são preenchidos pelo enfermeiro durante a cirurgia de remoção de órgãos e, posteriormente, anexados ao prontuário do receptor. Todos os registros realizados durante a cirurgia de remoção e a documentação referente ao doador enviada pelo MG Transplantes são anexados ao prontuário do receptor.

Quanto ao hospital universitário, o enfermeiro preenche um único impresso, exclusivo para a remoção de fígado, uma rotina estabelecida pelo grupo de transplantes de fígado do hospital. No entanto, quando ocorre a remoção de outros órgãos ou múltiplos, além do fígado, não há registro sistemático e consolidado das informações referentes ao procedimento de remoção que, inclusive, são relevantes no implante do órgão, fato esse que fragiliza o processo.

Nesta perspectiva, esta pesquisa enfatiza a importância da padronização de uma “Ficha do Doador” que contemple informações referentes à documentação do processo de doação, a saber: início da cirurgia, início do tempo de isquemia fria, possíveis alterações anatômicas do órgão, informações relativas à solução de preservação utilizada e intercorrências durante a cirurgia, o acondicionamento e o transporte. Esta ficha apresenta-se como valiosa estratégia de segurança, devendo ser adotada por todos os centros transplantadores que realizam remoção de órgãos. Vale ratificar que a implementação da “Ficha do Doador” constitui-se como uma relevante ferramenta de registro das ações do enfermeiro em remoção de órgãos, uma vez que não há registro desta importante etapa do trabalho da Enfermagem no processo de doação e transplante, o que fragiliza a segurança do paciente. Assim, contribuição tem o potencial de preencher uma das lacunas existentes na assistência de Enfermagem durante a remoção de órgãos para transplante, mas esse, assim como os demais instrumentos propostos por este estudo, precisa ser fortalecido pela educação permanente para sua consolidação.

A segurança cirúrgica, que inclui, entre outras medidas, a identificação correta do paciente, é o segundo desafio global estabelecido pela OMS em 2004 lançado por meio da campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. A estratégia faz parte da Aliança Mundial para Segurança do Paciente e foi lançada no Brasil em 2010 pelo Ministério da Saúde. O objetivo é despertar a consciência profissional e o

comprometimento político para a melhoria da segurança na assistência à saúde, apoiando o estabelecimento de padrões de qualidade e boas práticas em saúde (GUTIERRES et al., 2018; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009).

O transplante de órgãos sólidos é uma terapêutica complexa que tem início com a cirurgia de remoção e envolve diversos profissionais, desde a remoção dos órgãos até o implante dos mesmos. Nesse contexto, a identificação correta do paciente e a comunicação eficaz entre os membros da equipe são condições fundamentais para que as etapas cirúrgicas aconteçam com segurança (GÓMEZ; JUNGSMANN; LIMA, 2018; MOURA; SILVA, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009).

Com o objetivo de estabelecer uma rotina de conferência da identificação e documentos dos doadores, sugere-se a implementação de um *checklist*, que deverá ser realizado em dupla checagem pelo cirurgião e enfermeiros, responsáveis pela conferência destas informações nas cirurgias de remoção multiorgânica, a fim de prevenir o erro potencial. Os itens que compõem esse *checklist* são: dados referentes ao horário de saída da equipe para realização do procedimento, horário previsto para início da cirurgia e dados do doador como nome, número de registro emitido pela Central Estadual de Transplantes (RGCT) e grupo sanguíneo, informações referentes ao centro cirúrgico como checagem da entrega da lista de materiais e instrumentais a serem utilizados no procedimento para o circulante, checagem dos documentos do doador, informações quanto à viabilidade do órgão (s) a ser (m) removido (s) e relação de documentos a serem preenchidos, antes, durante e após a cirurgia.

Início da cirurgia e perfusão

A análise do conteúdo das entrevistas nos permite afirmar que concluída a etapa de conferência da documentação do doador, o enfermeiro da remoção apresenta-se para as equipes de Enfermagem e anestésica que irão assistir à cirurgia, iniciando o preparo da sala que comumente acomoda múltiplas equipes para a remoção de órgãos.

A montagem da sala cirúrgica envolve múltiplas ações que objetivam assegurar condições funcionais e técnicas necessárias ao bom andamento do ato anestésico-cirúrgico e à segurança do paciente. A circulação da sala cirúrgica é uma atividade privativa da equipe de Enfermagem, em geral, realizada pelo profissional técnico, no entanto, em cirurgias complexas, em que há a realização de procedimentos variados, é desejável a presença do enfermeiro na assistência (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, 2017).

Então, o enfermeiro é responsável por esta organização mesmo, né, da sala cirúrgica, da cirurgia, pra que tudo transcorra da melhor forma possível. (Enf. 07)

Para a montagem da sala cirúrgica os materiais e equipamentos devem ser dispostos de maneira a contemplar a necessidade de cada equipe cirúrgica. A logística e a gestão da sala são responsabilidades do enfermeiro membro da equipe de remoção. O bom planejamento e a gestão do ambiente trazem agilidade e segurança ao processo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO 2017; PEREIRA, 2012).

A visualização adequada da montagem da sala cirúrgica poderá favorecer o trabalho do circulante, que é responsável por preparar um ambiente cirúrgico não corriqueiro em sua rotina, pois as cirurgias de remoção multiorgânicas são procedimentos realizados esporadicamente na maioria dos hospitais. Também tem o potencial de contribuir com o processo de trabalho do enfermeiro responsável pela remoção, pois esse necessita ser capacitado para a supervisão e realização de intervenções inesperadas.

O *layout* desse ambiente montado, com sugestão de disposição dos equipamentos, poderá constituir ferramenta de aplicabilidade prática para estes profissionais. A partir dos dados analisados nesta investigação científica, foi possível elaborar esse *layout* conforme Figura 01 a seguir:

Figura 1 - Sala cirúrgica para retirada de órgãos.



Fonte: Arquivo do autor.

Legenda: 1) Cautério cavidade torácica; 2) Cautério cavidade abdominal; 3) Aspirador cavidade torácica; 4) Aspirador cavidade abdominal; 5) Balde revestido com saco plástico branco para a exsanguinação do doador; 6) Mesa auxiliar para acomodar mala e carrinho de suporte para caixas térmicas contendo gelo, gelo estéril e soluções de preservação; 7) Mesa de instrumentais para a cavidade torácica; 8) Mesa de instrumentais para a cavidade abdominal; 9) Caixa de instrumentais, bacia e jarro para a cavidade torácica; 10) Caixa de instrumentais, bacia e jarro para a cavidade abdominal; 11) Suporte de soro para soluções infundidas no doador e infusão da solução de cardioplegia; 12) Suporte de soro longo contendo quatro ganchos para a infusão das soluções de preservação dos órgãos abdominais; 13) Carrinho contendo materiais hospitalares, campo cirúrgico, aventais e outros.

É evidente que a montagem de uma sala cirúrgica para acomodar múltiplas equipes é algo desafiador para a equipe de Enfermagem, a começar pela área física. É desejável que a sala reservada para a cirurgia de remoção multiorgânica de órgãos seja ampla e conte com iluminação e climatização de excelência, pois receberá um grande quantitativo de profissionais. Esses estarão realizando um procedimento caracterizado como urgência, uma vez que o disparador do processo é o sim das famílias, podendo este acontecer a qualquer hora do dia ou da noite.

No centro cirúrgico, o doador é transferido da maca para a mesa cirúrgica e deverá ser posicionado em decúbito dorsal horizontal. Movimentos bruscos devem ser evitados e atenção especial deve ser dispensada aos dispositivos invasivos, como

acessos vasculares, sondas e drenos, a fim de evitar trações e perda dos mesmos. A ocorrência de eventos como estes podem gerar instabilidade hemodinâmica com consequente comprometimento da viabilidade dos órgãos a serem removidos (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2018; RODRIGUES; CORREIA; ROCHA, 2018).

A administração de anestésicos inalatórios ou venosos, vasodilatadores e bloqueadores neuromusculares faz-se necessária para favorecer a exposição intratorácica e intra-abdominal, assim como a supressão da atividade neuromuscular mediada por reflexos viscerais e somáticos espinais que acompanham a estimulação cirúrgica e podem comprometer a microcirculação e, conseqüentemente, a perfusão dos órgãos (PEREZ-PROTTO et al., 2018; RODRIGUES; CORREIA; ROCHA, 2018). A seqüência de remoção é estabelecida pelo tempo de isquemia de cada órgão. Quanto menor o tempo de tolerância à isquemia fria do órgão, maior será a prioridade em removê-lo e transportá-lo ao centro transplantador onde ocorrerá o implante. Desse modo, o coração será o primeiro órgão a ser removido, com apenas quatro horas de tolerância, seguido do fígado, com 12 horas, pâncreas, até 20 horas, e rim, de 24 a 36 horas, a depender da solução de preservação utilizada (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, 2009; BACAL et al., 2018).

A cirurgia de remoção de órgãos é um procedimento dinâmico em que o enfermeiro desenvolve atividades gerenciais, assistenciais e administrativas fora do campo cirúrgico. Para tanto, é necessário que o enfermeiro conheça suas competências e seja capaz de utilizar todo o seu conhecimento e *expertise* para a tomada de decisão em situações críticas que possam vir a ser vivenciadas no complexo processo de remoção e preservação de órgãos para transplante.

O enfermeiro fica do lado de fora (campo cirúrgico), ele vai informando todo o passo a passo da cirurgia de remoção, desde o início da antissepsia [...]. (Enf. 08)

A comunicação entre as equipes que estão na remoção e as equipes que se encontram com o receptor no centro transplantador é constante, sendo todas as fases comunicadas: realização da antissepsia; início da cirurgia; inspeção da cavidade torácica e abdominal e confirmação ou não do órgão quanto à viabilidade para implante. Neste momento, é possível enviar foto, vídeo e/ou informações adicionais relativas ao órgão para a equipe que irá implantá-lo, conforme citado pelos entrevistados a seguir.

[...] a gente faz contato com o outro médico para mandar foto pra passar informações da cirurgia de como está [...]. (Enf. 06)

[...] e a partir do momento que inicia a remoção,acompanhar todos os tempos cirúrgicos pra fazer a conexão. Nós somos o link da equipe de remoção com quem está no hospital, né, com o receptor. (Enf.09)

Caso o órgão apresente-se inviável, o transplante é abortado, o enfermeiro comunica às equipes que aguardam o órgão no centro transplantador e todos retornam ao hospital de origem. Mas se considerado viável, a equipe responsável pelo implante é comunicada e o enfermeiro prepara-se para a perfusão do órgão (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, 2009; KHONSARI; SINTEK, 2012).

A fala dos entrevistados traz evidências quanto à necessidade do enfermeiro da remoção estar atento aos tempos cirúrgicos, que devem ser acompanhados e registrados. São eles: horário de início da cirurgia, horário de infusão da heparina e o momento exato em que a aorta foi clampada.

Após a heparinização plena administrada pelo anestesista, segue a clampagem da aorta e tem início o tempo de isquemia fria com a interrupção do fluxo sanguíneo no órgão e resfriamento das cavidades torácica e abdominal do doador com uso solução fisiológica gelada. Neste momento, o sangue é drenado e o órgão é preenchido pela solução de preservação a uma temperatura ideal de 4°C por via arterial na maioria dos órgãos e, particularmente no fígado, também pela via portal. Este procedimento é chamado de perfusão (DOHERTY et al., 2017; SOTERO, 2015).

A perfusão dos órgãos abdominais utiliza equipo de irrigação que dispõe de três ou mais vias para a infusão. O enfermeiro libera uma via de cada vez, de maneira a garantir a infusão contínua da solução, impedindo a entrada de ar no sistema. O horário do término da infusão deve ser anotado em impresso próprio de cada órgão (NEGREIROS, 2015).

Toda e qualquer intercorrência ocorrida na fase de perfusão dos órgãos deve ser registrada e repassada à equipe que fará o implante. O cirurgião que realiza a remoção do órgão, ao final do procedimento, fará a evolução chamada “descrição cirúrgica” no prontuário do doador, além dos registros nos impressos do MG Transplantes. Entretanto, o enfermeiro não possui rotina sistematizada de evolução de suas atividades na remoção de órgãos, sendo essa mais uma lacuna identificada a partir desta pesquisa. Nesse sentido, reafirma-se a proposição da utilização da “Ficha do Doador”, pois se apresenta como estratégia adicional para sistematizar os registros das ações de Enfermagem em remoção de órgãos.

Acondicionamento e transporte dos órgãos:

Entende-se por acondicionamento o procedimento de embalagem do órgão humano com a finalidade de transporte. O objetivo é proteger o material das pessoas e do ambiente durante todas as etapas do transporte até o destino final (BRASIL, 2009a). Após o acondicionamento de cada órgão removido em três embalagens plásticas, o cirurgião os entrega ao enfermeiro, que prosseguirá com a identificação do órgão. Para isso, o enfermeiro utilizará etiquetas de identificação, que devem ser afixadas à segunda embalagem secundária, ou seja, à terceira embalagem plástica (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, 2009; BRASIL, 2009a).

Separou os órgãos, me entrega [...] eu aconchego na caixa, faço a famosa caminha, como aprendi com minha mestra, rrsrsrs [...] fecho minha caixa. (Enf. 04)

A RDC nº 66, de 2009, estabelece que todos os órgãos devam receber rótulo de identificação, que corresponde à identificação, de maneira clara e legível, impressa ou litografada, com dizeres pintados ou gravados a fogo, pressão ou autoadesivos, devendo ser aplicado diretamente sobre recipientes, embalagens ou invólucros. É expressamente proibida a sua remoção ou alteração durante o transporte e armazenamento e o rótulo deverá conter as seguintes informações: Registro Geral da Central de Transplantes (RGCT) do doador, tipo de órgão e lateralidade (BRASIL, 2009a).

A seguir, cada órgão devidamente identificado deverá ser acondicionado na embalagem terciária constituída de caixa isotérmica confeccionada de material rígido, resistente e impermeável capaz de promover isolamento térmico. Internamente, deve ser revestida de material liso, durável, lavável e resistente a soluções desinfetantes, munida de dispositivo de segurança que impeça a sua abertura acidental (BRASIL, 2009a). Estas atividades são mencionadas pelos participantes deste estudo, como exemplificado na fala a seguir:

[...] a gente condiciona o órgão na caixa térmica, preenche mais uma ficha de temperatura também [...] e a papelada. (Enf.06)

A ficha de controle de temperatura é utilizada pelo hospital privado objeto de investigação e os enfermeiros possuem clareza de sua importância. Existe um compromisso, por parte dos profissionais enfermeiros, no monitoramento da temperatura da caixa entre 2 e 8°C, conforme recomendado na literatura mundial. A ficha de controle de temperatura é entregue ao centro cirúrgico do centro transplantador junto ao órgão, mediante protocolo, e o enfermeiro deste setor passa a ser o responsável por acompanhar e registrar os valores da temperatura até que o órgão seja removido da caixa térmica para implante no receptor. A utilização desta ficha de controle faz-se necessária, assim como a implementação da mesma no hospital universitário e demais centros transplantadores. Essa ficha deve contemplar os seguintes itens: Número do Registro Geral do doador, emitido pela CET, data da remoção, horário em que a aorta foi clampada, nome do cirurgião e enfermeiro responsáveis pela cirurgia de remoção e registro da temperatura da caixa contendo espaços específicos para o valor da temperatura, data e hora da mensuração e profissional responsável pelo registro.

De posse dos órgãos devidamente acondicionados para o transporte, as equipes retornam para o centro transplantador o mais breve possível. A gestão do transporte é de responsabilidade do enfermeiro, que acompanha os tempos cirúrgicos e determina o momento adequado de solicitar o veículo para o retorno, de modo que, ao fim da remoção, o transporte esteja disponível e em local estratégico para fácil acesso.

Embora a maioria dos enfermeiros investigados seja especialista, é unânime, entre os respondentes, a afirmação de que a especialização os ajudou a desenvolver e a compreender a sua prática. No entanto, todos fizeram alusão ao período de treinamento em remoção de órgãos como fundamental ao desenvolvimento de suas habilidades e atitudes nas cirurgias de remoção de órgãos. A escassez de literatura disponível sobre esta fase do processo de doação e transplante faz com que os enfermeiros supervalorizem o aprendizado em campo e tudo o que é repassado por seus pares.

É notório que a experiência clínica e profissional é importante e vem sustentando a prática destes enfermeiros, no entanto, esta pesquisadora recomenda que todos os profissionais de saúde devem tomar decisões baseadas nos resultados de investigação científica. A prática baseada em evidências não conta com a intuição ou observações não sistematizadas e sim a combinação da pesquisa com a experiência clínica para a tomada de decisão (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

Para os entrevistados, o treinamento necessário para capacitar o enfermeiro a desenvolver suas atividades em cirurgias de remoção de órgãos é variável, sendo mensurado pelos mesmos por meio do número de procedimentos acompanhados, como evidenciado nas falas a seguir. Acho que umas três ou quatro remoções.

Fui com elas ééé; foi numa de coração, uma de rim e uma de fígado e rim. (Enf. 02)

Em um período de um mês, eu fui numas três remoções, depois, comecei a desenvolver [...], tinha terminado a especialização [...]. (Enf. 03)

Um estudo, publicado em março de 2019, revelou o impacto dos cursos de captação em extração, perfusão e acondicionamento de órgãos para transplantes organizados pelo SNT, que ofereceu 357 vagas para as Centrais Estaduais de Notificação, Captação, Distribuição de Órgãos e Tecidos para Transplantes via Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Trata-se de um estudo quantitativo que analisou as notas obtidas no pré e pós-testes, apontando para um crescimento real de 31% no conhecimento da equipe multiprofissional sobre a temática (SANTOS et al., 2019).

As capacitações multiprofissionais envolvendo equipes de diferentes Estados enriquece o aprendizado, proporcionando trocas de experiências e incentivo às equipes transplantadores, uma vez que os Estados possuem modelos distintos de organização do processo de doação e captação de órgãos, todos em conformidade com a legislação brasileira.

Entre os relatos dos entrevistados está a ausência de instrumentos que possam auxiliá-los na prática cotidiana e facilitar a capacitação de novos profissionais.

Outro desafio relatado pelos enfermeiros é a ausência de instrumentos que possam auxiliá-los na prática cotidiana e facilitar a capacitação de novos profissionais. Atualmente, ambas as instituições participantes do estudo contam com Instruções Técnicas de Trabalho (ITT) ou Procedimento Operacional Padrão (POP), que são definidos como instrumentos que descrevem cada passo crítico e sequencial que deverá ser dado pelo profissional. A utilização desses instrumentos está diretamente relacionada à técnica, palavra de origem grega relacionada à maneira pela qual as pessoas fazem coisas auxiliadas por uma regra verdadeira (GUERRERO; BECCARIA; TREVIZAN, 2008).

Tanto as ITTs como os POPs são documentos de uso interno da instituição, não sendo permitido reproduzi-los ou compartilhá-los, embora sejam muito importantes para a organização das práticas de Enfermagem institucionais. São pouco efetivas, em se tratando de remoção de órgãos, uma vez que os procedimentos, frequentemente, acontecem fora da instituição onde ocorrerá o implante. Assim, mais uma fragilidade torna-se evidente nesta investigação, pois os referidos instrumentos não se encontram à disposição para consulta fora dos serviços de saúde de origem, cenários deste estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível apresentar uma descrição ampliada de todo o processo de trabalho do enfermeiro em cirurgias de remoção de órgãos sólidos para transplante, assim, este trabalho atinge o objetivo proposto. Este estudo apresenta elementos de fundamentação para a formulação de *checklists*, impressos sistemáticos e organização de fluxos assistenciais relacionados às atividades dos enfermeiros capazes de contribuir para a assistência de qualidade.

Considerando o extenso campo de atuação do profissional enfermeiro nas diversas etapas do processo de doação e transplante, sugere-se a continuidade de pesquisas e estudos científicos que visam contribuir para o fortalecimento e reconhecimento da

importância das ações de Enfermagem em cirurgias de remoção de órgãos sólidos para transplante.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os resultados deste estudo poderão auxiliar profissionais da saúde, especialmente aqueles que desempenham funções como enfermeiros membro das equipes de remoção de órgãos sólidos para transplante, a refletirem sobre a importância das melhores práticas no que tange o seu fazer laboral. Do ponto de vista organizacional, os dados analisados apresentam insumos para o planejamento de ações necessárias à gestão e organização da atenção à saúde, estimulando o desenvolvimento das competências necessárias ao alcance dos resultados almejados. Contribui também para o fortalecimento da cultura de segurança nos estabelecimentos de saúde, garantindo uma assistência de qualidade, segura e transparente para todos os envolvidos. Para a sociedade, a contribuição foi a de prover os profissionais de saúde de informações que permitam melhor subsidiar sua prática laboral, culminando em um melhor atendimento à população.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). **Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde**. 7. ed. rev. atual. São Paulo: 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS.

Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2011-2018).

Registro Brasileiro de Transplantes, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1-89, 2018. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/Lv_RBT-2018.pdf

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. **Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos**. São Paulo: ABTO, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. **Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos**. São Paulo: ABTO, 2009.

BACAL, F. et al. **3ª Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 111, n. 2, p. 230-289, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180153>

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 66, de 21 de dezembro de 2009. **Dispõe sobre o transporte no território nacional de órgãos humanos em hipotermia para fins de transplantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/rdc0066_21_12_2009.html. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em: 08 ago. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre as pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução**

196. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.
- CINTRA, V.; SANNA, M. C. Transformações na administração em enfermagem no suporte aos transplantes no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 1, p. 78-81, fev. 2005. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000100015>
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 292, de 7 de junho de 2004. **Normatiza a Atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen2922004_4328.html. Acesso em: 29 jul. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 588 de 2018. **Define Normas para atuação da equipe de enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde**. Brasília: COFEN, 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-588-2018_66039.html. Acesso em: 10 ago. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 611, de 30 de julho de 2019. **Atualiza a Normatização referente à atuação da Equipe de Enfermagem no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, e dá outras providências**. Brasília: COFEN, 2019. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Resolucao-Cofen-611-2019-07-30.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.173, de 15 de dezembro de 2017. **Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica**. Brasília: CFM, 2017. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-doconselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2020.
- DOHERTY, M. G. et al. **CURRENT: cirurgia: diagnóstico e tratamento**. 14. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
- ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 754-757, set./out. 2005. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500022>
- FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **MG Transplantes**. Belo Horizonte, FHEMIG, 2018. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento/mg-transplantes>. Acesso em: 17 jan. 2020.
- GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: Considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 690-695, 2002. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000500010>
- GARCIA, C. D. et al. **Manual de doação e transplantes**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- GARCIA, D. C.; PEREIRA, D. J.; GARCIA, D. V. **Doação e transplante de órgãos e tecidos**. São Paulo: Segmento Farma, 2015.
- GOIS, R. S. S. et al. Efetividade do processo de doação de órgãos para transplantes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 621-627, dez. 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700089>
- GÓMEZ, E. J.; JUNGSMANN, S.; LIMA, A. S. Resource allocations and disparities in the Brazilian health care system: insights from organ transplantation services. **BMC**

- Health Services Research**, London, v. 18, n. 90, p. 2-7, feb. 2018. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2851-1>
- GUERRERO, G. P.; BECCARIA, L. M.; TREVIZAN, M. A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p. 966-972, nov./dez. 2008. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000600005>
- GUTIERRES, L. S. et al. Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. supl. 6, p. 2775-2782, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0449>
- LIMA, P. S. et al. Manual educativo de cuidados à criança com gastrostomia: construção e validação. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 22, p. e1123, 2018. Doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180068>
- KHONSARI, S.; SINTEK, F. C. **Cirurgia cardíaca: cuidados especiais e Armadilhas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter, Rio de Janeiro, 2012.
- MACHADO, K. P. M.; CAREGNATO, R. C. A. Retirada de múltiplos órgãos para transplante: olhar do enfermeiro. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 45-53, 2012. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/194/pdf-a>. Acesso em: 30 jul. 2020.
- MENDES, K. D. S. et al. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades dos enfermeiros. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 945-953, out./dez. 2012. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400027>
- MOURA, C. L.; SILVA, S. V. (Coord.). **Manual do Núcleo de Captação de Órgãos: iniciando uma Comissão Intra-hospitalar de doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOOT**. Barueri: Minha Editora, 2014. Disponível em: <https://www.einstein.br/Documentos%20Compartilhados/manual-ncap.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2020.
- NEGREIROS, F. D. S. et al. Captação do fígado do doador para o transplante: Uma proposta de protocolo para o enfermeiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 38-47, mar. 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160006>
- NEGREIROS, F. D. S. **Competências de enfermeiros no processo de transplante hepático em um hospital de referência do Ceará**. 2015. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, 2015. Disponível em: <https://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=87470>. Acesso em: 10 ago. 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias Seguras Salvam Vidas (Orientações para cirurgia segura da OMS)**. Rio de Janeiro: OPAS/Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_s_alvam_vidas.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.
- PASZCZUK, J. Transplantes de órgãos: Um direito de Personalidades. **Cadernos da Escola de Direito e Relações Internacionais da UniBrasil**, Paraná, v. 15, p. 488- 509, 2011. Disponível em: <http://revistas.unibrasil.com.br/cadernosdireito/index.php/direito/article/view/793>
- PÊGO-FERNANDES, P. M.; PESTANA, J. O. M.; GARCIA, V. D. Estado atual do transplante no Brasil. **Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 51-52, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2010/v15n2/a51-52.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2020.

- PÊGO-FERNANDES, P. M.; PESTANA, J. O. M.; GARCIA, V. D. Transplants in Brazil: where are we? **Clinics**, São Paulo, v. 74, p. e832, 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2019/e832>
- PEREIRA, W. A. **Manual de transplantes de órgãos e tecidos**. 4. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2012.
- PEREIRA, W. A. **Manual de transplantes de órgãos e tecidos**. 4. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2012. 115
- PEREIRA, W. A. Manual de transplantes de órgãos e tecidos. In: DUARTE, F.M.M; SALVIANO, M.E.M; GRESTA, M.M. **Atuação da enfermagem nos transplantes**. Belo Horizonte: COOPMED, 2012. Cap. 24, p. 633 – 677
- PEREZ-PROTTO, S. et al. The effect of inhalational anaesthesia during deceased donor organ procurement on post-transplantation graft survival. **Anaesthesia and Intensive Care**, Sydney, v. 46, n. 2, p. 178-184, mar. 2018. Doi: <https://doi.org/10.1177/0310057X1804600206>
- RODRIGUES, M. A. G.; CORREIA, M. I. T. D.; ROCHA, P. R. S. **Fundamentos em Clínica Cirúrgica**. 2. ed. Belo Horizonte. Folium, 2018.
- SANTOS, J. G. et al. Capacitação em extração, perfusão e acondicionamento de órgãos para transplantes: perfil dos profissionais e análise de aprendizagem pós curso. **Einstein**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. eAO4445, mar. 2019. Doi: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2019AO4445
- SOTERO, A. F. D. **Técnicas de preservação de enxertos para transplante renal**. 2015. 63f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, 2015. Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30568/1/tecnicasdepreservacaodeenxer_tosparatransplante.pdf. Acesso em: 29 jul. 2019.

COMUNICAÇÃO ENTRE GESTORES E EQUIPES DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO 24H DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Wesley Vieira Andrade¹; Fernanda Gonçalves de Souza²; Fatima Ferreira Roquete³; Karla Rona da Silva⁴

RESUMO

Objetivo: Descrever as formas de comunicação entre os gestores e os membros das equipes das Unidades de Pronto Atendimento de um município do Estado de Minas Gerais, na visão deles próprios. **Método:** Estudo de abordagem qualitativa, descritiva e uso de estudo de caso único. A coleta de dados foi feita por meio de entrevista semiestruturada, realizada entre os meses de agosto a outubro de 2019, utilizando um roteiro previamente validado. Os participantes totalizaram 09 gestores de UPAs 24h. Para a análise dos dados foi adotada a técnica de análise de conteúdo, proposta por Minayo (2006). **Fundamentação Teórica:** O referencial foi subsidiado por contextualizações no campo das “teorias da comunicação” e “processo comunicativo em saúde”. **Resultados:** As formas de comunicação utilizadas pelos gestores participantes foram: comunicação presencial; comunicação via aplicativo multiplataforma de mensagens para *smartphones*; comunicação verbal escrita e reunião de equipe. **Considerações finais:** Os gestores entendem a comunicação como um instrumento vital para a gestão. Foi possível sugerir outras formas de comunicação como “dedo de prosa” e “se vira nos 15”, Projeto Sol e Lua, e *Daily Huddle*.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação; Gestão em Saúde; Serviços Médicos de Emergência.

INTRODUÇÃO

A comunicação é o meio pelo qual o ser humano se descobre, cria relações, estabelece vínculos, contato e ligações com os demais seres. É através da comunicação que o ser emite, transmite e captura mensagens denominadas também como informações (SILVA, 2016).

Thofehn et al. (2011) apontam que a comunicação apresenta confronto com os constantes avanços tecnológicos, que contribuem para a transformação do fazer humano num ato extremamente tecnicista, com uma acentuada valorização do procedimento, em detrimento de uma abordagem humanista. A realidade contemporânea é dominada pelo regime capitalista e tem levado as pessoas a buscar uma competitividade sem limites, o que acaba interferindo nas relações humanas, ficando o cuidado prejudicado, na medida em que perde dimensões no âmbito da subjetividade.

No contexto dos serviços de saúde, os aspectos supracitados também podem ser observados, o que dificulta o estabelecimento de uma comunicação efetiva não

¹ Mestre em Gestão de Serviços de Saúde pela UFMG - e-mail: wvieiraandrade85@gmail.com

² Discente do curso de bacharelado em Gestão de Serviços de Saúde UFMG - e-mail: souza.fergn@gmail.com

³ Doutora em Ciências da Saúde/Enfermagem, Docente da UFMG - e-mail: fatimaroquete@gmail.com

⁴ Doutora em Biomedicina, Docente da UFMG - e-mail: karlarona0801@gmail

somente com os usuários e seus familiares, como entre os trabalhadores (CIELO; CAMPONOGARA; PILLON, 2013).

Observa-se que a atuação dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) vem se tornando cada vez mais desafiadora, considerando as limitações dos recursos financeiros para a manutenção da atenção à saúde e, conseqüentemente, dos recursos humanos e estruturais. Os desafios são ampliados, principalmente, na gestão dos serviços de urgência e emergência, mais especificamente nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24h), foco desta investigação científica.

A relevância deste estudo está em considerar que as UPAs 24h, para um funcionamento com qualidade e com segurança, necessitam da comunicação efetiva, principalmente, por parte dos gestores locais com as equipes que atuam nesses serviços, tendo em vista a dinâmica e rotatividade dos profissionais. De forma adicional, prerrogativas relacionadas à melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde propostas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria 529, de 1º de abril de 2013, define diretrizes importantes sobre as metas de segurança do paciente no ambiente dos serviços de saúde, o que reforça a importância da pesquisa.

Em face do exposto, a pergunta que norteou a presente pesquisa foi: Como acontece a comunicação verbal dos gestores das UPAs 24h com os membros das equipes atuantes nesses serviços?

Assim, definiu-se por objetivo descrever as formas de comunicação entre os gestores e os membros das equipes das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24h) de um município do Estado de Minas Gerais, na visão deles próprios.

REFERENCIAL TEÓRICO

Teorias da comunicação

Segundo Silva (2011), o debate em torno das teorias da comunicação existe de forma contínua, e serve como diretriz para que os novos estudos sobre as teorias possam ser desenvolvidos com base em rigores e critérios metodológicos, pois, em que pese as teorias da comunicação evoluírem de forma especializada, ainda há muito o que avançar em termos de rigor científico. É evidente também que a área agrega diversas microáreas que trabalham a comunicação a partir de um determinado enfoque. Essa integração de diversas microáreas só tem a acrescentar à formação de um consenso relacionado às teorias da comunicação (SILVA, 2011).

Como arcabouço teórico deste estudo foi utilizado o paradigma funcionalista pragmático, que tem como base teórica o positivismo, com foco nas pesquisas administrativas e empíricas, sendo os Estados Unidos o seu espaço de influência. A proposta é tentar compreender a sociedade segundo as suas trocas e relações sociais entre os indivíduos e os grupos (TEMER; NERY, 2009).

Os conceitos-chave da vertente funcionalista pragmática de grande destaque e importância para o processo de comunicação são: a interação, a função, a influência, modelo circular de comunicação e relacionamentos. Esses conceitos facilitam o entendimento sobre a relação que se estabelece quando uma pessoa ou empresa inicia uma comunicação com outra pessoa ou um determinado público. Nessa relação existe uma interação entre os públicos, na qual a influência acontece a todo instante, cada parte responde a outra, tendo por um momento um relacionamento estabelecido (SILVA, 2011).

No livro intitulado “Para entender as Teorias da Comunicação”, os autores descrevem que o funcionalismo pode ser compreendido como uma corrente teórica, com base no pensamento sociológico, no qual os processos sociais são estruturados em sistemas, tendo em vista a manutenção do funcionamento da sociedade de forma equilibrada. Eles apresentam a proposta de Von Bertalanffy, que estruturou a teoria dos sistemas, na qual um sistema é considerado como um conjunto de partes que compõem esse ambiente e interagem de forma integrada. Esse próprio sistema é capaz de modificar suas estruturas e a forma como os seus elementos se relacionam para manter uma determinada ordem (TEMER; NERY, 2009).

Grande parte das Teorias de Comunicação elaboradas a partir de meados do século XX compreendia a comunicação unicamente como propagação, transmissão ou emissão de mensagem entre um emissor ativo e um receptor passivo. Como contrapartida a esse modelo unidimensional, outras teorias surgiram embasadas no conceito da pragmática, que mostra que as interações sociais intersubjetivas são a base da criação de toda a produção de sentido, e estruturam a vida em sociedade (SÃO PAULO, 2010).

Silva (2016) elenca dois os tipos de comunicação: comunicação verbal, que se refere às palavras expressas por meio da fala ou da escrita; e comunicação não-verbal, que não está associada às palavras e ocorre por meio de gestos, silêncio, expressões faciais e postura corporal. Nesse sentido, é considerada comunicação adequada aquela apropriada a uma determinada situação, pessoa, tempo e que atinge um objetivo definido. Envolve uma preparação especial, levando em conta a mensagem a ser transmitida, o emissor, o receptor e a técnica de comunicação necessária.

A comunicação verbal, foco deste trabalho, refere-se à linguagem falada e escrita, e aos sons e palavras que são usadas para comunicar (STEFANELLI, 1993; SILVA, 2016).

Processo comunicativo em saúde

Coriolano-Marinus et al. (2014) destacam que a comunicação constitui um instrumento imprescindível na prática dos trabalhadores de saúde. Em um estudo apresentado por esses autores sobre comunicação na concepção de alguns coordenadores de cursos de graduação em medicina, ela foi considerada de forma ampla; entretanto, para uma parcela significativa de entrevistados representa apenas um instrumento para o diagnóstico. A competência comunicacional no exercício da profissão não é inata, devendo ser abordada nos currículos dos cursos da área de saúde, pois demanda aprendizagem contínua e precisa ser sintonizada entre todos os membros da equipe.

A competência comunicacional deve abranger não somente a capacidade de se fazer claro, mas, principalmente, de escutar de forma acolhedora, não fornecendo apenas um entendimento conceitual, mas considerando os indivíduos em sua subjetividade (CORIOLANO-MARINUS et al., 2014).

A comunicação em saúde também se caracteriza como um relacionamento interpessoal criativo entre os membros da própria equipe e com as demais equipes, entre os profissionais, pacientes e seus familiares. A comunicação necessita partir do cotidiano, os sujeitos devem estar disponíveis uns para os outros, escutando e valorizando desejos, sentimentos e comportamentos para que juntos possam planejar um cuidado humanizado (CIELO; CAMPONOGARA; PILLON, 2013).

Em um estudo australiano, que realizou uma revisão sistemática da literatura a partir de estudos primários em língua inglesa publicados entre 1980 a fevereiro de 2011, as

falhas de comunicação entre os profissionais de saúde foram evidenciadas durante a transferência de pacientes cirúrgicos e das unidades de urgência e emergência para as enfermarias ou Unidades de Terapia Intensiva (UTI), bem como, nas altas dos pacientes intensivos para outras unidades. Foi constatada a importância de padronização no momento da transição do cuidado, comprovando a necessidade de sensibilização para o tema (ONG; COIERA, 2011).

A boa comunicação entre profissionais, assim como entre esses e os pacientes, é a chave para o cuidado seguro. Pena e Melleiro (2018) também apresentaram a experiência do setor de aviação, que há mais de 25 anos fornece valiosas lições sobre o gerenciamento de riscos e medidas de prevenção de acidentes. Ao constatar que 70% dos acidentes de voos comerciais resultaram de falhas de comunicação entre os membros da tripulação, o setor de aviação implantou uma ferramenta para padronização. Conhecida como Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR), ela foi adaptada por um médico de Oakland, EUA, para a comunicação entre membros da equipe multidisciplinar na transição do cuidado com foco na qualidade da assistência e segurança do paciente.

MÉTODOS

O estudo caracteriza-se como sendo de natureza qualitativa, descritivo quanto aos fins, utilizando o método de estudo de caso, que visa a apreensão da realidade de uma instância singular, em que o objeto estudado é tratado como único, uma representação singular da realidade, que é multidimensional e historicamente situada (LÜDKE; ANDRÉ, 2013).

Minayo, Deslandes e Gomes (2015) afirmam que a pesquisa qualitativa considera o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade é o objeto da pesquisa qualitativa, que dificilmente pode ser traduzido em número e indicadores quantitativos. A pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis (VERGARA, 2016). Neste contexto, o método escolhido permitiu alcançar os objetivos deste estudo.

Os participantes da pesquisa foram os profissionais que assumem função de gestão nas três UPAs 24h que estão sob gerenciamento integral da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Betim, localizada no estado de Minas Gerais. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, a delimitação do número de participantes não foi relevante, em especial, considerando que todos os gestores atuantes nas UPAs, cenário de investigação, participaram da pesquisa. Então, o número total de participantes foi de 09 respondentes, que refletiram a totalidade nas múltiplas dimensões (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). O perfil profissional dos participantes da pesquisa foi consolidado no Quadro 01, apresentado a seguir.

Quadro 01 - Perfil profissional dos gestores participantes da pesquisa

Identif. do Gestor	UPA	Função na UPA	Sexo	Formação profissional	Tempo de formação	Tempo experiênci a Urgência e Emergência	Temp o atuaçã o na UPA	Temp o na funçã o
G1	UPA 1	Gerente	Fem.	Enfermagem	9 anos	8 anos	2 anos e 8 meses	2 anos e 8 meses
G2	UPA 1	Enfermeir o RT	Fem.	Enfermagem	12 anos	10 anos	10 anos	2 anos
G3	UPA 2	Médico RT	Masc	Medicina	40 anos	30 anos	22 anos	4 anos e 6 meses
G4	UPA 2	Gerente	Fem.	Enfermagem	10 anos	10 anos	2 anos e 8 meses	2 anos e 8 meses
G5	UPA 2	Enfermeir o RT	Fem.	Enfermagem	13 anos	13 anos	1 ano e 6 meses	1 ano e 6 meses
G6	UPA 3	Enfermeir o RT	Fem.	Enfermagem	8 anos	5 anos	1 ano e 8 meses	8 meses
G7	UPA 3	Gerente	Masc	Enfermagem	13 anos	13 anos	2 anos e 8 meses	2 anos e 8 meses
G8	UPA 3	Médico RT	Masc	Medicina	10 anos	10 anos	2 anos e 7 meses	2 anos e 7 meses
G9	UPA 1	Médico RT	Masc	Medicina	26 anos	25 anos	22 anos	15 anos

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

As três UPAs 24h, que compõem a unidade de análise desta pesquisa, contam com equipes multiprofissionais (enfermeiros, médicos, bioquímicos, farmacêuticos, assistentes sociais, técnicos em enfermagem, técnicos de laboratório, técnicos de raio x, auxiliares de farmácia, recepcionistas, administrativos, copeiros, auxiliares de higienização), atuando de forma ininterrupta. Estas UPAs 24h realizam atendimentos de urgência e emergência em clínica médica e uma também faz atendimentos de pediatria e cirurgia geral, com média de 26.000 atendimentos/mês nas 03 unidades. O Município de Betim integra a região ampliada de saúde de Belo Horizonte/MG e divide-se administrativamente em 10 regiões. É um dos principais polos de concentração industrial do Estado de Minas Gerais, sendo responsável pela terceira maior arrecadação do Estado. Seu crescimento populacional no período de 2000 a 2010 apresentou uma taxa média anual de 5,46% (IBGE, 2015). A população do município alcançou os números de 378.089 pessoas no último censo realizado em 2010 e para o ano 2017 a estimativa foi de 422.354. Em 2018, a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foi de 432.575 habitantes, demonstrando aumento contínuo da população e da demanda nos serviços públicos de saúde, principalmente, na Rede de Urgência e Emergência (RUE). Esses dados promovem Betim à quinta maior cidade do Estado de Minas Gerais e uma das 50 maiores cidades do Brasil.

A técnica de coleta de dados utilizada para este estudo foi a entrevista face a face. Essa técnica foi eleita por permitir abordar temas complexos que dificilmente poderiam ser investigados adequadamente através de questionários, explorando-os em profundidade, por possuir uma natureza interativa (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2002). A entrevista foi do tipo semiestruturada, e ocorreram entre os meses de agosto a outubro de 2019. Utilizou-se um roteiro validado,

adaptado do instrumento de Santos et al. (2012), composto por quatro questões, a saber: (1) Como ocorre a sua comunicação com a equipe de trabalho desta UPA? (2) Considera essa comunicação adequada/efetiva? Justifique sua resposta. (3) Quais as estratégias para a comunicação com a equipe que você tem utilizado, considera mais efetivas? (4) Como você usa a comunicação para melhorar a sua gestão na UPA? Para fundamentar cientificamente as análises e discussões dos achados, foi realizada também uma revisão integrativa da literatura.

A análise dos dados aconteceu por meio da técnica de análise de conteúdo, proposta por Minayo (2006), a partir da transcrição na íntegra das entrevistas gravadas. Segundo Minayo (2006), a análise de conteúdo apresenta a grande importância de impor um corte entre as instituições e as hipóteses que encaminham para interpretações mais definitivas, mantendo o rigor de um trabalho científico. Foram adotadas as seguintes etapas para a análise de conteúdo temática: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados/inferência/interpretação (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015).

O tipo de grade utilizada foi a grade aberta, com as unidades de análise palavra, expressão e frase, com consequente definição das categorias, conforme sugere Vergara (2010). A autora apresenta que na grade aberta, identificam-se categorias de análise, conforme vão surgindo ao pesquisador, ou seja, há o rearranjo das categorias durante o andamento da pesquisa, estabelecendo categorias finais de análise.

As perguntas estabelecidas no roteiro semiestruturado utilizado para a entrevista foram empregadas para iniciar a análise de dados e a identificar as categoriais pré-analíticas. Na leitura das entrevistas, realizou-se, então, a divisão de partes em categorias, havendo ainda identificação de palavras e trechos que serviram como codificadores de temas relacionados ao objetivo da pesquisa e às categorias pré-analíticas. Todas as análises se apoiaram em procedimentos interpretativos, confrontando os resultados obtidos com a evidência científica que deu suporte à investigação.

O estudo seguiu as orientações expressas na Resolução do Ministério da Saúde 466/2012, que trata de pesquisas com seres humanos, e foi submetido previamente aos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas, sendo aprovado com nº do CAAE 11877419.6.0000.5149.

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste item será apresentada a análise qualitativa dos dados obtidos por meio das entrevistas realizadas com os 09 gestores atuantes em UPA 24h, participantes da pesquisa, classificada em três categorias temáticas: comunicação presencial; comunicação via aplicativo multiplataforma de mensagens para *smartphones*; comunicação verbal escrita e reunião de equipe. Serão apresentados os resultados de cada categoria, em coerência com os pressupostos teóricos.

Comunicação presencial

As formas de comunicação, principalmente a presencial, foram mencionadas por todos os gestores entrevistados e são essenciais para a gestão qualificada das UPAs 24h. Nesse sentido, Nogueira e Rodrigues (2015) citam os seguintes fatores como significativamente necessários para o desenvolvimento da comunicação efetiva entre os membros da equipe de saúde: contato dos olhos, escuta ativa, confirmação da

compreensão da mensagem, liderança clara, envolvimento de todos os membros da equipe, discussões saudáveis de informações pertinentes, consciência situacional. Segundo Martins (2013) e Freire et al. (2019) a mudança de comportamento das equipes não ocorre somente por meio dos veículos de comunicação formal e escrita, mas também por meio da comunicação informal face a face, constituídas pelas interações cotidianas entre trabalhadores e líderes. O contato direto é um dos mais relevantes pontos a serem absorvidos para a eficácia da comunicação, tendo em vista que a importância da comunicação está nas relações interpessoais e no universo que permite criar relacionamentos.

A comunicação face a face é citada como indispensável em situações que necessitam de argumentação direta, tais como discussão de ideias e negociação, situações de conflito e de decisão em curto prazo. No caso de mudanças de normas ou regras internas, o diálogo é considerado a estratégia mais acertada, mesmo havendo outras alternativas de divulgação (MARTINS, 2013).

Os profissionais que trabalham na linha de frente do cuidado querem ser ouvidos e reconhecidos pelos gestores. Nesse contexto, a comunicação por meio de uma linguagem clara, estruturada, com técnicas corretas potencializa a promoção da cultura de segurança do paciente. Para assegurar a transferência de informação entre plantões, essencial para o funcionamento das UPAs 24h, a comunicação presencial é citada, inclusive, como o método que deve ser adotado pelos serviços de saúde. O *feedback* e a criação de vínculos de confiança entre elementos da equipe são citados como fundamentais para a comunicação efetiva (BRASIL, 2017a).

Porém, ao analisar os conteúdos das entrevistas, percebe-se que é necessária uma compreensão conceitual de *feedback* por parte dos gestores, para a devida aplicação na sua prática de gestão. Vale mencionar que um dos participantes da pesquisa, apresenta um equívoco conceitual no entendimento do real conceito do *feedback*, por considerar esse simplesmente como uma transmissão de informação. No entender de Missel (2012), *feedback* é uma técnica que consiste em realizar retornos sistemáticos por meio dos quais gestores podem ajudar os funcionários a serem conscientes de seus próprios desempenhos, sendo esses negativos ou positivos. A prática do *feedback* pelos gestores tem se mostrado uma forte aliada na gestão de pessoas, podendo ser realizado em qualquer momento com o profissional da equipe. Assim, os resultados do *feedback*, quando bem conduzidos, a priori, são positivos, possibilitando o crescimento do funcionário e da instituição. Dar e receber retorno sobre as atitudes e as atividades realizadas, tanto nas relações pessoais como profissionais, é indiscutivelmente um método eficaz para alcançar resultados (MISSEL, 2012).

Sendo assim, ao se comunicarem com a equipe, os gestores necessitam ter cuidado com a utilização de termos específicos, sem o entendimento conceitual adequado, para que eles não sejam utilizados de forma indevida. E, a partir dos resultados encontrados, uma tecnologia gerencial que os gestores das UPAs 24h podem adotar é o *feedback*, como prática sistematizada e contínua, que também pode ser considerada como forma de comunicação efetiva entre gestores e membros da equipe.

Comunicação via aplicativo multiplataforma de mensagens para *smartphones*

Para além da comunicação presencial, a comunicação via aplicativo multiplataforma de mensagens para *smartphones*, a comunicação verbal escrita e a reunião de equipe foram evidenciadas como formas de comunicação entre gestores e membros da

equipe, comprovando que outras formas de se comunicar são necessárias para a gestão de uma UPA 24h.

Em relação à comunicação por meio do aplicativo de mensagens, Paulino *et al.* (2018) citam que os *smartphones* são parte importante da vida, gerando e melhorando as oportunidades de aprendizagem. Em seu estudo, eles demonstraram a viabilidade e aceitabilidade da comunicação de mensagens instantâneas para complementar a educação médica de estudantes de medicina, enquanto instrumento clínico. Os autores descrevem que aplicativos de mensagens instantâneas se tornaram uma ferramenta popular de comunicação, em comparação aos e-mails. A grande quantidade de informações e a facilidade de acesso pelos meios digitais apresentam potencial para possibilitar um profissional mais bem informado. Contudo, esse terá maiores necessidades de aprendizagem relacionadas às competências para o uso racional destas informações e das novas ferramentas disponíveis para acesso e replicação.

O aplicativo WhatsApp® permite a transferência de informações, incluindo texto e imagens, o que pode ajudar no ensino em saúde, pois permite que todos os usuários visualizem o conteúdo escrito e visual em tempo real e respondam a esse conteúdo no mesmo tempo. Por ser gratuito, esse aplicativo oferece uma solução de baixo custo e acessível a grande parte da população. Um recurso popular do aplicativo são os bate-papos em grupo, que permitem que as pessoas se comuniquem e compartilhem informações numa interface comum com muitos membros num único grupo. Nessa experiência, destacaram como pontos positivos o dinamismo, a facilidade de interação, a fluidez do diálogo e da troca de informações, a adesão, a possibilidade de interação imediata com outras plataformas, em especial para busca em tempo real de artigos e evidências que embasem a discussão e o aprendizado efetivo com uma ferramenta utilizada por eles rotineiramente para diversos outros fins (PAULINO *et al.*, 2018).

Os achados da presente investigação vão ao encontro do estudo mencionado, uma vez que evidencia que essa ferramenta de comunicação permite a visualização e compartilhamento de conteúdo escrito e visual em tempo real, facilitando a interação e discussão de assuntos relevantes para os processos de trabalho inerentes às UPAs 24h. Uma grande vantagem, evidenciada pelos gestores da pesquisa, é a divulgação de documentos elaborados pelos responsáveis pela gestão da UPA 24h e construção conjunta de fluxos internos e devidos esclarecimentos. Como mencionado pelos participantes da presente investigação, o envio de fotos e vídeos como estratégia de comunicação é interessante para a demonstração prática relacionada a procedimentos de urgência e emergência.

A impossibilidade da presença física dos gestores das UPAs 24h em todo seu período de funcionamento, principalmente nos plantões noturnos e de finais de semana, a alta rotatividade de profissionais e o ingresso de novos profissionais com pouca experiência, torna o aplicativo, com seus grupos de mensagens, uma forma estratégica e prática de acompanhamento, orientação e comunicação com a equipe de plantão.

Contudo, a exigência da disponibilidade integral dos gestores dos serviços de urgência e emergência, mesmo que seja por telefone ou aplicativo de mensagens, poderia impactar na qualidade de vida e saúde mental desses trabalhadores, contradizendo os preceitos da saúde do trabalhador, que deve ser um componente da gestão das equipes geridas por eles. Na realidade investigada, com o advento dos aplicativos, a vida privada/pessoal a cada dia se torna mais invadida com as

atividades de trabalho, o que pode contribuir para o sofrimento mental e/ou estresse laboral.

De acordo com Sousa e Barros (2018), o bem-estar mental do profissional gestor em saúde é crucial não só para o seu cuidado e qualidade de vida individual, mas também para que este esteja preparado e em boas condições para ofertar uma melhor assistência à saúde do coletivo. Cuidar do bem estar desses profissionais significa trabalhar para que a sociedade seja protegida das consequências que o estresse excessivo pode acarretar.

Os gestores entrevistados mencionaram ainda que o aplicativo é uma tecnologia que otimiza o tempo do gestor, remetendo à questão da gestão do tempo, um desafio real para os gestores de UPAs 24h. Como o serviço funciona continuamente com diferentes plantões e jornadas de trabalho, o gestor de uma UPA 24h não consegue estabelecer o processo comunicacional verbal de forma oral com todos os profissionais em curto espaço de tempo. Portanto, a comunicação via aplicativo multiplataforma de mensagens possibilita que a mensagem seja emitida para um grande número de pessoas rapidamente, entretanto, a forma de compreensão é variada, o que pode gerar distorções na informação e conflitos organizacionais.

Diante do exposto, mesmo com o risco existente de pontos negativos, é possível concluir que a utilização do aplicativo em questão se sobressai positivamente como uma forma de comunicação entre gestores e os membros das equipes das UPAs 24h. Para minimizar os pontos negativos, os gestores necessitam exercitar as habilidades de liderança, respeito à expressão do outro, retornos e gestão de conflitos nos grupos de mensagens criados via aplicativo para comunicação com a equipe da UPA 24h. Eles podem definir regras em conjunto com os participantes do grupo, por meio de contrato de convivência, para que o recurso tecnológico atinja seus objetivos profissionais e de qualificação do serviço.

Johnston *et al.* (2015) apontaram em seu estudo que o WhatsApp® representa uma tecnologia de comunicação segura e eficiente, lançando as bases para inovações e melhoria da qualidade fornecida por *smartphones*. Blumenfeld e Brand (2016) corroboraram que um grupo do WhatsApp® facilitou a transferência de conhecimento de oficiais militares experientes para profissionais menos experientes, sendo avaliado como uma ferramenta para a comunicação e aprendizagem médica no cenário militar. Nessa nova forma de comunicação, torna-se necessário considerar os aspectos éticos exigidos no trabalho em saúde, principalmente em UPA 24h, que vivencia uma dinâmica intensa e com demandas imprevisíveis. Como o WhatsApp® permite que os usuários compartilhem imediatamente conteúdo técnico e visual em um grupo de participantes, questões de confidencialidade, bem como de segurança ética e operacional precisam ser tratadas à medida que a tecnologia avança. Exemplo disso é a preservação de imagens de pacientes e/ou o consentimento documental desses para compartilhamento de sua imagem (BLUMENFELD; BRAND, 2016). A partir de 01 de agosto de 2020, com a entrada em vigor da Lei de Proteção de Dados, essa atenção com o uso do aplicativo precisará ser redobrada (BRASIL, 2019).

Tendo em vista os aspectos éticos e a necessidade já exposta da comunicação em grupos de mensagens, propõe-se que os gestores padronizem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será assinado pelo paciente ou responsável, em caso da necessidade do profissional compartilhar fotos de alterações clínicas, lesões, relatórios e resultados de exames complementares. Este TCLE deve deixar claro que o profissional evitará e/ou não mesmo utilizará o uso de fotos que possibilitem a identificação do paciente.

Outros estudos discorrem que a utilização desse aplicativo na assistência em saúde tem demonstrado resultados satisfatórios na integração entre teoria e prática clínica, na docência, seja no âmbito da enfermagem, seja no da medicina. As mídias sociais têm revolucionado não apenas o cotidiano das pessoas, mas também as relações entre profissionais e pacientes proporcionando a comunicação instantânea, a educação em saúde, o apoio social, a tomada de decisão, o autocuidado, bem como o suporte à mudança de comportamento, com custo efetividade satisfatórios (MUESSIG et al., 2015; WILLEMSE, 2015; SIDHOUM et al., 2016; PETRUZZI; DE BENEDITTIS, 2016; LIMA et al., 2018).

Comunicação verbal escrita e reunião de equipe

A comunicação verbal escrita como estratégia de comunicação entre os gestores e equipes das UPAs 24h participantes deste estudo foi mencionada como imprescindível, pois por meio dessa as informações repassadas por oralidade tendem a não se perder.

Foi citado por um gestor o livro de relatórios da coordenação de plantão, como uma ferramenta de comunicação de alcance a toda equipe, sendo uma forma padronizada e necessária para o profissional que assume a coordenação de cada plantão. Todavia, para ser um mecanismo de comunicação abrangente e que retrate a realidade vivenciada, os gestores precisam investir na sensibilização de todos os profissionais e na responsabilização dos coordenadores de plantão para que o registro seja fidedigno.

Segundo Broca e Ferreira (2012) uma pessoa comum gasta cerca de 70% do seu tempo ativo se comunicando verbalmente, seja ouvindo, falando, lendo ou escrevendo. Dessa forma, a comunicação verbal, em todas as suas dimensões, é muito importante para a convivência dos indivíduos, pois a partir dela as relações de interação são possíveis.

Em um estudo realizado no hospital acreditado com excelência, os pesquisadores identificaram que o uso dos veículos de comunicação escrita (repassa e disseminação de informações para todos os membros da equipe) e oral (repassa e validação da compreensão dessas informações), havendo *feedback* dos receptores, podem promover mudanças de comportamento e melhores resultados institucionais (FREIRE et al., 2019).

À luz desses autores, foi possível compreender que os gestores entrevistados se esforçam para se comunicar com todos os componentes da equipe e avaliam continuamente a forma mais viável de emitir e receber a informação, estabelecendo um processo comunicacional efetivo. Destaca-se, porém, ser uma prática complexa, a considerar a quantidade expressiva de profissionais que atuam nas UPAs 24h e em diferentes jornadas de trabalho/turnos.

Para impulsionar a comunicação verbal e escrita, a reunião de equipe periódica com representantes de cada categoria profissional de cada plantão é uma estratégia relevante, pois esses serão, mais uma vez, multiplicadores de informações. Compete esclarecer que neste estudo, os entrevistados fizeram menção às reuniões de duração superior a 1 hora, com agenda, local e pautas pré-estabelecidas.

Embora não mencionada por todos os gestores entrevistados, a reunião de equipe é uma forma de comunicação pertinente, que apresenta potencial de fortalecer a comunicação entre gestores e sua equipe. O não entendimento da utilização das informações na prática e a não adesão por determinados profissionais, são limitações encontradas nas UPAs 24h e que podem ser reduzidas com as reuniões de equipe.

Como mencionado anteriormente, a reunião de equipe periódica com representantes de cada categoria profissional de cada plantão, com cronograma anual pré-estabelecido, é uma prática indicada para ser adotada como forma de comunicação com a equipe.

A reunião é um momento importante para um grupo, pois é por meio dela que se pode compartilhar informações, emoções e sentimentos; discutir; crescer e amadurecer em conjunto e, assim, facilitar para que as pessoas enfrentem a realidade que vivem, além de proporcionar aprendizagem e comunicação. Na reunião de equipe como processo comunicativo propriamente dito, as pessoas envolvidas podem ter determinados objetivos como informar, persuadir ou divertir (BROCA; FERREIRA, 2012).

Nesse contexto, os gestores das UPAs 24h podem encontrar na reunião de equipe, considerada uma forma de comunicação, oportunidades para avançar no processo persuasivo, reflexivo, informativo e motivacional, proporcionado pela de interação com a equipe.

Siman e Brito (2016) contribuem com as ideias deste trabalho ao citarem que as reuniões semanais entre equipes, o repasse de informações com *feedback* e o envolvimento dos profissionais assistenciais na análise dos indicadores, são ferramentas fundamentais para o alcance de metas e maior engajamento e autonomia da equipe. Além disso, as orientações individuais e as reuniões multiprofissionais para análise e estudo dos eventos adversos são fundamentais para a responsabilização conjunta pela segurança do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo descreveu as formas de comunicação entre os gestores e os membros das equipes das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24h) de um município do Estado de Minas Gerais, na visão deles próprios.

Foi demonstrado que os gestores participantes da pesquisa entendem a comunicação como um instrumento vital para as UPAs 24h e para a gestão das mesmas, entretanto, ainda a utilizam de forma empírica e frágil, com predomínio e expressiva ênfase na comunicação oral espontânea e via aplicativo de mensagens de *smartphone*. Percebeu-se que a comunicação presencial face a face com objetivos e ferramentas bem definidos, também por meio das ações de educação permanente em saúde, do *feedback* e das reuniões com a equipe, são ainda estratégias incipientes e apresentam fragilidades, que podem impactar negativamente no gerenciamento de conflitos e liderança.

Importante ressaltar que as estratégias apresentadas neste estudo apresentam o potencial de preencher uma lacuna significativa na literatura científica, contribuindo para os processos de gestão nos diferentes serviços de saúde.

Considerando a exigência da disponibilidade integral dos gestores para a comunicação com a equipe e a impossibilidade da presença física daqueles em todo seu período de funcionamento, principalmente nos plantões noturnos e de finais de semana, o aplicativo com seus grupos de mensagens converte-se em técnica estratégica e prática de acompanhamento e comunicação com a equipe de plantão. Foi possível comprovar que a comunicação via aplicativo multiplataforma de mensagens para *smartphones* é expressa pelos entrevistados como necessária para maior abrangência do ato comunicacional, associada às outras formas descritas nesta pesquisa.

A comunicação verbal escrita como estratégia de comunicação entre os gestores e equipes das UPAs 24h é imprescindível, pois é por meio dessa que as informações repassadas por meio da oralidade tendem a não se perder.

Os resultados da pesquisa demonstram uma fragilidade para a gestão das UPAs 24h, que é o repasse de informações por meio da comunicação formal, sem a devida capacitação ou treinamento dos envolvidos. Assim, fica evidenciada a necessidade de ações de educação permanente em saúde em todos os turnos e utilização desses espaços para a qualificação da comunicação. Acresce-se, ainda, que para a operacionalização da educação permanente, os gestores necessitam se atentar para a utilização de metodologias ativas para a reflexão do cotidiano do trabalho em saúde e mudanças práticas nos processos de trabalho.

Como a presença do gerente por um tempo determinado em um serviço ininterrupto impacta na comunicação e interação com todos os membros da equipe, este estudo contribui sugerindo, à luz da literatura, estratégias de comunicação oral, exemplificadas como reuniões denominadas “dedo de prosa” e “se vira nos 15”, Projeto Sol e Lua, reunião mensal ou semestral entre gestores e equipes, além do método *Daily Huddle*.

Considera-se necessário investir em novas pesquisas que proponham instrumentos norteadores para o fortalecimento da comunicação e, conseqüentemente, melhoria dos processos de gestão nas UPAs 24h.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os resultados deste estudo poderão auxiliar profissionais da saúde, especialmente aqueles que desempenham funções como gestores de serviços de saúde, a refletirem sobre a importância das melhores práticas no que tange as diversas formas de se estabelecer o processo de comunicação em saúde. Do ponto de vista organizacional, os dados analisados apresentam insumos para o planejamento de ações necessárias à gestão e organização da atenção à saúde. Para a sociedade, a contribuição foi a de prover os profissionais de saúde de informações que permitam melhor subsidiar sua prática laboral, culminando em um melhor atendimento à população.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Thomson, 2002. 203 p.

BLUMENFELD, O.; BRAND, R. Real time medical learning using the WhatsApp cellular network: a cross sectional study following the experience of a division's medical officers in the Israel Defense Forces. **Disaster and Mil Med - BioMed Central**, v. 12, p. 1-5, 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa. **Assistência Segura**: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília: Anvisa, 2017(a).

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 157, p. 59, 15 ago. 2018.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. de A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 65, n.1, p. 97-103, Fev. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/14.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2020.

CIELO, C.; CAMPONOGARA, S.; PILLON, R. B. F. A comunicação no cuidado à saúde em unidade de urgência e emergência: relato de experiência. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 3, n. 2, p. 204-212, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3398>. Acesso em: 11 ago. 2020.

CORIOLO-MARINUS, M. W. L. et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, dez. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401356&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 11 ago. 2020.

FREIRE, E. M. R. et al. A comunicação como estratégia para manutenção da acreditação hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, e20180224, 2019. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000100214. Acesso em: 11 ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Mudança demográfica no Brasil no início do Século XXI**: subsídios para as projeções da população. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=293322>. Acesso em: 03 jan. 2020.

JOHNSTON, M.J. et al. Smartphones let surgeons know WhatsApp: an analysis of communication in emergency surgical teams. **The American Journal of Surgery**. v. 209, n. 1, p.45-51, 2015. Disponível em: [https://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610\(14\)00525-X/fulltext](https://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610(14)00525-X/fulltext). Acesso em: 11 ago. 2020.

LIMA, I. C. V. de et al. Uso do aplicativo Whatsapp no acompanhamento em saúde de pessoas com HIV: uma análise temática. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, e20170429, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000300202&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 11 ago. 2020.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. 2. ed. São Paulo: EPU, 2013. 128 p.

MARTINS, M.T.M.C. Diálogo e interações face a face: a força da oralidade na comunicação interna. **Organicom**. Ano 10, n. 19, p. 194-208, 2o sem 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9a ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 34 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. 108 p.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 19-51.

MISSEL, S. **Feedback Corporativo**: Como saber se está indo bem. São Paulo: Saraiva, 2012. 248 p.

MUESSIG, K.E. et al. A Systematic Review of Recent Smartphone, Internet and Web 2.0 Interventions to Address the HIV Continuum of Care. **Current HIV/AIDS Reports**, v. 2, n. 1, p. 173-190, Mar 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25626718>. Acesso em: 09 jan. 2020.

NOGUEIRA, J. W. da S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016>. Acesso em: 11 ago. 2020.

ONG M.; COIERA E. A systematic review of failures in handoff communication during intrahospital transfers. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 37, n. 6, p. 274-284, Jun. 2011. Disponível em: [https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250\(11\)37035-3/fulltext](https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250(11)37035-3/fulltext). Acesso em: 11 ago. 2020.

PAULINO, D. B. et al. WhatsApp® como Recurso para a Educação em Saúde: Contextualizando Teoria e Prática em um Novo Cenário de Ensino-Aprendizagem. **Revista brasileira de educação médica**. Brasília, v. 42, n. 1, p. 171-180, Jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000100171&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 jan. 2020.

PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 8, n. 3, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25432>. Acesso em: 11 ago. 2020.

PETRUZZI, M.; DE BENEDITTIS, M. WhatsApp: a telemedicine platform for facilitating remote oral medicine consultation and improving clinical examinations. **Oral Surg Oral Med**. v. 121, n. 3, p. 248-254, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26868466>. Acesso em: 09 jan. 2020.

SANTOS, M. C. et al. O processo comunicativo no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192). **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 69-

76, Mar. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000100010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 11 ago. 2020.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Saúde. **Boletim do Instituto de Saúde – BIS**, São Paulo, v. 12, n. 1, Abr. 2010. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/bis/bis-50>>. Acesso em: 24 fev. 2019.

SIDHOUM, N. et al. WhatsApp: Improvement tool for surgical team communication. **J Plast Reconstr Aesthet Surg**, v. 69, n 11, p. 1562-1563, Nov 2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27341767>. Acesso em: 05 jan. 2020

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 13. ed. São Paulo: Loyola, 2016. 136 p.

SILVA, S. T. M. da. **Teorias da comunicação nos estudos de relações públicas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2011. 102 p.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente**: teoria e ensino. 2 ed. São Paulo: Robe Editorial, 1993. 144 p.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, e68271, 2016. Número especial. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000500413&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 11 ago. 2020.

SOUSA, K. O. de; BARROS, L. de M. Estresse e Estratégias de Enfrentamento de Gestores de Saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 496-515, Ago. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 jan. 2020.

TEMER, A. C. R. P.; NERY, V. C. A. **Para entender as Teorias da Comunicação**. 2. ed. Uberlândia: EDUFU, 2009. 206 p.

THOFEHRN, M.B. et al. A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 190-198, jan/mar. 2011.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2016. 104 p.

VERGARA, S. C. **Método de pesquisa em administração**. 16. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 288 p.

WILLEMSE, J.J. Undergraduate nurses reflections on Whatsapp use in improving primary health care education. **Curationis**, v. 38, n. 2, p.1512, Aug. 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26304053>. Acesso em: 03 jan. 2020.

CONHECENDO O PROTOCOLO SEPSE EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR DE GRANDE PORTE EM MINAS GERAIS

Alexandre da Silveira Sete¹; Vânia Regina Goveia²; Adriane Vieira³

RESUMO

Objetivo: analisar a implantação e a adesão ao Protocolo de Sepsis pelas equipes de enfermagem e médica nas Unidades de Urgência Emergência, Internação e Terapia Intensiva de um hospital de grande porte de Belo Horizonte – MG. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa onde o método de investigação empregado foi o estudo de caso a partir da seleção de participantes de maneira intencional com aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturada. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição do campo de estudo. **Referencial teórico:** os principais conceitos e estudos sobre o cenário real de mortalidade por Sepsis no mundo, na América Latina e no Brasil, bem como as propostas de melhorias nos processos de gestão nas instituições de saúde se deu a partir da busca na literatura bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando sites de busca, como: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), edições do Ministério da Saúde, entre outros. **Resultados:** Na implantação do protocolo de sepsis foi identificada a necessidade da implantação ter abrangência institucional com empoderamento da equipe multidisciplinar possibilitando a identificação das fragilidades no protocolo, além de tratar e estabelecer ações de prevenção e tratamento da Sepsis. A maior conquista com a implantação do protocolo foi a garantia do conhecimento para os profissionais assistenciais quanto às etapas a serem seguidas. A adesão ao protocolo foi evidenciada pelos relatos dos profissionais das equipes médicas e de enfermagem entrevistados. O produto final foi a construção e implantação do protocolo de Sepsis na instituição campo do estudo. **Considerações finais:** Espera-se que este estudo possibilite o aprimoramento dos mesmos, além de servir de material de apoio em capacitações, como um processo contínuo que permite uma formação ampliada desses profissionais, além de prepará-los para uma ação de multiplicadores desse saber.

PALAVRAS-CHAVE: Sepsis. Fatores de risco. Infecção. Administração hospitalar. Protocolos clínicos.

1 INTRODUÇÃO

A sepsis é um conjunto de manifestações graves em todo o organismo, sendo produzida por uma infecção. Esse agravo clínico era conhecido como septicemia ou

¹Enfermeiro, Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde pela EEUFMG; Gerente de Enfermagem do Hospital Felício Rocho, e-mail : alexandre.sete@yahoo.com.br.

²Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: vaniagoveia@uol.com.br

³Doutora em Administração, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: vadri.bh@gmail.com

infecção no sangue. Atualmente a Sepsis, é mais conhecida como infecção generalizada. Na verdade, não é a infecção que está em todos os locais do organismo. Por vezes, a infecção pode estar localizada em apenas um órgão, como por exemplo, o pulmão. Contudo, provoca em todo o organismo uma resposta, a inflamação, numa tentativa de combater o agente da infecção. Essa inflamação pode vir a comprometer o funcionamento de vários órgãos do paciente (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSIS, 2018b).

Portanto, a sepsis pode ser definida como a resposta sistêmica a uma doença infecciosa, seja ela causada por bactérias, vírus, fungos ou protozoários, e que se manifesta em diferentes estágios clínicos de um mesmo processo fisiopatológico. Trata-se de um desafio para os profissionais da área da saúde, dada a necessidade de pronto reconhecimento e tratamento precoce. Assim, todos os profissionais da saúde, mesmo que não diretamente envolvidos em seu atendimento, devem ser capazes de reconhecer os sintomas e os sinais de gravidade de maneira imediata para que o tratamento possa ser feito (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSIS, 2018b).

Dados da literatura apontam para a menor letalidade entre pacientes provenientes de unidades de urgência e emergência (26,5%) em comparação com pacientes que fazem sepsis quando já internados em unidades de internação (39,8%) ou em unidades de terapia intensiva (42,8%). Essa menor letalidade, se deve pela maior frequência de pacientes jovens, sem comorbidades e com infecções comunitárias em comparação com os demais cenários onde parte importante das infecções é associada à assistência à saúde em pacientes portadores de outras doenças (ZONTA et al., 2018).

A sepsis é diagnosticada, frequentemente, de forma tardia, já que os sinais e os sintomas atualmente utilizados para o diagnóstico, como alterações na contagem de leucócitos, febre, taquicardia e taquipneia, não são específicos da sepsis. Concomitantemente, considera-se o conhecimento insuficiente dos profissionais da saúde, podendo ter inúmeras causas como o déficit na formação e a falta de definições oficiais precisas e processos adequados para ajudar na identificação e tornar o planejamento de cuidados mais rápido e efetivo (ZONTA et al., 2018).

A escolha deste tema como foco de interesse para o estudo não se deve apenas à satisfação de uma curiosidade percebida durante o trabalho realizado na identificação da pessoa com sepsis, e sim, na tentativa de reduzir os índices de mortalidade em consequência deste agravamento a partir da adoção de medida de detecção precoce, criando estratégias de educação em saúde.

Neste contexto, percebe-se a necessidade da sensibilização dos profissionais de enfermagem quanto às alterações clínicas, alertando para redução da mortalidade por meio da rapidez no início do tratamento das pessoas que são assistidas na unidade de emergência, na terapia intensiva e na unidade de internação de um hospital de grande porte em Belo Horizonte. Além disso, principalmente, por se observar ser este um problema científico e social, sendo um dos importantes agravos e dificuldades existentes na área de abrangência hospitalar. Isso, pelo fato de a pessoa ser admitida, de início ou não, com alguma infecção em determinado lugar do corpo, podendo atingir vários órgãos e provocando rapidamente um processo infeccioso generalizado, cujo desconhecimento pode trazer danos à saúde e levar a morte.

A possibilidade de trabalhar o protocolo de gerenciamento de sepsis no hospital como dever social de salvar vidas surgiu em 2015. Para dar início aos trabalhos, este pesquisador ficou responsável por trazer o assunto e compartilhar com a equipe

multidisciplinar até a sua implantação no Pronto Atendimento. Posteriormente, as discussões realizadas, por intermédio da análise crítica do indicador, apontaram que a equipe de médicos, enfermeiros, laboratório e TI estavam aprimorando o gerenciamento do protocolo de sepse.

Diante desse cenário vivenciado em um Hospital de grande porte de Minas Gerais este estudo teve por objetivo analisar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o protocolo de Sepse em um hospital de grande porte em Minas Gerais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A Sepse é um conjunto de manifestações graves em todo o organismo produzidas por uma infecção. A sepse era conhecida antigamente como septicemia ou infecção no sangue. Hoje é mais conhecida como infecção generalizada. Na verdade, não é a infecção que está em todos os locais do organismo. Por vezes, a infecção pode estar localizada em apenas um órgão, como por exemplo, o pulmão, mas provoca em todo o organismo uma resposta com inflamação numa tentativa de combater o agente da infecção. Essa inflamação pode vir a comprometer o funcionamento de vários dos órgãos do paciente (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2018).

Por isso, o paciente pode não suportar e vir a falecer. Esse quadro é conhecido como disfunção ou falência de múltiplos órgãos. É responsável por 25% da ocupação de leitos em UTIs no Brasil. Atualmente a sepse é a principal causa de morte nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e uma das principais causas de mortalidade hospitalar tardia, superando o infarto do miocárdio e o câncer. Tem alta mortalidade no país, chegando a 65% dos casos, enquanto a média mundial está em torno de 30-40%. Segundo um levantamento feito pelo estudo mundial conhecido como Progresso, a mortalidade da sepse no Brasil é maior que a de países como Índia e a Argentina (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2018).

A doença é a principal geradora de custos nos setores público e privado. Isto é devido a necessidade de utilizar equipamentos sofisticados, medicamentos caros e exigir muito trabalho da equipe médica. Em 2003 aconteceram 398.000 casos e 227.000 mortes por choque séptico no Brasil com destinação de cerca de R\$ 17,34 bilhões ao tratamento (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2018).

Os atuais dados nacionais mostram que a mortalidade por sepse no país, mormente em hospitais públicos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) é muito elevada e bastante acima da mortalidade mundial. O estudo SPREAD (Sepsis PREvalence Assessment Database), conduzido pelo ILAS em 229 unidades de terapia intensiva (UTI) brasileiras selecionadas aleatoriamente para representarem, de maneira adequada, o cenário nacional, apontou que 30% dos leitos de UTI do país estão ocupados por pacientes com sepse ou choque séptico. A letalidade nesses pacientes foi de 55%. Esses dois achados fazem perceber o custo elevado da sepse em nosso país, tanto do ponto de vista de vidas perdidas como do econômico (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2015). As atuais evidências demonstram que a efetiva implementação de protocolos assistenciais gerenciados, baseados nessas diretrizes, tem impacto na evolução desses pacientes. No Brasil, foi recentemente publicada, em parceria com o ILAS, a casuística de uma rede de hospitais. Utilizando a estratégia de implementação do instituto, obteve-se redução importante da letalidade ao longo dos trimestres do processo de 55% para 26% (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2015).

A maior casuística disponível no Brasil, embora não publicada, é a do Instituto Latino Americano para Estudos da SEPSE (ILAS), instituição envolvida no treinamento de hospitais no processo de implementação de protocolos gerenciados de sepse. O

banco de dados do ILAS, construído ao longo dos últimos 10 anos, tem hoje mais de 30 mil pacientes. A despeito do viés inevitável, pois se tratam de instituições envolvidas em programas visando redução de mortalidade, os dados são bastante preocupantes. A letalidade global atualmente é de 46%. Entretanto, o que mais chama a atenção é a diferença significativa de letalidade entre instituições públicas (58,5%) e privadas (34,5%). Além disso, chama atenção a elevada letalidade entre pacientes provenientes dos serviços de urgência e emergência da rede pública (58,7%) em comparação com os 21 dados da rede privada (27,5%). Dados da literatura apontam para uma menor letalidade nesse subgrupo de pacientes (26,5%) em comparação com pacientes que fazem sepse quando já internados em unidades regulares de internação (39,8%) ou em unidades de terapia intensiva (42,8%). Essa menor letalidade se explica pela maior frequência de pacientes jovens, sem comorbidades e com infecções comunitárias em comparação com os demais cenários onde parte importante das infecções é associada à assistência à saúde em pacientes portadores de outras doenças (ZONTA *et al.*, 2018).

A precocidade na identificação e no diagnóstico da disfunção orgânica e, conseqüentemente, seu tratamento estão diretamente relacionados com o prognóstico do paciente. Uma vez diagnosticada a sepse ou o choque séptico, condutas que visam à estabilização do paciente são prioritárias e devem ser tomadas imediatamente, dentro das primeiras horas. Uma vez que inúmeros motivos podem atrasar sua adoção na prática clínica, a campanha recorreu ao *Institute for Healthcare Improvement* para elaborar um programa educacional no sentido de acelerar esse processo. Foram então criados os pacotes (*bundles*) da sepse. Conceitualmente, o pacote se refere a um conjunto de intervenções baseadas em evidências científicas sólidas oriundas de estudos publicados na literatura sobre o tema e que, quando praticadas em conjunto, apresentam maior eficácia do que quando aplicadas individualmente. Inicialmente foram criados os pacotes de uma hora, seis e 24 horas (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2015, 2016).

3 METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos propostos optou-se por uma pesquisa de abordagem qualitativa. O método de investigação empregado nesta pesquisa foi o estudo de caso. Segundo Yin (2015), o uso do estudo de caso é adequado quando se pretende investigar o como e o porquê de um conjunto de eventos contemporâneos.

O cenário do estudo é um hospital geral de grande porte, de natureza privada, localizado no município de Belo Horizonte, que possui certificações que validam o alto padrão de qualidade da assistência prestada. Acreditado Pleno pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) desde 2008 e acreditado com excelência desde 2018, o que demonstra evolução no sistema de gestão da qualidade. Além disso, hospital é certificado pela norma *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations* (NIAHO), que representa o reconhecimento de um hospital brasileiro de padrão internacional.

No presente estudo, a unidade de análise teve como participantes os profissionais de saúde que fizeram uso do protocolo de sepse. Os participantes da pesquisa foram cinco profissionais médicos e 30 enfermeiros supervisores dos setores de Urgência Emergência, Unidade de Internação e Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

A seleção dos participantes da pesquisa se deu de maneira não probabilística intencional, em que os entrevistados obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: ser médico ou enfermeiro com atuação na instituição por, pelo menos, um ano no hospital; e ter vivência na condução do processo de gestão assistencial. Nesse

contexto, o sujeito pode ser delimitado de forma clara na composição da unidade de estudo, de forma observacional ou descritiva, definindo o grupo a ser estudado. O critério de exclusão adotado foi o de não ter participado das decisões relacionadas à gestão dos protocolos de sepse e de se encontrar afastado do hospital por motivos diversos no momento da coleta de dados.

Ressalta-se que o número de participantes foi definido no decorrer da coleta de dados, sendo utilizado o critério de saturação (YIN, 2015), que consiste na interrupção das entrevistas ao obter informações redundantes e que pouca novidade acrescentava aos tópicos abordados. As entrevistas foram numeradas de acordo com a sequência de realização e, para manter o anonimato dos participantes, foram utilizadas as letras: letras M para os médicos e ES para enfermeiros supervisores, seguidas do número de ordem de realização das entrevistas. Exemplo: ES 1 (Enfermeiro supervisor 1), M1 (Médico 1).

As informações coletadas foram tratadas utilizando a Análise de Conteúdo, na modalidade categorial temática (BARDIN, 2010), sintetizadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Análise de conteúdo: temas e subtemas

Temas	Subtemas
Implantação do protocolo de sepse na visão dos entrevistados	Conhecimento do protocolo de sepse
	Fases de implementação do protocolo de sepse
	Etapas do protocolo de sepse
	Grau de adesão dos profissionais ao protocolo de sepse
Papel dos profissionais no desenvolvimento do protocolo de sepse	-
Contribuições do protocolo de sepse para os processos assistenciais	-

Fonte: Elaborado pelos autores.

O estudo atendeu a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece critérios éticos para pesquisa com seres humanos. O estudo foi realizado mediante a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do hospital investigado. O anonimato dos participantes foi garantido em todas as fases do estudo. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os riscos de constrangimento foram minimizados com a escolha de locais reservados para a realização das entrevistas e clarificação das dúvidas sobre a pesquisa.

4 RESULTOS E DISCUSSÃO

Neste artigo cada categoria temática engloba quatro subtemas e, cada um deles, está relacionado a uma pergunta do roteiro de entrevistas.

4.1 Conhecimento do protocolo de sepse

A primeira pergunta dirigida aos entrevistados foi: Você conhece o protocolo de Sepse da Instituição?

Constatou-se que entre os 35 entrevistados, apenas um médico não conhecia o protocolo de sepse da instituição, sendo que os demais afirmaram ter conhecimento e relataram a participação em treinamentos ministrados por membros da equipe médica e de enfermagem. Os achados revelaram que os profissionais possuem conhecimento quanto a parte teórica do protocolo, como evidenciado no relato dos profissionais ES1, ES5, ES7, ES9, ES11, ES18 e M1. Eles afirmam que foram treinados nos procedimentos a serem realizados, ou seja, quanto aos motivos da existência do protocolo.

É possível considerar que a equipe de enfermagem tem entendimento e conhecimento sobre o protocolo. Ela considera de extrema importância que esse conhecimento seja garantido por meio da educação continuada para que o seu gerenciamento pela equipe que está mais próxima do paciente seja feito de forma assertiva, atendendo com qualidade os quatro pontos da adesão ao protocolo de sepse (antibiótico em até uma hora, volemia, coleta de lactato e coleta do sangue em até no máximo 20 minutos).

A atuação da equipe de enfermagem é imprescindível no gerenciamento do protocolo clínico de sepse, pois é ela que está mais próxima do paciente durante todo o cuidado, desde a sua admissão na unidade hospitalar até a alta, podendo detectar precocemente os sinais e os sintomas. Segundo Medeiros et al. (2015) e Ferreira e Nascimento (2014), a equipe deve ser devidamente treinada para o reconhecimento suspeito ou confirmado de sepse. O enfermeiro deve conduzir a avaliação de forma sistematizada, utilizando a ferramenta processo de enfermagem, em que a primeira etapa consiste na coleta de dados, sendo a anamnese e o exame físico fundamentais para o diagnóstico precoce de sepse, direcionando de forma objetiva o cuidado de enfermagem.

Realizando um comparativo dos extratos dos relatos das equipes de enfermagem e dos médicos entrevistados, percebeu-se que existe uma fragilidade na consolidação do protocolo na visão dos médicos residentes entrevistados, conforme fica explícito no relato de M2, identificando oportunidade de melhoria a ser tratada pela equipe da educação continuada e comunicação. O ponto a ser observado reforça a necessidade do protocolo ser trabalhado de forma institucional e que todos, independente da especialidade ou local de trabalho, possam conhecer sobre o gerenciamento do protocolo

Os dados encontrados na literatura afirmam que o protocolo possui a vantagem de ser uma ferramenta que direciona o cuidado, alinha a expectativa com o serviço que participa do fluxo e faz com que as intervenções sejam aplicadas rapidamente, além de auxiliar no diagnóstico precoce de sepse. Tal fato impacta diretamente na redução da mortalidade, com consequente refreamento do tempo de internação hospitalar, o qual eleva custos de tratamento ao hospital (MEDEIROS et al., 2015).

Os protocolos são padronizações estruturadas e bem delineadas que oferecem suporte na assistência clínica, pois dispõem de uma sequência temporal do cuidado, diagnóstico e tratamento definido, objetivando oferecer qualidade no serviço e melhorando os cuidados de saúde. Para realização desse processo é necessária a mobilização e o envolvimento de gestores, coordenadores e colaboradores para melhorar a compreensão sobre a importância de implementar essas padronizações e, conseqüentemente, aderir as estratégias propostas, entendendo que o objetivo é tornar o cuidado mais seguro (MEDEIROS et al., 2015).

Não obstante, cumpre lembrar que todos os integrantes das equipes de enfermagem devem intensificar, como prática do ensino, o aprimoramento contínuo acerca do conhecimento técnico e científico, como consta em seu código de ética profissional

(ALCÂNTARA; MARQUES, 2009), buscando prevenir danos e promover a recuperação da saúde do doente. Para isso, o enfermeiro deve agregar conhecimento, raciocínio lógico e fundamentação teórica ao desempenhar as suas atividades, mas também a sua equipe deve ser capacitada, para garantir qualidade ao serviço prestado ao doente (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM [COFEN], 2007).

4.2 Implantação do Protocolo de Sepses

A Segunda pergunta dirigida aos entrevistados foi: Você se lembra como foi implantado o Protocolo de Sepses? Poderia descrever as etapas?

Em relação à implementação do protocolo de sepses na instituição, observa-se que dos 35 entrevistados, 14 não conhecem ou não estavam na instituição no período de implantação.

Por intermédio das entrevistas, foi identificada a necessidade deste protocolo ser melhor divulgado entre os membros da equipe multidisciplinar para garantir a gestão correta da informação e, conseqüente, a adesão ao protocolo.

Ao comparar os extratos dos relatos de ES4, ES6 e ES18 com as declarações de M1, M2, M3, M4 e M5, ficou evidente a necessidade de rever a forma de implantar um protocolo, com a intenção de evitar níveis tão heterogêneos de conhecimento pela equipe de um procedimento importante para o desfecho clínico do paciente.

Segundo o ILAS (2018), as instituições em parceria com as estratégias de implementação do instituto obtiveram redução importante da letalidade no longo dos trimestres posteriores ao processo, de 55% para 26%. Dessa forma, informar a equipe sobre como se deu o processo de criação e implementação do protocolo na instituição é diferente de simplesmente ordenar que sigam o protocolo. Isso, proporciona o convencimento sobre sua importância e o engajamento de todos. Nota-se que no hospital em estudo, a equipe de enfermagem apresenta maior adesão ao protocolo e mais conhecimento sobre o processo de implantação.

Protocolos assistenciais são tecnologias que fazem parte da organização do trabalho da enfermagem e se constituem em importante instrumento de gerenciamento em saúde. Na atualidade, valer-se dessas tecnologias é prerrogativa das instituições de saúde que prezam pela excelência dos serviços e buscam garantir a segurança dos profissionais e usuários (QUADRADO; TRONCHIN, 2012).

Diferentes estratégias voltadas para a prevenção e redução dessas infecções da corrente sanguínea são relatadas e praticadas pelas instituições hospitalares. Elas são embasadas em recomendações específicas de órgãos oficiais e guias, que englobam o treinamento das equipes, a padronização de procedimentos, o uso de *check-list* para procedimentos invasivos, os protocolos de cuidados e a avaliação por meio de indicadores (BRASIL, 2017; WEINER, 2016).

4.3 Etapas do protocolo de Sepses

Elaborar um protocolo não é uma tarefa fácil. Requer conhecimento, disciplina, paciência, trabalho em equipe, parcerias e recursos. O profissional de saúde precisa conhecer, em detalhes, a realidade do território sob a sua responsabilidade. Ou seja, reconhecer as áreas de riscos (socioambientais) e quem está mais exposto a esses riscos, conhecer os problemas de saúde e sua distribuição no território, apontar as

prioridades e, quando for o caso, definir quem pode ajudar (parceiros para as ações intersetoriais) e os recursos necessários (humanos, materiais e financeiros). Nesse sentido, os protocolos podem ajudar a definir, padronizar e revisar continuamente a maneira de processar a atenção direta à saúde e as ações de organização do serviço (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

A terceira pergunta dirigida aos entrevistados foi: Você se lembra das etapas do fluxograma de atendimento para pacientes com suspeita de Sepsis?

Identificou-se que os 35 entrevistados demonstraram ter conhecimento das etapas do fluxograma de implantação do protocolo de sepsis.

Fazendo um comparativo entre os relatos de ES1 e M1, percebeu-se uma coerência importante nas informações prestadas que garantem a efetividade e a qualidade no atendimento de pacientes com suspeita de sepsis. Outro ponto importante no alinhamento da equipe multidisciplinar, pois traz ganhos assistenciais, econômicos e espírito de equipe com humanização.

Para a realização da primeira fase do protocolo é necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados para reconhecer os sinais e os sintomas da doença, não deixando margem para sua evolução, bem como a realização dos exames (hemocultura, gasometria, lactato, creatinina, bilirrubina, hemograma completo, cultura de sítios infecciosos) e a administração do antibiótico prescrito. O enfermeiro deve atentar para que o medicamento seja administrado após coleta de exames e administrar volume para hipotensão (DELLINGER et al., 2013)

Após a identificação do paciente com suspeita de sepsis os seguintes passos devem ser cumpridos (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSIS, 2018b):

1. Registre o diagnóstico no prontuário ou na folha específica de triagem do protocolo institucional. Todas as medidas devem ser tomadas a partir do momento da formulação da hipótese de sepsis;
2. Todos os pacientes com protocolos de sepsis abertos devem ter seu atendimento priorizado, com o objetivo de otimizar a coleta de exames, o início de antibioticoterapia e a ressuscitação hemodinâmica;
3. Realize anamnese e exame físico dirigidos, com atenção especial aos sinais clínicos de disfunção orgânica;
4. Pacientes com disfunção orgânica grave e ou choque devem ser alocados em leitos de terapia intensiva assim que possível, a fim de garantir o suporte clínico necessário. Caso não seja possível a alocação em leito de terapia intensiva, deve-se garantir o atendimento do paciente de maneira integral, independente do setor em que ele se encontra; e
5. A ficha do protocolo de sepsis deve acompanhar o paciente durante todo o atendimento de tratamento nas primeiras horas, a fim de facilitar a comunicação nos pontos de transição entre as equipes de diferentes turnos ou setores e resolver pendências existentes para o atendimento.

Os passos iniciam no ato do atendimento do paciente, seja na triagem no setor de urgência emergência ou onde o paciente estiver e apresentar alteração dos dados clínicos que sugerem sepsis. Quando isso acontece, imediatamente é preenchido um formulário priorizando o atendimento pelo emergencista, com o objetivo de otimizar a coleta de exames, o início de antibioticoterapia e a ressuscitação hemodinâmica.

O registro em prontuário é de extrema importância para garantir toda rastreabilidade do exame físico realizado e, em especial, os sinais clínicos e disfunções orgânicas

com as medidas para otimizar a parte hemodinâmica com o desfecho clínico do paciente.

Avaliando os cinco pontos citados com o conteúdo das entrevistas dos médicos e enfermeiros ficou notório o alinhamento das respostas. Dessa forma, o resultado dos fragmentos dos relatos das entrevistas fornece uma contribuição para os profissionais de saúde, dando subsídios para proporcionar melhor planejamento, execução das ações voltadas para identificar os sinais e os sintomas e elevar, o mais rápido possível, o tratamento imediato, visando a prevenção de sequelas e morte, como também aliviar o sofrimento daqueles que a doença já se mantém instalada e necessitam do tratamento.

4.4 Conhecendo o grau de adesão dos profissionais ao protocolo sepse

Dos 35 entrevistados, dois não responderam à pergunta. Os demais relataram ter boa adesão ao protocolo, mas apresentaram oportunidades de melhoria contínua.

Segundo Pimenta et al. (2017), habitualmente, os protocolos são recursos fundamentais na atenção à saúde, sendo definido como o detalhamento de uma situação específica de assistência ou cuidado. Eles contêm as instruções operacionais sobre como se deve atuar com a finalidade de direcionar os profissionais nas decisões de assistência, garantindo a melhor comunicação e evitando erros humanos (PIMENTA et al., 2017). Nos extratos dos relatos de M3, M5, ES27 e ES29, por exemplo, observou-se que, ter um protocolo de sepse com as informações, garante a agilidade, sintonia da equipe que segue um padrão institucional, visando a assertividade das condutas clínicas com a avaliação da eficácia por meio de indicadores de gerenciamento do protocolo com ciclos de melhoria.

A maioria das respostas faz referência a uma adesão favorável ao protocolo pelos profissionais, mas, ainda é possível evidenciar necessidades de melhoria na etapa de reconhecimento na deterioração clínica do paciente. Muitas vezes, por insegurança, é perdida a hora chave do início da deterioração, evidenciando a falta de comprometimento com o protocolo, fato percebido nos relatos dos ES14 e ES21.

A demanda gerada pela suspeita de sepse promove o acionamento de processos envolvendo laboratório de análises clínicas para a coleta do sangue e a liberação dos resultados como também o setor de imagens, a farmácia para liberação da medicação, exigindo agilidade dos profissionais. O extrato do relato de M1 evidencia a fragilidade no tempo de coleta e de liberação dos resultados, impactando na decisão clínica do paciente.

Observou-se que a causa principal do não atingimento das metas do gerenciamento do protocolo de sepse está relacionada com a sua adesão, em função da política de educação continuada, por permitir ao profissional aprender e sentir parte do processo. Ele deve se responsabilizar e se comprometer com o processo educativo dos demais membros da equipe na melhoria da qualidade assistencial. Deve também reforçar o papel da enfermagem como elo desse processo educativo e multidisciplinar.

Portanto, buscar agilidade para identificação e reconhecimento da doença é o objetivo principal da equipe de enfermagem nas ações desenvolvidas junto aos pacientes com sepse, identificando, orientando sobre sua patologia que reforça o papel de cada um no gerenciamento do protocolo de sepse.

O atendimento ao paciente séptico, nas primeiras 24 horas, é de suma importância para um desfecho favorável. Entretanto, outras ações são necessárias para o sucesso pleno em termos de sobrevida hospitalar e reabilitação após a alta, como o

estabelecimento de uma linha de cuidado adequada desde o momento da internação hospitalar (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2018b).

A identificação rápida da sepse e o uso de antimicrobianos específicos na primeira hora, logo após o diagnóstico, são medidas de manejo da infecção que possibilitam a sobrevivência do paciente. Porém, para que a identificação seja precoce e o tratamento seja adequado, é fundamental a aplicação efetiva dos protocolos da sepse e o treinamento dos profissionais de saúde (INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE, 2018b).

A sepse é diagnosticada, frequentemente, de forma tardia, já que os sinais e sintomas atualmente utilizados para o diagnóstico, como alterações na contagem de leucócitos, febre, taquicardia e taquipneia, não são específicos da sepse. Concomitantemente, falta adequado conhecimento a seu respeito entre profissionais da saúde. Esse desconhecimento tem inúmeras causas, entre elas, o déficit na formação e a falta de definições precisas e processos adequados para ajudar na identificação e tornar o planejamento de cuidados mais rápido e efetivo (VIANA; MACHADO; SOUZA, 2017). Ao comparar os extratos dos relatos dos enfermeiros e dos médicos ficou evidente a preocupação com o atendimento e com o conhecimento dos tempos em relação à qualidade do suporte assistencial adequado para o desfecho efetivo.

A maioria dos estudos mostra que a rápida identificação da sepse, associada à terapêutica adequada e agressiva, pode trazer resultados favoráveis para o paciente. Para a identificação da sepse, deve-se levar em conta um fator muito importante: o tempo. O menor tempo para reconhecimento está associado a melhor evolução do quadro e ao prognóstico mais favorável. A recomendação é instituir a terapêutica para o paciente séptico no primeiro atendimento, antes mesmo de sua internação na UTI. O uso de antimicrobianos específicos na primeira hora, logo após o diagnóstico, contribui para a sobrevivência do paciente (VIANA; MACHADO; SOUZA, 2017). Os extratos dos relatos demonstram que a sistematização e a busca por sinais sugestivos de infecção tornam precoce o diagnóstico da sepse e explica na importância da redução da mortalidade relacionada a esta doença. Outro ponto relevante é a sensibilização da equipe na observação da assistência e também com os meios de auxiliar a formação de uma consciência para identificação da doença, sendo utilizados pelos profissionais como forma terapêutica e na prestação de informação.

4.5 Conhecendo o papel dos profissionais de saúde no desenvolvimento do protocolo

A multiprofissionalidade é considerada uma estratégia que orienta e possibilita a realização de assistência integral. Os primeiros trabalhos multiprofissionais surgiram nas décadas de 1930/1940 e estavam ligados à área de saúde mental. Na década de 1960 houve incremento quantitativo na força de trabalho em saúde. Esses fatos decorreram de proposta de humanização da atenção ao doente mental, do aumento da demanda por serviço de saúde e da incorporação de tecnologias cada vez mais complexas. O trabalho em equipe é considerado importante, porém, difícil. É visto como uma maneira de dividir as responsabilidades e de se alcançar mais rapidamente a recuperação da saúde do paciente (SAAR; TREVIZAN, 2007).

Essa visão é justificada com o fato de que cada profissional tem uma percepção diferente da situação e a união das diferentes percepções facilita a compreensão do todo, permitindo vislumbrar o paciente na sua totalidade. A imagem que se pode

construir da equipe é a de um quebra-cabeças no qual as peças se encaixam e o produto final retrata um todo complexo (SAAR; TREVIZAN, 2007).

A utilização de protocolos fornece estrutura científica ao cuidado do paciente crítico, favorecendo a autonomia da equipe multidisciplinar e a atualização do conhecimento embasado por evidências científicas. Com o aumento da incidência da sepse, surge a necessidade de adoção de medidas eficientes, tanto em âmbito individual como coletivo, para que a equipe esteja capacitada a iniciar o tratamento de forma precoce, dinâmica e efetiva, minimizando a mortalidade associada (NATALIO et al., 2014).

Ao analisar os relatos dos entrevistados ficou evidente que dentre os profissionais da equipe multidisciplinar o enfermeiro é o elo no acionamento do protocolo e o médico tem seu papel delimitado de forma mais clara e prescritiva. Destacou-se também a importância da equipe multidisciplinar e a sua sintonia no tratamento do paciente, ciente do protocolo e entendendo o papel de cada profissional de saúde no contexto do gerenciamento da sepse.

Para que a prestação de serviços à saúde seja de qualidade se faz necessário que a assistência e a gerência estejam interligadas na execução do trabalho da enfermagem. O enfermeiro tem um papel fundamental neste contexto e na execução do protocolo de sepse.

Na prática do gerenciamento, o enfermeiro, como coordenador e articulador do processo de cuidar, utiliza as bases ideológicas e teóricas de administração clássica e a prática de gerenciamento de recursos. Para tanto, as ferramentas gerenciais são de fundamental importância, tendo em vista que contribuem para a organização e avaliação dos serviços de saúde/enfermagem e, em consequência, para a melhoria da qualidade da atenção à saúde ofertada aos cidadãos (OLIVEIRA et al., 2017).

Os protocolos clínicos podem surgir como um grande aliado para equilibrar a relação de poderes entre médicos e enfermeiros. Quando padronizamos o manejo e fluxo de doenças prevalentes ou com alta morbimortalidade por intermédio de protocolos clínicos, garante-se que o processo do diagnóstico seja mais preciso (por intermédio de escores e critérios diagnósticos) e o manejo ocorra de forma sustentável e com maior eficiência. Portanto, os protocolos clínicos têm papel fundamental no equilíbrio da relação hospital - médico - paciente. Os médicos se beneficiam do tempo e segurança na tomada de decisão, o hospital, com a racionalização de recursos e logística de processos e o paciente com a melhora da qualidade e da segurança do atendimento (KALLAS, 2018).

O ILAS recomenda, diante da sepse, que o acionamento da equipe médica é a conduta que deve ser adotada para dar prosseguimento na assistência ao paciente séptico. O Enfermeiro deverá estar capacitado para distinguir os sinais e sintomas de forma a possibilitar que o profissional médico seja acionado (INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE, 2015).

Diante de pacientes críticos com sepse, o profissional enfermeiro deve ter um olhar clínico, estando atento às alterações hemodinâmicas, ter conhecimento científico em relação à patologia, aos sinais e aos sintomas, para poder atuar conforme as metas traçadas no protocolo sepse, que tem como principal objetivo a identificação precoce do quadro de sepse. Os achados revelaram que os profissionais da enfermagem se sentem empoderados e com conhecimento quanto à funcionalidade do protocolo.

Com isso, os protocolos assistenciais reduzem a heterogeneidade das ações de cuidado, empoderam profissionais para a tomada de decisão e facilitam a comunicação entre a equipe e coordenador do cuidado, de forma que médicos e

enfermeiros saibam seus papéis nas etapas do protocolo de sepse e se unam para garantir qualidade da assistência desse paciente.

4.6 Conhecendo as contribuições do protocolo sepse para os processos assistenciais no hospital

A existência clara de diretrizes bem estabelecidas dá sustentação ao planejamento de ações visando à detecção precoce da sepse e seu tratamento adequado nas instituições hospitalares (MV INFORMÁTICA NORDESTE, 2020). Os dois grupos entrevistados, enfermeiros e médicos, trazem concordância sobre a contribuição do protocolo para o alinhamento das expectativas, acelerando a identificação precoce dos sinais e dos sintomas, empoderando a equipe a agir na situação que pode se tornar crítica.

A detecção precoce é a chave para se vencer a sepse. Por isso, é preciso estar atento aos processos infecciosos, por menor gravidade que possam aparentar. O protocolo clínico pode ser um princípio de planejamento e melhoria contínua de processo assistencial complexo, posto em prática.

O importante é que ambos profissionais entendam que os protocolos clínicos são elaborados com base em estudos de evidências científicas, com a participação de pesquisadores e especialistas da área, reunindo todos os procedimentos que têm eficácia comprovada no combate a determinada doença. Para que o conceito funcione na prática, é fundamental a conscientização e o engajamento dos profissionais para o seu pleno uso.

Além do fator engajamento, os protocolos clínicos também podem ser aliados à metodologia de gerenciamento de processos hospitalares e, ainda, automatizados por meio de sistemas de gestão (*Enterprise Resource Planning* - ERP) e do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). A digitalização de todos os dados facilita o cruzamento de informações, a análise da conduta e, ainda, serve de parâmetro para a gestão hospitalar localizar e resolver eventuais fragilidades, o que promove eficiência e qualidade na prestação do serviço (INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE, 2015).

Segundo Brito (2010), os achados deste estudo demonstraram que a sistematização e a busca por sinais sugestivos de infecção tornam precoce o diagnóstico da sepse e explicam a importância da redução da mortalidade relacionada a esta doença. O cuidado com a pessoa, o papel assistencial de cada profissional envolvido no cuidar e a importância dos sinais de vida como indicadores de alerta, complementam o diagnóstico e devem ser comunicados imediatamente. Desse modo, o tratamento ágil e adequado é fundamental para o sucesso na abordagem da sepse.

Os extratos dos relatos dos enfermeiros e médicos indicam que os profissionais, quando mobilizados e valorizados, se tornam mais conscientes e responsáveis no ato de cuidar e aprender, capazes de transformar a realidade, mudando a si próprios neste processo de ensino-aprendizagem (teoria e prática). Apresentando disponibilidade interna para identificar, cuidar e não só tratar a doença, mas buscando ações estratégicas para estabelecer conhecimento e condições para que as pessoas vitimizadas tenham melhor qualidade de vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou o conhecimento dos profissionais de saúde ao protocolo de gerenciamento de sepse em um hospital de grande porte em Minas Gerais. Diante da suspeita de sepse em pacientes internados, gerenciar um protocolo que permite a identificação precoce e que assegura intervenções eficazes logo na primeira hora de

assistência deve ser o objetivo de toda gestão clínica. Todo estudo tem limitações e este não é exceção.

Realizar este estudo possibilitou conhecer um pouco mais sobre a compreensão dos profissionais da saúde no processo assistencial diante de pacientes em estado grave, com suspeita de sepse. Percebeu-se que, dentre os entrevistados, apenas um não conhecia o protocolo implantado no hospital.

A participação dos profissionais de saúde nos processos de capacitação foi evidenciada nas entrevistas como ações motivadoras para o ensino-aprendizagem positivas para a segurança do paciente.

Os entrevistados ressaltaram a necessidade de aplicação do conhecimento teórico no cotidiano assistencial e que a implantação do protocolo de sepse gerou impacto positivo nos indicadores de alta hospitalar.

Espera-se que os resultados do estudo contribuam para que a equipe de saúde multiprofissional possa refletir sobre a importância das suas práticas assistenciais sistematizadas e os desafios que eles enfrentam para que o processo tenha início e fim e que não seja interrompido por qualquer eventualidade, como demora dos serviços acionados. O estudo evidencia que o protocolo não é apenas mais um documento da assistência, e sim, uma ferramenta importante para prestar o melhor cuidado de enfermagem.

Isto posto, considera-se que os objetivos do estudo foram alcançados e que a redução da incidência da sepse nas instituições hospitalares demanda avaliação clínica e assistência de enfermagem sistematizada, associadas à implantação de um projeto estrutural, envolvendo toda equipe interdisciplinar capacitada.

Espera-se que o protocolo implantado no hospital possa contribuir para o melhor desempenho dos profissionais de saúde. Que os resultados deste estudo sejam discutidos entre os membros das equipes envolvidas e que delas surjam reflexões sobre a possibilidade de maximizar a adesão ao protocolo com o intuito de salvar vidas. Além disso, que estes resultados possam subsidiar novos estudos e pesquisas sobre o tema. Percebeu-se a necessidade de novos estudos e de pesquisas abordando a sepse relacionada com a prevenção, o tratamento, o custo, a incidência, a prevalência e, principalmente, a sua associação com o posicionamento da equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, L. C. P. *et al.* A sepse é um grave problema de saúde na América Latina: uma chamada à ação! **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 402-404, dez. 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2018000400402&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de vigilância em saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/Volume-Unico-2017.pdf>> Acesso em: 11 jan. 2020.

BRITO, C. M. **Assistência de enfermagem ao paciente em sepse, sepse severa e choque séptico**. São Paulo, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução COFEN no. 311/2007**: Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 2007. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>>. Acesso em: 11 jan. 2020.

INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE - ILAS. **Sepse**: um problema de saúde pública. Brasília: CFM, 2015. Disponível em:

<[https://ilas.org.br/assets/arquivos/upload/Livro-ILAS\(Sepse-CFM-ILAS\).pdf](https://ilas.org.br/assets/arquivos/upload/Livro-ILAS(Sepse-CFM-ILAS).pdf)>. Acesso em: 11 jan. 2020.

_____. **Implementação do protocolo gerenciado de sepse**: protocolo clínico. 2018a. Disponível em:

<<http://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf>>. Acesso em: 2 dez. 2018.

_____. **Implementação de protocolo gerenciado de sepse protocolo clínico**: atendimento ao paciente adulto com sepse/choque séptico. 2018b.

Disponível em : <https://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf>. Acesso em jan. 2020.

_____. **Relatório nacional protocolos gerenciados de sepse**: sepse e choque séptico. São Paulo, 2017. Disponível em:

<<http://www.ilas.org.br/assets/arquivos/relatorio-nacional/relatorio-nacional-final.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2018.

_____. **Roteiro de implementação de protocolo assistencial gerenciado de sepse**: programa de melhoria de qualidade. A linha de cuidado: da admissão aos cuidados após a alta hospitalar. 5. ed. São Paulo: ILAS, 2019. Disponível em:

<<https://ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/roteiro-de-implementacao.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2019.

KALLAS, C. Protocolo clínico: Qual o seu papel? **PalmMed.**, abr 2018. Disponível em: <<https://www.palmmed.com.br/post/protocolo-cl%C3%ADnico-qual-o-seu-papel>>. Acesso em: 11 jan. 2020.

MEDEIROS, A. P. et al. Implementação de um protocolo clínico gerenciado de sepse grave e choque séptico. **Rev. Qualidade HC**, v. 10, n. 5, p. 1-12, 2015.

MV INFORMÁTICA NORDESTE. **Protocolos clínicos como estratégia de gestão hospitalar**. 2018. Disponível em: <<http://www.mv.com.br/pt/blog/protocolos-clinicos-como-estrategia-de-gestao-hospitalar>>. Acesso em: 11 jan. 2020.

OLIVEIRA, S.A. et al. Ferramentas gerenciais na prática de enfermeiros da atenção básica em saúde. **Rev. Adm. Saúde**, v. 17, n. 69, out./dez. 2017.

PIMENTA, C. A. M. et al. **Guia para construção de protocolo assistencial de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2017. Disponível em: <<http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/Protocoloweb.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2020.

QUADRADO, E. R. S.; TRONCHIN, D. M. R. Evaluation of the identification protocol for newborns in a private hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, p. 659-667, aug. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jan. 2020.

SAAR, S. R. C.; TREVIZAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 106-112, fev. 2007. Disponível em:

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon UFMG/Coopmed, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2020.

WEINER, L. M. et al. Antimicrobial-Resistant Pathogens Associated With Healthcare-Associated Infections: Summary of Data Reported to the National Healthcare Safety Network at the Centers for Disease Control and Prevention, 2011–2014. **Infect Control Hosp Epidemiol.**, v. 37, n. 11, p.1288-1301, 2016.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 212 p.

ZONTA, F. N. S. et al. Características epidemiológicas e clínicas da sepse em um hospital público do Paraná. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 8, n. 3, p. 224-231, jun. 2018. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/11438/7342>>. Acesso em: 02 dez. 2018.

IMPLANTAÇÃO DE TECNOLOGIA DE *BUSINESS INTELLIGENCE* NA DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE NORTE DE BELO HORIZONTE: UM ESTUDO DE CASO

Moisés Gonçalves de Oliveira¹; Raphael Augusto Teixeira de Aguiar²; Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo³; Claudia da Silva Pinto Rogel⁴; Diogo Portella Ornelas de Melo⁵; Sandra Ribeiro da Silva⁶.

RESUMO

Essa pesquisa consiste em um estudo de caso descritivo sobre a implantação de recursos de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) em processos gerenciais na Diretoria Regional de Saúde Norte de Belo Horizonte (DRESN). Essa diretoria é responsável pela gestão, acesso e qualidade das políticas, programas, estratégias e ações do Sistema Único de Saúde (SUS) no território da Regional Norte da cidade e está vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte. Partiu-se do pressuposto de que a utilização do conceito e das ferramentas de *Business Intelligence (BI)* ou Inteligência de Negócios (IN) podem contribuir com a qualidade e a inovação na gestão, fortalecendo processos de planejamento e comunicação em uma perspectiva de gestão do conhecimento. O objetivo geral do presente trabalho é descrever o processo de implantação da tecnologia de *BI* em processos gerenciais identificados na DRESN. Em relação à metodologia da pesquisa foram identificados, como amostra no universo de todos os processos gerenciais da diretoria, quatro iniciativas que tiveram investimento da tecnologia de *BI* ao longo dos últimos anos. Para a criação dos *dashboards* e relatórios, foram utilizados aplicativos disponíveis de forma gratuita com base na computação em nuvem. A coleta de dados foi realizada por meio de dados secundários. Foram arrolados todos os documentos em meio eletrônico ou físico como legislações, fluxogramas, instruções e pareceres técnicos referentes à implantação da ferramenta de Inteligência de Negócios, disponíveis nas respectivas gerências e de acesso a qualquer gestor, profissional ou usuário interessado. A análise de todo o material foi feita por meio da técnica de análise de conteúdo. Como produto desse trabalho, foi elaborado um roteiro com recomendações para sistematizar o projeto de implantação de tecnologia de *Business Intelligence* em processos gerenciais do SUS. Acredita-se que esse estudo tenha o potencial de incentivar o uso dessa tecnologia na gestão do SUS e fomentar a cultura da análise da situação e tomada de decisão com base em informação.

PALAVRAS-CHAVE: gestão do conhecimento; sistema único de saúde; tecnologia da informação.

INTRODUÇÃO

¹ Enfermeiro, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. E-mail: goncables@gmail.com.

² Médico, Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: raphael.ufmg@gmail.com.

³ Enfermeiro, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. E-mail: edmundogustavo@gmail.com.

⁴ Gestora de Serviços de Saúde, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. E-mail: claudiarogel77@hotmail.com.

⁵ Biólogo, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. E-mail: diogopom@gmail.com.

⁶ Terapeuta Ocupacional, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. E-mail: sandra.to37@gmail.com.

O *Business Intelligence (BI)*, ou Inteligência de Negócios, consiste num termo introduzido na década de 80 pelo Grupo Gartner, empresa americana de consultoria em Tecnologia de Informação (TI) (GARNTER, 2019). Para Bastos *et al.* (2015), o *BI* é uma ferramenta de gestão empresarial ou uma forma mais sofisticada de se obter informações sistematizadas, com maior rapidez e mais apropriadas ao gestor no momento de análise da situação ou da tomada de decisão. Essa ferramenta pode ser entendida como um conjunto de soluções tecnológicas que englobam os processos de coleta, armazenamento, extração, transformação, análise e distribuição de dados para tomada de decisão.

Os recursos do *BI* podem contribuir com uma visão sistêmica do negócio e fortalecer a distribuição e a comunicação dos dados entre os usuários. O principal objetivo é consolidar grandes quantidades de dados em informações de qualidade para subsídio ao entendimento da situação e na tomada de decisões (SCHIFF, 2009).

O uso do *BI* permite a uma instituição transformar dados em informações úteis e significativas para, depois, disponibilizá-las a todos aqueles que possam delas precisar no momento e no local em que forem necessárias, de forma a contribuir para a tomada de decisões oportunas mais fundamentadas (REGINATO; NASCIMENTO, 2007).

O uso de ferramentas de Inteligência de Negócios vai ao encontro do fomento da gestão do conhecimento (GC). Nesse campo, Choo (2003) apresenta três perspectivas fundamentais: a primeira refere-se ao uso da informação para entendimento do contexto e da percepção de oportunidades de negócio. A segunda refere-se ao uso dos dados para geração de informação e conhecimento e a terceira relaciona-se ao uso da informação como subsídio para tomada de decisão. Essas perspectivas podem melhorar a qualidade e a eficiência de serviços públicos (SURBAKTI, 2015) e, de forma mais específica, dos vários campos da gestão do cuidado em saúde (FRAGA *et al.*, 2017).

O território da regional Norte, onde há maior concentração de pessoas vivendo em condições de vulnerabilidade social (BELO HORIZONTE, 2015), é constituído por 40 bairros, com população de 212.055 habitantes e 64.062 domicílios. Possui extensão territorial de 32,56 km² e densidade demográfica de 6.513 hab./km², segundo o Instituto Brasileiros de Geografia e Estatística (IBGE) (PITCHON, 2012). Por outro lado, faz divisa com os municípios de Santa Luzia e Vespasiano e com as regionais Nordeste, Pampulha e Venda Nova (BELO HORIZONTE, 2019a).

No contexto da DRESN são utilizados, atualmente, 22 Sistemas de Informação oficiais que, em sua maioria, apresentam bancos de dados, plataformas de acesso e interface do usuário diferentes entre si, não se comunicando. Both e Dill (2005) afirmam que os processos de gestão em saúde envolvem uma intensa produção de dados que, em geral, agregam pouco valor à gestão devido à fragmentação da produção da informação, ao uso de tecnologias antigas e à baixa capacidade de comunicação entre os serviços.

Foram implantadas, na DRESN, ferramentas de gestão por meio do uso de recursos da Computação em Nuvem ou *Cloud Computing*¹, como *dashboards*, relatórios, mapas, formulários e agendas, no intuito de mitigar as lacunas dos sistemas de informação e os desafios na comunicação relacionados aos sistemas oficiais na diretoria mencionada. Atualmente existem 24 ferramentas de gestão compartilhada

¹ A Computação em Nuvem, ou Cloud Computing, usa a conexão e a grande escala da internet para hospedar os mais variados recursos, programas e informações, permitindo que o usuário os acesse por meio de qualquer computador, *tablet* ou telefone celular. Disponível em: <https://rockcontent.com/blog/cloud-computing/> GIRALDO, 2018).

na DRESN. Mais recentemente, tem-se investido na implantação de ferramentas de Inteligência de Negócios de acesso gratuito que possibilitem a visualização e a análise de consideráveis volumes de dados e informações diversas em saúde, favorecendo o entendimento dos cenários, identificação de alternativas, visualização e comunicação de indicadores e, em especial, a tomada de decisão. Citam-se, como exemplo, os aplicativos *Google Drive*, *Google Planilhas*, *Google Data Studio* e *Microsoft Power BI*. A utilização desses recursos é compatível com a resolução municipal que trata da segurança da informação e o acesso é restrito a pessoas específicas, com acesso ao e-mail pbh.gov.br (BELO HORIZONTE, 2013).

Esse trabalho consiste em um estudo de caso descritivo que retrata a implantação de tecnologia de *Business Intelligence (BI)*, ou Inteligência de Negócios, em processos gerenciais na Diretoria Regional de Saúde Norte de Belo Horizonte (DRESN). O enfoque desse estudo consiste nos processos de comunicação da informação e na perspectiva da tomada de decisão compartilhada, com menor ênfase na tecnologia por trás das ferramentas de Inteligência de Negócios em si. De acordo com Oliveira, Santana e Gomes (2014), o ponto que permite incremento de qualidade e inovação nos processos de gestão está fundamentalmente ligado à participação de vários agentes na análise da situação e na tomada de decisão.

A pergunta que norteia esse estudo é: quais são as perspectivas da implantação da tecnologia de *Business Intelligence* na Diretoria Regional de Saúde Norte de Belo Horizonte?

O objetivo geral é descrever o processo de implantação da tecnologia de *BI* em processos gerenciais identificados na DRESN.

A motivação da pesquisa consiste na possibilidade de contribuir com a qualificação na gestão do SUS por meio de implantação dos conceitos e das ferramentas de *Business Intelligence* nos processos gerenciais. Isso envolve não somente a adoção de Tecnologias de Informação e Comunicação, mas, também, a necessidade de mudanças na cultura organizacional para uso das ferramentas e nos processos de comunicação com a finalidade de viabilizar o aprimoramento de diagnósticos e tomadas de decisão com base em informação.

OBJETIVOS

O objetivo geral do presente trabalho é descrever o processo de implantação de tecnologia de *Business Intelligence*, (*BI*) em processos gerenciais identificados na Diretoria Regional de Saúde Norte de Belo Horizonte (DRESN). Os objetivos específicos são: descrever a utilização de cada uma das ferramentas de Inteligência de Negócios; identificar as etapas de implantação da tecnologia de *BI* nos processos gerenciais escolhidos; realizar análise da implantação da tecnologia de *BI* nos processos identificados na DRESN.

REFERENCIAL TEÓRICO

A Inteligência de Negócios (IN) consiste em uma vasta categoria de tecnologias e programas utilizados para extrair, armazenar, analisar e transformar grandes volumes de dados. Essa tecnologia contribui com o ambiente de conhecimento, no qual há produção sistemática veloz e consistente de informação gerencial, sendo capaz de auxiliar empresas a tomarem as melhores decisões nos negócios, baseadas em fatos

reais, com profundidade suficiente para descobrir as causas de uma tendência ou contribuir para o entendimento de um problema (ELEUTÉRIO, 2015; MAI *et al.*, 2017). A implantação do *Business Intelligence* pode contribuir para a qualidade e a inovação na gestão, bem como fortalecer processos de planejamento e comunicação no SUS. Os tomadores de decisão das organizações não conhecem, muitas vezes, suas verdadeiras necessidades de informação, além de desconhecerem quais estão à sua disposição ou podem ser obtidas e disponibilizadas nos sistemas de informação. Essa lacuna, identificada pela falta de conhecimento das informações necessárias disponíveis pelos sistemas de informação, provocou o surgimento do *Business Intelligence* (Both e Dill, 2005).

No que tange ao Ministério da Saúde (MS), as tecnologias de informação constituem instrumentos fundamentais para apoiar e oferecer suporte às operações e às práticas organizacionais das gestões estadual e municipal, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). O setor responsável pela gestão da TI é quem ampara as organizações no atendimento às exigências por agilidade, flexibilidade, efetividade e inovação (BRASIL, 2016).

No termo Inteligência de Negócios, a primeira palavra constitui o fator que agrega valor ao negócio no ambiente corporativo. A Inteligência ou Inteligência de dados, segundo Jennifer Rowley (2007), representa o caminho que vai dos dados, desloca-se pela informação e atinge o conhecimento, até um nível identificado como inteligência nas organizações. A Figura 1 descreve esse percurso de forma didática.

Figura 1 - Pirâmide do Conhecimento.

Pirâmide do Conhecimento/ O que é inteligência?



Fonte: Elaborada pelo autor-Adaptada de Eleutério (2015) e Rowley (2007).

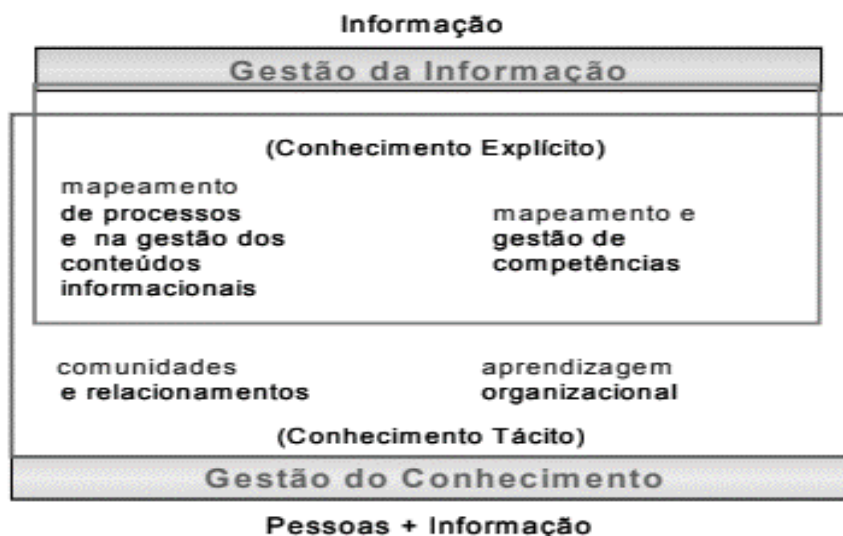
Essa imagem é didática. No primeiro nível, de baixo para cima, estão identificados, os registros, os Dados brutos, não interpretados, porém estruturados em bancos de dados. Estão presentes em maior volume e possuem baixo valor agregado no processo de entendimento da situação e na tomada de decisões para as organizações. No segundo nível estão identificadas as Informações, dados interpretados e contextualizados à realidade. Representam um volume menor que o nível anterior e possuem maior valor agregado em relação aos Dados. No terceiro tem-se o Conhecimento, que consiste em inferências produzidas e dotadas de aplicabilidade prática, por meio de uma análise mais contextualizada da informação. O volume de Conhecimento é bem menor do que a Informação, sua estruturação é mais clara e possui maior valor agregado. Por último, está identificada a Inteligência

ou Sabedoria. O volume de Inteligência é reduzido em relação a todos os níveis anteriores e seu valor agregado é alto. Esse nível é atingido quando a organização possui clareza de como gerar conhecimento de maneira sistemática no contexto do trabalho, de forma a compreender como e quando aplicar o conhecimento (ROWLEY, 2007; ELEUTÉRIO, 2015).

A partir do entendimento dos conceitos abordados na Pirâmide do Conhecimento, é possível compreender os conceitos de gestão da informação (GI) e gestão do conhecimento (GC).

A gestão do conhecimento e a gestão da informação possuem muitos pontos semelhantes, mas há uma diferença importante quanto aos objetivos de cada uma. A primeira apresenta, como principal foco, organizar, controlar e tornar disponíveis as informações registradas, com ênfase em procedimentos, metodologias e tecnologias. A gestão do conhecimento busca dar sustentação a novas ideias, contribuindo para um ambiente de criação e compartilhamento de conhecimento, requerendo um alto grau de envolvimento das pessoas, além do suporte tecnológico. Já o foco da gestão da informação reside no conhecimento explícito, formal, protocolar. Para a gestão do conhecimento, além de todos os componentes da gestão da informação, é essencial considerar o conhecimento tácito, mais difícil de ser transmitido e que abrange as redes informais de comunicação, os relacionamentos entre as pessoas, os múltiplos fatores que compõem a cultura organizacional e o aprendizado dos componentes da organização (CHOO, 2003; CIANCONI, 2003). A Figura 2 apresenta a interface entre a gestão do conhecimento e a gestão da informação.

Figura 2 - Interface entre gestão da informação e gestão do conhecimento.



Fonte: Cianconi (2003, p.231).

Segundo Wauyo, Omol e Okumu (2017) o processo de gestão da informação descrito por Choo (2003) pode ser considerado a base para todos os processos de tecnologia de Inteligência de Negócios. As etapas do gerenciamento de informações são definidas por um ciclo ininterrupto, com seis fases: 1) identificação de necessidades de informação; 2) aquisição de informação; 3) organização e armazenamento de informação; 4) desenvolvimento de produtos e serviços de informação; 5) distribuição de informações; 6) uso da informação.

Para Choo (2003), o uso da informação apresenta três perspectivas essenciais na gestão do conhecimento: a primeira é a busca de significados comuns para o

entendimento do contexto vivenciado. A segunda refere-se à construção e à criação de conhecimentos e à inovação, a partir do uso da informação e do seu significado construído coletivamente. A terceira perspectiva, por fim, relaciona-se à diminuição das incertezas por meio da qualificação dos processos de tomada de decisão pelo uso do conhecimento.

As correntes de experiência, na parte superior do diagrama, representam as experiências individuais, fragmentadas e ambíguas. A criação de significado comum constitui um avanço em direção à gestão do conhecimento (GC) e ocorre como forma de dar sentido e superar a ambiguidade das informações nas organizações. Como consequência da criação de significado, os membros passam a desenvolver interpretações comuns dos fatos que ocorrem na organização.

O *BI* é uma abordagem analítica, não uma ferramenta. Isso significa que é possível sua implantação a partir de qualquer software de controle ou análise de (BRAGHITTONI, 2017).

A implantação da Inteligência de Negócios envolve a utilização de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC). No entanto, o ponto central que garante sua efetividade é a utilização de uma abordagem estratégica que envolva o capital humano e os processos de gestão do conhecimento, transformando a cultura da empresa (MUNGREE; RUDRA; MORIEN, 2013).

Para Bezerra e Siebra (2015), é consensual que o processo de implantação do *BI* deva estar alinhado ao Planejamento Estratégico (PE) corporativo. Os autores descrevem alguns passos para implantação da Inteligência de Negócios nas organizações: o primeiro envolve realizar um estudo sobre a empresa e sobre sua cultura em termos de sistemas. O segundo passo consiste na análise dos sistemas existentes, verificando seu desempenho, funções exercidas, volumes de dados gerados e características dos processamentos, dentre outras questões. Nessa fase são avaliados os sistemas de forma quantitativa (volume, recursos e custos) e qualitativa (atendimento das necessidades dos usuários, controle interno e eficiência). Na terceira etapa, apura-se e avalia-se a qualidade dos dados existentes. Finalmente, é desenvolvido um modelo global do sistema de informação vigente, salientando-se pontos fracos e fortes e identificando as oportunidades e as ameaças existentes no ambiente de TI.

A literatura aponta a possibilidade do *Self-Service Business Intelligence (SSBI)*,¹ como resposta aos desafios práticos para garantia de suporte da área de Tecnologia de Informação (TI) no processo de implantação do *BI*. O *SSBI* refere-se à implantação do *Business Intelligence* pelo próprio usuário, com pouco ou nenhum suporte da área de Tecnologia da Informação (TI), e está entre as abordagens que mais estimulam o uso da tecnologia de *BI*.

O *SSBI* tem permitido a implantação de ferramentas de *BI* em organizações públicas e privadas, pelos motivos apresentados no quadro. Alguns dos aplicativos e plataformas que disponibilizam recursos de desenvolvimento do *BI* pelo próprio usuário são acessíveis gratuitamente, o que tem contribuído para a disseminação do uso dos recursos do *BI* (BRAGHITTONI, 2017).

Todos os agentes públicos envolvidos com o uso das ferramentas devem zelar pelas informações que lhes são confiadas no exercício do seu ofício, conforme consta no Decreto Municipal nº 14.906, de 15 de maio de 2012 (BELO HORIZONTE, 2012), que dispõe sobre o acesso às informações previsto na Lei Federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, conhecida como Lei do Acesso à Informação (BRASIL, 2011), e

¹ Business Intelligence Autoaplicável (tradução livre)

regulamentada pelo Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012 (BRASIL, 2012). O Decreto Municipal nº 15.432, publicado em 19 de dezembro de 2013, institui a Política Municipal de Segurança da Informação e regulamenta a utilização e cuidados necessários para garantia do sigilo ético, segurança e disponibilidade na utilização da informação (BELO HORIZONTE, 2013). Já a Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, que dispõe sobre a proteção de dados pessoais, conhecida como Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) (BRASIL, 2018b), estabelece uma série de obrigações relacionadas à segurança, guarda, divulgação e tratamento de dados. Recomenda-se o uso de dados anonimizados, para evitar a identificação de uma pessoa específica por meio da exposição de dados sensíveis como nome, endereço, origem racial, étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dados referentes à saúde, à vida sexual, dados genéticos, biométricos e até mesmo o número de IP (*Internet Protocol*), protocolo identificador dado ao seu computador, ou roteador, ao conectar-se à rede. Caso não seja possível abrir mão do tratamento de dados sensíveis o titular dos dados deve emitir consentimento específico.

Uma das grandes vantagens do *BI* são os recursos de visualização dos dados e informações disponibilizados pela interface do usuário: *dashboards*, relatórios e tabelas dinâmicas (BRAGHITTONI, 2017), como apresentados no Quadro 1:

Quadro 1 - Tipos de ferramentas de visualização de dados no *BI*.

VISUALIZAÇÃO	DESCRIÇÃO
DASHBOARDS	São "painéis de controle" que se assemelham aos painéis de automóveis e apresentam uma visão abrangente e ágil das medidas de desempenho corporativo, as métricas.
RELATÓRIOS	São as formas de visualização de dados mais conhecidas. Os relatórios tem uma formatação predefinida de colunas que apresenta registros (linhas) de acordo com os filtros de uma seleção.
TABELAS DINÂMICAS	São formas de visualização que permitem que o usuário crie suas próprias análises. O uso deste recurso possibilita ao usuário a escolha das métricas (medidas) e das dimensões (descritores que nomeiam as colunas da tabela) que serão exibidos e em que ordem.

Fonte: Elaborado pelo autor-Adaptado de Braghittoni (2017).

MÉTODOS

Como percurso metodológico desse trabalho, optou-se pela abordagem proposta por Sylvia Constant Vergara, descrita no livro *Projetos e relatórios de pesquisa em administração* (VERGARA, 2000). A autora recomenda uma abordagem didática desdobrada em seis subtópicos, a saber: tipo de pesquisa quanto à abordagem,

quanto aos fins e quanto aos meios, unidade de análise, sujeitos da pesquisa e técnicas de coleta e de análise de dados.

Essa pesquisa caracteriza-se, quanto à abordagem, como qualitativa e, quanto aos fins, como descritiva. A abordagem foi escolhida por ser adequada ao alcance do objetivo geral do estudo, qual seja, descrever o processo de implantação da tecnologia de *Business Intelligence (BI)* em procedimentos gerenciais identificados na Diretoria Regional de Saúde Norte de Belo Horizonte (DRESN).

De acordo com Minayo (2010), o método qualitativo é apropriado para estudar a história, as relações, as percepções e as opiniões dos seres humanos acerca de como pensam e interpretam fenômenos e situações relacionadas a seu contexto de vida.

Quanto aos meios trata-se de um estudo de caso, ou seja, um desenho indicado para estudos organizacionais e gerenciais (GIL, 2008; YIN, 2010). Com a utilização do estudo de caso, pretende-se reunir informações a respeito do processo de implantação das ferramentas de *Business Intelligence* trazendo esclarecimentos e contribuindo com um entendimento mais profundo e crítico sobre o tema e sua interação com a realidade em que se apresenta, dirimindo algumas dúvidas e contribuindo para o surgimento de outras indagações.

O universo da pesquisa é composto por todos os processos gerenciais identificados na Diretoria Regional de Saúde Norte (DRESN). Cada processo de trabalho tem como referência um ou mais sistemas de informação e, atualmente, a DRESN apresenta 22 Sistemas de Informações utilizados nas gerências da sede da diretoria.

A unidades de análise para descrição da implantação consistem nos processos gerenciais. A definição da amostra foi realizada por tipicidade, composta por quatro processos que, sabidamente, têm sido modificados pelo uso da Inteligência de Negócios: o *Dashboard* Monitoramento dos Episódios de Violência nas Unidades de Saúde, o *Dashboard* Monitoramento de Rodagem dos Veículos e o Relatório Monitoramento dos Indicadores de Coleta de Exames, além do Relatório Monitoramento dos Indicadores e Informações do Serviço de Controle de Zoonoses. A tipicidade, segundo Vergara (2000, p. 51) é "constituída pela seleção de elementos que o pesquisador considere representativos da população-alvo, o que requer profundo conhecimento dessa população."

A coleta de dados foi realizada a partir de dados secundários relacionados ao processo de implantação e utilização do *Business Intelligence*. Foram utilizadas normas, legislações, instruções normativas e procedimentos operacionais padrão. Além desses usou-se, também, protocolos, pareceres técnicos, bancos de dados, painéis e fluxogramas, bem como mapas, pareceres técnicos, relatórios de análises das gerências que implantaram a tecnologia e demais documentos pertinentes ao processo selecionado.

O uso de várias fontes de dados amplia as perspectivas de qualidade e riqueza de detalhes na descrição do caso (YIN, 2010). Todo material obtido durante a pesquisa foi armazenado de forma eletrônica em um banco de dados *on-line* com acesso restrito ao pesquisador e ao orientador. Segundo Yin (2010, p. 147), "a falta de um banco de dados formal para a maioria dos estudos de caso é um defeito importante da pesquisa que precisa ser corrigido."

Essa pesquisa envolveu coleta de dados secundários não sigilosos, anonimizados, dados que não permitem a identificação de indivíduos específicos, de acordo com as recomendações da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) (BRASIL, 2018b) e relacionados ao uso de ferramentas gerenciais de análise de dados. A pesquisa teve parecer positivo da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte,

por meio do Termo de Consentimento de Uso de Dados (TCUD). O parecer que julgou não procedente o encaminhamento do projeto para o COEP foi definido a partir da banca de qualificação, em julho de 2019.

Todo o material coletado foi analisado por meio da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2008) constituída por três passos (BARDIN, 2008): 1) a pré-análise, em que é feita a organização do material; 2) a exploração do material, momento em que o conteúdo é categorizado e ordenado e 3) o tratamento dos resultados e a interpretação.

Na pré-análise foi realizada a leitura flutuante, proposta por Minayo (2008), de todo o material coletado. Posteriormente, a partir da exploração do material, foram identificadas as etapas para implantação de cada um dos processos gerenciais que utilizam a tecnologia do *Business Intelligence (BI)*. A partir dessa análise foi realizada a descrição da utilização da tecnologia do *BI* nos processos identificados. No terceiro passo, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, foram estabelecidas as associações entre os resultados e o referencial teórico. Por meio da metodologia proposta, foi alcançado o objetivo da pesquisa, que consiste em descrever o procedimento de implantação da tecnologia de *Business Intelligence (BI)* em processos gerenciais identificados na Diretoria Regional de Saúde Norte de Belo Horizonte (DRESN).

RESULTADOS

Para a exposição dos resultados, foram acessados documentos físicos e eletrônicos, apresentações, normas, atas, protocolos, manuais e fluxogramas, além de *dashboards*, mapas, relatórios, sites, ferramentas de gestão e pareceres técnicos elaborados pelos profissionais envolvidos em cada processo que utiliza a tecnologia de *Business Intelligence (BI)* na Diretoria Regional de Saúde Norte (DRESN). Os pareceres técnicos foram preparados pelos responsáveis por cada um dos quatro processos de trabalho avaliados em novembro de 2019, durante o Planejamento Estratégico-Tático da DRESN, com o intuito de avaliar a implantação das ferramentas e propor melhorias.

Esses resultados referem-se a investimentos relativamente recentes da Diretoria Regional de Saúde Norte na tecnologia de Inteligência de Negócios. Com o intuito de permitir comunicação e participação no planejamento da DRESN de todo o corpo gerencial e de referências técnicas,¹ foi elaborado um instrumento para sistematizar o processo de planejamento e gestão do conhecimento. Esse instrumento consiste num *site* criado na plataforma do *Google Sites* com acesso apenas a *e-mails* específicos. O *site* possui uma página inicial que descreve missão, visão e valores da instituição SMSA, uma aba que dá acesso aos principais instrumentos do Plano Municipal de Saúde e Planejamento Estratégico da SMSA, outra com o Planejamento Estratégico da DRESN, além de uma que contém o Painel de Monitoramento que permite acesso a informações, por meio de indicadores e gráficos e às ferramentas de *Business Intelligence* identificadas nessa pesquisa. O *dashboard* Monitoramento de Rodagem dos Veículos é de acesso interno à DRESN. Há uma aba com identificação dos Projetos Estratégicos Prioritários da DRESN e uma outra que lista os Grupos de Trabalho (GT) da DRESN. Ao longo do tempo, a perspectiva da DRESN é oferecer acesso a todos os documentos produzidos por cada GT para permitir transparência aos processos e possibilitar acompanhamento das definições do GT. É

¹ Profissional da gestão com formação em curso superior na área da saúde, cuja atribuição é oferecer suporte técnico no nível de gestão à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e às subsecretarias, diretorias e gerências vinculadas.

possível identificar, também, uma aba denominada, Fale Conosco que permite ao usuário tecer críticas, resolver dúvidas e apresentar sugestões.

É possível inferir, por meio dos registros levantados, que desde longa data essa diretoria trabalha com um modelo de gestão colegiada, com a instituição de espaços coletivos de discussão, planejamento e ação, sendo esse um recurso essencial para implantação da tecnologia de Inteligência de Negócios.

A partir do segundo semestre de 2018, a diretoria regional passou a desenvolver e implantar ferramentas de *Business Intelligence* - utilizando recursos de computação em nuvem - em alguns procedimentos gerenciais, como os quatro processos descritos nesse trabalho.

Até o primeiro semestre de 2019 foi possível verificar, pelos registros, que a implantação da tecnologia estava centrada em cada um dos processos de gestão escolhidos por sua importância do ponto de vista do Planejamento Estratégico da SMSA e pela importância no contexto da Regional Norte. De 2016 ao primeiro semestre de 2019, não foi encontrado nenhum registro que aponte para um planejamento sistemático das ações de gestão dessa diretoria com estabelecimento claro de prioridades no quadro de um planejamento mais amplo.

A partir do segundo semestre de 2019, a DRESN passou a se organizar por meio de um processo de Planejamento Estratégico-Tático e a implantação da tecnologia foi incorporada, de forma mais sistemática, nas prioridades estabelecidas, de forma colegiada, pela diretoria. Segundo a descrição dos achados, a essência desse planejamento envolve reconhecimento e considerações do Planejamento Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde para os anos 2018 a 2021 (BELO HORIZONTE, 2018a) e as necessidades do território da Regional Norte, qualificadas por meio de um diagnóstico. A base desse planejamento, além das diretrizes do Planejamento Estratégico da SMSA, tem sido o uso das informações disponíveis para subsídio na tomada de decisão e no reconhecimento das oportunidades de negócio. O uso da informação nos processos de gestão é uma prática que mantém relação com a Inteligência de Negócios, com a gestão da informação (GI) e a gestão do conhecimento (GC) (ABEDI, 2013; WAUYO; OMOL; OKUMU, 2017; SURBAKTI, 2015).

Embora o uso dessa tecnologia seja recente é possível verificar que, no planejamento da DRESN, o uso da Inteligência de Negócios objetiva aumentar a capacidade de alcance de resultados efetivos por meio de mudanças desencadeadas pela descoberta e pelo uso da inteligência a partir dos dados e informações disponíveis. A Inteligência é alcançada quando se descobre, por meio da análise dos dados, quando e como agir (ROWLEY, 2007).

A partir dos documentos foi possível perceber que, no final de 2019, o processo de implantação de tecnologia de *Business Intelligence* já envolvia claramente uma relação com o Planejamento Estratégico da SMSA e com o Planejamento Estratégico-Tático da DRESN. Todo o processo de implantação da tecnologia nos procedimentos identificados envolveu a formação de um grupo de trabalho (GT) responsável pelo processo e pelo desenvolvimento de cada uma das ferramentas e, também, pelo desenvolvimento do modelo de análise dos dados e proposição de ações. A qualidade das informações produzidas e das ferramentas utilizadas tem amadurecido junto com a construção do GT. No quadro do planejamento da DRESN, foi proposta, aos responsáveis por cada processo, a realização de um diagnóstico por meio da matriz SWOT (VIECELI, 2010). No Quadro 2 é apresentado um consolidado das características das ferramentas de visualização de dados no *BI*.

Quadro 2 - Descrições das ferramentas de visualização de dados no BI.

Processo implantado	Tipo de ferramenta	Tempo de implantação	Plataforma de desenvolvimento	Banco de dados	Números de usuários diretos
A	<i>Dashboard</i>	30 meses	<i>Google Data Studio</i>	<i>Google Planilhas</i>	40 usuários
B	<i>Dashboard</i>	9 meses	<i>Google Data Studio</i>	<i>Google Planilhas</i>	5 usuários
C	Relatório	13 meses	<i>Google Planilhas</i>	<i>Google Planilhas</i>	120 usuários
D	Relatório	18 meses	<i>Google Sites/ Google Planilhas</i>	<i>Google Planilhas</i>	65 usuários

Fonte: Oliveira (2020, p. 81).

O quadro apresenta um resumo das características das ferramentas de Inteligência de Negócios desenvolvidas e implantadas na DRESN. Dessas ferramentas, duas constituem *dashboards*¹ e duas relatórios.³ A ferramenta com maior tempo de implantação, *Dashboard Monitoramento dos Episódios de Violência nas Unidades de Saúde*, tem 30 meses, e a com menor tempo, *Dashboard Monitoramento de Rodagem dos Veículos*, 9 meses. A média de implantação das ferramentas é de 17 meses e meio. As duas ferramentas visualizadas através de *dashboards* são desenvolvidas no *Google Data Studio*. Por outro lado, as ferramentas visualizadas por meio de relatórios são desenvolvidas no *Google Planilhas* sendo uma, também, no *Google Sites*. O banco de dados de todas as ferramentas está ou foi exportado para o *Google Planilhas*, o que permite a atualização da ferramenta de BI automaticamente, à medida que o banco de dados (BD) é atualizado. A média de usuários com acesso direto às ferramentas, ou seja, para fins de monitoramento e gestão do processo de trabalho, é de 58. A ferramenta Relatório Monitoramento dos Indicadores de Coleta de Exames Laboratoriais é a que possui maior acesso: estima-se que 120 pessoas podem acessá-la, incluindo-se todos os gerentes de centros de saúde da DRESVN, da DRESN, Gestores e Referências Técnicas das diretorias regionais, nível central, enfermeiros e técnicos de enfermagem das unidades de saúde.

Em relação à arquitetura interna, todas as ferramentas apresentadas foram desenvolvidas utilizando o conceito de computação em nuvem, por meio de ferramentas que permitem o *Self Service Business Intelligence (SSBI)* (IMHOFF; WHITE, 2011) desenvolvidas através de plataformas gratuitas, sem custo adicional para a Prefeitura de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde ou Diretoria Regional de Saúde Norte. A implantação da ferramenta de forma gratuita é um importante fator de disseminação da prática (BRAGHITTONI, 2017).

No Quadro 3 são apresentadas as perspectivas da presença do planejamento estratégico no início da implantação de cada um dos processos identificados. Foi

¹ De acordo com a descrição no Quadro 1, os *dashboards* constituem painéis de controle que permitem cruzamento dinâmico de informação. Já os relatórios são bem conhecidos, pois constituem tabelas fixas com um consolidado de informações ou indicadores relevantes sobre determinado assunto (BRAGHITTONI, 2017).

considerado o horizonte do planejamento estratégico da Secretaria Municipal de Saúde e do planejamento estratégico-tático da DRESN. Segundo Bezerra e Siebra (2015), o processo de implantação do *BI* deve estar alinhado ao Planejamento Estratégico (PE) corporativo.

Quadro 3 - Perspectiva do planejamento estruturado da SMSA e da DRESN no início da implantação.

Processo Implantado	Perspectiva do Planejamento Estratégico da SMSA na implantação.	Planejamento estruturado na DRESN para implantação.
A	Presente	Ausente
B	Presente	Ausente
C	Presente	Presente
D	Presente	Presente

Fonte: Oliveira (2020, p.83).

Foi verificado, na implantação de cada uma das experiências apresentadas, a relação com o Planejamento Estratégico (PE) da SMSA já que, nos quatro processos, a perspectivas do PE estão identificadas. Em relação à Regional, temos registros de um planejamento estruturado voltado para a implantação das ferramentas Relatório Monitoramento dos Indicadores de Coleta de Exames Laboratoriais e Monitoramento dos Indicadores e Informações do Serviço de Controle de Zoonoses Não há registros de um planejamento estruturado para implantação das ferramentas *Dashboard* Monitoramento dos Episódios de Violência nas Unidades de Saúde e *Dashboard* Monitoramento de Rodagem dos Veículos. A partir de janeiro de 2020, o uso de todas as ferramentas passou a ser referenciado ao Planejamento Estratégico-tático da Diretoria Regional de Saúde Norte.

O Quadro 4 apresenta a avaliação de cada uma das ferramentas em relação à perspectiva da segurança da informação.

Quadro 4 - Perspectivas da segurança da informação.

Processo implantado	Compartilhamento	Permissão para impressão	Permissão para Download	Permissão para adicionar novos usuários
A	Endereços eletrônicos específicos	Negada	<i>Negada</i>	<i>Negada</i>
B	Endereços eletrônicos específicos	Negada	<i>Negada</i>	<i>Negada</i>
C	Endereços eletrônicos específicos	Permitido	<i>Permitido</i>	<i>Permitido</i>

D	Endereços eletrônicos específicos	Negada	<i>Negada</i>	<i>Negada</i>
---	-----------------------------------	--------	---------------	---------------

Fonte: Oliveira (2020, p. 86).

Todas as quatro ferramentas são compartilhadas apenas com pessoas específicas e não é permitida a adição de novos usuários. A permissão para impressão e *download* no *Dashboard* Monitoramento dos Episódios de Violência nas Unidades de Saúde e no *Dashboard* Monitoramento de Rodagem dos Veículos são negadas. Já no Relatório Monitoramento dos Indicadores de Coleta de Exames Laboratoriais e no Monitoramento dos Indicadores e Informações do Serviço de Controle de Zoonoses são permitidas. Não foi encontrado, nos registros, o motivo claro para esta diferenciação. No entanto é possível entender que, para ambos os casos, a perspectiva da segurança da informação está garantida. Pelos registros apresentados, a DRESN pretende implantar, em 2020, um GT intitulado Núcleo de Informações Estratégicas - colegiado de cinco a oito membros com representantes da sede da diretoria (Gestores, Referências Técnicas e Assistentes Administrativos) e gerentes das unidades de saúde. O GT será responsável por uma discussão mais aprofundada sobre a perspectiva do acesso às informações e deliberará sobre esse assunto, de acordo com as legislações vigentes (OLIVEIRA, 2020).

É possível perceber, na DRESN, um envolvimento dos responsáveis pela implantação da tecnologia nos processos e o uso de uma metodologia flexível, porém pouco sistematizada. A perspectiva da habilidade técnica não tem sido a prioridade no processo, pelos registros levantados: esse aperfeiçoamento do tratamento e do uso das informações tem acontecido a partir do amadurecimento do Grupo de Trabalho. O processo de amadurecimento na geração de Inteligência a partir de dados apenas principia, tendo em vista o tempo relativamente curto da implantação da tecnologia na ferramenta mais antiga (OLIVEIRA, 2020)..

Na Figura 3 está apresentado o principal produto esta pesquisa que é o Roteiro com recomendações para sistematizar a implantação do projeto de *BI* (OLIVEIRA, 2020). O Objetivo deste produto é propor recomendações para projetos de implantação da tecnologia de *Business Intelligence (BI)* em processos gerenciais no SUS. O universo a que esse roteiro se aplica constitui a implantação da tecnologia do *Business Intelligence* no Sistema Único de Saúde (SUS), seja em instâncias de gestão como diretorias, gerências e coordenações seja em serviços de saúde a baixo custo ou, conforme definido por Ronaldo Braghittoni na publicação *Business Intelligence*, “implantar do jeito certo a custo zero” (BRAGHITTONI, 2017).

Figura 3 - Roteiro com recomendações para sistematizar a implantação do projeto de BI.¹

IDENTIFICAÇÃO DO GRUPO	AÇÕES	EVIDÊNCIAS
Processos de iniciação:	<p>A) O gestor deve decidir priorizar a implantação da tecnologia de Inteligência de negócios;</p> <p>B) Apropriar do Planejamento Estratégico da Instituição (Missão, Visão, Valores, Projetos, Objetivos Estratégicos, Indicadores e Metas da instituição e das responsabilidades do nível deste projeto);</p> <p>C) Formar um Grupo de Trabalho (GT) com profissionais de diversas funções e que tenha em seu conjunto poder, responsabilidade e conhecimento sobre o processo de decisão em relação ao projeto. Este grupo será o colegiado de gestão do projeto de implantação da tecnologia de Inteligência de negócios. A sugestão é que este grupo tenha o tamanho de 05 a 08 pessoas e que seja definido uma agenda periódica e prioritária para acompanhamento do projeto.</p>	<p>A) Experiência DRESN; Bezerra e Siebra (2015);</p> <p>B) Experiência DRESN; Bezerra e Siebra (2015);</p> <p>C) Experiência DRESN; Abedi, 2013; Surbakti (2015).</p>
Processos de planejamento:	<p>D) Elaborar um planejamento no nível gerência, setor ou serviço a partir do Planejamento Estratégico da instituição e das perspectivas prioritárias que tangem a instância. Para isto será necessário a construção de um diagnóstico para definição das prioridades.</p> <p>E) Identificar situações, processos de gestão relevantes a partir do diagnóstico considerando o Planejamento Estratégico da instituição e o planejamento local da gerência, setor ou serviço. Estas situações de prioridade devem ser caracterizadas e quantificadas. Deve-se ter governança sobre o problema (poder e capacidade de intervir);</p> <p>F) Definir ao longo do processo de construção do GT, os indicadores de monitoramento, avaliação, modelos de comunicação, envolvimento de todos os interessados, programação das ações e avaliação das ações.</p>	<p>D) Experiência DRESN; Bezerra e Siebra (2015); Aghaei e Asadollahi (2013).</p> <p>E) Experiência DRESN; Bezerra e Siebra (2015); Aghaei e Asadollahi (2013).</p> <p>F) Experiência DRESN; Abedi, 2013; Surbakti (2015).</p>
Processos de execução:	<p>G) Etapas para o gerenciamento das informações: 1) identificação de necessidades de informação, 2) aquisição de informação, 3) organização e armazenamento de informação, 4) desenvolvimento de produtos e serviços de informação, 5) distribuição de informações e 6) uso da informação.</p> <p>H) Identificar e investir em pessoas com o interesse em softwares de Tecnologia de Informação e Comunicação para o desenvolvimento das ferramentas de visualização de dados e informações. Todo o grupo deve investir na mentalidade de uma gestão transparente e em recursos tecnológicos que contribuam com o compartilhamento de informações e a colaboração por meio de ferramentas de computação em nuvem. A sugestão de alguns aplicativos pode ser encontrada na seção 56.1, 5.6.2, 5.6.3 e Apêndice A desta dissertação.</p>	<p>G) Choo (2003); Wauyo, Omol e Okumu (2017)</p> <p>H) Experiência DRESN; Braghittoni (2017).</p>
Processos de monitoramento e controle:	<p>I) Garantir o funcionamento do GT como grupo o grupo responsável pela implantação do projeto de BI e por gerar "Inteligência" no nível de gestão do projeto a partir dos dados e informações disponíveis. O pano de fundo das reuniões serão discussões da situação de saúde considerando os dados e informações disponíveis;</p> <p>J) Definir nas reuniões do GT a apresentação do levantamento de dados, informações e sistemas de informações existentes, verificando a qualidade dos dados e construindo, ao longo do processo, ferramentas que permitam análise de dados para monitoramento e avaliação dos processos, definir prazos e estabelecer metas e responsabilidades. Pela relevância do processo a sugestão é a presença do gestor deste nível de planejamento em todas as reuniões ordinárias do GT. Sugere-se para a padronização dos encontros do GT (Apêndice G) e sugere-se a utilização da matriz 5W3H para monitoramento do planejamento (Apêndice H).</p>	<p>I) Experiência DRESN; Abedi, 2013; Surbakti (2015);</p> <p>J) Experiência DRESN; Abedi, 2013; Surbakti (2015).</p>
Processos de encerramento	<p>K) Recomenda-se realizar avaliação da implantação da tecnologia periodicamente, avaliando o alcance dos objetivos e metas definidas. Sugere-se a utilização da matriz de análise SWOT (Anexo A), identificando os pontos fortes e fracos, as ameaças e as oportunidades na implantação da metodologia de Business Intelligence, a finalidade desta etapa é permitir uma reflexão mais profunda sobre a contribuição de cada ferramenta e propor mudanças para qualificação do processo e melhoria do padrão de qualidade.</p>	<p>K) Experiência DRESN; PMI (2013).</p>

Fonte: Oliveira (2020, p. 117).

CONCLUSÃO

¹ Produto técnico elaborado pelo autor.

As recomendações desse produto constituem fruto da pesquisa. Conforme já relatado, o processo de implantação da tecnologia de *BI* na Diretoria Regional de Saúde Norte é recente e, pelos registros, o entendimento da necessidade de sistematizar o processo ocorreu ao longo dos doze meses anteriores a esse estudo. A partir desse produto, pretende-se fomentar a prática da Inteligência de Negócios no Sistema Único de Saúde. No entanto, como ainda não foi testado não pode ser avaliado. Espera-se, contudo, que esse roteiro se torne um instrumento para fortalecer o projeto de implantação de *BI* no SUS. Futuros estudos poderão contribuir para a adequação do mesmo, ampliando sua efetividade no processo de implantação da tecnologia de Inteligência de Negócios.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Eu acreditava que sabia... Foi assim no início dessa pesquisa: tinha o entendimento de que o centro da tecnologia de *Business Intelligence (BI)* era o uso dos recursos da Tecnologia da Informação e Comunicação, da inteligência artificial. Mas o caminho do conhecimento, além de desafiador é surpreendente! Refletindo sobre a tradução do texto conhecido como Paradoxo Socrático, Só sei que nada sei... (DAMO, 2015), ao final da pesquisa descubro que Sócrates estava certo! O que me deixa confiante é que reconhecer que nada sabemos ou que sabemos pouco é o caminho apontado para a verdadeira vantagem competitiva, termo utilizado no campo do *BI*. Isso está ratificado na parte final da frase atribuída a Sócrates ...e o fato de saber isso me coloca em vantagem sobre aqueles que acham que sabem alguma coisa.

Pela literatura, o uso dos recursos da informática agrega valor ao negócio. Na situação investigada, o requisito mais importante para a implantação do *Business Intelligence* foi a curiosidade e a compreensão de que, para alcançar um entendimento mais profundo dos fatos, é necessário ir além das suposições baseadas apenas em subjetivismo. A experiência relatada é recente, mas há indícios de que o caminho seja promissor.

Embora, pelo desenho do estudo, não seja possível realizar uma correlação do tipo causa efeito, pelos registros na Diretoria Regional de Saúde Norte (DRESN) a implantação da tecnologia de *BI* tem representado a possibilidade de melhorar os processos, os resultados gerenciais e a qualidade do cuidado. No curto período desde a implantação da tecnologia nos procedimentos avaliados, foi possível verificar situações de aprimoramento da tomada de decisão em processos gerenciais, redução de alguns custos e fomento dos espaços de gestão colegiada.

Os recursos da tecnologia de informação e comunicação, da inteligência artificial e da computação em nuvem podem agregar muito valor à gestão. Entretanto, essa tecnologia dura, das ferramentas de *BI*, sempre muda, ou melhor, é aperfeiçoada, como um dos exemplos citados nessa pesquisa. A transformação em uma organização só é possível a partir da Inteligência e, como ressaltado, a Inteligência está nas pessoas. Não há mágica no processo de implantação do *BI*: existem metodologias, roteiros e fluxos, mas quem analisa cenários e toma decisões a partir do uso da tecnologia de *BI* são as pessoas. Tal é o cerne dos achados dessa pesquisa: ter clareza do planejamento e dos objetivos da organização e investir na essência do ser humano, naquilo que nos torna diferenciados em toda a criação, a Inteligência. Certamente novas pesquisas poderão contribuir para o aprofundamento do entendimento dessa tecnologia e auxiliar o fomento desse universo a ser explorado no SUS - a Inteligência de Negócios.

REFERÊNCIAS

ABEDI, A. **How Business Intelligence (BI) and Knowledge Management (KM) are affected by each other inside organizations?** Stockholm: Department of Computer and Systems Sciences, Stockholm University, [2013?]. Disponível em: https://www.academia.edu/33870324/How_Business_Intelligence_BI_and_Knowledge_Management_KM_are_affected_by_each_other_inside_organizations Acesso em: 13 nov. 2019.

AGHAEI, M.; ASADOLLAHI, A. Analysis of Business Intelligence on Strategic Decision Making. **International Journal of Scientific Management and Development**, Tehran, v. 2, n. 1, p. 20-35, Nov. 2013. Disponível em: https://www.academia.edu/7773261/Analysis_of_Business_Intelligence_on_Strategic_Decision_Making. Acesso em: 28 out. 2019.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 2008.

BASTOS, F. M. C. *et al.* Análise da Melhoria de um Sistema de Business Intelligence no Setor Público: um Estudo de Caso da SEFAZ-PI. *In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO*, 35., 2015, Fortaleza. **Anais eletrônicos** [...]. Fortaleza: ABEPRO, 2015. p. 1-19. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/TN_STP_213_263_27621.pdf. Acesso em: 27 maio 2019.

BEZERRA, A. A.; SIEBRA, S. A. Implantação e Uso de Business Intelligence: um Relato de Experiência no Grupo Provider. 2015, Pernambuco, **Revista Gestão.Org**, v. 13, p. 11.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Decreto nº 14.906, de 15 de maio de 2012. Dispõe sobre o acesso a informações previsto na Lei Federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**: Belo Horizonte, ano 2018, n. 4070, 16 maio 2012. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1080279>. Acesso em: 28 out. 2018.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Decreto nº 15.423, de 19 de dezembro de 2013. Institui a Política de Segurança da Informação no âmbito da Administração Direta e Indireta do Município de Belo Horizonte. **Diário Oficial do Município**: Belo Horizonte, ano 19, n. 4461, 20 dez. 2013. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1113055>. Acesso em: 28 out. 2018.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS-BH)**. Belo Horizonte, 27 dez. 2015. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/estatisticas-e-indicadores/indice-de-vulnerabilidade-da-saude>. Acesso em: 30 jun. 2019.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Coordenadoria de atendimento Regional Norte**. Belo Horizonte, [2019a?]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/norte>. Acessado em: 06 mai. 2019.

BOTH, E. L.; DILL, S. L. *Business intelligence* aplicado em saúde pública. In: CONGRESSO SUL CATARINENSE DE COMPUTAÇÃO, 1, 2005, Criciúma. **Anais eletrônicos [...]**. Criciúma: UNESC, 2005. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/sulcomp/article/view/793/744>. Acesso em: 20 nov. 2018.

BRAGHITTONI, R. **Business Intelligence: implementar do jeito certo e a custo zero**. São Paulo: Caso do Código, 2017.

BRASIL. Controladoria Geral da União. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, do inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005 e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991 e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 dez. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12527.htm. Acesso em: 06 de jan. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012, Regulamenta a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que dispõe sobre o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do *caput* do art. 5º, do inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 maio. 2012a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/Decreto/D7724.htm. Acessado em 07 de jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Diretor de Tecnologia da Informação 2016**. Brasília, DF: DATASUS, 2016. Disponível em: http://datasus.saude.gov.br/images/0305_PDTI.pdf. Acesso em: 30 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Diretor de Tecnologia da Informação 2017/2018**. Brasília, DF: DATASUS, 2018a. Disponível em: http://datasus.saude.gov.br/images/pdti/PDTI_MS_1718.pdf. Acesso em: 25 ago. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018b. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília agosto de 2018b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm. Acesso em: 06 de jan. 2020.

CHOO, C. W. **A organização do conhecimento: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões**. Tradução de Eliana Rocha. São Paulo: SENAC, 2003.

CIANCONI, R. B. **Gestão do conhecimento**: visão de indivíduos e organizações no Brasil. 2003, 287f. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

DAMO, Homero. O paradoxo socrático: a ideia de saber que nada se sabe. **Griot: Revista de Filosofia**, v. 12, n. 2, p. 186–195, 2015. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/griot/article/view/661>. Acesso em: 28 fev. 2020.

ELEUTÉRIO, M. A. M. **Sistemas de informações gerenciais na atualidade**. Curitiba: Intersaberes, 2015.

FRAGA, B. D. *et al.* Business Intelligence: métodos e técnicas de gestão do conhecimento e as tendências para avanços do capital intelectual. **Navus**: Revista de Gestão e Tecnologia, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 43-56, jan. 2017. ISSN 2237-4558. Disponível em: <http://navus.sc.senac.br/index.php/navus/article/view/410>. Acesso em: 28 mai. 2019.

GARTNER. About us. **Gartner**. Stanford, c2019. Disponível em: <https://www.gartner.com/en/about>. Acesso em: 20 nov. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

IMHOFF, C.; WHITE, C. **Business Intelligence**: empowering users to generate insights. Renton: TDWI Research, 2011. (TDWI best practices Report, Third Quarter 2001). Disponível em: http://docs.media.bitpipe.com/io_10x/io_106625/item_583281/TDWI_Best_Practices_Report_Self-Service_BI_Q311%5B1%5D.pdf. Acesso em: 18 nov. 2019.

MAI, S. *et al.* O uso das tecnologias na democratização da informação em saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, São Paulo, v. 6, n. 3. set./dez. 2017. p. 210-218.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

MUCELINI, M.; MAZZIONI, S.; DEDONATO, O. O uso do Business Intelligence na gestão da informação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS. 13, 2006, Belo Horizonte. **Anais** [...]. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Custos, 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/famil/Downloads/1774-1774-1-PB.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2019.

MUNGREE, D.; RUDRA, A.; MORIEN, D. A Framework for Understanding the Critical Success Factors of Enterprise Business Intelligence Implementation. In: AMERICAS CONFERENCE ON INFORMATION SYSTEMS - AMCIS. 19., 2013, Chicago. **Proceedings** [...]. Chicago: Association for Information Systems, 2013. p. 1-9. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/7969/dc38d8faedf41bbfbb4077f0317e138a0c8e.pdf>

?_ga=2.225210906.1292894088.1572341193-1050977213.1572341193. Acesso em: 10 ago. 2019.

OLIVEIRA, Moisés Gonçalves de. **Implantação de tecnologia de *Business Intelligence* na Diretoria Regional de Saúde Norte de Belo Horizonte: um estudo de caso.** 2020. 121 f. Dissertação (Mestrado em Tecnologias Gerenciais em Saúde) – Curso de Gestão de Serviços de saúde da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

PITCHON, A. *et al.* **Índice de Vulnerabilidade da Saúde 2012 da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte** - Prefeitura de Belo Horizonte. 2012. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/indice_vulnerabilidade2012.pdf Acesso em: 14 dez. 2019.

PMI. **PMBOK. 5th. Newtown Square:** Project Management Institute, Inc, 2013. Disponível em: https://www.academia.edu/11595998/PMBOK_5a_Edicao_Portugues_BR. Acesso em: 27 fev. 2020.

REGINATO, L.; NASCIMENTO, A. M. Um estudo de caso envolvendo Business Intelligence como instrumento de apoio à controladoria. **Revista Contabilidade & Finanças**, São Paulo, v. 18, p. 69-83, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcf/v18nspe/a07v18sp.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2019.

ROWLEY, J. The wisdom hierarchy: representations of the DIKW hierarchy. **Journal of Information Science**, v. 33, n. 2, p. 163–180, 2007. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0165551506070706>>. Acesso em: 7 maio 2019.

SCHIFF, M. A. **Business Intelligence: a Guide for Midsize Companies: how Business Intelligence Can Help Improve Your Company's Performance No Matter What Its Size.** [S. l.]: SAP, 2011. Disponível em: https://www.influentialsoftware.com/wp-content/uploads/Business_Intelligence_A_Guide_for_Midsize_Companies.pdf. Acesso em: 16 jun. 2019.

SURBAKTI, H. Integrating Knowledge Management and Business Intelligence Processes for Empowering Government Business Organizations. **International Journal of Computer Applications**, New York, v. 114, n. 5, p. 36-43, Mar. 2015. Disponível em: https://www.academia.edu/11489244/Integrating_Knowledge_Management_and_Business_Intelligence_Processes_for_Empowering_Government_Business_Organizations. Acesso em: 28 out. 2019.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** São Paulo: Atlas Editora, 2000.

VIECELI, D. **Planejamento estratégico e financeiro para micro, pequenas e médias empresas.** Universidade do Oeste de Santa Catarina, Videira, 2010.

Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2014/01/Dayane-Vieceli.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2019.

WATSON, Hugh J; WIXOM, B. Enterprise agility and mature BI capabilities. **Business Intelligence Journal**, Renton, v. 12, n. 3, p. 4-6, 2007. Disponível em: https://www.academia.edu/33250309/Enterprise_Agility_and_Mature_BI_Capabilities. Acesso em: 16 nov. 2019.

WAUYO, F.; OMOL, E. OKUMO, J. Effectiveness of business intelligence technology absorptive capacity and innovation competency of university staff, case of Uganda Christian University Mbale Campus. **European Journal of Technology**, v. 1, n. 2, p. 55-73, 2017. Disponível em: https://www.academia.edu/33813406/EFFECTIVENESS_OF_BUSINESS_INTELLIGENCE_TECHNOLOGY_ABSORPTIVE_CAPACITY_AND_INNOVATION_COMPETENCY_OF_UNIVERSITY_STAFF_CASE_OF_UGANDA_CHRISTIAN_UNIVERSITY_MBAL_CAMPUS. Acesso em: 18 dez. 2019.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2010.

OS DESAFIOS E INOVAÇÕES NA GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE NORTE (DRES-N)

Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo¹; Jéssica Cândida Roque Figueiredo²

RESUMO

Nas últimas décadas o Sistema Único de Saúde (SUS) tem passado por inúmeras transformações com o intuito de responder às necessidades apresentadas pela população, além da busca por sua consolidação e garantia da efetividade nos serviços prestados. Nesta perspectiva é indispensável salientar a utilização de metodologias para o planejamento, atuações estratégicas e inovadoras na gestão dos serviços de saúde. O presente trabalho refere-se a um relato de experiência que têm como objetivo apresentar a elaboração e implementação do planejamento estratégico-tático desenvolvido na Diretoria Regional de Saúde Norte (DRES-N) com foco em um modelo de gestão equânime, colaborativo e integrado. Ele teve como direcionador o seguinte questionamento: quais os dispositivos podem ser utilizados para promover efetividade e engajamento da equipe, melhoria na comunicação e inovação na gestão de um serviço público de saúde? A partir disso foi realizado amplo diagnóstico para a compreensão do panorama situacional e estratégico da Diretoria, considerando as percepções dos níveis local, regional e central, alinhado às diretrizes municipais e correlacionando-as às necessidades sanitárias do território. Destacam-se os seguintes desafios, como cerne na discussão: a dificuldade na priorização de ações, indefinições acerca dos papéis e as respectivas responsabilidades, comunicação pouco efetiva, registro incipiente sobre as ações realizadas e pouco conhecimento acerca dos dados epidemiológicos da regional. São resultantes deste processo a definição de um padrão para o registro e organização das reuniões, a aproximação na relação entre as instâncias administrativas institucionais e a elaboração de um Painel com informações estratégicas. Este instrumento foi criado com o objetivo de fortalecer os mecanismos de gestão, confiabilidade e tempestividade da informação. O planejamento estratégico-tático apresentou-se como ferramenta importante para o fortalecimento e consolidação de uma gestão colegiada, articulada em rede e com envolvimento e responsabilização dos atores envolvidos.

PALAVRAS-CHAVE: Administração de Serviços de Saúde; Gestão da Informação em Saúde; Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro tem apresentado mudanças conjunturais e avanços significativos nas últimas décadas, a fim de responder às demandas e necessidades da população e na busca pela consolidação de um modelo cada vez mais consistente. As políticas públicas de saúde são baseadas na construção coletiva, visando tornar transparente a ação do governo, potencializando os recursos disponíveis, reduzindo

os efeitos da descontinuidade administrativa e orientando o planejamento (BRASIL, 1998).

Neste contexto deve-se destacar a importância da política de governança como eixo estruturante para se obter melhor capacidade de respostas, agregar valor, promover a integridade e transparência, além da perspectiva de avaliação, direcionamento e monitoramento da gestão a partir deste conjunto de mecanismos (BRASIL, 2017).

Para alcançar os objetivos que qualificam uma boa gestão é necessário dispor de metodologias e ferramentas que viabilizem a aplicação prática da proposta, aliadas à implicação e mobilização das pessoas envolvidas. Ademais, é imprescindível reiterar o compromisso do coletivo com a missão, visão e os valores da instituição.

No tocante à gestão no serviço público, a partir da experiência dos autores adquirida pela vivência no cenário em questão, foram destacados os seguintes desafios como cerne na discussão: pouca clareza e/ou indefinições acerca dos papéis e as respectivas responsabilidades, dificuldade na priorização de ações, necessidade de incorporar novas tecnologias às rotinas de trabalho, comunicação pouco efetiva, registro incipiente sobre as ações realizadas, pouco conhecimento acerca dos dados epidemiológicos que caracterizam o território, dificuldade da Diretoria Regional de Saúde Norte (DRES-N) em atender as demandas relacionadas aos dados epidemiológicos dos Centros de Saúde devido a diversidade e especificidade de cada uma das solicitações, e, o distanciamento nas relações entre os 3 níveis de gestão (central, regional e local).

É importante destacar que dentre as atividades essenciais da DRES-N está a interlocução entre os níveis central (representado pela sede da Secretaria Municipal de Saúde - SMSA) e o nível local (representado pelas unidades de saúde que realizam o cuidado direto ao usuário).

Após a caracterização do contexto vivenciado, com vistas a construção do planejamento, questiona-se: Quais os dispositivos podem ser utilizados para promover efetividade e engajamento da equipe, melhoria na comunicação e inovação na gestão de um serviço público de saúde?

Tendo em vista a necessidade e relevância das discussões relacionadas à gestão, governança e disposição de informações nos serviços públicos, serão apresentados ao longo deste trabalho aspectos referentes às ações desenvolvidas, os avanços e desafios, bem como as perspectivas e oportunidades identificadas durante esse percurso.

OBJETIVO

Apresentar a experiência relacionada à elaboração e implementação do planejamento estratégico-tático desenvolvido na Diretoria Regional de Saúde Norte (DRES-N) com foco em um modelo de gestão equânime, colaborativo e integrado.

REFERENCIAL TEÓRICO

As mudanças na gestão do SUS têm exigido reajustes em busca de metodologias e intervenções inovadoras. Para Gil C., Luiz e Gil M. (2016), a organização dos serviços, o investimento na implantação de ferramentas do cuidado e o conhecimento do perfil populacional do território e da rede de assistência, são elementos essenciais para a gestão de serviços públicos, assertividade no planejamento, tomada de decisões e definição de protocolos.

Os autores supracitados afirmam que as regionais de saúde são órgãos que apoiam os gestores na condução dos processos e, nessa perspectiva, é fundamental que o gestor e sua equipe aperfeiçoem a produção e análise dos dados para que estes se transformem em informações e sejam utilizados como instrumentos para conhecer a situação de saúde do território.

Neste contexto é importante destacar que mecanismos de comunicação adequados direcionam gestores e trabalhadores para resultados desejados, fortalece o repasse e compartilhamento de informações, contribui para resolução de conflitos relacionais, promove transações e serviços para comunidade e mantém o alinhamento e motivação da equipe (OLIVEIRA *et. al.*, 2018). Devido às rápidas transformações e inovações tecnológicas, torna-se cada vez mais evidente a necessidade de utilizar recursos mais modernos, ágeis e de fácil manuseio para uma boa comunicação.

O escopo da Política Nacional da Humanização destaca que o colegiado gestor é definido como espaço coletivo para discussão e tomada de decisões, de negociação e definição de prioridades; e que tem como objetivo o exercício da gestão participativa, corresponsável e democrática (BRASIL, 2007). Este embasamento estimulou a DRES-N a fortalecer e sistematizar as ações dos seus colegiados.

A Gestão Compartilhada, também denominada Gestão Participativa ou Co-gestão, apresentada pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde, envolvendo trabalhadores e gestores do SUS e fomentando a participação efetiva da população (BELO HORIZONTE, 2016).

A participação dos atores envolvidos na tomada de decisão estimula a corresponsabilização e favorece o compartilhamento de conhecimentos e experiências, reafirmando o princípio da transversalidade. As estratégias e métodos de construção coletiva garantem a articulação de ações e dos sujeitos e potencializam a efetivação da proposta com base em decisões e avaliações conjuntas (BRASIL, 2007).

Conforme descrito na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, permite que a Atenção Básica seja ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), organizando-a em relação aos outros pontos de atenção e assim, contribuir para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, fortalecendo o planejamento ascendente (BRASIL, 2017).

De acordo com Granja e Zoboli (2012), para a governança da RAS é imprescindível transparência nos processos da gestão e organização das ações com base nas necessidades de saúde e a criação de espaços para democratização das ações decisórias a partir de planejamento compartilhado, com a finalidade de facilitar a comunicação entre os diversos atores.

Compreende-se governança regional "como processo de participação e negociação entre uma ampla gama de sujeitos com diferentes graus de autonomia", podendo ser utilizada como ferramenta para gerenciar os sistemas de saúde (GRANJA, ZOBOLI; 2012).

Pode-se dizer que o ato de planejar no setor público presume o ato de reflexão em conjunto, abrangendo a identificação dos agentes envolvidos e articulação entre eles,

além da mobilização e criação de estratégias que levem ao comprometimento com o que foi planejado (CAMPOS, 2007; MATUS, 1993 apud TEIXEIRA et al., 2012).

Para Oliveira (2007), estratégia é uma ação ou percurso a ser executado para alcançar objetivos, metas e desafios para posteriormente desenvolver os projetos e planos de ação. Já os planejamentos táticos são os "desdobramentos do planejamento estratégico e delinham o que compete às diferentes frações da organização para consecução dos objetivos organizacionais", assim o termo tático pode ser associado a metodologia e tecnologia necessárias para a realização de um projeto (KURCGANT et al., 2006). Isto é, o planejamento tático gerencia os recursos necessários para viabilização do plano de ação.

Segundo Alday (2000), o planejamento estratégico tornou-se parte estruturante no exercício da gestão e foi incorporado como uma ferramenta para otimizar os recursos administrativos disponíveis, identificar riscos, priorizar demandas e avaliar temáticas relevantes para equipe. A partir da utilização desta ferramenta é possível identificar as características territoriais, possibilitando a compreensão de circunstâncias prioritárias, como as vulnerabilidades existentes no território. Para Monken e Barcellos (2005), conhecer o território possibilita caracterizar uma população e os problemas de saúde vivenciados por essa comunidade, além de ser uma base organizativa do trabalho que avalia o impacto dos serviços sobre os níveis de saúde da população.

O planejamento estratégico-tático possibilita elencar prioridades viáveis de serem implementadas e identificar as possibilidades e desafios existentes.

A análise realizada por Ferreira *et al.* (2018) foi direcionada à percepção dos gestores públicos de saúde acerca do planejamento regional dos municípios do oeste catarinense e identificaram como principais dificuldades gerenciais: a rotatividade dos profissionais que compõem a gestão; a falta de recursos humanos capacitados para trabalhar e analisar as bases de dados informacionais, o que corrobora para sobrecarga de trabalho e falta de tempo para reuniões e planejamento em equipe; a falta de conhecimento das funções do gestor; a dificuldade na comunicação com a equipe e a falta de recursos financeiros.

Além disso, o estudo supracitado ressaltou que muitos profissionais desconhecem o conteúdo de documentos norteadores para o trabalho e que apesar dos gestores reconhecerem a importância do planejamento em equipe para a estruturação e resolutividade da gestão em saúde há um distanciamento entre teoria e prática.

Nessa perspectiva, Oliveira *et al.* (2018) acreditam que a comunicação efetiva dentro de uma organização é o principal fator estratégico de uma gestão, constituindo elemento substantivo e indispensável para alcance dos objetivos e planejamentos estratégicos traçados inicialmente. Estes autores consideram que há grande complexidade nas questões relacionadas a comunicação no ambiente de trabalho, além do fato de geralmente envolver diversos atores.

Percebe-se que os desafios na gestão dos serviços públicos são similares e exigem a adoção de medidas alternativas, inovadoras e baseadas na realidade territorial.

Massuda e Campos (2020), relacionam o alto potencial de eficiência no funcionamento das redes saúde quando conceitos e métodos do planejamento estratégico e da gestão participativa são implementados visando a inovação nas práticas de gestão. Fato que promove maior dinamicidade dos processos, além da horizontalidade nas relações entre os serviços e descentralização nas tomadas de decisão.

De acordo com Turci (2008), para implementar as mudanças almejadas é necessário instrumentalizar os atores envolvidos, considerando os diversos pontos de vista acerca dos desafios identificados e as possibilidades reais de intervenção.

Segundo Deming (1990) a busca pela qualidade se tornaria inatingível caso não houvesse a união de esforços pelo mesmo ideal, evidenciando a necessidade do trabalho em equipe, definição clara de objetivos, a relação de compromisso com os clientes e fornecedores, dentre outros. O autor retrata de forma objetiva a importância do foco na simplicidade e destaca aspectos com grande impacto nesse processo: a mudança na cultura e filosofia da organização, a integração entre os setores/atores correlacionados e a relação entre as pessoas envolvidas.

A transformação da prática cotidiana torna-se subsídio para a incorporação de novas tecnologias e viabiliza a (re)definição de ações, bem como o estabelecimento de pactuações que estejam em consonância com os princípios e diretrizes da instituição.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência que tem como finalidade descrever as atividades desenvolvidas e os resultados alcançados ao longo do planejamento elaborado na Diretoria Regional de Saúde Norte de Belo Horizonte - Minas Gerais.

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020), Belo Horizonte possui uma população estimada de 2.512.070 pessoas, distribuídas pela extensão dos seus 330,95 Km²; dados que representam uma densidade populacional de 7.591 Hab/Km². A regional Norte tem uma população de aproximadamente 212.055 habitantes, 64.062 domicílios, distribuídos numa extensão territorial de 32,56 km², o que representa uma densidade demográfica de 6.513 hab./km² (BELO HORIZONTE, 2020).

O município de Belo Horizonte optou por investir na continuidade da descentralização em seu território, em consonância com as diretrizes nacionais, com intuito de estabelecer um modelo de gestão que contemplasse as necessidades organizacionais (TURCI, 2008). Para isso, o município foi dividido em 9 regionais de saúde: Barreiro, Centro Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Oeste, Pampulha, Venda Nova e Norte, a qual é o cenário referência deste trabalho.

Seguindo os princípios organizativos do SUS, no âmbito regional, as Diretorias são as representações hierárquicas e organizacionais da saúde. A DRES-N é composta por 3 gerências e 2 coordenações: Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação, Gerência de Vigilância Sanitária, Gerência de Zoonose, Coordenação de Apoio Administrativo e a Coordenação da Gestão do Trabalho, todas estas instâncias de gestão estão situadas na própria sede administrativa da Diretoria. Além disso, existem outros serviços que compõem a rede assistencial da DRES-N, são eles: 20 Centros de Saúde, 9 Academias da Cidade, 1 Centro de Convivência, 1 Centro de Controle de Zoonoses, 1 Centro de Especialidades Médicas, 1 Centro de Referência em Saúde Mental, 1 Central de Esterilização, 1 Farmácia Regional, 1 Laboratório de Zoonoses, 1 Unidade de Pronto Atendimento (BELO HORIZONTE, 2020).

Os Centros de Saúde da DRES-N foram distribuídos em grupos identificados como polos, com o objetivo de fortalecer a gestão local e o diálogo entre os pares. Atualmente, na regional Norte, existem cinco polos que contam com quatro unidades cada um. A proximidade entre as unidades, relacionadas à disposição geográfica e, conseqüentemente, a similaridade entre as características populacionais e do território foram os critérios utilizados para construção/definição dos polos.

Devido a amplitude de serviços que estão sob a responsabilidade da DRES-N abordaremos especificamente dois colegiados gestores. Um deles é o colegiado gestor da sede da DRES-N: composto pelos representantes das gerências e coordenações da sede administrativa e o outro é o colegiado gestor ampliado: composto por membros do colegiado da sede administrativa e todos os representantes da gestão local.

Por todas as ponderações realizadas viu-se a necessidade em garantir espaços de discussão para promover maior envolvimento de atores estratégicos nas decisões, mudanças na organização e nas práticas de saúde, além da capilarização das informações aos demais integrantes dos serviços.

Para nortear a construção do planejamento foi realizada revisão bibliográfica em referenciais teóricos que apresentavam associação às temáticas: saúde pública, política de governança, informação em saúde, planejamento estratégico, liderança e administração de serviços de saúde, além de consulta a documentos institucionais.

Concomitante à consolidação do referencial teórico, os profissionais da saúde de diferentes pontos da rede responderam um questionário que foi utilizado para angariar informações relevantes ao trabalho em desenvolvimento.

A fundamentação organizacional desta experiência foi baseada no método *PDCA* (*Plan* – Planejar, *Do* - Executar, *Check* - Controlar, *Action* - Agir), um método notório por sua dinamicidade e possibilidade de realização de ações simultâneas, sem a necessidade de interrupção ou descontinuidade das atividades.

Segundo Oliveira *et al.* (2017), o método *PDCA* constitui-se como base da melhoria contínua de processos e soluções de problemas, com destaque no ambiente organizacional pela praticidade e facilidade de adequação, seja em uma empresa privada, numa organização sem fins lucrativos ou em um serviço do setor público.

Somado a isso foi utilizada a análise *SWOT* para caracterizar o âmbito das relações da DRES-N, ação que expressa a valorização da percepção interna e externa acerca das atividades que estavam sendo executadas. A sigla *SWOT* é derivada do inglês, traduzindo-se em Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças) e é uma ferramenta eficiente de gestão, comumente utilizada em planejamento estratégico de negócios para identificar informações que influenciam no local de trabalho, através da identificação de pontos fortes e fracos no ambiente interno e as oportunidades e ameaças no ambiente externo de uma organização, servindo de auxílio na articulação de estratégias e tomadas de decisão (ANDRADE *et al.*, 2008; SANTOS, DAMIAN, 2018).

Diante da oportunidade de sistematizar ações para adequação entre as diretrizes municipais e as características territoriais, em agosto de 2019, o colegiado gestor da DRES-N optou pela implementação do planejamento estratégico-tático como modelo organizacional orientador de seus processos gerenciais.

A etapa subsequente consistiu em definir as atividades específicas para o levantamento de informações direcionadas aos três níveis de gestão (central, regional, local).

A fase direcionada às informações do nível central iniciou com a aplicação de um questionário *online* elaborado com cinco perguntas e um campo de comentários e/ou sugestões. O intuito foi possibilitar a contribuição do Secretário, Subsecretarias, Diretorias, Gerências e Assessorias do nível central da SMSA, além dos representantes da Coordenadoria de Atendimento Regional Norte (CARE-N). As perguntas utilizadas no questionário, foram listadas a seguir: Quais as expectativas em relação às ações propostas e as atividades desenvolvidas pela DRES-N? Qual a percepção acerca do cumprimento, pela DRES-N, das ações propostas pela SMSA?

De que forma a DRES-N pode contribuir com a efetividade das ações de planejamento e tomada de decisão do Nível Central? Quais potencialidades são identificadas na DRES-N? Quais aspectos precisam ser fortalecidos ou aprimorados pela DRES-N? Espaço para comentários e sugestões sobre o processo de Planejamento Estratégico-Tático da DRES-N.

Quatro semanas após o envio do questionário, período estipulado para que os participantes pudessem contribuir, as respostas foram agrupadas e utilizadas como um dos pilares estruturantes do diagnóstico. Este consolidado apresentou, sumariamente, a expectativa sobre o apoio da regional às unidades de saúde, com vistas ao desenvolvimento das ações propostas pela SMSA. Após a aplicação do questionário *online*, o segundo momento foi baseado no levantamento de informações por meio de pesquisa no *site* da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e em documentos institucionais que apresentavam dados importantes relacionados à SMSA.

Em continuidade ao diagnóstico foi proposto um conjunto de ações para o levantamento de dados na sede da Diretoria, com envolvimento dos gestores, referências técnicas¹ e auxiliares administrativos, de cada uma das gerências e coordenações da Diretoria.

A atividade seguinte foi o mapeamento dos processos de trabalho da DRES-N e das suas respectivas gerências e coordenações. Os membros das equipes listaram os processos de trabalho do setor a que pertenciam, especificamente, detalhando as respectivas atividades e os responsáveis. Com relação ao movimento realizado em prol do diagnóstico na DRES-N, destacam-se as seguintes etapas:

- De junho a agosto de 2019 foram realizadas as reuniões de polo, com objetivo de promover a aproximação entre os níveis regional e local, possibilitando iniciar o aprofundamento de análises gerenciais e fortalecer o lugar do polo como uma instância de gestão estratégica para planejamento e alcance de resultados desejados e fortalecimento da governança.

- No mês de setembro, foram realizadas reuniões entre os membros do colegiado gestor da DRES-N e cada gestor local, individualmente. A pauta dessas reuniões foi direcionada a escuta dos desafios cotidianos vivenciados pelas equipes dos Centros de Saúde.

- Nos meses de outubro e novembro, foram realizadas reuniões gerais em cada um dos 20 Centros de Saúde, com a participação dos membros do colegiado gestor da DRES-N e os profissionais da unidade anfitriã. O objetivo foi viabilizar o movimento de aproximação e reafirmar o compromisso da regional com as equipes locais e realizar o levantamento de problemas, envolvendo todos os presentes.

Faz-se necessário destacar o movimento de interlocução da DRES-N com a sociedade civil durante o processo de planejamento, por meio do Conselho Distrital de Saúde Norte. São realizadas regularmente reuniões mensais que contam com a participação de representantes dos três segmentos: usuários, trabalhadores e gestores. A pauta das reuniões são definidas previamente conforme a importância e priorização dos temas evidenciados e necessidade de discussão acerca dos mesmos. As reuniões do Conselho contam com momentos de informes e considerações dos membros presentes, relativas à temática apresentada, com a finalidade de alinhar objetivos e pactuar compromissos. Em janeiro deste ano houve uma plenária para apresentação do planejamento estratégico-tático aos membros do Conselho.

¹ Profissionais com formação na área da saúde responsáveis pelo planejamento e implementação de ações, em nível regional e/ou local, que compõem às gerências e coordenações da DRES-N.

RESULTADOS

Como alternativa para responder a questões que têm grande impacto na organização e desenvolvimento de atividades, na definição de ações, tomada de decisões e no alcance dos resultados almejados no serviço público, o planejamento estratégico-tático foi elaborado e tem sido utilizado na DRES-N.

A partir da análise das respostas do formulário *online* que foi enviado para contribuições do Secretário, Subsecretarias, Diretorias, Gerências e Assessorias do Nível Central da SMSA, além dos representantes da Coordenadoria de Atendimento Regional Norte (CARE-N) um dos pontos de destaque foi a boa adesão da DRES-N no tocante às atividades preconizadas pela SMSA e uma das fragilidades foi a descontinuidade de algumas atividades, pela regional, relacionadas a frentes de trabalho específicas.

Além disso, os participantes apontaram como potencialidades na DRES-N a boa interação com o corpo gerencial da SMSA, a inovação, o compromisso com a missão e a atenção da equipe quanto às vulnerabilidades existentes no território. No que se refere aos aspectos que precisam ser fortalecidos ou aprimorados, citaram a descontinuidade de alguns processos de trabalho e manifestaram o desejo de que os desafios fossem compartilhados com o nível central e também com os gestores locais, para que estes últimos pudessem participar/contribuir na construção de alternativas. No tocante aos produtos da análise *SWOT* a caracterização do *ambiente externo* apontou uma interlocução efetiva com a CARE-N e com o Nível central. No *ambiente interno* (pontos fracos) apareceram os desafios da comunicação, além da percepção de falta de recursos humanos e materiais para o trabalho. Ainda no *ambiente interno* (pontos fortes) destacaram a experiência em produzir um trabalho relevante na gestão, o reconhecimento do lugar de “elo forte” na intermediação frente às necessidades e demandas apresentadas pelo nível local, pela regional e pelo nível central.

A definição em colegiado é de que este material seja utilizado na perspectiva de reformulação, com foco em atividades que fortaleçam as tecnologias de microgestão e possibilitem mudanças no modo de gerir e cuidar na DRES-N.

Dentre os avanços identificados deve-se destacar a própria estruturação e os fundamentos que embasam a experiência apresentada que tiveram como pressuposto a política de governança e a construção de um modelo de gestão efetivo, participativo e sustentável. As ações desenvolvidas têm como finalidade a definição clara dos objetivos, os papéis de cada um dos atores e suas respectivas responsabilidades para o alcance dos desígnios, aspectos que corroboram com o fortalecimento das perspectivas de controle, transparência e previsibilidade.

Somado a isso, o protagonismo e envolvimento colaborativo no processo de aprendizagem tornaram-se pontos imprescindíveis para o fortalecimento do grupo. Outros resultados alcançados foram:

- Aprimoramento da relação entre as questões apresentadas pelo território e as diretrizes propostas pela SMSA: o alinhamento entre as diretrizes institucionais e as especificidades regionais e locais favoreceu o envolvimento dos atores e contribuiu na definição dos objetivos que representam o valor agregado em sua singularidade. Para reiterar a presente consideração foi utilizado como preceito a Política Nacional de Humanização, onde é apresentada a seguinte afirmativa

(...) mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho (BRASIL, 2007).

- Elaboração do Painel de Informações Estratégicas da DRES-N: com o intuito de disponibilizar informações aos gestores e as unidades de saúde da regional, em janeiro de 2020 foi inaugurado uma ferramenta de monitoramento e acompanhamento de indicadores, nomeado de Painel de Informações Estratégicas. O foco é possibilitar que as discussões ocorram de forma mais consistente e as decisões sejam norteadas, também, pela análise de indicadores. A criação deste instrumento é apresentada como resposta direta aos grandes desafios que nos cercam na atualidade, como a comunicação pouco efetiva, processamento e divulgação de informações em tempo inoportuno, pouca utilização de dados no planejamento de ações, dentre outros.

O Painel consiste na utilização de uma ferramenta que permite a apresentação de dados epidemiológicos (tabelas e gráficos) por meio de um *site* com acesso exclusivo, por e-mails específicos. Um grupo de profissionais da DRES-N foi o responsável pela criação do Painel e pela manutenção e atualização de suas informações. As atividades seguem os seguintes passos: Extração dos dados nos sistemas de informação utilizados pela SMSA; Tratamento dos dados e seleção de informações prioritárias para o município; Disposição dos assuntos conforme temática ou projeto específico; Estratificação das informações por unidade de saúde da regional Norte (no caso dos Centros de Saúde há um refinamento maior desmembrando estes dados por cada uma das equipes que os compõem) e a sinalização dos indicadores estratégicos.

O *layout* do Painel foi organizado em 6 abas principais, conforme a descrição a seguir:

Página Inicial: informações relacionadas à missão, visão, valores da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Planejamento SMSA: *links* de acesso aos Planos Municipais de Saúde de Belo Horizonte dos seguintes períodos/anos: 2010-2013, 2014-2017 e 2018-2021, além do Planejamento Estratégico, Mapa Estratégico, Projetos Estratégicos e o Contrato de Metas e Desempenho 2019-2020.

Painel de Monitoramento: composta por diversos links que permitem o acesso a um conjunto de informações capazes de caracterizar o cenário regional e dos seus respectivos serviços de saúde. São dados que apresentam desde o andamento de determinados projetos estratégicos da SMSA, até o quantitativo de atendimentos realizados por um determinado profissional de saúde. Nesta aba contém informações de todos os 37 serviços de saúde da regional Norte.

COVID-19: aba criada em decorrência da necessidade em organizar e socializar as informações relacionadas à pandemia. Foram disponibilizados *links* de acesso aos documentos institucionais do município (decretos, portarias, nota técnicas, notas informativas, ofícios, fluxos, cartazes informativos, protocolos, boletins assistenciais e epidemiológicos, além de um *dashboard* com dados específicos que permitem analisar a situação epidemiológica da regional Norte e o volume de atendimento em cada uma de suas unidades de saúde.

Grupos de Trabalho: lista de todos os grupos de trabalho da regional e a periodicidade com que acontecem as reuniões de cada um destes.

Fale Conosco: espaço destinado à comunicação *offline* que permite o envio de considerações e/ou sugestões sobre o conteúdo apresentado no Painel. Nesta aba contém um formulário com os seguintes campos para preenchimento: nome, cargo, função, e-mail, telefone (opcional) e um campo da inserção da mensagem desejada. Após inserir a mensagem o profissional deve clicar em enviar para que o conteúdo chegue até os responsáveis pela manutenção/acompanhamento da ferramenta.

O acesso ao *site* do Painel de Informações Estratégicas (APÊNDICE A) é restrito a e-mails específicos de gestores e outros profissionais da DRES-N. Sistemáticamente os assuntos discutidos pela Diretoria passaram a estar qualificados por meio do levantamento de dados e informações consolidados nesta ferramenta.

- **Mapeamento dos Grupos de Trabalho da DRES-N:** ao longo do tempo, a potência e relevância dos grupos de trabalho tem sido alvo de destaque na SMSA, devido a possibilidade de melhoria na comunicação, alinhamento de informações e no alcance dos resultados ambicionados. Em decorrência disso, realizou-se o mapeamento destes espaços de gestão colegiada, destacando a composição dos grupos e a periodicidade das reuniões. Tendo em vista a oportunidade de ampliar a divulgação sobre estes grupos, as informações relacionadas a eles também estão inseridas no Painel de Informações Estratégicas.

- **Definição de um padrão para organização das reuniões:** o formato das reuniões do colegiado de gerentes foi alterado buscando a efetividade na comunicação, fortalecimento do espaço de discussão, aprendizado e deliberação. Optou-se pela definição em um novo formato de organização da reunião, baseado nos seguintes momentos: Informes; apresentação de todo o conteúdo relacionado a pauta do dia; diálogo entre os participantes da reunião sobre a pauta apresentada, contemplando o esclarecimento de dúvidas e o refinamento da proposta; momento de atualização sobre os acontecimentos da semana e, por fim, os encaminhamentos.

Desta forma obtém-se melhor organização do encontro, garantia da abordagem direcionada a cada um dos momentos propostos, além da continuidade nos assuntos tratados, visto que as reuniões subsequentes sempre são iniciadas com a devolutiva sobre os encaminhamentos da reunião anterior.

- **Definição de um padrão para registro das ações desenvolvidas:** com o objetivo de padronizar a forma de registro e socializar informações criou-se um padrão de ata que consta: data, horário, local, participantes, informes e a pauta da reunião, bem como, os resultados da discussão e encaminhamentos.

- **Estabelecimento de um cronograma para realização das reuniões do colegiado da sede, do colegiado ampliado e também das reuniões de polo:** foi estabelecido um cronograma anual com as datas das reuniões do colegiado da sede, do colegiado ampliado e das reuniões de polo, como forma de garantir a realização das mesmas. Antes das reuniões, há uma discussão e tratativa dos assuntos no colegiado da DRES-N e após este alinhamento o tema é levado como pauta nos respectivos espaços.

- **Manutenção ou reativação do colegiado gestor dos Centro de Saúde:** considerando que em algumas unidades o colegiado gestor não havia sido implementado, e em outras, as atividades não aconteciam regularmente, os gestores da DRES-N se mobilizaram para estimular a manutenção ou reativação destes espaços. O envolvimento da equipe nas decisões da unidade estimula o senso de pertencimento e protagonismo dos demais envolvidos, possibilitando a concretização da gestão compartilhada.

- **Melhoria na relação entre os três níveis de gestão (local, regional, central) e maior envolvimento do corpo gerencial da DRES-N:** o movimento de aproximação

tem favorecido a relação entre os três níveis de gestão, principalmente no tocante ao alinhamento dos objetivos, definição e pactuação de ações, capilarização e uniformidade nas informações e foco no alcance dos resultados. Observou-se maior apropriação e envolvimento do corpo gerencial, em nível local e regional, acerca dos objetivos comuns. Além disso, é notória a melhoria na abordagem das questões pactuadas entre as instâncias da DRES-N e o constante investimento no alinhamento, clareza e (co)responsabilização frente às ações propostas e aos desafios identificados.

Desafios

Durante o desenvolvimento deste trabalho inúmeros foram os desafios identificados. Devido a clareza acerca da interferência prejudicial destes fatores no andamento das atividades e no alcance dos objetivos propostos, foram listados a seguir cinco dos principais dificultadores:

- **Rotatividade dos profissionais:** fenômeno que tem apresentado repercussão significativa na organização dos serviços, sendo um dos grandes responsáveis pela descontinuidade de processos e tendo influência direta na manutenção da conformação organizacional e no alcance dos resultados almejados

- **Desmotivação:** a desmotivação é representada por um conjunto de fatores que têm peso considerável nas relações interpessoais e organizacionais. O desinteresse ou a falta de estímulo são aspectos importantes no que diz respeito à (pouca) implicação dos atores nas proposições apresentadas.

- **Distanciamento entre a cultura clínica e a cultura de gestão**

Dois elementos podem ser destacados como entraves na aproximação entre a clínica e a gestão. Um deles é que frequentemente os profissionais da DRES-N afirmam que em decorrência da grande demanda que lhes é direcionada, seja no cuidado direto ao usuário ou na gestão dos processo assistenciais, torna-se incompatível conciliar as ações de planejamento e os atendimentos. O outro elemento é o conhecimento incipiente, por parte de alguns profissionais, sobre as bases conceituais e aplicabilidade de ferramentas de gestão que direcionam o planejamento, monitoramento e avaliação das ações.

- **Sazonalidade de alguns agravos à saúde:** pela experiência acumulada ao longo dos anos, foi criado popularmente, um calendário relacionado a ocorrência de alguns eventos que impactam na saúde e que frequentemente estão presentes em nosso cotidiano em determinados períodos do ano. Embora alguns agravos se apresentem em épocas renunciadas, não é possível dimensionar a intensidade e/ou a magnitude que estas situações alcançarão, porém, comumente exigem reorganização do processo de trabalho e esforço dos componentes da equipe para atuarem de acordo com o que esperado perante a situação epidemiológica apresentada.

- **Ocorrência de surtos ou epidemias:** as questões epidemiológicas têm impacto direto na organização dos serviços e em suas respectivas formas de definição do trabalho, distribuição e alocação dos recursos humanos, delimitação de objetivos e estabelecimento das prioridades. Além da alteração no panorama do trabalho em saúde, com a ocorrência de surtos ou epidemias há também efeitos que comprometem o arranjo social e as demais condicionalidades que este envolve. Ou seja, estas mudanças promovem variações significativas em todos os segmentos da sociedade. Daí a importância dos planos de contingência, das diretrizes institucionais claras para condução de situações emergenciais e do envolvimento da equipe na busca por respostas adequadas e em tempo oportuno.

CONCLUSÃO

A possibilidade de experimentar confere oportunidade ímpar de aprendizado e inovação. Frente aos desafios identificados existem duas alternativas: utilizar modelos teóricos pré estabelecidos ou nos inspirarmos em experiências inovadoras (COELHO apud CAMPOS, 2008). Para o autor, ambas as possibilidades podem gerar benefícios práticos e são aplicadas de acordo com a análise e subjetividade de cada situação.

Pode-se afirmar que inúmeras contribuições vêm sendo incorporadas à prática diária dos profissionais, de modo a aprimorar os modelos de gestão pública. Tendo como direcionador deste trabalho a questão referente aos dispositivos que podem ser utilizados para promover efetividade, engajamento da equipe, melhoria na comunicação e inovação na gestão de um serviço público de saúde, destacamos que é notória a necessidade de implementar metodologias organizacionais baseadas na política de governança, com enfoque no planejamento estratégico, priorização de estudo das demandas, análise sistemática de dados e envolvimento dos atores diretamente relacionados aos processos.

Apesar dos desafios presentes no cotidiano dos serviços de saúde, o planejamento estratégico-tático da DRES-N tem possibilitado alcançar os objetivos propostos para o fortalecimento e consolidação de uma gestão fundamentada nas características territoriais, articulação em rede, corresponsabilização e aproximação na relação entre as instâncias administrativas institucionais.

Durante a elaboração deste trabalho o planejamento estratégico apresentou-se como ferramenta importante na formulação de um modelo dinâmico que favorece a mudança cultural de paradigmas. A partir da implementação das estratégias propostas foram identificadas melhorias quanto ao alinhamento na priorização das ações, ajuste no formato de reuniões gerenciais e mapeamento dos grupos de trabalho da regional. Ressalta-se que tanto a metodologia utilizada quanto os resultados obtidos são decorrentes do investimento constante realizado nas perspectivas das iterações e das interações colaborativas.

A elaboração do Painel de Informações Estratégicas constituiu um marco importante na reformulação prática nas atividades da DRES-N. Essa ferramenta favorece o conhecimento e apropriação acerca da situação epidemiológica da Regional, tanto pela Diretoria quanto pelas unidades de saúde, reduz o impasse no compartilhamento de algumas informações e possibilita a utilização de dados no planejamento.

Considera-se que o diferencial deste trabalho foi a possibilidade de abertura ao novo. A aposta racional naquilo em que se acredita, identificando oportunidades em cada uma das circunstâncias apresentadas, com a consciência de que a mudança é parte substancial para o desenvolvimento. Outro aspecto que merece devida notoriedade foi a busca pela relação de equilíbrio entre os paradigmas: teoria e prática, conservadorismo e inovação; dilema apresentado na citação a seguir:

(...) enquanto em sua *República* Platão constrói uma cidade ideal que todos deveríamos ter como referência para agirmos em nossas próprias cidades, Aristóteles propõe que nos inspiremos em cidades concretas e conhecidas, bem governadas, onde a vida é boa, para orientar as nossas ações diante de um problema por resolver. Para as leis ou constituição de nossa cidade, enquanto Platão sugere que ela devesse seguir um modelo racional, inteligível, Aristóteles propõe que nos inspiremos nas melhores constituições existentes, para adequar ou construir a nossa própria constituição (COELHO apud CAMPOS, 2008).

Sob esta ótica a grande expectativa é com relação ao prosseguimento das ações e a continuidade dos avanços. O intuito é valorizar a manutenção e melhoria organizacional, preservar a credibilidade dos responsáveis pela sua condução e reafirmar o papel relevante da política de governança e seus recursos de planejamento e avaliação.

Continua sendo um desafio o progresso nas relações entre as equipes na consolidação por um modelo de gestão sustentável, com a proposição de objetivos práticos, atingíveis e que agregue valor a todos os envolvidos: usuários, trabalhadores e gestores. Desta forma, os avanços possibilitarão um olhar mais auspicioso à efetivação do cuidado, contando com a incorporação de tecnologias e modalidades de atenção articuladas para construir uma estrutura que assegure qualidade, segurança e responsabilidade nos serviços prestados.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Durante a realização da experiência apresentada foi criada e tem sido utilizada na DRES-N uma metodologia baseada na tríade: Planejamento - Comunicação - Ação. Ela consiste em identificar determinada situação, pensar em alternativas, envolver pessoas estratégicas, propor ações e agir de forma organizada, assertiva e em tempo oportuno. O planejamento descrito neste trabalho está estruturado em uma lógica que não apenas responde aos problemas, mas aproveita as oportunidades para rever os processos e canalizar energia agregando valor na direção dos objetivos propostos.

A elaboração do Painel de Informações Estratégicas pode ser considerada um projeto inovador em virtude da tempestividade, qualidade, confiabilidade e informações fornecidas, além de ser um instrumento capaz de propiciar uniformidade, capilarização e agilidade na comunicação entre os serviços.

O Painel tem possibilitado ganhos imensuráveis, tanto para gestores, quanto para os profissionais que lidam diretamente com a assistência ao usuário, tendo em vista que a utilização deste recurso promove maior apropriação acerca dos dados epidemiológicos e assistenciais como elementos fundamentais nas discussões e tomadas de decisão. Além disso avulta o alcance do objetivo comum entre os profissionais da saúde: ofertar cuidado de qualidade de forma integral e longitudinal, respeitando às subjetividades e reafirmando os preceitos do SUS. Essa ferramenta fortalece a perspectiva do trabalho baseado no planejamento, monitoramento, avaliação e ajustes das ações realizadas.

Somado a isso e considerando a possibilidade de ampliação das informações disponíveis no Painel de Informações Estratégicas e a oportunidade de aprimorá-lo e torná-lo mais adequado às necessidades dos gestores e dos demais profissionais, pretende-se:

- Aperfeiçoar a metodologia de comunicação entre as equipes, com o objetivo de garantir uniformidade e alinhamento nas informações, reduzindo as possíveis distorções ou incompatibilidades;
- Manter a reavaliação do conteúdo do Painel, a partir das considerações que surgirem dos profissionais que o utilizam, conforme a necessidade e pertinência de algum dado específico;
- Agregar novas metodologias que possam responder aos desafios remanescentes, além de trabalhar na prevenção e mitigação da ocorrência de problemas já conhecidos;

- Encadear a relação de aproximação entre os níveis e grupos que compõem a gestão;
- Fomentar a apropriação e incorporação às rotinas diárias de documentos e ferramentas preconizados pela instituição;
- Estabelecer a pactuação de uma metodologia de trabalho com objetivos claros, respeitando as subjetividades dos membros da equipe, de modo que as competências individuais possam se fortalecer e agregar valor ao coletivo;
- Potencializar as estratégias adotadas e assegurar momentos de planejamento entre as equipes, possibilitando o esclarecimento de dúvidas, apresentação de ideias e compartilhamento de informações;
- Estabelecer rotinas para o monitoramento de indicadores como prática elementar e indispensável no cotidiano do trabalho.

Além disso, há o anseio pela criação de um aplicativo que reúna todas as informações do Painel para possibilitar maior facilidade de acesso pelos profissionais, mantendo as configurações de segurança e de acesso a estas informações. A proposta seguirá o padrão de organização do Painel com o incremento de uma funcionalidade capaz de emitir alertas aos profissionais das unidades de saúde com relação ao andamento dos projetos desenvolvidos, bem como sinalizar aspectos indispensáveis no acompanhamento e tratamento dos usuários. Outro ponto importante será a disponibilização de materiais e documentos institucionais para consulta pelos profissionais, como diretrizes clínicas, protocolos, sínteses operativas, dentre outros. Vale ressaltar que diante da experiência satisfatória da Diretoria e das inúmeras vantagens citadas por meio da utilização do Painel como prática de trabalho, intenta-se articulações para a padronização e disseminação da ferramenta aos demais serviços da SMSA. Além disso, faz-se necessário a formalização das perspectivas de ampliação e divulgação da ferramenta junto às instâncias responsáveis da SMSA para que haja a avaliação e as considerações necessárias para a implementar as ações e ascender os novos objetivos estabelecidos.

Há também o interesse por parcerias com instituições de ensino para manutenção e aperfeiçoamento do proposta, além de maior aproximação entre o campo de atuação dos profissionais e as perspectivas acadêmicas, de modo que seja estabelecida uma relação de ganho mútuo entre os envolvidos.

Considera-se substancial a necessidade da criação de políticas governamentais e o investimento institucional em recursos tecnológicos que possibilitem o desenvolvimento do trabalho remoto, bem como a realização de outras atividades de aperfeiçoamento pelos profissionais de saúde.

Em consonância com as proposições anteriores é necessário que ocorra investimentos em treinamentos e capacitações para que os trabalhadores das unidades de saúde tenham conhecimento da importância dos registros corretos e do impacto que eles têm na definição, realização, monitoramento e avaliação das políticas/ações propostas.

Todavia, deve-se destacar que os movimentos realizados pelo governo federal com enfoque na implementação da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e outras as ações que estão em andamento, como a revisão da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, que enaltecem a preocupação e o compromisso com a governança no uso da informação, com as práticas de inovação e a transformação digital na saúde.

REFERÊNCIAS

ALDAY, Hernan E. Contreras. O Planejamento Estratégico dentro do Conceito de Administração Estratégica. **Rev. FAE**. Curitiba, v. 3, n. 2, p. 9-16, 2000. Disponível em: <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/505/400>. Acesso em 10 de agosto de 2020.

ANDRADE, José C. *et al.* **Aplicação da análise SWOT para identificar oportunidades para o desenvolvimento econômico e social**. XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação. São José dos Campos, p. 1-6, 2008.. Disponível em: file:///C:/Users/55319/Downloads/RE_0871_0427_01.pdf. Acesso em 13 de fevereiro de 2020.

BELO HORIZONTE. **Coordenadoria de Atendimento Regional Norte**. Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/norte>. Acesso em 13 de fevereiro de 2020.

BELO HORIZONTE. **Relatório Anual de Gestão: RDQA 3/2019**. Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/3%20RDQA%202019.pdf>. Acesso em 20 de fevereiro de 2020.

BELO HORIZONTE. **Sumário Executivo: Gestão do Cuidado no Território**. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/gestao_cuidado_territorio.pdf. Acesso em 15 de fevereiro de 2020.

BELO HORIZONTE. **Sistema de Informações Organizacionais do Município (SIOM)**. Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <http://siomexterno.pbh.gov.br/siomexterno/>. Acesso em 12 de fevereiro de 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - **Cidades e Estados: Belo Horizonte**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/belo-horizonte.html?>. Acesso em 20 de fevereiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso em 11 de fevereiro de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Políticas de Saúde: metodologia de formulação**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capa_politicas.pdf. Acesso em 14 de fevereiro de 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em 15 de fevereiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Presidência da República. Decreto Nº 9.203, de 22 de Novembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 23 nov. 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9203.htm. Acesso em 12 de fevereiro de 2020.

CAMPOS, Gastão. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: TEIXEIRA, Marcelo Gouveia; *et al.* **O coletivo de uma construção: o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**. 1ª. ed. Belo Horizonte: Rona Editora Ltda, 2012.

COELHO, I. B.. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: GUERRERO, A. P; CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Manual de Práticas de Atenção Básica à Saúde Ampliada e Compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008.

DEMING, W. Edwards. **Qualidade: A revolução da administração**. Tradução por Clave Comunicações e RH. RJ: Marques Saraiva, 1990.

FERREIRA, Jéssica *et al.* Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 27, n. 1, p. 69-79, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2018.v27n1/69-79/pt/>. Acesso em 01 de agosto de 2020.

GIL, Célia Regina Rodrigues; LUIZ, Isaías Cantóia; GIL; Maria Cristina Rodrigues. Gestão Pública em Saúde - A Importância do Planejamento na Gestão do SUS. **Guia de Gestão Pública em Saúde**. São Luís, Editora EDUFMA, 2016. Disponível em: https://www.unasus.ufma.br/wp-content/uploads/2019/12/isbn_gp03_compressed.pdf. Acesso em 27 de julho de 2020.

KURCGANT, Paulina, *et al.* O Planejamento nas Organizações de Saúde: análise da visão sistêmica. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 351-355, 2006. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4623/2635>. Acesso em 27 de fevereiro de 2020.

MASSUDA, Adriano; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Inovações nas Práticas de Gestão do SUS: Desafios para Reduzir Desigualdades em Saúde**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, n. 3, p. 73-92, 2020. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9875/1/Implement_politicas_Cap3.pdf. Acesso em 01 de agosto de 2020.

MATUS, Carlos. Política, planejamento e governo. In: TEIXEIRA, Marcelo Gouveia; *et al.* **O coletivo de uma construção: o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**. 1ª. ed. Belo Horizonte: Rona Editora Ltda, 2012.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 898-906, 2005.

OLIVEIRA, Adilson Vagner de, *et al.* Comunicação Organizacional como Estratégia de Gestão. **Revista Científica da AJES**, v. 7, n. 14, p. 1-10, 2018. Disponível em: <http://www.revista.ajes.edu.br/index.php/rca/article/view/143/111>. Acesso em 27 de fevereiro de 2020.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças. **Planejamento estratégico : conceitos, metodologia e práticas**. São Paulo: Atlas, 2007.

OLIVEIRA, Ricardo DAHER, *et al.* A utilização do método PDCA para melhoria dos processos: um estudo de caso no carregamento de navios. **Revista Espacios**, v. 38, n. 27, p. 9, 2017. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a17v38n27/a17v38n27p09.pdf>. Acesso em 02 de fevereiro de 2020.

PARANÁ. Ministério Público do Estado do Paraná. **O que é mapa estratégico**. Paraná (2020). Disponível em: <http://www.planejamento.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1123>. Acesso em 12 de fevereiro de 2020.

SANTOS, Beatriz Rosa Pinheiro dos; DAMIAN, Ieda Pelógia Martins. O mapeamento do conhecimento por meio da análise SWOT: estudo em uma organização pública de saúde. **Em Questão**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 253-274, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/55319/Downloads/Dialnet-OMapeamentoDoConhecimentoPorMeioDaAnaliseSWOT-6593374.pdf>. Acesso em 01 de agosto de 2020.

TURCI, Maria Aparecida (org.) **Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: HPM Comunicação, 2008.

APÊNDICE A - TELA DO PAINEL DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS, ABA PAINEL DE MONITORAMENTO



Painel de Monitoramento ⇄

- [Arboviroses](#)
- [CEMN/ Rede Complementar](#)
- [Dashboard Dengue](#)
- [Dashboard Monitoramento dos Episódios de Violência](#)
- [GFOSUS - Norte](#)
- [GERZON - Gestão da Informação](#)
- [Relatório Monitoramento de Indicadores - Laboratório Regional N/VN Mapas](#)
- [Relatório Monitoramento de Indicadores - Laboratório Regional N/VN Mapas](#)
- [Mortalidade](#)
- [Natalidade](#)
- [Ouvidorias](#)
- [População/ Cadastro](#)
- [Produções](#)
- [Apresentações Reuniões Gerenciais](#)
- [Projeto Estratégicos - Sífilis](#)
- [Projeto Estratégico Quarteirão](#)
- [Saúde Bucal](#)
- [Saúde do Idoso](#)
- [Dashboard Monitoramento da Síndrome Gripal/ SRAG](#)
- [Farmácia Regional Norte](#)
- [CEST-N](#)

Fonte: Dados dos autores, 2020.

ESTUDO DOS DESAFIOS E LIMITAÇÕES PARA A IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE CUSTOS EM UM HOSPITAL PRIVADO DE MÉDIO PORTE DO SUL DE MINAS GERAIS

Keyla Barros Bitencourt¹; Márcio Augusto Gonçalves²; Márcia Mascarenhas Alemão³.

RESUMO

As instituições hospitalares ocupam lugar crítico na prestação de serviços de saúde e são equipamentos de saúde em processo de redefinição, tanto no âmbito público quanto no privado, onde diversos temas estão em debate tais como seu papel na produção do cuidado e na busca de qualidade, integralidade, eficiência e o melhor uso dos recursos disponíveis. Este estudo busca suprir as expectativas de gestores e usuários bem como nortear as decisões gerenciais no que diz respeito à melhor utilização dos recursos no atendimento à população, fundamentadas em informações dos custos, cujo objetivo foi o de identificar os desafios e limitações na implantação da gestão de custos em um hospital privado de médio porte, comparando o cenário encontrado à revisão de literatura realizada, bem como as dificuldades relatadas nas experiências encontradas na literatura e analisando formas de fugir a estas dificuldades, propondo um roteiro de implementação. A metodologia aplicada foi exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa. Quanto a natureza trata-se de uma pesquisa aplicada, que objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos. Foram realizados levantamentos bibliográficos por meio da revisão integrativa e observação participante, com a atuação da pesquisadora na instituição cenário desta pesquisa, utilizando análise documental aprofundada das informações e os processos. Além disto, foram realizadas entrevistas não estruturadas por meio de Painel de especialistas com gestores, envolvidos nos processos da instituição. As informações levantadas culminaram na identificação de treze dificuldades comuns à grande maioria das experiências relatadas em implantação da gestão de custos em instituições hospitalares sendo que na instituição objeto de estudo foram encontradas dez das trezes dificuldades. Como resultado foram apresentadas sugestões alternativas a cada uma das dificuldades encontradas, com etapas descritas de modo a viabilizar a implementação efetiva tanto na instituição pesquisada quanto em outras instituições hospitalares, num roteiro de implantação da gestão de custos que permite viabilizar a gestão de custos apesar das dificuldades encontradas. Também se destaca como resultados produzidos para a instituição pesquisada a geração de conhecimento prospectivo, a divulgação da “cultura de custos” com os gestores, diretoria e equipe administrativa.

¹ Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde, Hospital Santa Lúcia – Hospital do Coração. keylacbarros@gmail.com.

² PhD em Administração, Observatório de Custos e Economia da Saúde - NOCES/UFMG. marciouk@yahoo.com.

³ Doutora em Administração, Núcleo Observatório de Custos em Saúde - NOCES / UFMG. marcia.alemao@yahoo.com.br

Palavras-chave: Custos e Análise de Custo. Custos de Cuidados de Saúde. Custos Hospitalares. Gestão em Saúde.

INTRODUÇÃO

Os hospitais são reconhecidamente importantes por serem o centro do sistema de saúde brasileiro, além dos serviços hospitalares consumirem um volume de recursos gastos de aproximadamente 62% do total dos recursos de saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - DATASUS, 2016). Pela sua representação e importância, conhecer como os recursos estão sendo utilizados e, portanto, conhecer as informações de custos destes serviços é fundamental na discussão do seu financiamento.

No cenário atual da pandemia pelo coronavírus (COVID-19), a importância da assistência hospitalar prestada pelo SUS amplia a necessidade de manutenção do equilíbrio econômico-financeiros destes prestadores de serviços, conforme definido na Lei 8080/90 em seu Artigo 26 (BRASIL, 1990), exigindo, portanto, a necessidade de conhecimento de informações de custos dos serviços prestados.

As informações de custos são também necessárias para atender a Lei de Responsabilidade Fiscal, onde é apresentado que as organizações devem ter sistemas de custos e na Carta ao Usuário do SUS, que defini ser direito de todo usuário do SUS o conhecimento da assistência e dos recursos prestados a ele há a exigência de informações de custos. A informação de custos é fundamental para melhorar o desempenho e a qualidade da atenção hospitalar (BANCO_MUNDIAL, 2007; BRASIL, TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO - TCU, 2009; CLEMENTS; COADY; GUPTA, 2012; OECD, 2010; OMS, 2011). Além disto é fundamental na discussão do financiamento da saúde e na definição da remuneração dos prestadores de serviços hospitalares ao SUS, possibilitando desvincular o planejamento e o orçamento de políticas e programas de saúde (BANCO_MUNDIAL, 2007).

Apesar da informação de custos hospitalares ter evidente importância e ser uma exigência legal, em 2009, a geração de informações de custos era fornecida por apenas 5% dos hospitais, conforme pesquisa subsidiada pelo Banco Mundial e não atualizadas posteriormente (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Pesquisas evidenciam também que o levantamento destas informações é de difícil identificação (ALEMÃO, 2012; DUTTA; ZBARACKI; BERGEN, 2003; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009), o que fundamenta a necessidade de busca por alternativas que possibilitem aos gestores hospitalares a construção de informações dos custos dos serviços prestados.

A pandemia pelo coronavírus (COVID-19), evidenciou a necessidade e urgência de geração de informações do uso dos recursos em organizações hospitalares. Para tanto, necessário se faz que essas organizações possuem sistemas de gestão de custos que propiciem a geração de informações de custos hospitalares de modo a subsidiar os gestores no uso dos recursos e na discussão sobre o financiamento do setor. A importância do uso das informações de custos como subsídio para a discussão do financiamento da saúde é fundamental se considerarmos o aumento dos custos do setor saúde (CLEMENTS; COADY; GUPTA, 2012), além da exigência da melhor utilização dos recursos no setor saúde.

Neste contexto, é necessária a ampliação de informações de custos que tenham validação científica, metodológica, de forma a possibilitar uma discussão fundamentada em evidências do uso dos recursos, seja do custeio global do hospital ou por procedimento realizado. A utilização das informações como subsídio à gestão dos recursos amplia a visão de sua utilização como instrumento 'para cortar custos', visão está restrita, limitada e reduz a possibilidade de sua utilização como ferramenta

de gestão estratégica. Para tanto, as informações de custos devem ser utilizadas como metainformação, isto é, como um sumário de informações, possibilitando evidenciar “o que”, “quais” e “como” os recursos são consumidos na prestação de um serviço de saúde (GONÇALVES; GONÇALVES; ALEMÃO, 2011).

Apesar do cenário, particularmente novo como o de enfrentamento da pandemia mundial, a preocupação dos gestores hospitalares com a sustentabilidade financeira das instituições não representa novidade. Temos, neste cenário atual, um agravamento da necessidade de informações de custos, o que justifica a elaboração deste artigo, que objetiva apresentar as dificuldades na implantação da gestão de custos hospitalares e apresentar alternativas para minimizar as dificuldades encontradas de modo a subsidiar os gestores em análise da sustentabilidade econômico-financeira de suas instituições.

Apesar de termos uma mais ampla discussão sobre a importância da gestão de custos nos muitos anos, o que possivelmente deve ter ampliado o percentual encontrado pelos autores, ainda persistem dificuldades na implantação da gestão de custos, conforme identificado na revisão integrativa que será aqui apresentada. Esta realidade faz com que diversos gestores hospitalares não iniciem o processo de implantação. Visando subsidiar os gestores a superar as dificuldades de implantação da gestão de custos, este artigo objetiva apresentar alternativas que possam ser utilizadas por gestores hospitalares, em sua prática cotidiana, de forma minimizar as dificuldades que possam advir na implantação da gestão de custos hospitalares.

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo foi o de identificar os desafios e limitações na implantação da gestão de custos em um hospital privado de médio porte, comparando o cenário encontrado à revisão de literatura realizada, analisando formas de fugir a estas dificuldades e propondo um roteiro de implementação.

REFERENCIAL TEÓRICO

A implantação da gestão de custos em organizações hospitalares

As informações de custos hospitalares são fundamentais na gestão hospitalar e na discussão do financiamento da saúde, porém, o processo de implantar um sistema de gestão de custos nem sempre é um tema considerado, o que resulta em escassas referências que abordam este assunto especificamente.

Visando identificar o estado da arte da implantação da gestão de custos em organizações hospitalares, metodologias utilizadas, limitações e identificar as principais oportunidades para superar as dificuldades à implantação, realizou-se uma revisão bibliográfica para levantamento de estudos nas bases de dados de saúde. Foram pesquisados os descritores de saúde 'Custos e Análises de Custos/ *Cost Analysis*' e/and 'Custos de Cuidados de saúde/*Health Care Costs*' e/and 'Custos Hospitalares/*Hospital Costs*' sem restringir ao período de publicação, o que totalizou em 1089 estudos. Tendo como referência a leitura dos títulos, resumos e metodologias, foram selecionados 41 por conterem o termo “implantação”, porém nenhum estudo foi selecionado por não tratarem da implantação sistemas de custos em instituições hospitalares. Nova busca foi realizada no Google Acadêmico

utilizando os descritores da saúde (DeCS/MeSH): 'Custos e Análises de Custos/ Cost Analysis' e/and 'Custos de Cuidados de saúde/Health Care Costs' e/and 'Custos Hospitalares/Hospital Costs'. Foram encontrados 42.700 estudos e ao aplicar o termo 'implantação' foram encontrados 27.500 estudos. Ao aplicar o filtro de período de tempo da publicação, delimitado em 20 anos (1999 – 2019) foram selecionados 15.400 estudos. A seleção dos estudos que tratavam da implantação teve como fundamentação a leitura dos títulos, resumos e metodologias, resultando em 07 artigos indexados, sendo um artigo de revisão e 03 dissertações de mestrado, sendo uma do Curso de Contabilidade, uma em Engenharia de Produção e outra em Saúde Pública, conforme apresentado no Quadro 1.

Dentre os estudos encontrados na revisão integrativa, três são estudos bibliográficos de revisão de literatura e relato de experiência, que incluem os estudos de Pompermayer (1999), Serra Negra e Serra Negra (2009); Felipe *et al.* (2012). Os outros oito estudos são estudos descritivos que buscaram relatar propriamente a experiência de implantação de um sistema de custos em determinadas instituições, por óticas diferentes, e trazem o conhecimento aplicado à prática gerencial no setor saúde (ALEMÃO; MARTINS; CHAVES, 2010; CALVE *et al.*, 2013; ROCHA, 2004; SILVA, ENID ROCHA ANDRADE DA; MELLO, SIMONE GUERESI DE; AQUINO, 2004; SOUZA *et al.*, 2012) (ARMANDO PEREIRA GRELL; CHENNYFER DOBBINS, [S.d.]; OLIVEIRA, 2017; TEIXEIRA, 2013; ZARDO; HEKIS, 2013) E SANTOS (2017). Destas, seis relataram a aplicação do Custeio por Absorção como método implantado. Quanto às metodologias de custos utilizadas, Gonçalves e Alemão (2018) apresentam que a escolha da metodologia de custeio deve refletir a importância de estimativas precisas e sua viabilidade, identificando se os benefícios das informações de custos mais confiáveis justificam os custos adicionais e a complexidade incorrida na obtenção de informações precisas e detalhadas. Para Pompermayer (1999), para a implantação de um sistema de gestão de custos deve-se proceder a uma criteriosa análise da adequação dos métodos, disponíveis na literatura e de sua compatibilização às necessidades gerenciais da empresa. Vieira (2017) afirma parecer razoável iniciar o processo adotando metodologia de custeio que considere de forma global os custos e o Custeio por Absorção pode ser a melhor escolha para o início deste processo pelo fato de que o grau de detalhamento e organização das instituições para a sua implantação é menor do que aquele necessário para a implantação do custeio por atividades.

Quanto à utilização de outras ferramentas de gestão como auxiliar para facilitar o processo de implantação da gestão de custos, cinco estudos descrevem a utilização de ferramentas de gestão, como a análise de processos e de projetos, em concomitância à implantação de um sistema de custos, apontando como benéfica e auxiliar.

Quadro 1 – Relação de estudos que abordam implantação da gestão de custos hospitalares – 1999-2019

Nº	1	2	3	4
Autor(s) Ano	Pompermayer (1999)	Serra Negra e Serra Negra (2001)	Rocha (2004)	Martins, Chaves, Alemão (2010)
Título	Sistemas de gestão de custos: Dificuldades na implantação.	Custo hospitalar: uma reflexão sobre implantação e necessidades.	Dificuldades na implantação de sistemas de custeio em Instituições hospitalares: Estudo de caso em um Hospital de Florianópolis.	Implantação do Sistema de Custos na Rede FHEMIG.
Tipo de Estudo	Artigo de periódico	Artigo de periódico	Dissertação (mestrado) - Engenharia de Produção	Artigo de periódico
Objetivos do Estudo	Apresentar uma série de reflexões sobre dificuldades detectadas no momento da implantação de sistemas de gestão de custos nas organizações.	Realizar uma revisão com sequência de informações que contemple as informações mais básicas até as mais complexas sobre custos hospitalares.	Identificar a possibilidade de aplicação dos princípios e métodos de custeio adaptados às organizações hospitalares e descreveu as dificuldades encontradas na implantação de tais sistemas de custos, analisando formas de fugir a estas dificuldades.	Construção de uma base de conhecimento a partir da aplicação de sistema de custeio por Absorção como ferramenta de organização estratégica, em uma rede de hospitais públicos.
Método facilitador de implantação	NA	NA	Não houve	Não houve
Método de custeio	NA	NA	Absorção total, com centros de custos (RKW)	Absorção
Unidade de análise	Diversas instituições	Diversas instituições	Hospital filantrópico Universitário Florianópolis - SC	Rede de hospitais públicos
Metodologia	Reflexões	Revisão da literatura pelo método de indução	Pesquisa aplicada, qualitativa Pesquisa participante Estudo de caso	Estudo de caso descritivo
Conclusões	A trajetória estratégica escolhida pela organização terá influência decisiva na seleção do método de custeio a ser implantado. As dificuldades na implantação apresentam diferenças em função de variáveis.	Contabilidade hospitalar com um vasto campo para a pesquisa e aplicação prática da contabilidade, inexplorado e promissor.	O Hospital teve a implantação interrompida por problemas descritos e acredita-se que a implantação poderia ter sucesso se tivesse sido iniciada com um planejamento detalhado e com o envolvimento da alta direção em todo o processo desde o início. É item imprescindível para uma implantação de sucesso.	A apuração e o controle de custos hospitalares constituem uma absoluta necessidade dentro dessas organizações e podem ser utilizadas como instrumento eficaz de gerencia e acompanhamento dos serviços, permitindo a implantação de medidas que visem a um melhor desempenho das unidades, com base na possível redefinição das prioridades

essenciais, aumento da produtividade e racionalização do uso de recursos.

Quadro 1 – Relação de estudos que abordam implantação da gestão de custos hospitalares – 1999-2019 – cont.

Nº	5	6	7	8
Autor(s) Ano	Souza et al (2012)	Felipe et al (2012)	Zardo e Hekis (2013)	Teixeira (2013)
Título	Custeio baseado em atividades em organizações hospitalares: Análise do processo de custeamento em dois hospitais.	Dificuldades encontradas durante a implantação de sistema de custos: um estudo realizado com base em artigos do congresso brasileiro de custos.	Estudo para implementação de um sistema de apuração de custos no centro de pesquisas oncológicas – CEPON.	Gestão de custos de serviços hospitalares no INCA: avanços e retrocessos para implementação do Sistema de Apuração de Custos.
Tipo de Estudo	Artigo de periódico	Artigo apresentado no XIX Congresso Brasileiro de Custos	Artigo de revista online	Dissertação (Mestrado) – ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.
Objetivos do Estudo	Verificar quais as principais dificuldades para o cálculo de custos por meio do sistema ABC em duas organizações hospitalares.	Identificar quais são as dificuldades encontradas pelas organizações ao implantar um sistema de custos.	Realizar um estudo para a implementação de um sistema de apuração de custos no Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON).	Avaliação dos ajustes necessários para implementar o Apurasus no Instituto Nacional de Câncer-INCA, com base no Manual Técnico do Programa Nacional de Gestão de Custos.
Método facilitador implantação	Metodologia desenvolvida por Souza, Guerra e Avelar (2009)	NA	NA	Manual Técnico do Programa Nacional de Gestão de Custos
Método de custeio	ABC	NA	Custeio por Absorção	Custeio por absorção
Unidade de análise	Maternidade Privada e Hospital filantrópico	Diversas instituições	Órgão público estadual. Florianópolis - SC	Instituto Nacional de Câncer (INCA)
Metodologia	Exploratória, qualitativa, baseou-se em estudo de caso.	Exploratório e descritivo, bibliográfica, documental e quantitativa.	Exploratório descritivo	Pesquisa aplicada, exploratória, de abordagem qualitativa
Conclusões	Para um cálculo mais apurado dos custos, é necessário que os hospitais pesquisados	Encontrar dados foi a dificuldade mais apontadas dentro dos trinta (30) estudos de casos, mencionados nos 30 artigos analisados, tanto em empresas privadas	A implementação de um sistema de apuração de custos hospitalares proporcionará importantes informações	Com a implementação do sistema de custos é possível identificar os custos diretos e indiretos por centros de custos, assim como os custos dos procedimentos hospitalares.

realizem adequadamente alguns controles específicos durante a realização de suas atividades.	como nas públicas. As demais dificuldades são heterogêneas em empresas públicas e privadas. Soluções simples e até mais trabalhosas e longas foram apontadas para prevenir ou sanar as oito (08) dificuldades, mencionadas nos estudos de casos, garantido assim um melhor processo de implantação do sistema de custos.	gerenciais. No atual contexto organizacional, identificou-se que o recomendável é o método de custeio por absorção, por ser o mais tradicional e que demanda menores investimentos para sua implementação.	Também torna-se possível gerar relatórios mais refinados que melhorem a qualidade das informações no sentido de prover os gestores nas tomadas de decisões e no uso mais racional dos recursos públicos.
--	--	--	--

Quadro 1 – Relação de estudos que abordam implantação da gestão de custos hospitalares – 1999-2019 – cont.

Nº	9	10	11
Autor(s) Ano	Grell e Rosa (2015)	Oliveira (2017)	Santos (2017)
Título	Gestão de projetos como agente facilitador na implantação do sistema de custos por departamento em um hospital público.	A implantação de um sistema de gestão de custos no hospital universitário pela EBSEH: Um estudo de caso com utilização do PMBOK.	Processo de institucionalização no sistema informacional de custos e tratamento do desperdício em uma entidade hospitalar.
Tipo de Estudo	Artigo de periódico	Artigo de periódico	Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Contabilidade
Objetivos do Estudo	Avaliar a aplicação do gerenciamento de projetos como metodologia facilitadora para a implantação de um projeto estratégico de centro de custos dentro de uma organização hospitalar pública.	Apresentar o processo de implantação do sistema de gestão de custos no HUPAA pela EBSEH, além de indicadores de desempenho para cada um dos processos internos.	Analisar o processo de institucionalização do sistema de custos e tratamento de desperdícios no Hospital Ministro Costa Cavalcanti do município de Foz do Iguaçu PR sob a ótica do modelo de Burns e Scapens (2000).
Método facilitador de implantação	Gerenciamento de projetos	Project Management Body of Knowledge (PMBOK), (2013)	Modelo de Burns e Scapens, (2000)
Método de custeio	Custeio por Absorção	Custeio por Absorção total	RKW – Custeio por centro de custos
Unidade de análise	Hospital Público. São Paulo - SP	Hospital Universitário. - Maceió - AL	Hospital Filantrópico - Foz do Iguaçu-PR
Metodologia	Descritivo, cujo método foi o estudo de Caso	Descritivo, cujo método foi o estudo de Caso quantitativo e qualitativo.	Descritiva, estudo de caso e abordagem qualitativa.

<p>Conclusões</p>	<p>Importante do apoio da alta gerência da organização para dar suporte à equipe do projeto, garantir a continuidade das mudanças, intervir em situações mais complexas e facilitar o relacionamento com os <i>stakeholders</i>.</p>	<p>Evidente a importância da implantação do sistema de gestão de custos para o processo de apuração de custos hospitalares e também a importância da informação produzida pela contabilidade na gestão do hospital. Por meio desta pesquisa, tornou-se possível a produção de dados e informações contábeis de grande importância, das quais os gestores da unidade ainda não dispunham.</p>	<p>Presença do SIC desde 2008, porém a utilização das informações geradas por essa ferramenta só foi observada nos últimos anos (Estudo realizado em 2017). Os principais resultados encontrados apontam que o SIC passou pelas etapas de codificação e de incorporação, encontrando-se, portanto, na fase de reprodução, não ocorrendo ainda a institucionalização da ferramenta de gestão.</p>
--------------------------	--	--	--

As dificuldades da implantação da gestão de custos

Quanto às dificuldades e limitações na implantação da gestão de custos em organizações hospitalares, pode-se identificar em 08 dos 11 estudos analisados na revisão. No estudo de Pompermayer (1999), que apesar de não ser de dados específicos da saúde, mas sim de experiências com distintas empresas, a autora apresenta que existem limitações que dificultam a implantação de um sistema de custos conforme descrito no Quadro 2. De acordo com a autora, a intensidade com que tais questões se manifestam não é uniforme, apresentando diferenças em função de variáveis como: o porte da empresa, a qualificação de seu quadro gerencial, o estágio de maturidade da organização, entre outras (POMPERMAYER, 1999).

Quadro 2 – Limitações que dificultam a implantação do sistema de controle de custos, de acordo com Pompermayer (1999).

Limitação	Descrição
Dificuldades conceituais	A visão monetária dos custos leva as empresas a adotarem ações no sentido de controles e reduções muitas vezes de forma indiscriminada, sem uma análise mais adequada sobre quais os recursos ou benefícios atingidos na forma de produtos ou serviços, não permitindo, ainda, a prática de técnicas de otimização dos recursos.
Dificuldades na definição de objetivos	Este é um dos postos-chave para o sucesso da adoção de um sistema de gestão de custos. Constitui para a empresa um importante fator de integração das pessoas e de unificação do seu entendimento acerca do que significa consumir recursos, atingir objetivos e metas, e da longevidade da empresa no mercado. Exigirá, por parte da empresa, uma revisão de seu planejamento estratégico, de forma que as informações do sistema se liguem com a estratégia de sustentação competitiva determinada por ela.
Dificuldades na implantação	A tarefa de implantação de um sistema de gestão requer alguns cuidados básicos. Exige abordagem técnica específica, sensibilização das relações humanas e adequação da tecnologia de processamento de dados empregada pela empresa. O sistema de gestão de custos, por sua natureza, não pode prescindir de um patamar mínimo de organização dos subsistemas de apoio, como materiais, recursos humanos, finanças, produção, contabilidade. Portanto, tais subsistemas deverão ser articulados em torno dos dados que fornecerão ao sistema de custos, de forma sistematizada e organizada.

Fonte: Adaptado de Pompermayer (1999, p. 22-26), apud Bitencourt (2020).

Tendo como diretriz a estratificação apresentada no estudo de Pompermayer (1999), estão sintetizadas no

Quadro 3 as dificuldades encontradas e retratadas nos demais estudos.

Rocha (2004) afirma que as dificuldades em se implantar um sistema de custos em hospitais não são diferentes de outras instituições. Elas esbarram nos mesmos problemas, apenas algumas valorizam mais uma dificuldade que outras pelas características particulares de cada ramo de atuação. Em seu estudo, Rocha (2004) concluiu seu objetivo de identificar quais são as principais dificuldades em implantar um sistema de custos na área hospitalar onde as principais dificuldades levantadas no setor foram analisadas, conforme os fatores analisados por Rocha (2004). Inicialmente o autor apresenta a falta de escopo do projeto isto é, qual a visão de custos a instituição pretende abordar, a saber: a financeira, correspondente à visão do que aconteceu com os custos no passado; a operacional; que tem como foco o momento atual e de executar a melhoria nos processos ou a estratégica que antecipa o que pode acontecer no futuro, que permitam mudar os custos futuros. Aponta também a falta de adesão da direção no processo de implantação do sistema de custos; a participação de consultores como responsáveis pela implantação e não como facilitadores no processo; a resistência cultural às mudanças necessárias de

rotinas e redução de atividades que não agregam valor e a falta de conhecimento para usar as informações após a implantação; a divisão funcional arraigada e sem visão de processo, a necessidade de uso de um *software*; a necessidade de treinamento.

Quadro 3 - Dificuldades encontradas no momento da implantação dos sistemas de custos hospitalares – 1999-2019

Estudo	Dificuldades conceituais	Dificuldades na definição de objetivos	Dificuldades na implantação
Serra Negra e Serra Negra (2001)	- Desinteresse por parte dos responsáveis pelos hospitais;	- Falta de literatura especializada; - Falta de pessoal técnico e/ou especializado que conheça a dinâmica e a manutenção do sistema; - Falta de supervisão, treinamento e conscientização.	- Dificuldade na obtenção de informações;
Rocha (2004)	- Falta de participação da direção; - Resistência cultural; - Divisão funcional arraigada e sem visão de processo	- Falta de escopo do projeto; - Falta de conhecimento para usar as informações;	- Utilização de consultores; - Necessidade de uso de um <i>software</i> ;
Souza et al (2012)			- Incapacidade das organizações em fornecer informações essenciais.
Felipe et al (2012)	- Falta de interesse;	- Adaptação; - Falta de treinamento; - Indeterminação dos direcionadores de custeio;	- Encontrar os dados; - Dados defasados; - Escassez de recursos; - Excesso de micro processos.
Grell e Rosa (2015)	- Falta de apoio efetivo do principal <i>stakeholder</i> ;	- Falta de autonomia do gestor responsável;	- Grande número de informações envolvidas; - Equipe não estava 100% envolvida na implantação; - Grande volume de atividades.
Oliveira (2017)	- Controles de gestão superficiais;	- Risco de que os gestores confundirem e misturarem as atividades, não conseguindo apreciar o que pode ser avaliado por esta ferramenta.	- Não utilização dos módulos específicos de contabilidade e de custos;
Santos (2017)		- Incompreensão e dificuldade dos atores envolvidos para a utilizassem as informações repassadas mensalmente através de relatórios.	- Uso heterogêneo dos dados e do próprio sistema pelos setores da instituição.

Fonte: Bitencourt (2020).

Felipe *et al.* (2012) utilizando metodologia de metanálise de para o total de 3.036 (três mil e trinta e seis) artigos apresentados no Congresso Brasileiro de Custos entre 1994 e 2011, que culminou numa amostra total de trinta (30) artigos cujo tema central era a implantação de um sistema de custos em uma organização, identificaram as dificuldades encontradas pelas organizações ao implantar um sistema de custos. Os autores mostraram a existência de oito (08) principais dificuldades identificadas durante a implantação do sistema de custos que são: encontrar os dados, adaptação,

dados defasados, falta de treinamento, indeterminação dos direcionados de custeio, excesso de processos, escassez de recursos, falta de interesse. Os autores destacam a dificuldade de encontrar dados por ter sido apontada por um aproximadamente um terço das instituições. Destacam também a diferença nas dificuldades encontradas quando da estratificação em organizações públicas ou privadas. De acordo com os autores, as organizações públicas somente apontaram cinco (05) das oito (08) dificuldades encontradas, deixando de apontar: “escassez de recursos”, “falta de treinamento” e “indeterminação dos direcionadores de custeio”. Entretanto, a dificuldade “escassez de recursos” apresentou-se como sendo a segunda dificuldade mais frequente nas instituições privadas. Pode-se concluir que a “escassez de recursos” não é vista como uma dificuldade para a implantação de um sistema de custos em entidades públicas. Em contrapartida, as entidades privadas não apontam o “excesso de micro processos” que incham o macroprocesso como dificuldade para implantação de um sistema de custos, ao contrário das entidades de natureza pública, onde essa foi a segunda mais apontada.

Dos estudos levantados na revisão integrativa que apresentam as dificuldades de implantação da gestão de custos, apenas em dois, os artigos de Rocha (2004) e Felipe et al, (2012) foram levantadas propostas de soluções para minimizar o impacto dessas dificuldades

No estudo de Felipe et al, (2012) os autores afirmam que nos estudos analisados em sua revisão, alguns trabalhos não propõem soluções para as dificuldades apresentadas, possivelmente por dois motivos: primeiro, em razão de impedimento das organizações, que não autorizam a divulgação de dados dessa natureza, em razão das mesmas revelarem as estratégias adotadas; segundo, pelo fato dos trabalhos analisados não terem por objetivo destacar as soluções utilizadas para reduzir os impactos das dificuldades encontradas durante a implantação do sistema de custo.

De acordo com os autores, soluções simples, como a realização de *workshops* e ações de conscientização, até as mais trabalhosas e longas, como o redesenho dos processos da organização e a manutenção periódica dos bancos de dados, foram apontadas para prevenir ou sanar as oito (08) dificuldades, mencionadas nos estudos de casos. As soluções propostas visam garantir assim um melhor processo de implantação do sistema de custos, fazendo-o atingir seu objetivo: gerar uma informação valiosa (ROCHA, 2004; FELIPE et al, 2012).

De acordo com Rocha (2004) para fugir a essas dificuldades é necessário que haja interesse da organização e um coordenador do projeto que saiba integrar todos e respeitar seus medos e dificuldades. Ainda de acordo com a autora, um planejamento realizado com a participação de todos tornará a implementação mais tranquila. A escolha do responsável pela execução do projeto é muito importante, pois deve ser uma pessoa que consiga envolver todos os setores no projeto de maneira a criar um senso de responsabilidade de todos os setores no sucesso da implantação. O conhecimento dos processos executados na organização deve ser o passo inicial já que em uma instituição hospitalar é mais complexo que em outras (ROCHA, 2004).

Alternativas às dificuldades

Visando identificar as principais oportunidades para superar as dificuldades à implantação foram levantadas as alternativas apresentadas pelos autores pesquisados. Dos estudos levantados na revisão integrativa que apresentam as dificuldades de implantação da gestão de custos, apenas em dois, os artigos de

Rocha (2004) e Felipe et al, (2012) foram levantadas propostas de soluções para minimizar o impacto dessas dificuldades

No estudo de Felipe et al, (2012) os autores afirmam que nos estudos analisados em sua revisão, alguns trabalhos não propõem soluções para as dificuldades apresentadas, possivelmente por dois motivos: primeiro, em razão de impedimento das organizações, que não autorizam a divulgação de dados dessa natureza, em razão das mesmas revelarem as estratégias adotadas; segundo, pelo fato dos trabalhos analisados não terem por objetivo destacar as soluções utilizadas para reduzir os impactos das dificuldades encontradas durante a implantação do sistema de custo.

O Quadro 4 faz a relação entre a dificuldade apresentada e as respectivas estratégias de soluções apresentadas nestes dois estudos

Quadro 4 - Relação de dificuldades e suas respectivas soluções apresentadas

Dificuldades	Soluções por Felipe et al (2012)	Soluções por Rocha (2004)
Dificuldades conceituais	<p>- Falta de interesse: Realização de <i>workshops</i> Conscientização do comprometimento com o projeto</p>	<p>- Falta de participação da direção; - Resistência cultural; - Divisão funcional arraigada e sem visão de processo; Forte decisão da direção em implantar o sistema de custos; O coordenador do projeto deve utilizar-se da competitividade entre os gerentes pode torná-la uma competição saudável.</p>
Dificuldade na definição de objetivos	<p>- Adaptação: Relatórios mais claros Atividades de conscientização Processo de adaptação progressivo elaboração de uma base de produção ideal para base de tomada de decisão - Falta de Treinamento: Mudança do organograma dando sincronia às informações Absorção do modelo à longo prazo (sem treinamento formal) Realização de <i>workshops</i> e treinamentos internos - Indeterminação dos direcionadores de custeio: Detalhamento dos números que geraram os direcionadores de custos Uso das informações do sistema de apoio à produção</p>	<p>- Falta de escopo do projeto; - Falta de conhecimento para usar as informações; Treinamento de todos para entender e utilizar os relatórios de maneira a facilitar as tomadas de decisão. Envolvimento de todos durante os levantamentos das informações.</p>
Dificuldades na implantação	<p>- Encontrar dados: Elaboração de uma base de produção ideal para base de tomada de decisão Integração entre os sistemas Estudo profundo das atividades Reestruturação do método de alocação de custos Previsão de recursos a partir de banco de dados pré-existente Aplicação do custeio ABC Uso da metainformação pelos gestores - Dados defasados:</p>	<p>- Utilização de consultores; - Necessidade de uso de um software;</p>

Dificuldades	Soluções por Felipe et al (2012)	Soluções por Rocha (2004)
	Atividades de conscientização Aplicação de teste de confiabilidade de dados Integração dos departamentos Aplicação de novos índices Diagnóstico situacional - Escassez de recursos: Ciência prévia dos custos totais da implantação Novos processos para economizar - Excesso de microprocessos: Avaliação gerencial da necessidade desses microprocessos Redesenho dos processos	

Fonte: Elaborado por Bitencourt (2020) com base nos dados da revisão integrativa.

De acordo com os autores, soluções simples, como a realização de workshops e ações de conscientização, até as mais trabalhosas e longas, como o redesenho dos processos da organização e a manutenção periódica dos bancos de dados, foram apontadas para prevenir ou sanar as oito (08) dificuldades, mencionadas nos estudos de casos. As soluções propostas visam garantir assim um melhor processo de implantação do sistema de custos, fazendo-o atingir seu objetivo: gerar uma informação valiosa (ROCHA, 2004; FELIPE et al, 2012).

De acordo com Rocha (2004) para fugir a essas dificuldades é necessário que haja um real interesse da organização e um coordenador do projeto que saiba integrar todos e respeitar seus medos e dificuldades. Ainda de acordo com a autora, um planejamento realizado com a participação de todos tornará a implementação mais tranquila. A escolha do responsável pela execução do projeto é muito importante, pois deve ser uma pessoa que consiga envolver todos os setores no projeto de maneira a criar um senso de responsabilidade de todos os setores no sucesso da implantação. O conhecimento dos processos executados na organização deve ser o passo inicial já que em uma instituição hospitalar é mais complexo que em outras (ROCHA, 2004). Pode-se inferir que a revisão bibliográfica realizada neste estudo evidencia duas vertentes do cenário da gestão de custos em organizações de saúde: se por um lado temos como fator limitante a pequena quantidade de casos de implantação de sistemas de custos encontrados para obtenção de informações, temos por outro lado, a percepção da relevância da realização do presente estudo, pois comprova que a temática central ainda é pouco explorada.

MÉTODOS

Este estudo foi realizado por meio de uma abordagem qualitativa. Trata-se de uma pesquisa aplicada. Para a construção deste estudo foi realizada a revisão integrativa da literatura sobre a temática explorada. Foram realizadas discussões e entrevistas por meio de painel de especialistas e análise documental do objeto de estudo. O produto final deste processo passou a ser um problema mais esclarecido e passível de investigação mediante a procedimentos mais sistematizados.

Para a coleta de dados foram realizados levantamento bibliográfico por meio da revisão integrativa e observação participante, com a atuação desta pesquisadora na instituição cenário desta pesquisa. Utilizou-se a análise documental aprofundada, observando como são elaborados as informações e os processos. Além disto, foram realizadas entrevistas não estruturadas, por meio de Painel de especialistas com gestores envolvidos nos processos da instituição.

A pesquisa tem como unidade de análise uma unidade hospitalar de médio porte, situada no sul de Minas Gerais. A instituição, de caráter privado, tem atendimento especializado no diagnóstico e tratamento de doenças cardiovasculares e conta com parcela importante do seu atendimento ao SUS. Figura como referência em atendimentos na área da cardiologia, neurologia e hemodinâmica para o município onde se situa, cidades do sul de Minas e também do interior paulista.

RESULTADOS

Estruturou-se esta pesquisa como um projeto de intervenção (BITENCOURT, 2020), a fim de promover a implantação da Gestão de Custos em uma instituição hospitalar privada de médio porte. Esta implantação foi impulsionada por fatores externos e, não, por um interesse genuíno de sua alta gestão, visto que esta implantação se deu dentre as melhorias sugeridas no relatório, após visita de re-certificação de instituição avaliadora da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Esta implantação se deu com a contratação inicialmente de um consultor e de um profissional da instituição, que acumulou dois cargos de importância gerencial.

Durante o processo de implantação, não foi possível a realização do planejamento estabelecido pelos profissionais responsáveis, bem como a sensibilização da equipe, devido outras demandas solicitadas pela alta gestão, sendo realizados estudos de custos de procedimentos de interesse juntamente a iniciação da implantação da Gestão de Custos por Absorção.

Os dados necessários para o levantamento das informações gerenciais não eram fornecidos pelos setores de controle financeiro, sejam dados referentes aos gastos, despesas e receitas da instituição. Desta forma, todas as vezes em que se tentava buscar dados puramente financeiros, estas informações não eram fornecidas ou disponibilizadas após manipulação. Os dados encontrados nos sistemas de faturamento no programa SPDATA também não eram atualizados.

Enquanto buscava-se a realização do projeto de intervenção, foi realizado o Painel de Especialistas (GIL, 2008; PINHEIROS; FARIA; ABE-LIMA, 2013), sendo utilizada esta ferramenta para o entendimento da percepção dos profissionais de saúde quanto ao processo de implantação da gestão de custos, que já estava em andamento na instituição objeto de estudo. O painel de especialistas foi formado por gestores de nível médio da instituição, responsáveis pela gestão dos principais serviços: Central de Materiais e Esterilização, Departamento de Enfermagem, Hemodinâmica, Laboratório de Análises Clínicas, Pronto-Socorro e Unidade de Terapia Intensiva.

Foram realizadas reuniões e discussões com todo o grupo, onde foi apresentado questionário semiestruturado. O especialista foi convidado a discutir o tema, a fim de realizar um diagnóstico do seu conhecimento e percepções acerca do assunto (Gestão de Custos). Este questionário foi validado com a realização de pré-teste com dois gestores da instituição, que não fizeram parte da amostra dos participantes do Painel de Especialistas. Estas discussões possibilitaram entender o nível de conhecimento acerca da gestão de custos e quais as dificuldades da sua implantação sob a ótica destes especialistas, sensibilizando a equipe quanto à “Cultura de Custos” e geração de conhecimento prospectivo.

Quanto à caracterização dos especialistas que aceitaram participar da pesquisa, observou-se que 83% da amostra foi composta de enfermeiros e os gestores possuíam formação em nível de pós-graduação. Quanto ao tempo de trabalho na instituição, um gestor trabalhava a três anos, quatro, aproximadamente seis anos e, dois, por mais de 10 anos. Em relação ao tempo no cargo de gestão, todos eles

ocupavam o cargo há mais de um ano, sendo: um, por um ano; um, por dois anos; dois, por três anos; um, por quatro anos; e um, por cinco anos.

O Quadro 05 apresenta o conhecimento de custos dos gestores da instituição acerca do conceito de gestão de custos.

Quadro 5 – Conceito de gestão de Custos: conhecimento dos especialistas

Especialista	O que é a gestão de custos?
Especialista 01	“A maioria das instituições de saúde enfrenta dificuldades financeiras, por conta do real desconhecimento dos custos de seus serviços prestados. A gestão de custos permite identificar quais componentes precisam ser gerenciados de uma forma mais efetiva, sem perda da qualidade e, a causa dos custos, contribuí para a tomada de decisões do gestor.”
Especialista 02	“[...] é na verdade um grupo de pessoas preocupado com resultados positivos atrelado a lucros e redução de gastos que qualidade do serviço [...]”
Especialista 03	“Gestão de custos é parte essencial das empresas, é através dela que decisões são tomadas, define a rentabilidade de determinada operação, produto ou serviço oferecido.”
Especialista 04	“Planejamento e conhecimento de informações obtidas em cada etapa de um processo, afim de gerenciar e controlar o mesmo. Não tenho muito conhecimento sobre o assunto”.
Especialista 05	“[...] forma de gerir tudo aquilo que entra e sai de uma determinada empresa, instituição, setor [...]. Diante da gestão de custo, você conseguirá reduzir gastos, ou ampliar o seu lucro. Para falar verdade, meu primeiro contato foi no âmbito hospitalar durante as visitas da ONA. E, após isso, você me trouxe uma visão mais ampliada do assunto em questão”.
Especialista 06	“Pra mim, gestão de custos, é organizar o que entra e o que sai para conseguir gerir e administrar com eficiência. Conhecimento específico de como funciona e as ferramentas corretas não tenho [...]”

Fonte: Bitencourt (2020).

Ao analisar as respostas dos especialistas, observa-se a necessidade da informação de custos na instituição pois os respondentes têm conhecimento parcial sobre a gestão de custos. Por meio dessa análise, verificou-se também as percepções dos entrevistados sobre as potenciais contribuições que a gestão de custos pode proporcionar e que estão relacionadas com a melhoria da qualidade, uso da informação para a tomada de decisões, definição da rentabilidade dos procedimentos realizados e, por conseguinte, otimização do resultado final da organização.

Ao realizar um comparativo dos achados no hospital estudado com as referências obtidas na revisão integrativa, foi alcançado um paralelo sobre as dificuldades na implantação da gestão de custos - pontuadas na revisão integrativa - e as percepções dos gestores da instituição estudada, obtidas por meio do Painel de Especialistas.

Quadro 6 – Dificuldades na implantação da gestão de Custos – De acordo com o conhecimento dos especialistas

Especialista	Dificuldade para a implantação da gestão de custos.
Especialista 01	“A dificuldade na implantação da gestão de custos é devida à centralização do gestor das atividades financeiras em suas mãos. Enquanto isso, não se tem o verdadeiro custo da instituição levantado para poder investir de forma eficaz, prevendo não perder a qualidade na assistência ao cuidado”.
Especialista 02	“Penso que a dificuldade na implantação de gestão de custo está muito relacionada a entender a importância de trabalhar esta questão. É mais do que vocês têm. Um grupo de pessoas que trabalho em cima de cotação. Que trabalha em cima de orçamentos. É maior do que isso. É, na verdade, um grupo de pessoas preocupada com resultados positivos atrelados aos lucros e a redução de gastos do que qualidade do serviço. Isto envolve investimento de gestão de qualidade e

	profissionais capacitados. As empresas, no geral, têm uma certa resistência na implantação da gestão de custo, devido ao fato de não entender o tamanho do impacto de uma boa gestão de custos dentro da empresa. Isto requer, sim, gasto com pessoal. O retorno vem a médio e longo prazo. É necessário a implantação de equipe especializada na geração de estatística, na resposta e nos resultados. Muitos empresários não conseguem entender o valor do serviço”.
Especialista 03	“Acredito no que mais dificulta um processo de implantação é o custo envolvido, pois, como "pouco foi feito ainda", o custo tende ser mais alto, gerando dificuldades de aprovação do investimento pelo setor financeiro. Posso citar ainda a dificuldade por parte das pessoas envolvidas em aceitar o processo de implantação, pois este gera mudanças que, muitas vezes, são mal interpretadas pelas pessoas. Isso gera insegurança”.
Especialista 04	“A coleta de informações”.
Especialista 05	“Primeiro: porque é necessário ter acesso a tudo que se refere a dinheiro. Isso pode ser um pouco delicado para a instituição. Segundo: porque é algo lento mesmo. Não é fácil ter ciência dos custos e lucros de cada setor “.
Especialista 06	“Acredito que a dificuldade está em mudança de hábitos e culturas [...]. O velho ditado que diz: "eu sempre fiz assim e deu certo”. Penso que o começo é sempre mais difícil, porém, conseguindo conscientizar da importância e da melhora que pode trazer ao serviço, facilitaria a implementação”.

Fonte: Bitencourt (2020).

A fala dos especialistas demonstraram a necessidade do desenvolvimento do conhecimento da informação de custos na instituição. Os respondentes não reconheceram as dificuldades da implantação na instituição e, ao realizar o comparativo com a revisão bibliográfica não se percebe alinhamento nas dificuldades apresentadas, demonstrando que a opinião dos especialistas está discrepante do encontrado na revisão integrativa.

As dificuldades percebidas pelos especialistas foram comparadas com as encontradas na revisão integrativa. Para isto, realizou-se uma síntese que é apresentada no Quadro 7, compreendendo as dificuldades comuns descritas pelos diversos autores que compõem o referencial teórico deste estudo.

Quadro 7 – Comparativo entre as dificuldades descritas na revisão integrativa, o cenário estudado e a opinião dos especialistas

Dificuldades encontradas na revisão integrativa	Dificuldades encontradas na instituição estudada		Dificuldades relatadas pelos especialistas
	Sim	Não	
Dificuldades conceituais			
- Desinteresse por parte dos responsáveis pelos hospitais.	X		Especialista 2
- Resistência cultural.	X		Especialistas 2, 3 e 6
- Controles de gestão superficiais.		X	
Dificuldades na definição de objetivos			
- Falta de pessoal técnico e/ou especializado que conheça a dinâmica e a manutenção do sistema.	X		Especialista 2
- Falta de treinamento e conscientização.	X		Especialistas 2 e 5
- Falta de escopo do projeto.		X	
- Indeterminação dos direcionadores de custeio.		X	
- Falta de autonomia do gestor responsável.	X		Especialista 1

Dificuldades na implantação			
- Dificuldade na obtenção de informações.	X		Especialistas 4 e 5
- Necessidade de uso de um <i>software</i> .		X	
- Utilização de consultores.		X	
- Escassez de recursos.	X		Especialista 3
- Grande volume de atividades.		X	

Fonte: Bitencourt (2020).

Conforme apresentado anteriormente, os gestores da instituição apresentaram uma visão incipiente sobre a implantação da gestão de custos, porém, mesmo nestas condições, perceberam as dificuldades para tal processo, conforme apresentada no Quadro 6.

As três dificuldades descritas pela revisão integrativa que não foram encontradas na instituição estudada foram: Controle de gestão superficial; Grande volume de atividades; e Escassez de recursos. As duas primeiras podem já ter sido excluídas pela instituição, pelo fato de já ter implantado na Gestão por processos que, de acordo com Iritani et al. (2015), os benefícios na adoção dessa abordagem incluem:

- Maior velocidade nas melhorias e mudanças de mercado.
- Aumento da satisfação do consumidor.
- Melhor qualidade de produtos.
- Redução de custos e maior compreensão sobre as atividades da organização. Desta forma a instituição já solucionou alguns dos problemas possíveis.

Assim, as soluções apresentadas na revisão integrativa também podem ser aplicadas nas dificuldades encontradas na instituição objeto de estudo. Se aplicadas, podem permitir a concretização da implantação da gestão de custos nesta instituição. Observou-se ainda, que as atividades planejadas para serem realizadas pelo consultor contratado estavam alinhadas às alternativas descritas na revisão integrativa e, se aplicadas, podem resultar em um processo de implantação mais assertivo.

Pouco tempo depois, a instituição recebeu a visita da avaliação de certificação de qualidade, em que foi revelado que o sistema de custos estava em fase de implantação, entendendo que ela é um processo lento. Este item foi sinalizado para ser avaliado em uma próxima visita e, a partir daí, a implantação sofreu uma pausa. Avaliou-se então que a implantação da gestão de custos não era de interesse da diretoria da instituição e sua implantação foi impulsionada por fatores externos, conforme relatado anteriormente. Dado o cenário apresentado, pode-se considerar que o desinteresse na implantação da gestão de custos pode estar fundamentado no desconhecimento dos benefícios gerenciais da gestão de custos.

Embora não haja evidências da compreensão do corpo diretivo do hospital, infere-se que as informações de custos podem evidenciar a condição financeira da instituição, o que nem sempre é estrategicamente interessante, principalmente para um hospital privado.

Frente aos resultados obtidos com a revisão integrativa e as considerações referentes à instituição objeto de estudo, este roteiro foi delineado como instrumento de apoio para a conclusão da implantação da Gestão de Custos, e está organizado em ações estratégicas, táticas e operacionais, alinhado à proposta apresentada por Martins, Chaves, Alemão (2010) e ao Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), conforme apresentado em Brasil (2013).

AÇÕES ESTRATÉGICAS	
O que?	Como?
Ações realizadas junto ao corpo diretivo da instituição para definições estratégicas como a definição do objetivo da utilização das informações de custos, compreensão do envolvimento da direção, definição da metodologia a ser utilizada, definição da solução informatizada de suporte à gestão e alinhamento aos objetivos estratégicos da organização.	Realização de Oficina Técnica para alinhamento semântico do Grupo Diretor da instituição com apresentação conceitos e o entendimento do uso das informações de custos como metainformação, isto é, como sumário de outras informações, podendo ser compreendida como indicador de resultados e indicador de processos.
AÇÕES TÁTICAS	
O que?	Como?
Ações de compreensão situacional e análise diagnóstica da situação atual da implantação da gestão estratégica de custos na instituição, buscando alinhamento junto ao corpo técnico da disponibilização de dados, como e quais são necessários para a implantação da gestão estratégica de custos, além da divulgação da Cultura de Custos aos Gerentes/Técnicos.	Realização de Visitas Técnicas e Treinamentos a serem realizadas junto aos Gestores da instituição. Visitas técnicas realizadas nos diversos setores do hospital para conhecimento e entendimento do envolvimento com a informação de custos e a compreensão das possíveis formas de coleta dos dados, pelo Gestor de Custos da instituição e realizadas ao longo do seu período de trabalho. Os Treinamentos visam a divulgação da “cultura de custos” com o grupo técnico, além de buscar o alinhamento de conceitos e apresentação dos objetivos estratégicos definidos pelo corpo diretivo. Realização de quatro treinamentos, em dias alternados e turnos alternados, para ter a participação dos funcionários que trabalham em regime de plantão.
AÇÕES OPERACIONAIS	
O que?	Como?
As ações operacionais necessárias para a implantação da gestão estratégica de custos pelo Gestor de Custos da instituição.	Acompanhamento e análise das atividades já iniciadas na instituição, buscando, definir as etapas para a implantação da metodologia definida pela Direção. Dentre outras atividades busca-se a definição de conceitos, análise dos sistemas corporativos que fornecerão dados como sistemas clínicos e administrativos, mapeamento de uma estrutura de definição da metodologia a ser utilizada e análise da disponibilização das informações e possíveis futuros modelos de relatórios gerenciais.

Fonte: Bitencourt, (2020)

CONCLUSÃO

Visando atender ao objetivo de identificar o estado da arte das dificuldades e limitações na implantação da gestão de custos em organizações hospitalares e identificar as principais oportunidades para superar as dificuldades à implantação, foi realizada uma busca bibliográfica, seguindo as etapas da revisão integrativa, com base no acrônimo PICO: As dificuldades apontadas (C), na implantação de um sistema de custos (I) em uma instituição hospitalar privada de médio porte (P), na qual as variáveis independentes são as dificuldades apresentadas em pesquisas anteriores (O). Nesta revisão foram selecionados 11 estudos que atingiam os objetivos da busca e os autores tratados na revisão integrativa destacaram que as dificuldades encontradas na fase de implantação da gestão de custos podem ser distintas de acordo com as características da instituição.

Concluiu-se que parece ser positivo para minimizar as dificuldades de implantação da gestão de custos a realização preventivamente ações de nível estratégico, tático e operacional como alternativas às dificuldades da implantação destacadas no corpo deste trabalho, e que podem permitir tornar a implantação bem sucedida. Destaca-se as ações de alinhamento do interesse da direção aos objetivos estratégicos da organização, disseminação da cultura de custos a todos os atores da instituição, capacitação e alinhamento de processos.

Concluiu-se que é necessário a realização de um projeto aprofundado e com objetivos bem definidos para que a implantação tenha sucesso em seu percurso. Implantar a gestão de custos exige uma série de adequações. Destaca-se a necessidade de alinhamentos entre diversos setores, entre processos para geração de dados e informações, o que nem sempre se mostra de fácil manejo. O alinhamento entre o objetivo estratégico da organização hospitalar e a gestão de custos é fundamental para a implantação da gestão de custos.

A implantação da gestão de custos pode ser percebida como uma complexa inter-relação de atividades e fatores que permeiam os interesses da alta gestão, o conhecimento da equipe tática e operacional e o levantamento de diversos dados na busca da criação de uma informação de qualidade, utilizada como ferramenta aliada à tomada de decisões de nível gerencial.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Na discussão das dimensões da gestão dos serviços de saúde destaca-se a preocupação na tratativa dos custos.

A implantação da gestão de custos pode ser percebida como uma complexa inter-relação de atividades e fatores que permeiam os interesses da alta gestão, o conhecimento da equipe tática e operacional e o levantamento de diversos dados na busca da criação de uma informação de qualidade, utilizada como ferramenta aliada à tomada de decisões de nível gerencial.

Ao desenvolver este estudo, buscando analisar as dificuldades do processo de implantação da gestão de custos, observou-se a transformação do conhecimento dos atores (gestores e diretores administrativos) em relação aos seus saberes sobre os custos em saúde. Percebeu-se a geração de conhecimento prospectivo, a divulgação da “cultura de custos” com os gestores, com a diretoria administrativa, além do desenvolvimento de uma visão de custos ao discutir seus processos, manutenção e criação de indicadores relacionados à sua capacidade de produção.

O produto proposto à instituição estudada é um Roteiro de Implantação da Gestão de Custos, elaborado com o desenvolvimento desta pesquisa e sintetizado nos resultados deste trabalho. Suas etapas foram delineadas frente às dificuldades encontradas e descritas no corpo deste trabalho. Este roteiro pode ser utilizado para a instituição prosseguir com a implantação da gestão de custos, ou mesmo, para instituições hospitalares com características similares realizarem a fase inicial desse procedimento, agindo preventivamente nas dificuldades já evidenciadas no estudo.

REFERÊNCIAS

ALEMÃO, M. M. Financiamento do SUS paralelo aos gastos na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: um estudo de caso compreensivo fundamentado na base de conhecimento gerada com metainformação custo. 2012. 186 f. Universidade Federal de Minas Gerais, 2012. Disponível em:

- <http://www.cepead.face.ufmg.br/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=20>. Acesso em: 10 jul. 2015.
- ALEMÃO, M. M.; MARTINS, A. C. B.; CHAVES, J. G. Implantação do Sistema de Custos na Rede FHEMIG. **RAHIS**, v. 0, n. 4, p. 50–61, 2010. Disponível em: <<http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/957/741>>. Acesso em: 15 ago. 2016.
- GRELL, A. P.; DOBBINS, C. Gestão de Projetos como agente facilitador na implantação de um sistema de informações de custos num Hospital Público. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/300556320_GESTAO_DE_PROJETOS_COMO_AGENTE_FACILITADOR_NA_IMPLANTACAO_DE_UM_SISTEMA_DE_INFORMACOES_DE_CUSTOS_NUM_HOSPITAL_PUBLICO>. Acesso em: 30 jun. 2020.
- BANCO_MUNDIAL. Brasil Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil : Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos. . Brasília: 2016.05.04, 2007.
- BITENCOURT, K. C. B. ESTUDO DOS DESAFIOS E LIMITAÇÕES PARA A IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE CUSTOS EM UM HOSPITAL PRIVADO DE MÉDIO PORTE DO SUL DE MINAS GERAIS: Projeto de Intervenção. 2020. 114 f. Universidade Federal de Minas Gerais, 2020.
- BRASIL. Introdução à gestão de custos em saúde. 1ª Ed. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. v. 2. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-750392>>. Acesso em: 2 maio 2014. (Série Gestão e Economia da Saúde).
- BRASIL, Ministério da Saúde - Datasus. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 4 fev. 2016.
- BRASIL, Presidência da República. Lei nº 8080 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: Diário Oficial da União. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 8 maio 2014. , 1990
- BRASIL, Tribunal de Contas da União - TCU. Critérios gerais de controle interno na Administração Pública. , Um estudo dos modelos e das normas disciplinadoras em diversos países. Brasília: [s.n.], 2009.
- CALVE, A. et al. Um Estudo De Governança Corporativa Nos Hospitais Filantrópicos Do Espírito Santo. **Revista Universo Contábil**, n. 27, p. 128–143, 2013. Disponível em: <<http://proxy.furb.br/ojs/index.php/universocontabil/article/view/3403>>.
- SERRA NEGRA, C. A.; SERRA NEGRA, E. M. Custo Hospitalar: Uma Reflexão sobre a Implantação e Necessidades | **Contabilidade Vista & Revista**. Disponível em: <<https://revistas.face.ufmg.br/index.php/contabilidadevistaerevista/article/view/170>>. Acesso em: 30 jun. 2020.
- CLEMENTS, B.; COADY, D.; GUPTA, S. The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies. 1. ed. Washington, DC: **International Monetary Fund, IMF Publications**, 2012.
- DUTTA, S.; ZBARACKI, M. J.; BERGEN, M.. Pricing process as a capability: A resource-based perspective. **Strategic Management Journal**, v. 24, n. 7, p. 615–630, 2003. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/smj.323>>. Acesso em: 5 ago. 2016.

- FELIPE, P. L. N. et al. Dificuldades encontradas durante a implantação de sistema de custos : um estudo realizado com base em artigos do congresso brasileiro de custos. , nº XIX. Bento Gonçalves: [s.n.], 2012.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GONÇALVES, M. A.; GONÇALVES, C. A.; ALEMÃO, M. M. Decision making process and modes of governance: A Comparative study between Brazilian and British hospitals. **Corporate Ownership & Control** (Print), v. 8, p. 177–187, 2011. Disponível em: <17279232>.
- IRITANI, D. R. et al. Análise sobre os conceitos e práticas de gestão por processos: revisão sistemática e bibliometria. **Gest. Prod.**, São Carlos, v.22, n. 1, p. 164-180, jan./mar. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2015000100164&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso: 21 de abril de 2020.
- LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. SAO PAULO: [s.n.], 2009.
- OECD. Value for Money in Health Spending. [S.l: s.n.], 2010.
- OLIVEIRA, D. F. A IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE GESTÃO DE CUSTOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PELA EBSE RH: UM ESTUDO DE CASO COM UTILIZAÇÃO DO PMBOK. **RAHIS**, v. 13, n. 3, p. 122–139, 26 jan. 2017.
- OMS. Relatório Mundial da Saúde – Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Relatório Mundial da Saúde, nº 2010. Paris: [s.n.], 2011. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.
- PINHEIRO, J. Q.; FARIAS, T. M.; ABE-LIMA, J. Y. Painel de especialistas e estratégia multimétodos: reflexões, exemplos, perspectivas. **Psico**, Porto Alegre, v. 44, n. 2, p. 184-192, abr./jun., 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/11216/9635>>. Acesso em: 04 jun. 2019.
- POMPERMAYER, C. B. Sistemas de gestão de custos: dificuldades na implantação. p. 21–28, 1999.
- ROCHA, V. L. Dificuldades na implantação de sistemas de custeio em instituições hospitalares: estudo de caso em um hospital de Florianópolis. 2004. UFSC, Florianópolis, 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/87037>>. Acesso em: 30 jun. 2020.
- SANTOS, K. P. Processo de institucionalização no sistema informacional de custos e tratamento do desperdício em uma entidade hospitalar. 2017. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2017. Disponível em: <http://tede.unioeste.br/bitstream/tede/3440/5/Keila_Santos2017.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2020.
- SILVA, E. R. A.; MELLO, S. G.; AQUINO, L. M. C. Os abrigos para crianças e adolescentes e a promoção do direito à convivência familiar e comunitária. Enid Rocha Andrade da Silva (Coordenação) . O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para criança e adolescentes no Brasil. Brasília: IPEA, 2004. p. 209–242.
- SOUZA, A. A. et al. Custeio Baseado em Atividades em organizações hospitalares : análise activity-based costing in hospital organizations : an analysis of the costing process. p. 316–331, 2012.
- TEIXEIRA, A. P. L. Gestão de custos de serviços hospitalares no INCA: avanços e retrocessos para implementação do Sistema de Apuração de Custos. 2013. vi,88-

vi,88 f. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:
<<http://bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3607>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

VIEIRA, F. S. Produção de informação de custos para a tomada de decisão no Sistema Único de Saúde: uma questão para a política pública. . Rio de Janeiro: [s.n.], 2017. Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2314.pdf>. Acesso em: 17 set. 2017.

ZARDO, M.; HEKIS, H. R. Estudo para implementação de um sistema de apuração de custos no centro de pesquisas oncológicas - CEPON. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde** - ISSN:2236-1103, 5 set. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/3628>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FOZ DO RIO ITAJAÍ-AÇÚ EM TEMPOS DE PANDEMIA

Rayhany Kelly de Sousa¹; Luise Machado Yokoyama de Almeida²

RESUMO

A alta transmissibilidade do Novo Coronavírus (COVID-19) é causada pelo vírus SARS-COV-2, no qual resulta em uma alta morbimortalidade em determinadas populações, isto gerou impactos nos serviços de saúde frente ao aumento da demanda de atendimento, de serviços e de procedimentos ao paciente suspeito, bem como a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Decorrente as transações socioeconômicas, os serviços retornam gradativamente liberados a fim de retomar a economia do país, necessitando assim do planejamento, suporte e organização dos serviços de saúde com o propósito evitar a contaminação cruzada. Sendo assim, objetiva-se elaborar uma proposta de fluxo para o atendimento que vise amenizar o risco de transmissão e contaminação cruzada do COVID-19 em uma Unidade Básica de Saúde da Foz do Rio Itajaí-Açu. Este artigo é um relato de experiência que aborda a vivência no Estágio Voluntariado (EV) oportunizado no Curso de Graduação em Enfermagem, com o intuito de subsidiar as atividades emergenciais em uma Unidade Básica de Saúde da Foz do Rio Itajaí-Açu com as atividades assistenciais e gerenciais, durante o período de abril a junho de 2020. Tem como resultado a elaboração de uma proposta para a gerência do serviço com a finalidade de melhorar a organização do fluxo de atendimento mediado pelos recursos humanos, materiais e estrutura física no qual a Unidade Básica de Saúde comporta para atender a demanda dos pacientes sintomáticos e não sintomáticos para o novo Coronavírus em um período em que simultaneamente ocorre a campanha de vacinação de influenza, a dispensação do homeopático *Camphora*, e o retorno da avaliação para liberação da Carteira de Saúde para Manipuladores de Alimentos. Esta proposta teve aceitabilidade pela gerência do serviço, logo, consideramos que o planejamento é dinâmico e flexivo e o intuito principal é melhorar o processo de trabalho com a intenção de minimizar o risco de transmissão do vírus SARS-COV-2.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; COVID-19; Gerenciamento;

INTRODUÇÃO

A alta transmissibilidade do novo Coronavírus (COVID-19) é causada pelo vírus SARS-COV-2, no qual resulta-se em alta morbimortalidade em determinadas populações, gerou alguns impactos nos serviços de saúde frente ao aumento da

¹ Enfermeira, mestranda pela Universidade Federal de Santa Catarina e formada pela Universidade do Vale do Itajaí, rayhanyks@gmail.com.

² Enfermeira, mestranda em Saúde e Gestão do Trabalho pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Especialista Gestão de Serviços de Saúde pela FGV, Especialista em Qualidade e Segurança do Paciente pelo Sírio Libanês e Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico pelo CBES, é docente do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade do Vale do Itajaí, luise@univali.br.

demanda de atendimento, de serviços e de procedimentos ao paciente suspeito bem como falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) nas instituições. No Brasil desde os primeiros casos de COVID-19, foram elencadas estratégias voltadas para o isolamento social mais restritivo da população e liberação de funcionamento dos serviços apenas considerados como essenciais elencados em decretos e portarias de âmbito nacional, estadual e municipal. Com o passar do tempo e reconhecendo os impactos socioeconômicos do isolamento da população de forma restrita, viu-se a necessidade de liberar o funcionamento de segmentos e/ou serviços para atuação de forma gradativa, logo, fez-se necessário a organização dos serviços de saúde em prol da prevenção, com o intuito de evitar a aglomeração de pessoas e conseqüentemente ser este o local de provável aumento do risco de contaminação e disseminação da COVID-19.

A Atenção Primária a Saúde (APS) é a responsável pela gestão do cuidado frente a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e na pandemia não seria diferente, pois, de acordo com o Brasil (2020a), estudos abordam que cerca de 90% dos casos de COVID-19 são considerados como leves e podem ser atendidos neste serviços, pelos sintomas iniciais como febre baixa, tosse, dor de garganta e coriza, considerando a resolutividade dos casos atuando na prevenção de que os sintomas iniciais possam se desenvolver para os quadros mais graves, necessitando assim de internação hospitalar.

Por ser uma das portas de entrada do sistema de saúde, cabe a APS também a identificação de casos suspeitos, implantar medidas para evitar o contágio, realizar a estratificação da gravidade da infecção respiratória, realizar o manejo terapêutico e isolamento domiciliar quando tratar-se dos casos mais leves, providenciar a estabilização e encaminhamentos aos serviços de urgência e emergência ou hospitalares nos casos mais graves, realizar a notificação compulsória, realizar o monitoramento clínico e por fim, implantar medidas de prevenção comunitária e apoio a vigilância ativa (BRASIL, 2020a).

Com o intuito de organizar o fluxo de atendimento da Unidade Básica de Saúde (UBS) para minimizar o risco e evitar a transmissão cruzada, o município instalou uma tenda em frente as UBS, permitindo a circulação do ar redução dos riscos de contágio, uma vez que favorece a manutenção do distanciamento de dois metros entre cada paciente e profissionais de saúde durante o atendimento. Nesta estrutura pode ser realizada a avaliação inicial e a aferição dos sinais vitais, para identificar e classificar o paciente conforme suas necessidades, de leve a moderado e grave (GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO, 2020).

Esta tange as orientações do Ministério da Saúde para que os serviços de APS possam ser devolvidos pelo fluxo de *“fast-track”* no qual é o desenvolvimento de atividades no qual devem ser realizadas de forma sequencial, por meio de uma cascata de atendimento ou seja, sem aguardar ou circular de forma desnecessária por outros ambientes. Sendo uma opção do serviço optar por determinados espaços estratégicos que seja a fim de amenizar a circulação dos doentes e contato com outras pessoas (BRASIL, 2020a).

OBJETIVOS

Elaborar uma proposta de fluxo para o atendimento que vise amenizar o risco de transmissão e contaminação cruzada do COVID-19 em uma Unidade Básica de Saúde da Foz do Rio Itajaí-Açú.

REFERENCIAL TEÓRICO

O Coronavírus vem de uma grande família de vírus, onde infectam-se na maior parte das vezes outras espécies, porém em casos mais raros infectam as pessoas como no caso do MERS-CoV (Síndrome Respiratória do Oriente Médio – *Middle East Respiratory Syndrome*) e SARS-CoV (Síndrome Respiratória Aguda Grave – *Severe Acute Respiratory Syndrome*). Este Novo Coronavírus, foi identificado pela primeira vez em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan na China, onde aumentou progressivamente a transmissão de forma interpessoal, logo, os estudos demonstram que a propagação é por meio secreções infectadas por partículas virais de pessoa a pessoa seja por contato direto ou indireto por meio de objetos contaminados, ou seja, por gotículas, aerossóis e contato, onde utiliza-se como porta de entrada olhos, boca e nariz. (JUNIOR *et al.*, 2020; BRASIL, 2020b)

Cada pessoa reage de uma forma, podendo ser identificado a partir de um resfriado, a um quadro respiratório agudo, pneumonia severa ou até mesmo não apresentar nenhum sintoma. Os principais sintomas identificados são: tosse, febre, coriza, dor de garganta, dispnéia, anosmia, ageusia, distúrbios gastrintestinais, astenia e hiporexia (BRASIL, 2020b).

Visto tal doença, reconhecemos que nos encontramos em um mundo globalizado, onde a movimentação de pessoas é realizada constante e intensa, seja afim de lazer, negócios ou o movimento migratório propriamente dito, logo, reconhece-se que com isto, uma epidemia torna uma pandemia, como declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2020 (JUNIOR *et al.*, 2020)

Reconhecemos que o Brasil possui um dos maiores sistemas de saúde universal do mundo no qual seria o Sistema Único de Saúde (SUS) e este está ancorado em uma rede de APS, os estudos abordam sobre as experiências internacionais e nestes reconhece-se centrado no cuidado individual no âmbito hospitalar, logo, alertou sobre a necessidade de uma abordagem mais comunitária e domiciliar, assim, é o que a APS representa de forma integral frente a esta potencialidade (SARTI *et al.*, 2020; MEDINA *et al.*, 2020).

Apesar de todos os seus problemas de financiamento e gestão, a literatura endossa os resultados positivos que antecedem com a atuação da Dengue, Chikungunya, Zika e agora a sua atuação é direcionada ao combate ao COVID-19. Logo, reconhece-se que com o enfoque territorial esta contribuição é potencializada no combate de qualquer epidemia (SARTI *et al.*, 2020; MEDINA *et al.*, 2020)

Na revisão sistemática de Junior *et al* (2020) concluiu que o comportamento deste vírus acomete da mesma forma os países com elevado Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Produto Interno Bruto (PIB) per capita quanto os países mais pobres e que como estratégia para enfrentar esta pandemia requer movimentos de forma antecipada no que tange a infraestrutura da saúde, considerando ainda o isolamento social como estratégia para minimizar o impacto sofrido pelo sistema de saúde. Porém, com isso se tem um grande desafio, a educação da população com o propósito de respeitar as condutas de profilaxia que permeiam não só como escolhas individuais, mas sim coletivas.

MÉTODOS

Trata-se de um Relato de Experiência da vivência do Estágio Voluntariado (EV) oportunizado pelo Curso de Graduação em Enfermagem, afim de proporcionar a conclusão do Estágio Curricular Supervisionado (ECS) do 10º período, bem como propor ao discente a vivência e colaboração nos serviços de saúde no período de

emergência gerado pelo COVID-19. Todo o processo foi orientado e articulado pelos professores responsáveis pela disciplina de forma remota. Onde tinha-se como intuito propor formas de alinhar as estratégias desenvolvidas durante o EV, com os objetivos propostos pela disciplina do ECS, bem como proporcionar o acompanhamento e orientação dos acadêmicos durante a realização do EV, utilizando as ferramentas digitais oportunizadas pela universidade. Sendo nesse espaço, um meio da discussão, reflexão e correlação teórico-prática de forma que possa priorizar as funções assistenciais e gerenciais, proporcionando o desenvolvimento das competências de diagnosticar, prever e solucionar os problemas, logo, considerando as medidas necessárias para o enfrentamento da pandemia, visando as tomadas decisões necessárias decorrente as constantes mudanças frente aos dados epidemiológicos e da gravidade da crise.

Este, foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Foz do Rio Itajaí-Açu no período de abril a junho de 2020.

Inicialmente o EV foi destinado para realizar o período observacional em consonância na realização das atividades solicitadas pelo campo de estágio, para que pudesse realizar a discussão com os professores frente aos acontecimentos. O segundo momento do EV foi destinado para elencar os problemas existentes na UBS por meio de um diagnóstico geral e conhecimento do contexto no qual os profissionais estão inseridos. O terceiro passo compreendeu a realização de um planejamento frente a um problema prioritário para o serviço e para a gerência, mediante a elaboração de estratégias de enfrentamento para a resolução do problema e assim, finalmente sugerir uma proposta para a implantação das estratégias de enfrentamento do problema elegido.

RESULTADOS

Por meio do período observacional com a finalidade de identificar os problemas existentes viu-se a necessidade de administração da agenda e controle das consultas de pré-natal, decorrente a dois fatores, sendo o primeiro da continuidade do atendimento à mulher durante seu período gestacional e o segundo fator deriva da recente inserção da enfermeira atuante nessa área, o que trouxe atraso e gerou haviam demandas reprimidas. Decorrente a solicitação da enfermeira coordenadora da UBS, foram realizados no primeiro momento algumas ações frente a essa problemática como elaboração de uma tabela para controle das consultas de pré-natal com informações como a Data de Previsão de Parto (DPP), resultado dos exames, data da próxima consulta, entre outras informações pertinentes, bem como realizadas orientações e solicitações de exames antes da consulta para diminuir a demanda. Considerando a necessidade de tal problemática, pois as atividades iniciaram na segunda quinzena de abril, quando, estava em funcionamento apenas os serviços considerados essenciais.

Com o passar dos dias foram implantados decretos e portarias de âmbito nacional, estadual e federal e conseqüentemente nas demais esferas a liberação gradativas dos serviços econômicos, com o intuito de diminuir o impacto sob a economia. Com isto, reconheceu-se o aumento diário de atendimentos dos pacientes, seja eles suspeitos com COVID-19 ou não. Surgindo assim, a necessidade de apoiar a equipe de saúde frente a esta demanda. Este aumento foi reconhecido pelas fichas de atendimentos a cada paciente e por meio do controle dos pacientes suspeitos com o interesse de realizar o monitoramento desses, logo, considerando que o bairro no qual a UBS está inserida trata-se do bairro mais antigo do município, assim, consideramos a influência da procura de uma porção da população para

acompanhamento de suas comorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Dislipidemia, entre outras doenças prevalentes na população idosa.

Logo, durante esse processo, identificou-se dificuldade frente ao atendimento que vise a diminuir a transmissão, pois, durante esse mesmo período, estava sendo realizados alguns serviços na UBS, como a vacina contra a Influenza, no qual é considerado como um pico de atendimento sazonal dos serviços de APS neste período. Vale ressaltar que os pacientes idosos foram vacinados em domicílio. Outros serviços foram realizados concomitantemente, como a dispensação do homeopático *Camphora* e o retorno do atendimento da Carteira de Saúde para Manipuladores de Alimentos, sendo este último uma atividade realizada para toda a população do município, pois este atendimento é realizado apenas nesta UBS.

Além desses serviços e ações realizados na UBS, reconheceu-se alguns fatores que implicavam no atendimento de forma segura, sendo o desconhecimento do acolhimento realizado na tenda, os pacientes adentravam diretamente a unidade e a estação do inverno estar mais próxima, sendo um aumento sazonal das doenças respiratórias.

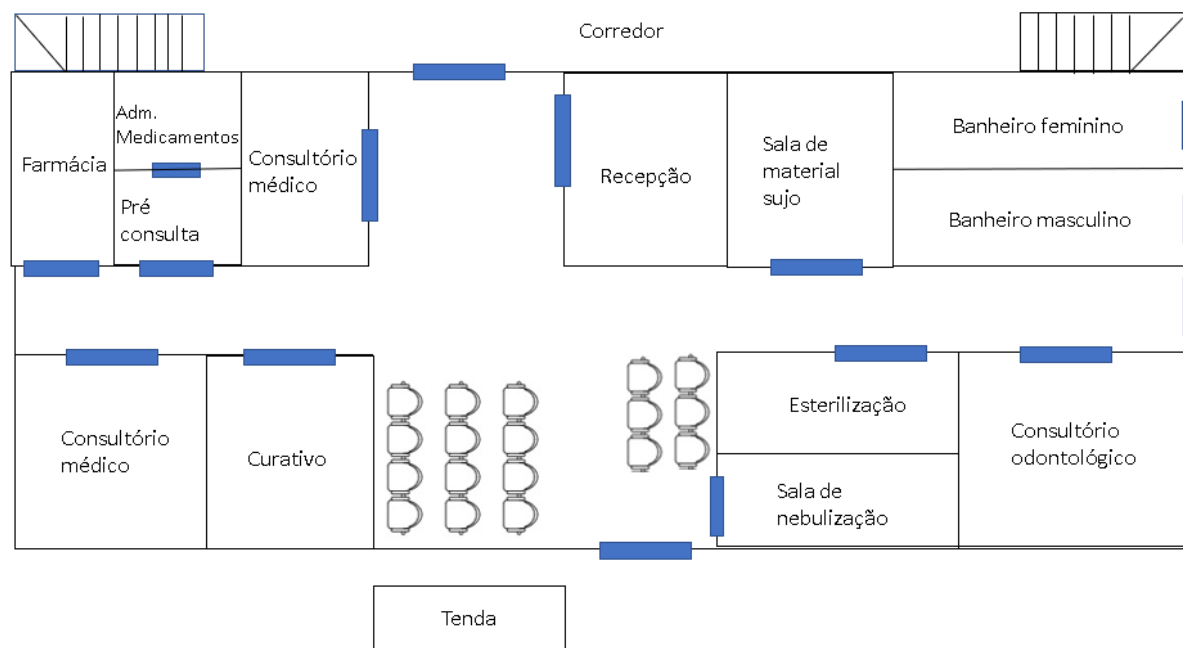
Diante do aumento progressivo dos atendimentos, visando a falta de profissionais, a falta de EPI para os profissionais, viu-se a necessidade de realizar um planejamento para melhoria no fluxo de atendimento a esses pacientes. Para isto, necessitou-se compreender de forma quantitativa os recursos humanos, quais EPI estavam disponíveis para os profissionais, bem como atentar-se a estrutura física da UBS, para isto, foi seguida as etapas do diagnóstico situacional, realizado o Croqui da estrutura física para discutir e mediar as intervenções.

Quanto aos recursos humanos, de acordo com informações da coordenação, cerca de 60% dos profissionais encontravam-se afastados decorrente as condições de saúde como idade > 60 anos, comorbidades como HAS, neoplasia, imunossupressão, entre outros. Assim, estavam presentes para a rotina de trabalho 1 gerente de UBS, frente a equipe de enfermagem se faziam presentes: 3 enfermeiras, sendo uma direcionada especificamente para o atendimento de pré-natal, as demais são destinadas para realização do atendimento na tenda em cada turno de atendimento, 6 técnicas de enfermagem, sendo 1 técnica de enfermagem para atendimento na tenda em cada turno, a demais estavam vinculadas ao atendimento na sala de vacina, na farmácia, curativo e administração de medicamentos. Quanto aos demais profissionais, 4 médicos se faziam presentes, porém cada um atendia em dias específicos, logo, em cada turno havia em média de 1 a 2 médicos para atendimento, sendo 1 responsável pelo monitoramento dos casos em domicílio, visto que este é médico do trabalho e assumiu esse papel decorrente a interrupção do serviço de Carteira de Saúde para Manipuladores de Alimentos, os demais atendiam em dias específicos como o pediatra, ginecologista e a farmacêutica, já a fonoaudióloga estava presente todos os dias, esta estava auxiliando nas demandas da UBS, principalmente no atendimento da recepção, junto aos 2 recepcionistas que estavam presentes em casa período e por fim, 1 profissional da limpeza para cada turno.

Quanto aos EPI, estavam disponíveis para cada profissional, óculos, máscara cirúrgica, máscara N95, luvas de procedimento, aventais e gorro descartáveis, vale ressaltar que o número de aventais enviados era baixo para o atendimento.

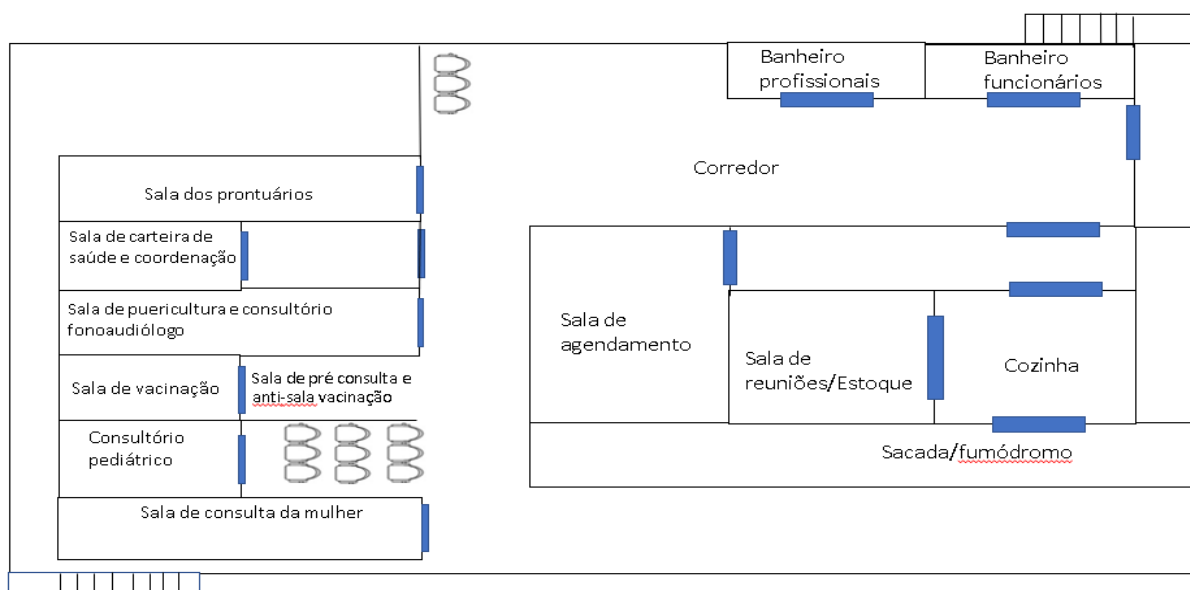
Quanto a estrutura física da UBS esta é melhor demonstrada no Croqui elaborado pelas autoras na figura 1.

Figura 1: Croqui da estrutura física do térreo da Unidade Básica de Saúde.



Fonte: Autoras, 2020.

Figura 2: Croqui da estrutura física do segundo andar da Unidade Básica de Saúde



Fonte: Autoras, 2020.

Neste croqui, é possível identificar o fluxo de atendimento na UBS, visto que o paciente passa por uma triagem na tenda, onde é realizado acolhimento, avaliação inicial e a aferição dos sinais vitais, independente do seu quadro clínico, o paciente adentrava o consultório, o mesmo acontecia quando havia 2 médicos atendendo de forma simultânea.

Reconhecemos a necessidade de direcionar o paciente respiratório para um local específico afim de evitar a circulação deste dentro da UBS bem como conter o risco de transmissão cruzada.

Para que este paciente possa ser atendido e suas necessidades serem contempladas em apenas um local, faz-se necessário identificar qual são os materiais e insumos necessários afim de manter a precaução de contato, gotícula e aerossóis, bem como atentar-se na disposição de materiais que propiciem avaliação médica do paciente. Para isto, foi reconhecido pela literatura os sinais e sintomas presentes nos casos mais leves, moderados e graves, no que tange a necessidade de estetoscópio, esfigmomanômetro, oxímetro, termômetro, cateter tipo óculos, máscara de oxigênio, cilindro de oxigênio, reanimador manual bolsa válvula máscara, mesa e cadeira.

Reconhecendo este contexto, propõe-se algumas mudanças que podem ser realizadas para evitar a aglomeração de pessoas e o risco de contaminação frente ao Atendimento pela Equipe de Saúde da UBS, com base nos conhecimentos supracitados:

O Atendimento médico do paciente respiratório na atual sala de nebulização, sendo esta estratégia citada com base na aproximação desta sala com a entrada/saída da UBS, visto que não se realiza nebulização pelo risco de aerossolização de partículas virais, para isto a sala nominada de nebulização será determinada para atendimento de pacientes com quadro sugestivo para COVID-19, para isto, também foi consultado a Resolução da Diretoria Colegiada nº 50 de 2002 (RDC 50/2002) para identificar o perfil enquadrado com a área mínima de 2,2m, sendo este o tamanho de um Consultório Diferenciado. Assim, este profissional deverá ser comunicado anteriormente sobre a chegada desse paciente com sintomas respiratórios para que o mesmo possa se deslocar da sua sala convencional, paramentar-se com o avental e os demais EPI's como óculos e luva caso não esteja paramentado, higienizar as mãos e ir em direção a atual sala de nebulização para realizar o atendimento propriamente dito. Neste local, não deverá ser utilizado computador e manipulação de prontuário do paciente, apenas destinado para avaliar o paciente. Assim que avaliado, este profissional deverá retirar o avental e dispensá-lo no lixo contaminado, posteriormente realizar a higienização das mãos e retornar para a sala de atendimento convencional.

Quando prescrito alguma medicação, um técnico de enfermagem irá abordar o médico após sua saída sobre o tratamento prescrito, este profissional irá se encaminhar para a farmácia para dispensação dos medicamentos de via oral para assim entregar ao paciente, no qual ainda estará no aguardo na sala nominada de nebulização. Ou no caso de medicações de uso intramuscular ou endovenosa, este profissional deverá realizar o preparo e se encaminhar posteriormente para a sala de nebulização, com o uso de EPI's. Neste local irá entregar ou administrar a medicação ao paciente, realizando as orientações sobre o seu uso ou os cuidados, e assim, liberando o paciente para o domicílio. Logo, esse avental também será descartado após o atendimento deste paciente. Vale enfatizar que neste local, deverá ser utilizado apenas o necessário, caso necessite de outros procedimentos e com isto outros equipamentos, este deverá ser realizado a limpeza e desinfecção ou ser descartado.

Para isto, faz-se necessário a organização dos materiais para o atendimento dos pacientes respiratórios na sala de nebulização, como a disposição de um lixo contaminado e lixo para perfurocortantes, álcool e papel toalha para realizar a desinfecção. Os demais materiais após administração intramuscular ou endovenosa como o algodão, deverá ser já encaminhado pela própria técnica de enfermagem quando for realizar a administração deste. Recomenda-se verificar a disponibilidade de cadeira com suporte ou bandeja para auxílio na administração de medicação endovenosa.

Essa proposta foi com base no relatório dos pacientes respiratórios atendidos na UBS, visto que a média do último mês é de 5 pacientes com esses sintomas durante o dia, logo para a realização dessa proposta, será necessário o planejamento da sala propriamente dita, com a disposição dos materiais citados anteriormente para o atendimento do paciente suspeito, bem como os aventais, pois conforme a rotina diária, os profissionais utilizam os seus jalecos.

Com uma estimativa de 5 pacientes ao dia e de apenas 2 profissionais entrarem em contato com este paciente, serão necessários 10 aventais ao dia e 50 semanais, considerando que todos os pacientes atendidos com quadro respiratório necessitarão de alguma intervenção da enfermagem. Mas no geral, essa proposta tem-se como foco evitar a movimentação do paciente com sintoma respiratório pela UBS, de forma a evitar consequentemente a contaminação cruzada nos demais ambientes.

Quanto a limpeza e desinfecção do ambiente, reconhecemos que até o momento não existem orientações específicas para as superfícies de contato com os casos suspeitos de COVID-19, dessa forma, recomenda-se que as áreas sejam limpas como concorrente, imediata e terminal. Como na UBS trata-se como casos apresentados como suspeitos e o tempo de permanência é menor do que a área hospitalar, normalmente é utilizada a concorrente que seria a limpeza diária e a imediata que como o próprio nome diz, após a utilização daquele espaço/produto (BRASIL, 2020c).

Cabe ressaltar que só pode ser realizado a desinfecção após a limpeza, os desinfetantes que tem maior eficácia para esse tipo de tratamento seria a base de cloro, álcoois, alguns fenóis e alguns iodóforos e o quaternário de amônio. Segundo os estudos, o vírus é inativado a partir da interação com o álcool 70% e pelo cloro (BRASIL, 2020c).

Se por ventura nessas superfícies apresentarem matéria orgânica visível deverá ser realizado a retirada do excesso da sujidade com tecido absorvente ou papel toalha e assim dar continuidade a sequência, no caso a limpeza e a desinfecção (BRASIL, 2020c).

Esses processos devem ser realizados nas superfícies que estão próximos aos pacientes, desde mesas, cadeiras, maçanetas, bem como os equipamentos utilizados na assistência como estetoscópio, esfigmomanômetro, oxímetro, termômetro, dentre outros. Nesse sentido, reconhece-se que esta higienização deve ser realizada pelos profissionais da enfermagem, visto que possuem conhecimento em realizar a sequência adequada deste processo. Já a limpeza do chão e cadeiras, deve ser realizado pelo profissional da limpeza que está vinculada na UBS. Esses cuidados deverão ser acordados com a equipe, para ser realizados após o atendimento de todos os pacientes com sintomas respiratórios. Além disso, deverá ser também acordado com a profissional da limpeza a higienização com maior frequência dos espaços que possuem maior fluxo de pessoas, exemplo, recepção, farmácia, banheiro, etc.

Frente a demanda da dispensação de *Camphora*, com a previsão do retorno das atividades de forma progressiva na UBS, viu-se como estratégia a dispensação da *Camphora* na tenda de atendimento em frente a UBS. Na tenda é articulado um rodízio, onde sempre está à disposição no mínimo uma técnica de enfermagem e uma enfermeira, porém, com a demanda propriamente dita e para a garantia dessa atividade, é proposta a atribuição da fonoaudióloga realizar a dispensação na tenda, no qual procederá com a anotação dos dados dos pacientes (para que esses dados possam ser inseridos posteriormente no sistema de informação) e entrega de uma folha com as orientações da administração oral do homeopático. Caso seja

necessário, a enfermeira e a técnica de enfermagem estarão à disposição para realizar o esclarecimento de alguma dúvida frente a administração. Vale ressaltar que para isto também deverá proceder uma fila com a distância mínima de um metro e meio entre cada paciente.

Quanto ao serviço de Carteira de Saúde para Manipuladores de Alimentos, com o retorno desta atividade, tem-se como proposta a organização de uma fila no exterior da UBS, de forma que obedeça a distância de mínima de 1,5 de distância entre cada pessoa para que este paciente possa entrar obrigatoriamente com máscara na UBS e seguir para o segundo piso.

A última estratégia proposta foi o melhor direcionamento dos pacientes à tenda por meio do aumento da fonte do informativo “não entre, passe pela triagem”, pois encontra-se destacado em um quadro em frente a porta, porém de tamanho pequeno e com outras informações.

Dessa forma, com vista ao aumento progressivo do atendimento na UBS, essas são as medidas que poderão ser tomadas com o objetivo de garantir a segurança dos pacientes que procurarão o serviço não sejam contaminados pelos pacientes de origem respiratória.

CONCLUSÃO

Essas são sugestões de forma a melhorar o processo de minimizar o risco de transmissão do vírus SARS-COV-2 porém, sabe-se que todo planejamento é dinâmico e flexivo para demais alterações, cujo intuito é garantir a segurança do paciente bem como prestar uma assistência de qualidade. Visto que em tempos de pandemia, essa deve ser articulada em forma de evitar a disseminação do vírus neste serviço de saúde. Logo, este planejamento teve uma aceitabilidade pela gerência do serviço decorrente a abordagem ser respaldada pelo conhecimento científico e pelo processo de trabalho no qual estava inserido.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

No que tange ao gerenciamento e gestão dos serviços de saúde reconhecemos a necessidade de adaptar-se a todo instante frente as novas atualizações no que se diz a respeito das evidências encontradas sobre a doença, frente aos aspectos políticos com as tomadas de decisões das esferas bipartite afim de mediar o controle social e preservar a atividade econômica do país. Logo, reconhecemos que para toda tomada de decisão desta deve ser respaldada no conhecimento científico, ambiental e social onde o gerente/gestor está inserido afim de melhorar o processo de trabalho, mas principalmente, reconhecemos que o conhecimento do processo onde está inserido é fundamental, afim de mediar as decisões necessárias com o apoio da equipe. Visto que o profissional enfermeiro é líder da equipe de enfermagem e comumente vê-se este profissional na gerência nos serviços de saúde da APS, onde faz-se necessário realizar a tomada de decisão no serviço, para tanto, conhecer a equipe, conhecer o espaço físico, conhecer a realidade inserida é uma das contribuições deixadas neste artigo para que este possa mediar e executar o seu papel de forma efetiva na balança imaginária existente entre a equipe de enfermagem e gestores. Além dos aspectos profissionais, este se repercute no que a APS é, e como esta deve se empoderar com urgência como a ordenadora do cuidado, para que assim os casos leves não sejam agravados necessitando de uma intervenção hospitalar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde**. 2020a. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-manejo-clinico-do-coronavirus-covid-19-na-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 09 ago 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre a doença**. 2020b. Disponível em:

<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>. Acesso em: 09 ago 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. **Orientações para serviços de saúde: Medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-cov-2)**. 2020c. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/covid-19-orientacoes-da-anvisa-para-servicos-de-saude/>. Acesso em: 11 ago 2020.

GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO. **UPA de Timon prepara estrutura para atendimento a casos suspeitos do novo Coronavírus**. 2020. Disponível em:

<https://www.ma.gov.br/agenciadenoticias/?p=274056>. Acesso em: 10 ago. 2020.

JUNIOR, G. B. Vilela *et al.* Aspectos epidemiológicos da covid-19: uma revisão sistemática. **Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida-CPAQV Journal**, v. 12, n. 2, 2020. Disponível em:

<http://www.cpaqv.org/revista/CPAQV/ojs-2.3.7/index.php?journal=CPAQV&page=article&op=view&path%5B%5D=442>.

Acesso em: 09 ago 2020.

MEDINA, M. *et al.* Atenção Primária à Saúde em tempos de Covid-19: O que fazer? **Cad Saúde Pública**, 2020. Disponível em:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-36-08-e00149720.pdf>. Acesso em: 10 ago 2020.

SARTI, Thiago Dias *et al.* **Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?** 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/ress/2020.v29n2/e2020166/>. Acesso em: 10 ago 2020.

EIXO TEMÁTICO: TRABALHO E GESTÃO PARTICIPATIVA NA SAÚDE (TGPS)

Coordenadora: Prof^a. Dr^a. Livia Cozer Montenegro

Resumos Expandidos

ELABORAÇÃO DE UM MANUAL COM ROTEIROS DE ATUAÇÃO POR COMISSÃO PARA UMA SIMULAÇÃO INTERDISCIPLINAR POR AGRAVO DE SAÚDE EM ACIDENTE DE TRÂNSITO

Shirlei Moreira da Costa Faria¹; Marcus Vinicius da Silva Costa²; Letícia Rocha Carvalho³; Letícia Fernanda dos Santos Rocha⁴; Karla Rona da Silva⁵

PALAVRA-CHAVE: metodologia ativa de aprendizagem; simulação; aprendizagem.

INTRODUÇÃO

A formação para atuação em serviços de saúde seja na gestão administrativa ou das práticas assistências tem demandado crescente necessidade em rever metodologias de ensino. Demonstrando que a problematização de uma teoria pode ampliar as condições de se resolver ou intervir em uma determinada realidade onde o saber é oportunizado por meio da construção coletiva (MAROJA; JUNIOR; NORONHA, 2019). A partir desta observação emergiu a simulação de um agravo em acidente de trânsito como metodologia ativa de aprendizagem e técnica educacional, formalizada através de um evento de extensão universitária. A priori, buscou-se por meio do aprendizado significativo a interação interdisciplinar e a elaboração de pensamento crítico resultante de todo o processo do trabalho em equipe (MITRE *et al.* 2008; ROMAN *et al.*, 2017; FERREIRA, CARVALHO, CARVALHO, 2015). A simulação segundo, Ribeiro *et al.* (2019, p. 2) permite a aproximação da realidade, aumenta a satisfação, a participação ativa e reflexiva em todo o processo envolvido. Esta prática predomina para aspectos clínicos em saúde, porém, não muito comum aos processos gerenciais do serviço. Entretanto, não há como dissociar aspectos de gestão para a efetivação da assistência propriamente dita, isto porque estes processos envolvem alocação e captação de diversos recursos em múltiplos contextos organizacionais (SILVA *et al.*, 2020). A situação problema era delinear por meio de estratégia de gestão, processos padronizados que oportunizassem aos diversos atores envolvidos: autonomia na execução de sua função de atuação em tempo hábil, com os recursos tecnológicos e humanos em local apropriado. Aprimorando ainda teoria e prática, resolução de intercorrências e educação em saúde para o público participante como expectador. Essas estratégias contemplaram as seguintes fases: antes, durante e após o evento. Diante da complexidade em integrar todas essas ações, fez-se necessário a elaboração de um manual com roteiros de atuação por comissão para o evento de simulação. Este foi elaborado tendo como norteador, ferramentas de gestão e disponibilizado aos demais participantes para conhecimento e aplicabilidade.

¹ Enfermeira, Graduando Gestão de Serviços de Saúde - UFMG - e-mail: smcf2016@ufmg.br

² Administrador, Graduando Gestão de Serviços de Saúde - UFMG - e-mail: marcuscostaadm@ufmg.br

³ Graduando Direito, UFMG - e-mail: letisrocha022@ufmg.br

⁴ Graduando Gestão de Serviços de Saúde- UFMG – e-mail: letisrocha@ufmg.br

⁵ Doutora em Biomedicina – Docente UFMG- e-mail: karlarona@ufmg.br

OBJETIVO

Descrever a elaboração de um manual com roteiros de atuação por comissão para uma simulação interdisciplinar de agravo decorrente de acidente de trânsito.

MÉTODOS

A construção deste manual ocorreu a partir das seguintes etapas: Elaborou-se uma planilha em *Excel* segundo os preceitos da ferramenta de gestão 5W1H, sendo permitido aos discentes em Gestão de Serviços de Saúde participantes do evento, acesso para edição via documento *Google*. Para Daniel e Murback (2014, p. 29), o 5W1H surge como uma ferramenta estratégica de qualidade total, principalmente na área de produção, onde há necessidade de estabelecer um plano de ação tático e em um curto espaço de tempo. Neste primeiro momento, a busca consistiu no delineamento do que fazer, onde, em qual prazo, de que forma a executar ação e definir quem seria o responsável. Mediante os apontamentos elencados pelo instrumento de gestão, as ações foram separadas considerando a similaridade para execução da seguinte forma: ações de infraestrutura para realização de evento, ações de apoio aos parceiros externos participantes, ações de divulgação e registro por imagem do evento, ações de preparação da maquiagem das pessoas que participaram como “boneco” na prática simulada e por fim ações relativas a alimentação de todos os participantes do evento.

Posteriormente após a categorização das ações criou-se comissões para execução. Estas foram: Comissão de Infraestrutura, Apoio, Divulgação, Maquiagem e *Coffee Break*. Para cada comissão nomeou-se uma liderança, esta tinha autonomia para tomada de decisão e comunicava a coordenação do evento à resolução ou não dos processos estabelecidos, intercorrências e sugestões. Trabalhou-se primeiro na resolução de atividades que deveriam estar resolvidas antecipadamente de acordo com a especificidade de cada comissão. Depois nas ações que subsidiariam a tomada de decisões no dia do evento em três fases: antes, durante e após a simulação. Na segunda etapa por se tratar de um evento interdisciplinar e com ações intersetoriais demandou-se a construção de estratégias, estas subsidiadas pela Análise *SWOT*. A escolha desta ferramenta de gestão buscava nortear o roteiro das ações de todas as comissões para o dia do evento bem como estabelecer um plano de contingência. Por esse instrumento foi possível elencar processos em toda a cadeia de valor que dependesse dos participantes internos vinculados ao evento como membro de comissão. Outrossim, as oportunidades e ameaças externas foram identificadas. Subsequentemente, elaborou-se um plano de ação a fim de maximizar as potencialidades de cada comissão a toda oportunidade gerada. Para as falhas existentes e identificadas, estabeleceu-se um Plano de Contingência. Neste aspecto essas informações foram fundamentais por possibilitar a construção de roteiros de atuação por comissão na Simulação. Este roteiro foi dividido em ações por período, que consistiam em: ações durante o pré-evento de 08h00min-11h30min h; ações pertinentes ao evento propriamente dito, que compreendia o período de 11h30min a 12: 00 h e ações do pós-evento no período de 13h00min a 17h00min. Considere que as ações eram executadas pelas comissões com autonomia, de acordo com a especificidade e o fato de estarem preconizadas em um roteiro foi um facilitador da comunicação entre todos os participantes. O roteiro foi redigido disponibilizado por e-mail aos participantes e impresso a cada comissão no dia do evento. Durante o Plano de Ação foram identificadas algumas peculiaridades: era necessária a

elaboração de um *Check List* de Empréstimo e devolução de materiais, a fim de garantir o monitoramento e controle de bens particulares e públicos fornecidos pelas comissões aos participantes nos diversos períodos do evento. O fato de haver entre o público crianças e adolescentes convidados e vinculados a Rede Municipal de Ensino, fez-se necessário redigir um Termo de Uso de Voz e Imagem para que os pais dos menores participantes pudessem autorizar a comissão de divulgação fotografar e filmar e posteriormente à coordenação da simulação divulgar em eventos científicos as imagens e vídeos obtidos.

RESULTADOS

Os resultados demonstraram a relevância do manual com roteiro para execução de todos os processos multi e interdisciplinares na simulação. Por ele foi possível estabelecer: referências técnicas para tomada de decisão a nível micro, fato muito importante pelos seguintes aspectos: esses discentes estão em formação para gerir serviços de saúde em seus diversos níveis de atenção, e a todo o momento na prática profissional deverão contemplar estratégias resolutivas onde os colaboradores possam ter condições de atuação e em um clima organizacional satisfatório. Não havia como centralizar as ações em um único espaço físico. De forma que ocorria constante deslocamento dos participantes na realização das múltiplas funções em locais diferentes. Os roteiros possibilitaram a efetividade de comunicação entre as equipes, minimização de deslocamentos desnecessários entre os membros das comissões. Assim, quando havia necessidade de esclarecimentos, deslocamento dentro do Campus ou na Unidade de Ensino, acesso a algum item todos os integrantes das comissões sabiam a quem recorrer para resolver os fatos. Demandas oriundas da coordenação eram direcionadas a cada referência técnica das comissões via rádio comunicação, assim as respostas às demandas ocorriam no menor tempo possível, com tomada de decisão assertiva evitando ainda a dualidade na comunicação. O roteiro contemplou a atuação de porteiros, guardas, auxiliares de serviço geral. Salientamos não ter ocorrido transferência ou aumento de demanda de trabalho e sim acesso à informação de forma precisa e oportuna acerca: de quem deveria ter acesso sem identificação por crachá, quem era responsável pela manutenção da higienização e guarda patrimonial dos bens e produtos disponibilizados pela instituição e a localização exata de onde se concentrava cada comissão. Prevendo, os desafios à chefia responsável pelos serviços gerais e manutenção foi informado acerca de todos os processos, e tornou-se para seus colaboradores a referência.

CONCLUSÃO

A elaboração de um manual com roteiros de atuação por comissão para uma simulação interdisciplinar por agravo de saúde em acidente de trânsito por discentes em gestão de serviços de saúde contempla desde o pré-hospitalar até o serviço hospitalar. Fazer de forma simulada a RUE funcionar, contemplando as especificidades de todos os envolvidos em seus diversos níveis de atuação só foi possível mediante aplicação de diversos conteúdos ministrados no curso a prática.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Este roteiro contribui para a gestão de serviços de saúde à medida que pode ser utilizado por diversas formas pelas instituições de saúde. Destaca-se a possibilidade de trabalhar junto aos colaboradores educação permanente de forma interdisciplinar. Esse mecanismo em cenário de escassez de recursos pode subsidiar os gestores: na utilização adequada de recursos enfatizada pela racionalização de tempo, redução de consumo e desperdício, tomada de decisão interdisciplinar contemplando os diversos saberes.

Estes proporcionam para as instituições de saúde ainda benefícios internos e externos. Os internos se manifestam na padronização de processos a partir do conhecimento da realidade do serviço, maior efetividade nas ações de seus colaboradores. Por ser um processo interdisciplinar que envolve todos os colaboradores externos à instituição de saúde possibilita efetividade nas ações, melhoria das relações entre os parceiros externos.

REFERÊNCIAS

DANIEL, Érika Albina; MURBA, Fábio Guilherme Ronzelli. Levantamento bibliográfico do uso das ferramentas da qualidade. *Revista Gestão e Conhecimento*, Poços de Caldas, v. 8, p. 1- 43, dez. 2014. Disponível em:

https://www.pucpcaldas.br/graduacao/administracao/revista/artigos/v2014/Artigo16_2014.pdf. Acesso em: 26 jul. 2020.

FERREIRA, Claudenice; CARVALHO, Josiane Martins; CARVALHO, Fernando Luiz de Queiroz. Impacto da metodologia de simulação realística, enquanto tecnologia aplicada à educação nos cursos de saúde. **In:** II Seminário de tecnologias aplicadas à educação e saúde, 2015. Disponível em:

<<http://www.revistas.uneb.br/index.php/staes/article/view/1617>>. Acesso em: 25 jul. 2020.

MAROJA, Maria Clara Santana; JÚNIOR, José Jailson de Almeida; NORONHA, Claudianny Amorim. Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional. **Revista Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 24, e180616, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v24/1807-5762-icse-24-e180616.pdf> . Acesso em 20 jul. 2020.

MITRE, Sandra Minardi *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. [Supl 2], v. 13, p. 2133-2144, 2008.

ROMAN, Cassiela *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. **Clinical Biomedical Research**, Rio Grande do Sul. v. 37, n. 4, p. 349-357, 2017.

SILVA, Karla Rona da *et al.* A simulação como estratégia de formação de profissionais da saúde. **Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 04-15, jan./abr. 2020.

ELABORAÇÃO DO PRIMEIRO BOLETIM DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE BELO HORIZONTE

Caroline Schilling Soares¹

PALAVRAS-CHAVE: vigilância nutricional; doenças não transmissíveis; boletim informativo

INTRODUÇÃO

De acordo com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a vigilância alimentar e nutricional (VAN) "consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes" (BRASIL, 2013). A VAN engloba a análise e o monitoramento de dados antropométricos e de marcadores de consumo alimentar, com o intuito de diagnosticar a situação alimentar e nutricional dos indivíduos, detectar situações de risco nutricional e prever, de maneira contínua, o perfil epidemiológico da população. A avaliação e o monitoramento desses parâmetros na rotina da Atenção Primária à Saúde é uma ação estratégica de cuidado em saúde, que pode possibilitar uma intervenção oportuna, além de potencializar as demais ações de prevenção e de tratamento realizadas no cotidiano dos serviços (BRASIL, 2011, 2013, 2015). O Brasil vivencia a transição nutricional, que se caracteriza pela redução da desnutrição e aumento do sobrepeso e obesidade, bem como do consumo de alimentos processados e ultraprocessados. Essa mudança do perfil nutricional se relaciona ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais se constituem como principal causa de morte da população (BRASIL, 2014). Em 2017, o *Global Burden Disease Study* mostrou o efeito dos fatores de risco dietéticos à saúde e, nesse ano, 22% de todas as mortes entre adultos foram atribuídas a esses fatores. O estudo ainda mostrou que os fatores de risco dietéticos foram responsáveis por 55% das mortes por doenças cardiovasculares, 12% das mortes por câncer e 31% das mortes por diabetes em países de baixo e médio índice sociodemográfico, como o Brasil (GBD, 2019).

OBJETIVOS

Apresentar o processo de elaboração do primeiro Boletim de Vigilância Alimentar e Nutricional do município de Belo Horizonte, seus resultados e contribuições para a gestão das ações de alimentação e nutrição.

MÉTODOS

O Boletim integra a análise de dados antropométricos e de marcadores de consumo alimentar registrados durante os atendimentos de profissionais da saúde no sistema de informação próprio do município de Belo Horizonte - Sistema Gestão Saúde em Rede (SISREDE), entre os anos de 2016 e 2018. Cabe ressaltar que o município não

¹Nutricionista, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), carolschillings@gmail.com.

aderiu ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde, por contar com sistema próprio que registra os mesmos dados do sistema específico, migrando-os para o SISVAN. Assim, os dados foram extraídos do SISREDE por técnicos da área e analisados por referências técnicas da SMSA utilizando o software Excel. Os dados foram estratificados por faixa etária, sexo, regional de saúde (Belo Horizonte apresenta nove regionais: Barreiro, Centro Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova), Centro de Saúde de referência e índice de vulnerabilidade social (IVS), e foi determinada a prevalência dos distúrbios nutricionais por faixa de idade, a qual foi comparada com as prevalências do estado de Minas Gerais e do Brasil no mesmo período de avaliação, através dos dados obtidos do SISVAN. Também foram analisados os dados antropométricos de crianças e adolescentes coletados por profissionais do Programa Saúde na Escola (PSE) nos anos de 2016 e 2018 em planilhas próprias das equipes. Dados de mortalidade e internações foram obtidos das bases de dados municipais do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), no período de 2006 a 2018. Foram considerados os CID10: E40-E46 para distúrbios de desnutrição e o CID10: E66 para obesidade. Essas análises foram feitas considerando os residentes de Belo Horizonte de todas as faixas de idade e sexo. Utilizou-se ainda dados municipais de pesquisas nacionais como a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) e do Inquérito Telefônico para Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL).

RESULTADOS

O primeiro Boletim de Vigilância Alimentar e Nutricional do município foi elaborado em 2019 por Referência Técnica de Alimentação e Nutrição e por Referência Técnica de Doenças Crônicas da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, com colaboração de outras referências e gestores da mesma Secretaria. A SMSA tem como meta, prevista no Plano municipal de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, a produção anual de 1 boletim de VAN, dada a importância da alimentação para promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas. O boletim produzido consta de 34 páginas, com 32 gráficos e textos com as análises, comparações e discussões embasadas em referenciais teóricos. Nos anos de 2016 a 2018 foram avaliadas cerca de 150 mil pessoas por ano de todas as faixas etárias, sendo 64% dos indivíduos do sexo feminino e 36% do sexo masculino. O número total de avaliados por ano representou 9% da população residente de BH. Ressalta-se que os dados obtidos se referem aos usuários residentes em Belo Horizonte e atendidos nas unidades de saúde do município em que houve registro completo de informações relacionadas à VAN, e portanto não se referem a uma amostra da população. Nesse boletim foi apresentado o mapeamento geoespacial por IVS para crianças menores de 10 anos classificadas com magreza, sobrepeso e obesidade, adultos com obesidade, e idosos com desnutrição e sobrepeso. O georreferenciamento teve como objetivo mostrar visualmente a concentração dos desvios nutricionais e a relação com as áreas de vulnerabilidade social. Também foram destacadas as Regionais e os Centros de Saúde que apresentaram maiores percentuais de adultos com obesidade no ano de 2018. Através da avaliação nutricional realizada pelas equipes do PSE percebeu-se que, no município uma importante parcela das crianças e adolescentes está com sobrepeso ou obesidade. No boletim foi incluída a série histórica, de 2006 a 2018, do percentual de sobrepeso

e obesidade por sexo e do hábito de consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis segundo o VIGITEL, bem como o percentual de escolares com consumo de alimento marcador de hábito saudável e não saudável de acordo com a PeNSE. Por fim, o boletim apresentou a série histórica, também de 2006 a 2018, do percentual de óbitos e de internações por desnutrição e obesidade, entre as causas nutricionais, de residentes de Belo Horizonte. As análises revelaram que a população do município em questão está acometida por prevalências elevadas de sobrepeso e obesidade em todas as faixas de idades, sendo maior no sexo feminino, e para algumas faixas, este percentual vem aumentando a cada ano. Percebeu-se que essas prevalências se mostram superiores às daquelas do Estado de Minas Gerais e do Brasil para adolescentes, adultos e idosos. Em Belo Horizonte, o VIGITEL 2018 mostrou que houve um aumento de 75,5% no percentual de adultos com obesidade e 38,4% no excesso de peso dos anos de 2006 a 2018, um aumento ainda maior que o padrão nacional. Os dados de consumo alimentar obtidos do SISREDE em 2018 mostraram que cerca de 50% dos usuários avaliados consumiram embutidos, mais de 60% bebidas adoçadas e mais de 40% consumiram salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo e biscoitos recheados no dia anterior, o que é preocupante, ainda que o consumo de alimentos saudáveis esteja aumentando na população do município. Em relação aos óbitos e internações por causas nutricionais, antes de 2012 esse percentual era maior por desnutrição e começou a reduzir, mas em contrapartida, esses números por obesidade vêm aumentando. O boletim produzido foi divulgado em meio eletrônico para os profissionais de saúde dos diversos pontos de atenção do município e as informações foram apresentadas e discutidas em reuniões técnicas de nutricionistas e em reuniões multiprofissionais com temas relacionados a DCNT ocorridas em algumas regionais, no ano de 2019.

CONCLUSÃO

Conhecer o padrão de consumo alimentar e o estado nutricional é essencial para orientar as ações de atenção integral à saúde e, principalmente, para promover a melhoria do perfil alimentar e nutricional da população. Os dados analisados mostram um cenário preocupante relacionado à obesidade e seus fatores de risco, sendo necessária uma vigilância e intervenção. O conhecimento dos dados propicia a reflexão, a discussão e o planejamento de ações para lidar com os problemas encontrados, e por isso a VAN se faz necessária para a sistematização das ações de alimentação e nutrição no âmbito local, regional e municipal, baseadas em um diagnóstico situacional.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A elaboração do primeiro Boletim de Vigilância Alimentar e Nutricional visa inspirar gestores sobre a forma de trabalhar com dados antropométricos e marcadores de consumo alimentar registrados em sistemas de informação para que estes sejam compreensíveis para profissionais e também para gestores de outras áreas. A vigilância em saúde é importante para o planejamento de ações adequadas ao perfil da população em âmbito local e municipal. O trabalho pode contribuir para uma

gestão participativa das ações de alimentação e nutrição, baseada em evidências e direcionadas para o perfil nutricional da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_anthropometricos.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 33 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2020.

GBD. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 393, p. 1958-1972, 2019.

ESTRATÉGIAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE UTILIZADAS POR ENFERMEIRAS EM UMA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

Fabiele Farina¹; Maykler Cristiane Vanzin²; Kátia Jamile da Silva³

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância em Saúde Pública; Enfermeiras e enfermeiros; Saúde Suplementar.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do serviço de saúde, e tem como foco o cuidado individualizado centrado na pessoa e nos determinantes biopsicossociais de saúde e doença, coordenando e integrando toda a rede de atenção à saúde, com o objetivo de atingir uma taxa de resolutividade de 80%, de forma oposta ao modelo biomédico em que a atenção é direcionada para a enfermidade e para intervenções medicamentosas e de alta densidade (STARFIELD, 2002). Dessa forma, além de maior resolutividade, a APS possibilita redução significativa dos custos em saúde, sendo considerada, portanto, um modelo eficiente tanto assistencial, quanto economicamente (BRASIL, 2017). Nesse sentido, cabe salientar que o atual modelo de atenção, praticado pelo serviço de saúde suplementar que se refere este estudo, tem como premissa a melhoria na qualidade da assistência prestada aos usuários, criando um elo de confiança e segurança, e também com vistas à sustentabilidade da operadora. A aplicação da APS na saúde suplementar estabelece novas maneiras de pensar e se organizar diante dos serviços de saúde, garantindo a efetivação da assistência a todos os usuários, priorizando o cuidado para além da reabilitação, promovendo a saúde e prevenindo doenças e agravos, através de estratégias de Vigilância em Saúde. O trabalho de Vigilância em Saúde realizado pelas enfermeiras vai além dos espaços institucionalizados, propondo conhecimento, previsão, prevenção e enfrentamento contínuo dos problemas de saúde com o objetivo de evidenciar a saúde atual, visando estabelecer vínculo mútuo e disponibilidade para auxílio nas demandas em saúde, oportunizando a criação de um rede de apoio e segurança, visando a resolutividade, e o cuidado longitudinal (FERREIRA, 2017).

OBJETIVOS

Apresentar as estratégias de vigilância em saúde realizadas por enfermeiras em uma Atenção Primária à Saúde Suplementar.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência sobre as estratégias de vigilância em saúde utilizadas por enfermeiras em um serviço de APS suplementar. Para a organização das práticas, foi construído um plano estruturado de acordo com as normas vigentes,

¹ Formação, Instituição a qual está vinculado(a) e e-mail.

² Formação, Instituição a qual está vinculado(a) e e-mail.

³ Formação, Instituição a qual está vinculado(a) e e-mail.

direcionando e orientando o serviço para atender as demandas em saúde de maneira ordenada e efetiva norteado pela Resolução Normativa (RN) nº 440 de 13 de dezembro de 2018 (ANS, 2018). Com base nisso, foram pensadas estratégias de gerenciamento em saúde, que tem como base a busca ativa dos usuários, utilizando as seguintes ferramentas: inclusão de pacientes em instrumento de monitorização a partir de diagnósticos em lista de crônicos e crônicos complexos; consulta de enfermagem periódica de acordo com a avaliação clínica e protocolos estabelecidos no serviço; extração mensal de dados de painel de exames laboratoriais com parâmetros alterados em lista de pacientes com risco de desenvolver Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) - estes são monitorados para acompanhamento e planejamento de intervenções em saúde que evitem o desenvolvimento de doenças e agravos, reduzam os riscos de deterioração e favoreçam a detecção precoce e o tratamento -; acolhimento de enfermagem, onde é realizada a coleta de informações de saúde dos usuários, sua história pregressa, história familiar e estado de saúde atual, assim como medicações em uso e a realização de exames preventivos; extração mensal de informações do banco de dados do sistema informatizado quanto a realização dos exames de mamografia e citopatológico anuais, de acordo com a faixa etária de risco; aplicação do perfil epidemiológico através de questionário aos usuários no momento da adesão ao plano de saúde, onde se identifica a presença de DCNT, fatores de risco em saúde e uso de medicações, e na sequência é realizada a inclusão de pacientes nos instrumentos de gerenciamento de enfermagem; telemonitoramento através de contato por chamada telefônica ou de aplicativo de mensagem instantânea, onde é realizado gerenciamento com a utilização de instrumento específico. A APS que trata este estudo foi estruturada seguindo a RN 440 em janeiro de 2020, tendo uma enfermeira coordenadora, e duas enfermeiras que gerenciam o cuidado de forma exclusiva da sua carteira de usuários, colocando em prática as tecnologias elaboradas no plano estruturado.

RESULTADOS

Com vistas à promoção da assistência centrada nas necessidades do usuário, seguindo os preceitos do modelo central da APS que preconiza o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a integralidade da assistência, a vigilância em saúde assume papel importante no alcance dos objetivos assistenciais e econômicos efetivos, que refletem tanto para o cliente quanto para o serviço de saúde (FERREIRA, 2017). Para Silva (2008a), a efetividade de um sistema de vigilância em saúde pressupõe a capacidade de monitorar o estado de saúde de uma população, identificar a exposição de indivíduos a riscos e a capacidade da estrutura de vigilância em reduzir estes riscos, através da prevenção de doenças e agravos e da promoção da saúde. Nesse sentido, o modelo assistencial de vigilância em saúde adotada nessa APS suplementar supera a dicotomia das ações preventivas e curativas, para uma prática voltada para as duas vertentes, de forma consistente e sistemática para realizar práticas integrais que evitem a exposição a doenças e agravos, principalmente no que diz respeito às DCNT. Ações dessa natureza vão contra o modelo biomédico e hospitalocêntrico hegemônico, haja vista que procuram evitar a hospitalização e a medicalização excessiva, agindo, primordialmente, antes de a doença se instalar, através de ações articuladas e integradas, considerando os determinantes sociais, através de uma abordagem interdisciplinar que torna o cuidado efetivo (SILVA, 2008b). Essas práticas tornam-se profícuas tanto para o usuário do sistema de saúde suplementar, quanto para o serviço que oferece esse modelo de

atenção, haja vista que durante este processo é possível promover a percepção do usuário frente ao seu estado de saúde e os comportamentos de risco adotados, estimulando e auxiliando no auto cuidado, através do suporte da equipe interprofissional no monitoramento das condições de vida, saúde e tratamentos, com ênfase nos problemas que requerem acompanhamento contínuo, promovendo ações articuladas de promoção, prevenção, reabilitação e cura, que requerem além de uma visão intersetorial, um enfrentamento para a mudança cultural do processo saúde-doença. A articulação das ações intersetoriais, permitem o acompanhamento do paciente dentro de toda rede de serviços, e quando identificada a necessidade de referência para atendimento por especialista, a equipe insere este paciente nessa rede, acompanha e monitora através da contra referência de atendimento, mantendo a equipe da APS sempre como referência para o suporte do usuário. Nesse sentido, o processo de monitoramento, avaliação e busca ativa permitem a criação de vínculo e segurança entre paciente e enfermeiro, a medida que considera a integralidade como princípio organizativo no planejamento das ações individuais em saúde propostas em todas as dimensões do cuidado.

CONCLUSÃO

A vigilância em saúde pautada nas estratégias descritas neste estudo se mostra um modelo de saúde efetivo que implica nas ações de prevenção de doenças e agravos e na promoção da saúde, através de ações que garantem a busca ativa dos indivíduos em situação de exposição a riscos, a identificação individualizada das necessidades de cada indivíduo, para a partir disso planejar intervenções que em médio e longo prazo, evitem hospitalizações e a necessidade de tecnologias duras para o tratamento de problemas sensíveis a APS.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A adoção de tecnologias de vigilância em saúde mostra a efetividade desse serviço junto ao usuário que é alvo de estratégias que se iniciam com o vínculo entre o usuário e a equipe de referência, visando confiança na equipe, ampliando para o melhor entendimento da importância dos mecanismos de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, bem como o acompanhamento longitudinal no tratamento e na reabilitação. Além disso, demonstra que essa metodologia gera sustentabilidade para a instituição de saúde, tendo em vista que é uma prática de alta complexidade e baixa densidade, tornando-se uma estratégia conveniente, produtiva e lucrativa na gestão dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS). Resolução Normativa - RN nº 440, de 13 de dezembro de 2018. Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde. 13 de dezembro 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a

- organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 de setembro de 2017. Seção 1, p, 68.
- BRASIL. Resolução normativa - RN nº 440, de 13 de dezembro de 2018. Agência Nacional de Saúde – ANS.
- FERREIRA, S. R. S. Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
- SILVA, L. A. A Vigilância Permanente da Saúde e o Método Epidemiológico. Rev. Saúde públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008a.
- SILVA, L.A. Uma proposta metodológica para avaliar a eficácia de sistemas municipais de vigilância em Saúde no Brasil: uma aplicação a municípios catarinenses. 2008. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008b.
- STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

AValiação da Qualidade de Vida de Familiares de Crianças Atendidas em Serviço de Reabilitação Neurológica Infantil de um Município da Região Sudeste do Brasil

Maralu Gonzaga de Freitas Araújo¹, Maria Odete Pereira², Mirela Castro Santos Camargos³, Adriano Marçal Pimenta⁴

PALAVRAS-CHAVES: Qualidade de vida, Cuidador familiar, Criança, Lesões neurológica.

INTRODUÇÃO

O surgimento de alterações neurológicas em crianças, seja ao nascimento ou nos primeiros anos de vida pode gerar, nos familiares, uma série de reações diante do inesperado, tornando-os susceptíveis ao desenvolvimento de problemas relacionados à depressão, angústia, fuga e rejeição ou superproteção. A criança que participa de atendimentos com especialistas em reabilitação e suporte apropriado apresenta maiores oportunidades de viver independente e isso poderia minimizar os níveis de estresse dos pais. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida (QV) como a percepção do indivíduo acerca de sua vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Na pesquisa bibliográfica realizada acerca da temática, observou-se que os estudos existentes abordam a qualidade de vida de familiares cuidadores de crianças deficientes, porém são escassos aqueles que relacionam esta percepção ao processo de reabilitação. Essa questão despertou curiosidade investigativa, levando a mestranda a desenvolver a presente pesquisa, no âmbito do mestrado profissional. Dessa forma, o presente estudo contribuirá para o avanço da ciência acerca da temática. A estratégia proposta, com o desenvolvimento da pesquisa, a ser implementada no serviço participante do estudo, tem potencial para ser agregada em outros serviços desta natureza, impactando as boas práticas.

¹ Mestre em Gestão de Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais., UFMG. maralugfa@hotmail.com

² Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP); Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). UFMG. m.odetepereira@gmail.com

³ Doutora e Mestre em Demografia pelo CEDEPLAR/UFMG. UFMG. mirelacsc@gmail.com

⁴ Pós-doutor em Saúde Pública pela Universidad de Navarra (Espanha/2013), pós-doutor em Saúde Pública pela Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (Espanha/2020); Doutor e Mestre em Enfermagem pela Universidade de Minas Gerais (UFMG). UFMG . adrianompimenta@yahoo.com.br

OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivos analisar a relação do tratamento de reabilitação de crianças com alterações neurológicas com a percepção de QV do familiar cuidador das mesmas; descrever o perfil sociodemográfico e avaliar a QV destes familiares; identificar os pontos críticos que impactam negativamente na percepção de QV dos familiares; avaliar a mudança percebida na vida dos familiares em função do tempo de tratamento da criança e; propor estratégias promotoras de QV para familiares cuidadores de criança em tratamento no Centro de Referência em Reabilitação - CRR.

MÉTODOS

A pesquisa constituiu um estudo de caso, exploratório, analítico, de abordagem quantitativa, realizada no setor de Neurologia Infantil do CRR de um município de médio porte da região sudeste do Brasil. Os sujeitos da pesquisa foram os familiares cuidadores de crianças atendidos no setor de Neurologia Infantil do CRR, que participavam do processo de reabilitação das mesmas, em fisioterapia; terapia ocupacional ou Fonoaudiologia. O termo familiar cuidador foi adotado neste estudo para designar aquele que, no cotidiano, acompanha a criança nos atendimentos de reabilitação. Os participantes responderam ao questionário demográfico e socioeconômico elaborado para o estudo. O instrumento semiestruturado foi empregado para a coleta de dados como idade, sexo, diagnóstico médico e tempo de tratamento, além dos dados do familiar cuidador: idade, sexo, estado conjugal e condições de moradia e transporte, dentre outros. O instrumento *World Health Organization Quality of Life - versão curta (WHOQOL-Bref)* foi empregado para avaliar a QV. Esse instrumento constitui-se de 26 questões, extraídas do WHOQOL-100, sendo duas questões gerais a respeito da qualidade de vida e as demais distribuídas em quatro domínios: físico; psicológico; relações sociais e meio ambiente. Em complementação, foi avaliada a mudança percebida nas diversas áreas da vida do familiar ao longo do processo de reabilitação da criança. Para isto foi usada a Escala de Mudança Percebida (EMP) – versão do usuário. O instrumento foi adaptado a partir do *Questionnaire of Perceived Changes*, desenvolvido no Canadá. A escala possui 19 itens, avaliados em 3 pontos, variando entre 1 (pior do que antes); 2 (sem mudança) e 3 (melhor do que antes). Essa Escala foi validada para o contexto brasileiro e avaliou a percepção do familiar cuidador com relação às mudanças ocorridas em sua vida, em função do tratamento recebido pela criança. Os itens da EMP estão agrupados em três subescalas ou dimensões: Atividades e Saúde Física; Aspectos Psicológicos; Sono; Relacionamentos e Estabilidade Emocional. Uma questão avalia como a pessoa está se sentindo, em geral, desde que o tratamento da criança teve início.

RESULTADOS

Foram avaliados 32 familiares cuidadores, sendo 30 mães, um pai e uma avó. Dentre os participantes, 81,25% possuíam renda familiar de um a cinco salários mínimos, 71,88% (N=23) viviam com companheiro (casados ou em união estável) e 75% dos familiares (N=24) possuíam mais de um filho. O meio de transporte principal dos familiares foi o ônibus (68,75%). Em relação à avaliação de QV, pode-se observar

que o menor escore, ou seja, pior percepção de QV, relacionava-se ao domínio Meio Ambiente, que avalia os itens segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade); oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte. Os resultados demonstraram que estes são os pontos críticos que refletiram negativamente na QV dos familiares cuidadores da amostra investigada. Foi realizada a correlação entre cada uma das dimensões da EMP investigada com o familiar cuidador e o tempo de reabilitação da criança. Pode-se observar que na dimensão Relacionamento e Estabilidade Emocional houve diferença com significância estatística entre 7 e 12 meses e 13 e 18 meses de reabilitação ($p=0,040$), sendo maior no período de 13 a 18 meses. Estes dados indicaram que, em familiares cuidadores de crianças que se encontravam em processo de reabilitação, entre 13 e 18 meses, as dimensões relacionamento e estabilidade emocional melhoraram com o tratamento da criança, quando comparados a outros períodos de reabilitação.

CONCLUSÃO

Levando em consideração o caráter multidimensional de QV, os familiares cuidadores da amostra deste estudo apresentaram piores escores, ou seja, pior percepção de QV no domínio meio ambiente, que abrange segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros e disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais. Inclui, também, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte. Esses itens foram considerados os pontos críticos que refletem negativamente na QV dos familiares cuidadores na amostra investigada. Houve influência do processo de reabilitação de crianças na percepção de qualidade de vida do familiar cuidador nas dimensões Relacionamento e Estabilidade Emocional e Aspectos Psicológicos e Sono, ou seja, houve percepção de melhora desses itens na vida do familiar após 12 meses de reabilitação. Conclui-se que tal fato ocorreu por melhoria nos aspectos funcionais de crianças com alterações neurológicas leves e moderadas, refletindo-se em melhora na vida dos familiares, ou por aceitação, adaptação e adequação de rotinas a crianças com quadros mais graves de doença neurológica. Em ambos os casos, acredita-se que a convivência positiva com terapeutas e outros familiares que acompanham seus filhos no CRR foi fator positivo de mudança. A sugestão apresentada constitui-se de uma intervenção terapêutica focada na família, com realização de grupos de convivência, troca de experiências, atividades de relaxamento e outras focadas no bem-estar dos familiares esclarecimentos de dúvidas, encaminhamentos corretos para intervenções terapêuticas nos familiares, por meio de auriculoterapia ou atendimentos nas clínicas-escolas das faculdades do município. Associado a isso, a criação de grupos de whatsapp, com orientações e tarefas de bem estar, divulgação e sugestão de atividades de lazer e esporte ofertadas gratuitamente pelo município, poderia minimizar sofrimentos e tornar a percepção de melhora da vida do familiar em um período inferior a 12 meses, o que seria bastante benéfico, tanto para o mesmo quanto para a criança.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Níveis de QV podem direcionar práticas assistenciais cotidianas dos serviços de saúde, já que podem se comportar como um indicador nos julgamentos clínicos de

doenças específicas. Sendo assim, a compreensão acerca da QV do paciente (ou do seu familiar cuidador) incorpora-se ao dia-a-dia de trabalho dos serviços, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde. Assim sendo, acredita-se que conhecer a QV de familiares cuidadores de crianças atendidas em CRR e a mudança percebida em suas vidas, após o início da reabilitação de seus filhos, possa auxiliar a direcionar condutas terapêuticas e favorecer a gestão participativa do setor, fazendo com que todos os profissionais possam gerir em conjunto o serviço, realizando condutas promotoras de melhoria na vida dos familiares e, conseqüentemente, de seus filhos.

REFERÊNCIAS

ALHAZMI A.; PETERSEN R.; DONALD K. A. Quality of life among parentes of South African children with autismo spectrum disorder. **Acta Neuropsychiatrica**, v. 30, p. 226 - 231, 2018.

ALMEIDA, K.M., FONSECA, B.M., GOMES, A.A., OLIVEIRA, M.X. Fatores que influenciam a qualidade de vida de cuidadores de paralisados cerebrais. **Fisioter Mov.**, v. 26, n. 2, p. 307-14, 2013.

ARAÚJO, C.A.C., PAZ-LOURIDO, B.; GELABERT, S.V. Tipos de apoyo a las familias com hijos com discapacidad y su influencia em la calidad de vida familiar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3121-3130, 2016.

BANDEIRA, M. B. *et al.* Percepção dos Pacientes sobre o Tratamento em Serviços de Saúde Mental: validação da Escala de Mudança Percebida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 2, p. 236-244, 2011.

BARROS, A. L.O. *et al* Quality of life and burden of caregivers of children and adolescents with disabilities. **Spec Care Dentist**. v. 39, p. 380-388, 2019.

BITTENCOURT, Z. Z. L. C., HOEHNE, E. L. Qualidade de vida de familiares de pessoas surdas atendidas em um centro de reabilitação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 4, p. 1235-1239, 2009.

BOURKE, J. *et al.* Physical and mental health in mothers of children with Down syndrome. **J Pediatr**. v. 153, n. 3, p. 320-326, 2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Pessoa com Deficiência**: diretrizes, políticas e ações. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-com-deficiencia>. Acesso em: 24/02/2019

BUZATTO, L. L., BERESIN, R. Qualidade de vida dos pais de crianças portadoras da síndrome de Down. **Einstein**, v. 6, n. 2, p. 175-181, 2008.

CARVALHO, J. T. *Met al.* Qualidade de vida das mães de crianças e adolescentes com paralisia cerebral. **Fisioter Mov.**, v. 23, n. 3, p. 389-397, 2010.

CHAKRABORTY B. *et al.* Stress-mediated quality of life outcomes in parents of disabled children: a case-control study. **J Indian Soc Pedod Prev Dent** , v. 37, p. 237-244, 2019.

DEZOTI, A.P. *et al.* Apoio social a famílias de crianças com paralisia cerebral. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 172-176,2015.

FRANCISCHETTI, S.S.R. **A sobrecarga em cuidadores familiares de crianças portadoras de paralisia cerebral grave.** 2006, 115 f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Movimento) - Universidade Presbiteriana Mackenzie de São Paulo, São Paulo, SP, 2006.

FREITAS, G.L. *et al.* Reabilitação de crianças e adolescentes com mielomeningocele: o cotidiano de mães cuidadoras. **Rev Gaúcha Enferm.**,v. 37, n. 4, 2016.

GREENBERG, J.S.*et al.* The effect of quality of the relationship between mothers and adult children with schizophrenia, autism, or Down syndrome on maternal well-being: the mediating role of optimism. **Am J Orthopsychiatry**, v. 74, n. 1, p. 14-25, 2004.

HEMDI, A.; DALEY, D. The Effectiveness of a Psychoeducation Intervention delivered via WhatsApp for mothers of children with Autism Spectrum Disorder (ASD) in the Kingdom of Saudi Arabia: a randomized controlled trial . **Child Care Health Dev.**, v. 43, p. 933–941, 2017.

JANUARY, A. M. *et al.* Paterns of coping among caregivers of children with spinal cord injury: associations with parent and child well-being. **Families, Systems and Health**, v. 37, n. 2, p. 150-161, 2019.

LAZZAROTTO, R.; SCHMIDT, E. B. Ser mãe de crianças com paralisia cerebral: sentimentos e experiências. **Perspectiva**, Erechim, v.37, n.140, p. 61-72,2013.

LIANG, R. *et al.* Health-related quality of life in Chinese boys with Duchenne muscular dystrophy and their families. **Journal of Child Health Care**, v. 23, n. 3, p. 495–506, 2019.

MATTEVI, B. S. *et al.* Quality of care, quality of life, and attitudes toward disabilities: perspectives from a qualitative focus group study in Porto Alegre, Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 3, n. 3, p. 188–96, 2012.

MOHAMMED, F. M. S.; ALI, S. M.; MUSTAFA, A. A. Quality of life of cerebral palsy patients and their caregivers: a cross sectional study in a rehabilitation center Khartoum-Sudan (2014 –2015). **J Neurosci Rural Pract**, v. 7, p. 355-361, 2016.

MOURYA, R. K.; SINGH, R. N. Quality of life among parents of children with neuro developmental disabilities in relation to family environment, coping style and social support. **Indian Journal of Community Psychology**, v. 16, n.2, p. 379-390, 2016.

MUGNO, D.*et al.* Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 5, n. 22, 2007.

MUTOH, T. *et al.* Impact of Long-Term Hippotherapy on the Walking Ability of Children With Cerebral Palsy and Quality of Life of Their Caregivers. **Front. Neurol.**v. 10.834,p.1-10, 2019.

PEREIRA, M. O., PINHO, P. H., CORTES, J. M. Qualidade de vida: percepção de discentes de graduação em enfermagem. **J Nurs Health**, v. 6, n. 2, p. 321-333, 2016.

PRUDENTE, C. O. M., BARBOSA, M. A., PORTO, C. C. Relação entre a qualidade de vida de mães de crianças com paralisia cerebral e a função motora dos filhos, após dez meses de reabilitação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 2. p. 3-10, 2010a.

PRUDENTE, C. O. M., BARBOSA, M. A., PORTO, C. C. Qualidade de vida de cuidadores primários de crianças com paralisia cerebral: revisão da literatura. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12, n. 2, p. 367-372, 2010b. Disponível em:

<<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a22.htm>doi: 10.5216/ree.v12i2.5778>.

Acesso em: 24 jul 2019.

SCHERTZ, M. *et al.* Family quality of life among families with a child who has a severe neurodevelopmental disability: impact of family and child socio-demographic factors. **Research in Developmental Disabilities**, v. 53-54, p. 95–106, 2016.

SEID, E. M. F., ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2. p. 580-588, 2004.

SILVA, C.X. *et al.* Criança com paralisia cerebral: qual o impacto na vida do cuidador? **Rev. Rene**, v. 11, p. 204-214, 2010.

SOUSA, V.D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I.A.C. Revisão de desenhos de pesquisas relevantes para enfermagem. Parte 1: Desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2007.

SOUZA, J. M. *et al.* Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de crianças com paralisia cerebral. **Rev Bras Promoç Saúde**,v. 31, n. 3, p. 1-10, 2018.

SOUZA, L. R. *et al.* Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cad. Saúde Colet.**,v. 23, n. 2, p. 140-149, 2015.

TARIFA, R.R. **Satisfação e mudança percebida por usuários dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas**. 2014, 155 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

VAZ J. C. *et al.* Cuidado familiar em rambuco, Recife, PE, 2016. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 12, n. 5, p. 1397-1408, maio/2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230852>>. Acesso em: 20 dez 2019.

VEIGA JR, N. N.; CIASCA, S. M.; RODRIGUES, S.D. Qualidade de vida de cuidadores de crianças com PC ou AVC: Estudo comparativo. **RevNeurocienc**, v. 19, n. 4, p. 602-608, 2011.

WU, J.; ZHANG, J.; HONG, Y. Quality of life of primary caregivers of children with cerebral palsy: a comparison between mother and grandmother caregivers in Anhui province of China. **Child: care, health and development**, v. 43, n. 5, p. 718–724, 2017.

XANTHOPOULOS, M. S. *et al.* Caregiver-Reported Quality of Life in Youth with Down Syndrome. **J Pediatr**, v. 189, p. 98-104, 2017.

ZANON, M. A.; BATISTA, N. A. Qualidade de vida e grau de ansiedade e depressão em cuidadores de crianças com paralisia cerebral. **Rev Paul Pediatr**, v. 30, n. 3, p. 392-6, 2012.

ZERBETO, A.B.; Chun R.Y,S. Qualidade de vida dos cuidadores de crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem. **CoDAS**, v. 25, n. 2, p. 128-34, 2013.

DOENÇA FALCIFORME EM ATO: A ARTE ENQUANTO PRODUTO DO TRABALHO E GESTÃO PARTICIPATIVA

Aline Poliana Silva Batista¹; Luiz Carlos Brant Carneiro²

INTRODUÇÃO

A doença falciforme é uma doença genética e de condição crônica com agravos de saúde por muitas vezes emergenciais que se não tratados adequadamente podem levar à pessoa com doença falciforme ao óbito (BRASIL, 2005; 2008).

A arte possui a versatilidade de representar, traduzir e expressar contextos e tempos. A educação em saúde como permissa dos seus instrumentos de trabalho, a educação ocupando-se dos métodos pedagógicos para transformar comportamentos e a saúde dos conhecimentos científicos capazes de intervir sobre as doenças. As práticas de educação em saúde permitem a criticidade e reflexão, além de propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade. Embora por muitas vezes estão relegadas a um segundo plano no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão (FALKENBERG et al, 2014).

O Role Playing pode ser utilizado como uma estratégia de intervenção coletiva, sendo mediada pelo teatro, onde os participantes interpretam e dramatizam de maneira improvisada as problematizações. Sua origem está associada ao psicodrama e no teatro espontâneo e com o foco na interação entre os participantes, permitindo uma reflexão sobre o contexto vivenciado no exercício prático (SILVA, 2016).

Enquanto técnica, o Role-Playing favorece a construção de conhecimento a partir da reflexão crítica sobre experiências, próprias ou de seus pares, sendo uma estratégia educativa eficaz com a perspectiva de troca e construção coletiva de saberes (RABELO e GARCIA, 2015).

OBJETIVOS

Os objetivos desse trabalho foi discutir e produzir por meio da gestão participativa e da arte, a doença falciforme na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa com caráter exploratório visando desenvolver as ações de cuidado às pessoas com doença falciforme por profissionais de saúde e usuários de uma Unidade Básica de Saúde de uma metrópole da Região Sudeste do Brasil.

A metodologia da pesquisa-ação foi utilizada por contribuir na identificação, descrição e delineamento das ações que podem ser desenvolvidas visando o cuidado à pessoa com doença falciforme. Para a pesquisa, serão seguidos os critérios metodológicos fundamentados em Thiollent (2008).

¹ Mestre em Gestão de Serviços de Saúde, Escola de Enfermagem/UFMG, alinepsb@hotmail.com.

² Doutor em Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem/UFMG, brant.ufmg@gmail.com.

A técnica de obtenção de informações foi fundamentada como Grupo Focal visando às discussões sobre o autocuidado, compartilhamento de informações e saberes na perspectiva do Trabalho e Gestão Participativa (GATTI, 2005).

O método de análise das informações foi hermenêutica-dialética fundamentada Minayo (2014), visando a compreensão da fala dos atores sociais e seu contexto. Tem como ponto de partida a fala e ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala.

RESULTADOS

O método de análise a hermenêutica-dialética permitiu a busca da compreensão da realidade por meio da linguagem, introduzindo o princípio do conflito e da contradição (BRANT, 2008).

Os passos de operacionalização da pesquisa foram a ordenação das informações por meio de transcrição, releitura e organização dos relatos. Posteriormente a Classificação dos registros por meio de leitura exaustiva a partir de questionamentos e fundamentação teórica para a Análise Final que busca estabelecer articulações entre as informações e os referenciais teóricos da pesquisa (MINAYO, 2002) (MINAYO, 2014).

O quadro de elaboração própria, foi produzido apenas para elucidar o que foi dialogado durante a realização do grupo focal.

Tópicos abordados	Temas que foram dialogados
Desconhecimento da Doença Falciforme	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento inadequado; • Assistência ineficaz; • Dificuldade no acesso e atendimento nos serviços de saúde e atendimento às demandas.
Capacitação em serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Mudança na prática a partir do conhecimento; • Diálogo; • Educação em saúde.
Promoção do vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Fragmentação do vínculo; • Ações de fortalecimento do vínculo.
Ações de vigilância à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento pela UBS; • Solicitação de exames; • Acompanhamento pela UBS.
Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Ações para prática do autocuidado por ciclo de vida.

CONCLUSÃO

A doença falciforme deve ser entendida pelo Estado como uma doença crônica, de alta prevalência e expressiva morbimortalidade. E que a dificuldade no acesso, atendimento e demandas das pessoas acometidas podem impactar diretamente na sobrevivência e na qualidade de vida.

A Educação Permanente e a Educação em Saúde têm se demonstrado como estratégias eficazes no combate ao desconhecimento da doença pelos profissionais

nos serviços de saúde visando a melhoria da qualidade da assistência, vínculo e cuidado.

A utilização de recursos de tecnologia leve e baixo custo como o role-playing demonstrou-se como uma estratégia eficaz viabilizando o empoderamento dos participantes e um vínculo de unidade com o grupo participante.

Ações educativas com a temática de autocuidado a partir do diálogo permitem a reflexão do sujeito ao se colocar no lugar do outro, não sensibilizando somente ao profissional, mas com a possibilidade de tocar na alma do sujeito.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A viabilização das ações de educação em saúde por meio da pactuação entre a gestão, controle social e população são essenciais para efetividade de ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos na doença falciforme.

REFERÊNCIAS

- BRANT, L.C; MINAYO-GOMEZ, C. Manifestação de sofrimento e resistência ao gerenciamento de trabalho. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 237-247, junho de 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento: A saúde da população negra e o SUS: ações afirmativas para avançar na equidade. Brasília: Editora MS, 1ª ed. Série B. Textos Básicos em Saúde; 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Especializada. Manual de Educação em Saúde. Volume 1 - Autocuidado na Doença Falciforme. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Editora MS, 2008.
- CARVALHO, S.R. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudanças. São Paulo: Hucitec, 2005. 183 p.
- FALKENBERG, M.B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, Mar. 2014.
- GADAMER, H.G. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 731p.
- MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F. Caminhos do pensamento: epistemologia e métodos. Editora Fiocruz 380p (Criança, mulher e saúde). Rio de Janeiro: 2002.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed., São Paulo: Hucitec, 2014.

SILVA, PHS. O Role-playing game (Rpg) como ferramenta para o ensino de Física. Dissertação de Mestrado em Ensino de Física do Instituto de Física da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 2016.

SOARES, L. F. et al. Prevalência de hemoglobinas variantes em comunidades quilombolas no estado do Piauí, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v22, n11, p.3773-3780, 2017.

RABELO, L. GARCIA, V.L. Role-Play para o Desenvolvimento de Habilidades de Comunicação e Relacionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39 (4): 586-596; 2015.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 16 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

A FORÇA DE TRABALHO DA ENFERMAGEM E SUA PARTICIPAÇÃO POLÍTICA NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Farley Sindeaux Ribeiro¹, Carolina Angélica de Brito Silva², Livia Cozer Montenegro³

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Participação Social; Conselhos de Saúde.

INTRODUÇÃO

A força de trabalho da enfermagem tem impactos significativos na vida das pessoas e apresentam um potencial transformador da ordem social vigente, em favor da consecução dos direitos as pessoas, na perspectiva da construção de uma sociedade livre, justa, sem exploração e discriminação de qualquer natureza, visando ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde e da democracia (ABEN, 2018). Somente em Minas Gerais a equipe de enfermagem soma um contingente de aproximadamente 190 mil profissionais que produzem 80% das ações de saúde em escalas de plantões, 24 horas por dia, ininterruptas, no trato direto com milhões de mineiros que dependem do Sistema Único de Saúde (COREN, 2020). Isto significa que a atuação da enfermagem vai desde o acolhimento em todas as unidades de saúde da rede de serviços até os centros mais complexos, onde os profissionais da enfermagem desafiam as dolorosas insuficiências materiais, de repressão da demanda, das doenças, sofrimentos e arranjos organizacionais para continuar tecendo linhas de cuidados, assistindo, gerenciando, orientando e formando pessoas e profissionais para adesão incondicional a doutrina do Sistema Único de Saúde e ao valor da solidariedade e direitos humanos. Considerando a importância da força de trabalho da enfermagem no cenário da saúde pública, o Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais foi parceiro do Conselho Estadual de Saúde na realização do Primeiro Seminário Estadual da Força de Trabalho da Enfermagem no Sistema Único de Saúde na tentativa de aumentar a participação política da enfermagem, organizar as categorias de enfermagem e definir uma agenda prioritária para promover ações e formular políticas de saúde que valorizem a enfermagem e o Sistema Único de Saúde.

OBJETIVOS

Organizar a participação da enfermagem por meio de uma agenda prioritária para a promoção de ações e formulação de políticas de saúde que valorizem a enfermagem e o Sistema Único de Saúde.

MÉTODOS

Trata-se da apresentação dos resultados do primeiro Seminário Estadual da Força de Trabalho da Enfermagem no Sistema Único de Saúde que percorreu treze macrorregiões do Estado de Minas Gerais definidas pelo Plano Diretor de Regionalização durante o mês de dezembro de 2018. Os participantes foram

¹ Enfermeiro e Bacharel em Direito. Especialista em Saúde da Família. Enfermeiro Fiscal e Coordenador da Comissão de Ética de Enfermagem do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Email: farley.ribeiro@corenmg.gov.br

² Enfermeira. Diretora do Sindicato dos Enfermeiros de Minas Gerais. Colaboradora da Comissão de Ética do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Email: britto-carol@hotmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Conselheira Suplente do Conselho Regional de Enfermagem. Membro do Núcleo de Pesquisa NUGES-EEUFMG. Email: liviacozermontenegro@gmail.com

convidados por meio dos Conselhos Municipais de Saúde das cidades polos e incluiu convite aos estudantes e profissionais de enfermagem de nível técnico e superior e usuários do Sistema Único de Saúde. A condução do Seminário foi realizada com a participação das entidades de enfermagem do Estado de Minas Gerais e do Conselho Regional de Enfermagem da seguinte maneira: Na primeira etapa, os participantes eram acolhidos, realizavam suas inscrições que continham perguntas relacionadas ao perfil profissional dos participantes e recebiam um caderno de texto elaborado em conjunto pelas entidades de enfermagem e pelo Conselho Regional de Enfermagem. O caderno de texto, apresentava questões a respeito da enfermagem e propostas distribuídas em cinco eixos, a saber: 1-Práticas que valorizem o trabalho em enfermagem como força motriz de transformação da sociedade; 2- Ações e práticas educativas que afirmam a construção de um projeto coletivo da enfermagem para o exercício da democracia numa sociedade equânime; 3- Conhecimentos e habilidades que compõem a identidade profissional e que contribuem para o empoderamento da enfermagem na oferta de boas práticas no Sistema Único de Saúde; 4- O ambiente de trabalho da enfermagem e suas reverberações na atenção aos usuários e usuárias do Sistema Único de Saúde; e 5- A enfermagem em busca da consolidação da participação e do controle social. Após esta etapa, a mesa era composta pelas representantes das entidades, do Conselho Regional de Enfermagem e do Conselho Estadual de Saúde com direito a falas curtas de boas-vindas. Na terceira etapa, foi apresentado os objetivos do seminário e realizada uma apresentação acerca das práticas da enfermagem no Sistema Único de Saúde. Após a apresentação os participantes foram divididos em grupos aleatórios para a discussão das propostas que compunham o caderno de textos. Vale ressaltar que nesta etapa as propostas apresentadas no caderno de texto poderiam ser rechaçadas pelos participantes, elaboradas de outras maneiras ou mantidas com a descrição original. Durante as discussões cada grupo elegeu um relator e um representante que conduziram as discussões do grupo e apresentaram cinco propostas prioritárias de cada eixo.

RESULTADOS

O seminário contou com a participação de 762 pessoas. Dessas, 300 eram enfermeiras, formadas em escolas privadas (55%) e trabalhadoras dos SUS (69.3%). 203 se intitularam técnicos de enfermagem, majoritariamente do gênero feminino (88%) e trabalhadores do SUS (82.3%). Participaram também, 206 estudantes de enfermagem, do gênero feminino (88.7%) de escolas privadas (49,5%) e a maioria do ensino superior (99.4%). E ainda, 43 usuárias do SUS, majoritariamente feminina (58.1%), com nível de médio completo de escolaridade (46.5%). Esse público, discutiu as propostas, elegendo as vinte e cinco prioritárias de cada município polo. Foram apresentadas ao total 431 propostas prioritárias para enfermagem no Estado de Minas Gerais, sendo sua maioria relacionadas ao eixo 1 com 95 propostas, eixo 2 com 93, eixo 3 com 89, eixo 4 apresentou 82 e eixo 5, 72 propostas. Após o exercício de priorizar as propostas cada município foi convocado a eleger representantes para participarem como representantes no Seminário final que ocorreu na capital mineira a fim de discutirem e elegerem as propostas finais para a consolidação da agenda de prioridades para enfermagem mineira. Foram eleitos para etapa final oito representantes de cada cidade polo. Das 431 propostas os representantes da Enfermagem das treze macrorregiões do Estado de Minas Gerais concluíram uma agenda com 27 propostas prioritárias para enfermagem mineira. Essas 27 escolhidas trazem à tona propostas de defesa incondicional do SUS, da necessidade de incorporação do processo de enfermagem como eixo fundante e estruturante do

cuidado e da formação em enfermagem e reestruturante dos modelos de atenção em saúde, da oferta de cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades dos indivíduos e da família e perfis epidemiológicos da população, reconhecendo os contextos e as políticas sociais de cada um, da criação de planos de carreira, cargos e salários nacional com isonomia por escolaridade e ingresso/admissão por meio de concurso público, bem como o estabelecimento de um piso salarial nacional para a categoria da enfermagem. E por fim, propostas que incentivem a categoria a participar dos conselhos de saúde.

CONCLUSÃO

A organização coletiva do Seminário Estadual da Força de Trabalho da Enfermagem no Sistema Único de Saúde foi uma experiência exitosa que demonstrou que quando as entidades se propõem a trabalhar por um coletivo a enfermagem avança com uma agenda política para nortear suas ações. Ao percorrer o Estado foi possível identificar lideranças da Enfermagem, bem como as singularidades do trabalho da categoria em cada região do Estado. Este trabalho, registrou a participação da enfermagem no SUS, por meio do controle social aumentando sua visibilidade e principalmente uma força de trabalho competente quando está unida.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Compreendendo que a gestão do Sistema Único de Saúde tem os Conselhos de Saúde como a instância máxima de deliberação de políticas públicas e que a força de trabalho da enfermagem representa o maior contingente de trabalhadores do Sistema, além de ser a categoria com maior número de gestores nos serviços de saúde. Considera-se o Seminário Estadual da Força de Trabalho da Enfermagem no Sistema Único de Saúde ampliou as possibilidades para o fortalecimento do Controle Social, bem como estabeleceu uma agenda política com posicionamentos concretos para Enfermagem mineira.

REFERÊNCIAS

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem. Anais do 69º Congresso Brasileiro de Enfermagem. O trabalho de enfermagem na construção de uma sociedade democrática, 2018. Disponível em: <http://abeneventos.com.br/69cben/anais/edicao-evento.htm>. Acessado em: 23/07/2020.

Coren – Conselho Regional de Enfermagem. Dados atuais do número de profissionais cadastrados, 2020. Disponível em: www.corenmg.gov.br. Acessado em: 25/07/2020.

AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA MATERNIDADE

Elaine Cristina de Souza Ferreira¹; Eliane Marina Palhares Guimarães²;

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente; Maternidade; Equipe Multiprofissional.

INTRODUÇÃO

O presente estudo traz um olhar para a “segurança do paciente” tal como assunto já tratado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) definindo-o uma lógica de redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável, abarcando o conhecimento atualizado, os recursos existentes e o cenário em que a assistência foi prestada (WHO, 2009). No ano de 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente por meio da Portaria nº. 529 e no mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) - nº. 36 de 2013, regulamentou as ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e torna obrigatória a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nas organizações de saúde (BRASIL, 2013). Em ambiente hospitalar de uma maternidade há de se considerar algumas particularidades como: cenários clínicos com duas vidas - mãe e recém-nascido, longa duração do cuidado: pré-natal, parto, puerpério, Unidades de Cuidados Intermediários (UTI), diversidade de locais e profissionais envolvidos no processo, valores assimétricos entre médico e mulher/família, expectativa de resultado sempre positivo (BRASIL, 2014). Os princípios da qualidade como: Segurança – não sofrer danos; Efetividade – melhores evidências visando o melhor resultado; Centralidade no paciente – respeito às experiências e valores; Oportunidade – intervenções no momento apropriado; Eficiência - utilização racional de recursos para um bom resultado; Equidade – assegurar o mesmo nível de cuidados para todos, devem ser contemplados na construção do plano de segurança nas instituições que prestam assistência materna e neonatal (BRASIL, 2014). O trabalho proposto avaliou a implementação do Núcleo de Segurança do Paciente a partir da percepção dos trabalhadores sobre a cultura de segurança do paciente, após dez meses de sua implementação em uma Maternidade na região metropolitana de Belo Horizonte/MG. Foi proposto um Projeto de Intervenção com medidas a serem implementadas a curto e médio prazo que assegure a consolidação do Núcleo de Segurança do Paciente, garantindo a consecução de seus objetivos para melhoria da qualidade da assistência de forma segura.

OBJETIVOS

O objetivo geral do estudo foi avaliar a Implementação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) a partir da percepção dos servidores após dez meses da sua criação

¹ Enfermeira, Universidade Federal de Minas Gerais, elaineufmgmestrado@gmail.com.

² Professora Orientadora Doutora do Mestrado Profissional em Gestão de Serviço de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais. elianemg@gmail.com

em uma Maternidade na região metropolitana de Belo Horizonte/MG. Já os objetivos específicos foram assim definidos: avaliar a percepção da cultura de segurança do paciente na instituição; conhecer atitudes seguras e inseguras das equipes assistenciais multiprofissionais, apoio diagnóstico e administrativo, após dez meses de implantação do NSP e propor ações que assegurem o funcionamento do NSP, garantindo a consecução de seus objetivos para melhoria da qualidade da assistência.

MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se por uma pesquisa do tipo descritiva, mediada pela Pesquisa Ação, de caráter cooperativo e técnico, cujo método de coleta de dados compreendeu dados quantitativos e qualitativos. A pesquisa projeto, após aprovado na instituição acadêmica foi registrado na plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP) e foi submetido ao Comitê de Ética do Fundo Municipal de Saúde de Betim como instituição coparticipante. Após aprovação final do projeto, a coleta de dados foi iniciada na Maternidade Pública de Betim *Haydée Espejo Conroy*, inaugurada em 1994, presta atendimento integral às mulheres nas diferentes fases do seu ciclo biológico vital, com ênfase nas especialidades obstétrica e ginecológica, bem como nos recém-nascidos, sendo essa clientela 100% usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). O Núcleo de Segurança do Paciente foi implementado considerando a especificidade da assistência materno e infantil, contexto que a Maternidade está inserida, a política de saúde pública atual e as pactuações do Município de Betim com o Ministério da Saúde. A coleta de dados foi realizada em duas etapas, sendo uma com a aplicação do Questionário de Atitudes Seguras e para a percepção dos servidores sobre a cultura de segurança do paciente após a implantação do NSP na instituição, a pesquisadora utilizou a técnica de grupo focal.

RESULTADOS

Foi possível evidenciar fatores relevantes para a estruturação do Núcleo de Segurança do Paciente e fortalecimento de uma cultura de segurança na instituição. No entanto, fatores intrínsecos ao processo assistencial e gerencial, como a falta de investimento e de recursos necessários, têm comprometido a implementação de ações para o funcionamento mais robusto do NSP-MPMB. Oferecer uma assistência à saúde segura está implícito todos os procedimentos, como a realização da ficha de atendimento pela recepção até o procedimento de alta complexidade como uma cirurgia corroborando com Lima Jr et al., (2019). O tempo estimado para a avaliação das mudanças na cultura de segurança do paciente na instituição serão percebidas com mais ênfase, transcorrido tempo suficiente para mudança de comportamento dos profissionais como citado por Waleed et al. (2019). Ressaltam-se alguns trechos que retratam a percepção dos participantes sobre a cultura de segurança. A cultura da segurança envolve mudança de comportamento, conscientização da equipe, colaboração entre os profissionais e, sobretudo, a própria segurança de cada profissional. A satisfação no trabalho na Instituição estudada está muito relacionada com o trabalho em equipe. O vínculo e a motivação entre os membros da equipe são pontos fortes na construção da cultura de segurança e na credibilidade da instituição. Ficou evidente a importância da segurança na terapia medicamentosa como estratégia para melhoria na cultura de segurança do paciente na Instituição.

CONCLUSÃO

O estudo apontou que mudar uma cultura de segurança do paciente na instituição de saúde requer tempo e investimento tanto por parte dos gestores locais como dos níveis centrais, que uma política de cultura de segurança do paciente requer um trabalho contínuo, que estimule a participação ativa dos servidores e gestores, tanto na construção dos fluxos, rotinas e protocolos institucionais como na execução de suas atividades assistenciais. Destaca-se que uma cultura de segurança forte está atrelada a um trabalho em equipe multidisciplinar, com uma comunicação clara e efetiva. As hierarquias existentes nas relações entre a equipe da instituição não podem comprometer o processo de identificação e notificação dos eventos adversos ocorridos na organização de saúde. Entre as dificuldades que permeiam a construção de um trabalho em equipe, destaca-se o desconhecimento do papel de todos os membros da equipe, demonstrando a necessidade de superar a comunicação fragmentada dos profissionais em relação a assistência ao paciente. É importante ressaltar a necessidade de implementação e manutenção das metas de segurança do paciente, como a comunicação efetiva entre a equipe, identificação correta do paciente, gerenciamento dos medicamentos de alta vigilância, redução dos índices de infecções por meio de práticas de lavagens das mãos e realização de cirurgias segura e, no caso da maternidade, o parto e nascimento seguros.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Como contribuições e implicações para a gestão de serviços de saúde foi proposto como produto técnico da dissertação ações voltadas para o fortalecimento e manutenção de funcionamento do Núcleo com a participação da Secretaria Municipal de Saúde do Município, com investimento de recursos que possibilitem a implantação e manutenção das metas de segurança do paciente. Entre as principais ações podem ser citadas aquelas direcionadas à comunicação, tais como a implantação do prontuário eletrônico, de pulseiras de identificação do paciente, de placas de identificação do paciente a beira do leito, de etiquetas para identificação de solicitação dos exames e amostras dos mesmos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013(a). Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade**. Brasília, 2014.

Disponível em:

<<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Servi%C3%A7os%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Materna%20e%20Neonatal%20-%20Seguran%C3%A7a%20e%20Qualidade.pdf>>. Acesso em: 20jan. 2019.

LIMA Jr. A. J. et al. Por que que eu preciso aprender sobre segurança do paciente?

In: BIOPSIN, P. S. et al. (org). **Guia prático para Segurança do paciente**. Porto Alegre: Moriá, 2019. 255p.

WALEED, A. N. et al. "Cultura de segurança do paciente em unidades de maternidade: uma revisão", **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 32, n. 4, p. 662-676, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1108/IJHCQ>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety: A world alliance for safer health care**. 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E DE ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Ederson Alves da Silva¹, Laura Letícia Perdigão Guerra², Livia Cozer Montenegro³.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Serviços de Saúde; Conselhos de saúde; Participação Social

INTRODUÇÃO

Os Conselhos de Saúde fazem parte da estrutura das Secretarias de Saúde, legitimados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990). Os Conselhos de saúde apresentam caráter permanente, são deliberativos e são constituídos paritariamente por indivíduos representantes da sociedade civil, dos prestadores de serviços ou gestores e profissionais de saúde. A atuação dos Conselhos de Saúde está centrada na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde nos níveis regionais, municipais, estaduais e nacional, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. Portanto, é por meio dos Conselhos de Saúde que a comunidade participa da gestão pública nas políticas de saúde, fiscaliza a aplicação dos recursos de saúde, no controle da execução da política de saúde, nos aspectos econômicos e financeiros, analisa o plano de saúde e os relatórios de gestão. Seu funcionamento amplia possibilidade de o cidadão atuar de maneira contínua junto ao Estado com suas demandas, aproximando a construção e execução de políticas públicas às reais necessidades da população. A participação do cidadão tem sido princípio fundamental nas políticas públicas em todo o mundo e de acordo com a Resolução 453, de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012), os conselhos devem ter garantido pelo Estado o direito da autonomia administrativa, a necessária infraestrutura e dotação orçamentária para seu pleno funcionamento. Apesar disso, muitos municípios têm apresentado dificuldades na organização e estruturação de Conselho de Saúde colocando em risco o repasse de recursos para o pleno funcionamento dos serviços de saúde municipais (VIEIRA, 2010).

OBJETIVO

Descrever as características estruturais e de organização dos Conselhos Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais

¹Mestrando em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: edersonalvesbh@yahoo.com.br

²Acadêmica de Enfermagem do 10º período da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: laura16311216@gmail.com.br

³Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da. Membro do Núcleo de Pesquisa NUGES-EEUFMG. E-mail: liviacozermontenegro@gmail.com.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo que buscou caracterizar a estrutura e organização dos Conselhos Municipais de Saúde utilizando tabelas com apresentação de médias e frequências. Os dados foram coletados por meio da Base de dados do Cadastro dos Conselho de Saúde do Estado de Minas Gerais (CADCES) disponível online, no período de julho de 2020. O Banco de dados foi tratado e incluído para análise no Software Epiinfo versão 7.0. Foram analisadas as variáveis que apresentassem informações referentes a: número de conselho de saúde no Estado, número de conselheiros médio por macrorregião, número de conselho que estão organizados segundo critério de paridade, número de conselho que apresentam sede própria e aqueles que oferecem curso de capacitação para conselheiros de saúde. Os resultados foram apresentados por meio de frequências absolutas e relativas.

RESULTADO

O Estado de Minas Gerais apresenta um total de 842 Conselhos Municipais de Saúde registrados no CADCES. A Macrorregião Sul do Estado é a que apresenta o maior número de Conselhos Municipais com um total de 127, seguido da Macrorregião Leste (138) e posteriormente a Macrorregião Centro (103). A região do triângulo mineiro apresenta o menor número de Conselhos Municipais, sendo respectivamente 27 (Triângulo do Norte) e 26 (Triângulo do Sul). O número de Conselheiros de Saúde em todo o Estado é de 841, porém apenas 612 Conselhos apresentam a paridade exigida por Lei. Do ponto de vista estrutural 113 Conselhos apresentam sede própria para seu funcionamento e 359 oferecem programas de capacitação para conselheiros.

CONCLUSÃO

O modelo de Estado adotado no Brasil tem nuances de uma democracia representativa e participativa, sendo consolidada por inúmeras leis responsáveis pela sistematização da participação nas políticas públicas. Este modelo impulsiona a participação social como um conceito central na discussão sobre democracia. Porém o aprimoramento dos mecanismos de participação, legítimos como os Conselhos de saúde carecem de investimentos. Apesar da obrigatoriedade da organização dos conselhos e seu ativo funcionamento para o repasse de recursos para saúde no âmbito municipal, há 11 conselhos no Estado de Minas gerais que não foram constituídos ou cadastrados. Outro aspecto que merece atenção é a ilegalidade de conselhos atuando sem a devida paridade instituída por Lei Orgânica. No que tange a estrutura para o adequado funcionamento 729 não possuem sede própria. Conclui-se que do ponto de vista organizativo e estrutural os recursos físicos e representativos ainda não são suficientes para garantir a autonomia dos conselhos de saúde e a efetiva participação da população na tomada de decisão na gestão do Sistema Único de Saúde. Pode-se afirmar que a participação prevista na legislação não representa necessariamente a garantia de participação no cotidiano do sistema.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA O CAMPO DA SAÚDE

Os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde. Dessa maneira, é possível afirmar

que eles atuam como instâncias que propõem, discutem, acompanham, deliberam, avaliam e fiscalizam a implementação da política nacional de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A estruturação e organização dos conselhos são fundamentais para apoiar os conselheiros de saúde a tomarem decisões autônomas e mais adequadas as necessidades dos cidadãos. Uma vez que, estes conselhos se encontram fragilizados, limita-se a possibilidade de participação social abrindo espaço para discussões unilaterais e centralizadas que repercutem em iniquidades na saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012. Estabelece as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br>

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. Disponível em: http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.

VIEIRA, M. Modelo de Avaliação da Gestão da Participação Popular em Sistemas Municipais de Saúde. Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

GESTÃO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE: DESAFIOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Marolina Aparecida Barroso dos Santos¹, Hugo Leonardo Antunes Fonseca², Livia Cozer Montenegro

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Covid-19.

INTRODUÇÃO

Desde o princípio de 2020, o mundo enfrenta o maior desafio sanitário do século XXI com a Pandemia da Covid-19. O enfrentamento dessa doença no território nacional exigiu agilidade, organização e adaptação dos serviços de saúde para atendimento à população em toda Rede de Atenção à Saúde, razão pela qual, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte publicou diversas Notas Técnicas com recomendações para a adequação do atendimento no Sistema Único de Saúde (GUIMARÃES, 2020). Na Atenção primária à saúde (APS), a capilaridade das suas ações por meio da coordenação do cuidado às pessoas que apresentavam síndromes gripais e o monitoramento das condições de saúde da população exigiu dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tomadas de decisões rápidas que visassem melhor adequação entre a necessidade do usuário e a capacidade da UBS oferecer um serviço em acordo com as demandas do território. No Centro de Saúde Cachoeirinha (CSC), diversas ações foram realizadas a fim de garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde, sobretudo os pacientes com sintomas gripais, outras queixas clínicas e portadores de condição crônica. Em cumprimento as Notas técnicas, foi necessário adaptar o processo de trabalho das equipes de saúde no CSC com a incorporação de novas rotinas. Por se tratar de uma patologia ainda sem tratamento medicamentoso comprovado e sem vacinas para o seu controle, a organização do trabalho em uma UBS revelou diversos desafios à saúde pública. Dentre os desafios, o distanciamento social e os impactos na renda familiar, sentimentos de medos e incertezas por parte dos trabalhadores e usuários. Na perspectiva da gestão, foram tomadas decisões que contemplasse as medidas de aproximação, acolhida e ao mesmo tempo que garantisse condições adequadas de trabalho a equipe. Nesse cenário, todo esforço foi realizado para que o acesso dos usuários ao serviço de saúde fosse garantido, mantendo a escuta e a avaliação individualizada, buscando-se a integralidade da assistência e a equidade no cuidado em saúde. A organização do trabalho para o atendimento aos usuários, profissionais e demais parceiros na linha de frente é um desafio à gestão da UBS em tempos que requer um rápido engajamento e colaborações mútuas.

¹Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Mestranda do Curso de Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Gerente do Centro de Saúde Cachoeirinha da Prefeitura de Belo Horizonte-MG. E-mail: marolinabarroso@gmail.com.

²Enfermeiro. Especialista em Saúde Pública. Enfermeiro de Equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde Cachoeirinha da Prefeitura de Belo Horizonte-MG. E-mail: huantunes@gmail.com.

OBJETIVOS

Organizar o processo de trabalho no CS Cachoeirinha por meio da construção de fluxos internos de atendimento.

MÉTODOS

O gerenciamento do trabalho assistencial no CSC foi organizado a fim de buscar soluções para evitar a transmissibilidade da doença Covid 19, adotar ações para impedir a propagação do vírus no território, garantir o apoio aos trabalhadores e usuários diante das consequências físicas, psíquicas, sociais e econômicas graves que geram ansiedade, tensão, insegurança, realizar a manutenção da vigilância obsessiva dos sintomas da doença na população, bem como o fornecimento adequado de insumos para a realização das atividades assistenciais. A organização do processo de trabalho ocorreu inicialmente com a realização de encontros semanais. No período de março a julho de 2020 para discussão do processo de trabalho local e implementação de novas rotinas de trabalho com participação ativa dos trabalhadores. As novas rotinas foram implementadas em paralelo as ações de apoio às questões técnicas e emocionais aos trabalhadores, pois foi necessário qualificar a assistência por meio de treinamentos breves, conferências, escutas em pequenos grupos sobre informes técnicos e atualizações da Covid-19. No que tange ao treinamento para o atendimento aos pacientes com queixa respiratória e atualizações técnicas foram realizados treinamento teórico e prático sobre técnica de higienização das mãos, uso de Equipamentos de Proteção Individual e de Suporte de Vida Avançado. Do ponto de vista do apoio emocional foi disponibilizado apoio psicológico aos profissionais e rodas de conversa em pequenos grupos sobre as angústias e incertezas no contexto da Pandemia. Neste aspecto, foi realizada avaliação do adoecimento e afastamento dos profissionais de saúde, por meio de registro em planilha. Com relação as novas rotinas de trabalho algumas adequações físicas foram realizadas com a finalidade de garantir a assistência à saúde segura aos usuários e trabalhadores como fluxo diferenciado de atendimento de pacientes sintomáticos respiratórios. No que diz respeito aos pacientes notificados com síndrome gripal e com a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), os mesmos foram monitorados por profissionais do Núcleo de Apoio da Atenção Básica, equipe de enfermagem e registrados em planilha eletrônica para monitoramento por meio de telefone, a fim de identificar sinais de alerta para a tomada de decisão. Outra frente de trabalho foi o acompanhamento longitudinal dos pacientes com condições crônicas graves por meio da ferramenta de Auditoria Clínica, com avaliação do paciente a partir do registro nos prontuários (PBH, 2020a). A avaliação dos prontuários foi consolidada em planilha, por Equipe de Saúde da Família para atendimento remoto ou presencial direcionado. Ressalta-se que para o apoio emocional dos usuários foi realizada uma ação acolhedora na entrada do CSC na qual foi colocado em um arbusto, denominada de “Árvore dos Desejos”, mensagens motivacionais, escritas em diversos bilhetes coloridos onde os usuários poderiam retirar. Além disso, criou-se um Plantão Psicológico para receber a demanda dos usuários.

RESULTADOS

A construção coletiva da organização do processo de trabalho foi fundamental, pois possibilitou a participação dos trabalhadores nas decisões, ampliando o protagonismo das equipes na oferta de serviços direcionados aos aspectos que envolviam a

pandemia, sem deixar de lado os casos complexos. Percebeu-se que os trabalhadores se sentiram valorizados, acolhidos e seguros, mesmo diante do cenário epidemiológico. Apesar das práticas de gerenciamento adotadas, em função da Pandemia, desde março de 2020 até julho de 2020, foram confirmados três (3) casos de trabalhadores com a doença. No mês de julho de 2020, foram realizadas 65 testagens com Teste Rápido para Covid-19 em profissionais que resultaram negativos. Em relação aos usuários atendidos no CS Cachoeirinha, no mesmo período, 454 foram notificados com síndrome gripal. A totalidade foi monitorado pelos profissionais do CSC, conforme protocolo da Prefeitura (PBH, 2020). Os casos confirmados da doença no território foram 16, dos quais 03 faleceram.

CONCLUSÃO

A Pandemia da Covid-19 exigiu respostas rápidas e assertivas diante de muitas incertezas. Coube ao gerente do CS desempenhar um papel de articulador das mudanças e adequações na UBS para o enfrentamento direto da doença, além de estar atento às situações epidemiológicas do território. A adequação de recursos humanos e materiais constituiu parte importante da gestão, para a otimização do número de profissionais e dos insumos necessários ao atendimento da demanda. O apoio emocional foi reconhecido como parte importante da gestão de UBS, considerando que por meio deste apoio os profissionais sentem-se mais seguros permitindo a população acesso à serviços de qualidade. Foi possível perceber que a APS apresenta um papel fundamental na resposta ao tratamento e acesso aos serviços de saúde em tempo de pandemias, epidemias, surtos e outros agravos à saúde desenvolvendo estratégias mais efetivas por estar mais próxima da população.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Compreendendo a complexidade da gestão da APS, desde a constituição das Redes de atenção à saúde que impõem às UBS a responsabilidade pela continuidade e coordenação do cuidado, especialmente, diante das adversidades como a que ocorreu neste tempo da Pandemia da Covid-19. O olhar gerencial, com o engajamento dos profissionais da APS, contribuiu para a oferta de uma assistência à saúde livre de danos, resolutiva e oportuna. O sucesso das ações realizadas se deve a uma gestão participativa e compartilhada entre os trabalhadores e a comunidade.

REFERÊNCIAS

GUIMARÃES, F.P. *et al.* A organização da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da pandemia COVID-19: relato de experiência. *APS em Revista*, Vol. 2, n.2, p. 74-82, junho de 2020.

PBH. Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) /Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Nota técnica COVID-19 nº 07/2020 - Recomendações para adequação das atividades desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde em situação de surtos/epidemias de Síndrome Gripal e infecção pelo SARS-CoV-2. Minas Gerais, 2020. Acessado em 10 de agosto de 2020. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/nota-tecnica-covid-19-n007_09072020.pdf

PBH. Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) /Prefeitura Municipal de Belo Horizonte Nota Técnica 23 COVID-19 - Proposta de acompanhamento de usuários com condições crônicas na APS, no contexto da pandemia pelo vírus da SARS-CoV-2. Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) /Prefeitura Municipal de Belo

Horizonte, Minas Gerais, 2020a. Acessado em 10 de agosto de 2020. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/>

EIXO TEMÁTICO: TRABALHO E GESTÃO PARTICIPATIVA NA SAÚDE (TGPS)

Coordenadora: Prof^a. Dr^a. Livia Cozer Montenegro

Artigos Completos

A RELAÇÃO DO INIMIGO INVISÍVEL COM A POPULAÇÃO INVISÍVEL: UM ESTUDO DOCUMENTAL SOBRE O NOVO CORONAVÍRUS E A COMUNIDADE QUILOMBOLA

Alexandre Rodrigues Inácio de Azevedo¹

RESUMO

Introdução: Quilombo e quilombola são associados ao povo que supostamente desapareceu durante o período escravagista e o fim da escravidão. As chamadas comunidades remanescentes são aquelas que herdaram características desses espaços, formados por netos e bisnetos de escravos. **Objetivo:** Objetivou-se verificar e analisar a situação dos quilombolas, os impactos da pandemia e quais políticas adotadas para o enfrentamento. A problemática está em quais ações tomadas para se evitar a proliferação do novo Coronavírus nas comunidades quilombolas? **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório do tipo documental, baseando-se em artigos, livros, sites, entrevistas e outros materiais informativos. Utilizou-se a análise de conteúdo para decodificar as informações. **Análise:** No Brasil, negros e pardos somam 54,8% das mortes por covid-19; pessoas brancas são maioria entre os internados (51,4%), mas minoria entre os mortos (43,1%); concentração maior de quilombolas no Norte e Nordeste do país, que possuem a primeira e terceira taxas mais altas de mortalidade por cada 100 mil habitantes. Sofrem constantes ameaças de expropriação territorial, falta de acesso à educação, saúde e saneamento básico, favorecendo a proliferação de doenças. Foram registrados 134 óbitos por Covid desde a primeira morte, em 11 de abril até o último em 09 de julho, média de 1 óbito por dia entre quilombolas. **Conclusão:** Políticas públicas ineficientes. Omissão de dados sobre a população quilombola em relação a Covid e não foram encontradas referências quanto as comunidades e os agravos da pandemia acerca delas. Os dados sociodemográficos encontrados foram emitidos por entidades não governamentais. O atual governo não se preocupa, desdenha, omite informações e com isso, contribui para o extermínio da população e história quilombola, reforçando o racismo estrutural. **Contribuição/Impacto:** Ao fechamento deste artigo, em 09 de julho evidencia a triste marca de 3.034 quilombolas infectados com 134 mortes pela COVID-19. Semana em que o Presidente da República veta projeto que obrigou o Estado a dar água potável e materiais de higiene para indígenas, outro grupo muito afetado pela pandemia. É necessária conscientização da população que um genocídio ocorre no país, que grupos vulneráveis e que fazem parte da história do Brasil podem deixar de existir pela crueldade dos gestores do país. Os gestores da saúde exercem papel fundamental no combate ao Covid e contribuem na implementação de ações que informem a população sobre como se proteger e apoiar a população, como os quilombolas, indígenas e outros povos em situação de vulnerabilidade.

¹ Mestrando em Gestão de Serviços de Saúde – UFMG - e-mail: azevedo.alero@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A ideia de quilombo, talvez, seja de local isolado, repleta de negros escravos fugidos. Em tempos remotos, especificamente no período escravagista, essa noção poderia fazer algum sentido, mas os quilombos não estão apenas ligados ao passado ou ao isolamento.

O conceito de quilombo, extrato do site da entidade Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq), advém do idioma africano quimbunco, que significa sociedade formada por jovens guerreiros que pertenciam a grupos étnicos desenraizados de suas comunidades. Quilombo é a nomeação dada a um grupo social ou irmandade, formada por escravos negros que se opuseram ao regime escravocrata, abolido em 1888 e durou mais de 300 anos no Brasil.

Mesmo com o fim da escravidão os quilombos continuaram a existir não só no Brasil, mas como em vários países da América Latina.

Vivas e atuantes, a Constituição Federal de 1988 declarou as comunidades quilombolas direito de propriedade a suas terras consagradas, conforme diz no Artigo 68: “Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos”. É a representatividade das conquistas das comunidades afrodescendentes em território nacional, resultado das diversas resistências, bravas e destemidas ao regime opressor escravagista no Brasil colônia e do reconhecimento dessa injustiça histórica.

Uma matéria produzida pela revista *Época*, diz que os quilombos foram regiões com grande concentração de escravos que se refugiavam nas matas e montanhas do país durante o período colonial e esse isolamento era uma medida estratégica para garantir a sobrevivência. Esse isolamento também dificultou documentar com profundidade informações sobre as comunidades e por isso há desconhecimento de dados sobre o período, tais como número de pessoas, taxas de natalidade, mortalidade dos quilombolas. Mas isso deve mudar a partir de 2020, quando pela primeira vez o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) incluirá esses dados no censo, de acordo com a revista.

Continuando com informações do artigo, as palavras quilombo e quilombola são associadas ao povo que supostamente teria desaparecido durante o período escravagista e o fim da escravidão. As chamadas comunidades remanescentes são aquelas que herdaram principais características desses espaços, formados por netos e bisnetos de escravos. A revista *Época* ainda compara os inimigos do passado com os atuais, que deixaram de ser os senhores de engenho para, na atualidade, os inimigos são as grandes corporações da construção civil, que com brechas na lei, tentam construir condomínios e resorts em áreas tituladas — e, portanto, protegidas pelo Decreto 4887/2003.

Em todo o Brasil, de acordo com a Conaq, existem 2.847 comunidades quilombolas. Grande parte localizada no Nordeste (1.724), seguida do Norte (442) e Sudeste (375). No Sul do país estão concentradas 175 comunidades e, por fim, o Centro-oeste, com 131.

As comunidades quilombolas estão identificadas em pelo menos 24 estados da federação, dentre eles: Amazonas, Alagoas, Amapá, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba,

Pernambuco, Paraná, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e Tocantins.

De acordo com a Superintendência de Inclusão, Políticas Afirmativas e Diversidade (SIPAD) grande parte das comunidades quilombolas no Brasil não possuem a regularização fundiária de seus territórios, menos de 10% dos territórios reconhecidos que foram titulados. Isso auxilia como dificultador e muitas vezes gerador de conflitos ao tentarem garantir o controle de acessos aos seus territórios, além de contribuir para a vulnerabilidade das comunidades.

Para o IBGE, dados sobre serviços de água, esgoto e lixo apontam desigualdades de infraestrutura entre os domicílios das diferentes regiões do país. No Brasil como um todo, o índice de acesso à rede de água é de 10,2%. Em todo o Brasil, 66,3% dos domicílios possuem coleta de esgoto.

Nas comunidades quilombolas não é muito diferente. Ferreira et al (2011) afirma que a estrutura de saneamento básico, em sua maioria, nas comunidades quilombolas são precárias, refletindo na qualidade de vida e deixando a população mais vulnerável no contágio de doenças.

Os agravos ocasionados pela precariedade de saneamento, conforme Santos e Silva (2014), afeta as condições de saúde das comunidades, seja pela falta de coleta lixo, água ou destinação correta do esgoto. Outro fator que dificulta o acesso à informação e aos serviços de atenção à saúde básica é o baixo índice de escolaridade, que para Silva (2007), compromete a saúde quilombola, causando outras doenças crônicas não transmissíveis e desnutrição.

O diretor geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), Tedros Adhanom, disse em coletiva, conforme divulgado no site da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) que: "A água potável, o saneamento e a higiene em casa não devem ser um privilégio apenas daqueles que são ricos ou vivem em centros urbanos". Ele afirma, concluindo sua fala: "Esses são alguns dos requisitos mais básicos para a saúde humana e todos os países têm a responsabilidade de garantir que todos possam acessá-los".

A falta de água e saneamento coloca bilhões de pessoas em risco de contaminação por Coronavírus. De acordo com recomendações da OMS, a lavagem de mãos é uma defesa básica de primeira linha, sendo a forma mais eficaz de prevenir a propagação da Covid-19.

Givânia Maria da Silva, cofundadora da Conaq, disse em entrevista para o portal de informações UOL que a pandemia da Covid-19 chega em um momento de grande fragilização da saúde nos territórios quilombolas, devido aos desacertos em termos de políticas públicas e as dificuldades enfrentadas por diversas comunidades ao acesso as necessidades básicas, como água para higienização e limpeza das mão, que é a recomendação principal dos órgão de saúde no Brasil e no mundo.

OBJETIVOS

Com base em todas essas informações, este trabalho teve como objetivo verificar e analisar a situação das comunidades quilombolas, os impactos em relação a pandemia e quais políticas adotadas para o enfrentamento. A problemática está em quais ações tomadas para se evitar a proliferação do novo Coronavírus nas comunidades quilombolas?

Este trabalho se justifica pelo fato de estudar as comunidades quilombolas, uma população que historicamente é desprezada pelas entidades governamentais e que carece de recursos durante o momento de enfrentamento de uma pandemia que está causando danos irreparáveis em todo o mundo.

REFERENCIAL TEÓRICO

Como característica definidora de uma pandemia é sua abrangência global e a velocidade com que se propaga. A Covid-19 tem atingido de forma drástica ao mundo todo, inclusive países com sistemas de saúde mais desenvolvidos e preparados para lidar com pacientes com necessidades de cuidados intensivos, afirma a organização MSF.

Ainda de acordo com informações emitidas pela MSF, os coronavírus são uma grande família de vírus que causam doenças que variam do resfriado comum a doenças mais graves, como a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) e a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV). A Covid-19 é a doença do coronavírus provocada pela nova cepa descoberta em 2019, que não havia sido identificada anteriormente em seres humanos.

O Ministério da Saúde informou sobre o primeiro caso do novo Coronavírus no Brasil em 26 de fevereiro de 2020, na cidade São Paulo. Ainda, de acordo com o MS, a confirmação também era a primeira da doença na América Latina. O Brasil teve a primeira confirmação de morte pela Covid-19 também em São Paulo, no dia 17 de março, conforme dados emitidos pelo portal de notícias G1.

A Covid-19 tem avançado não apenas nos centros urbanos, sua expansão em suas áreas rurais causa preocupação. Os quilombos brasileiros, conforme levantamento realizado pela Conaq, já notificaram 134 mortes causadas pelo novo coronavírus. Esses dados mostram que a taxa de letalidade da doença entre os quilombolas é alta, e média de um óbito a cada dia. A Conaq afirma que se a doença mantiver o ritmo de alastramento que vêm demonstrando, poderá ter um impacto devastador nas comunidades quilombolas, visto a desigualdade de enfrentamento à doença nas periferias dos grandes centros urbanos.

Já na comunidade quilombola, conforme diz a Conaq, a primeira morte identificada ocorreu em 11 de abril, a vítima era um homem de 57 anos, que residia em um quilombo na cidade de Macapá. Já foram identificadas mortes por Covid-19 de moradores de quilombos de outros estados como do Amapá, Pará, Pernambuco, Goiás, Bahia, Ceará, Maranhão e Rio de Janeiro.

Se levar em conta as subnotificações de casos no país, as estatísticas podem piorar ainda mais esse quadro. Não há divulgação detalhada de dados sociodemográficos das vítimas, como raça/cor, gênero ou se a transmissão da doença e a morte ocorreram entre moradores de comunidades negras formadas por descendentes de escravos.

No dia 24 de abril, o IBGE estimou, com base nos dados de 2019, que existem 5.972 localidades quilombolas. Para o IBGE, localidade é considerada um lugar onde há um grupo de habitantes permanentes, vivendo em conjunto, com no mínimo 15 indivíduos.

A população que se considera quilombola será identificada pela primeira vez no próximo Censo. Contudo, ainda de acordo com o IBGE, não há estimativa dessa população e calcula-se que no território nacional estejam distribuídos por mais de 1.672 municípios brasileiros, número maior que das localidades indígenas, que estão divididas em 827 municípios.

Observa-se que das localidades quilombolas existentes no país, apenas 404 são reconhecidas oficialmente como território, ou seja, já documentadas. Outras 2.308 são denominados agrupamentos quilombolas e o restante, 3.260, identificados como outras localidades quilombolas.

Gabriel Colombo de Freitas, mestre pelo Programa de Pós-Graduação Interunidades em Ecologia Aplicada da USP e desenvolvedor de pesquisas sobre Processos de Titulação de Comunidades Quilombolas, em entrevista ao Jornal da USP, afirma que o grau de letalidade da doença dentro do grupo de quilombolas é duas vezes maior que no restante do país. Ele associa isso ao fato de as comunidades terem pouco acesso à saúde, serem atendidas por médicos da atenção primária com visitas esporádicas, além da falta de saneamento e precariedade no transporte, dificultando o acesso as localidades distantes das comunidades.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental, baseando-se em dados de artigos científicos, revistas, sites de organizações de saúde, portais de informações entre outros. Foram levantadas informações sobre as comunidades quilombolas no Brasil e as condições de enfrentamento junto a pandemia da Covid-19.

Algumas outras informações sobre a situação do Brasil em relação a doença ainda foram pesquisadas para comparar as medidas adotadas entre essa população mais vulnerável e o restante do país.

A pesquisa documental pode ser definida como a busca incessante e profunda em todo material disponível, seja através da fala, escrita ou voz. Pode-se destacar jornais, entrevistas, gestos, falas, questionários, assemelha-se a pesquisa bibliográfica, mas na verdade se complementam (FACHIN, 2006, BONAT, 2009, LAKATOS; MARCONI 2010).

Para decodificar e interpretar as informações obtidas através da análise de documentos e bibliografia, a técnica de análise de conteúdo foi um instrumento utilizado, que segundo Bardin (1997), é um conjunto de métodos utilizados para análise das comunicações, assim interpretar tudo o que foi selecionado, com teor de documental e se conectar ao objeto a ser estudado.

RESULTADOS

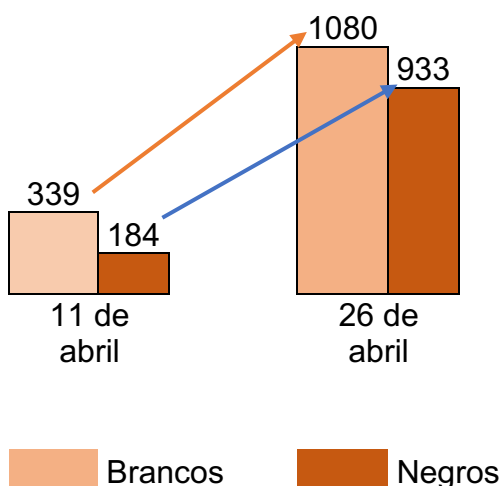
De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira é composta por mais da metade de negros, chegando ao total de 54%. Ressaltando, população negra para o IBGE, que é uma das bases desta pesquisa, é a soma dos indivíduos que se identificam como pretos e pardos. Portanto, é impossível analisar a situação das comunidades quilombolas sem antes investigar os casos de Covid-19 na população preta e parda no Brasil. Questões genéticas podem aumentar a vulnerabilidade a determinadas doenças na população preta e aumentar o desenvolvimento de alguns problemas de saúde. Dentre as mais frequentes nesse grupo, de acordo com o Dr. Dráuzio Varella, pode-se explicitar o glaucoma, anemia falciforme, diabetes e hipertensão, sendo as duas últimas agravantes em quadros de Covid.

A população negra, para a ONU, tem apresentado os piores índices de saúde quando comparados com a população branca. Alguns problemas poderiam ser evitáveis, mas o grupo se encontra mais vulnerável principalmente em relação aos determinantes sociais de saúde, conclui a entidade.

A letalidade do vírus no Brasil, ou seja, o número de óbitos confirmados de COVID-19 em relação ao total de casos confirmados, na população residente em determinado espaço geográfico, no período pesquisado, a partir do primeiro caso de óbito no Brasil, é 5 vezes mais alta que na população branca, afirma Dráuzio Varella e conforme pode ser visto no gráfico 1. O que se deve a variabilidade clínica, que é uma das

características das doenças na população negra e está relacionada a diversos fatores, sejam eles de hereditariedade ou como de adquiridos, conforme explica o médico. Entre fatores adquiridos mais importantes está o nível socioeconômico e, de acordo com Hordge-Freeman (2018), que implica diretamente nas condições de moradia, de trabalho, alimentação acesso ao sistema de e a alimentação.

Gráfico 1 – Mortes por Covid em negros e brancos



Fonte: Adaptado de <https://www.geledes.org.br/>

Em um artigo publicado pela Escola Nacional de Saúde Pública no dia 11 de maio, em São Paulo, a cidade mais populosa do país e com maior número de mortes por Covid-19, nos bairros com maior concentração da população negra possuem maior número de óbitos. O bairro de Brasilândia possui o maior número de mortes, contabilizando 103 casos fatais. A população em sua maioria é negra, sendo 50%, superando a média de toda a cidade que é de 37%. Brasilândia detém 25% mais mortes que Moema, um bairro nobre da cidade, situado na região centro-sul, em que vivem menos de menos de 6% de negros.

Na cidade do Rio de Janeiro não é muito diferente, Campo Grande, com mais de 50% de moradores negros, é o bairro com maior número de mortes. Copacabana, um dos bairros com mais falecimentos, não possui o maior número de moradores negros, mas as causas das mortes estão relacionadas ao bairro nobre ter maior número de idosos.

Em Manaus, de acordo com o portal de notícias 247, que sofreu um colapso em seu sistema de saúde, a cada 2,4 negros doentes em estado grave em decorrência da Covid, um morre. Em relação aos brancos, para cada 3,2 pacientes graves um vai a óbito. Ou seja, os brancos sobrevivem mais que os negros, mas o Ministério da Saúde não divulga informações sobre dados sociodemográficos relacionados aos óbitos, incluindo raça/cor, faixa etária, renda ou sexo (gênero).

De acordo com IBGE, o maior número de localidades quilombolas no Brasil em 2019 estão distribuídas pelos seguintes municípios:

- Barreirinhas, no Amazonas, com 167 localidades;
- Alcântara, Maranhão, com 74 localidades;
- Itapecuru Mirim, também no Maranhão, com 45 localidades;

- Oriximirá, no estado do Pará, com 41 localidades;
- Moju, também no Pará, com 38 localidades;
- Santa Helena, no Maranhão, 37 localidades;
- Macapá no estado do Amapá, com 34 localidades;
- Óbidos, no Pará, com 30 localidades;
- Januária, em Minas Gerais, com 30 localidades.

O monitoramento, realizado pela Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq) e pelo Instituto Socioambiental (ISA), apresenta casos monitorados, confirmados e óbitos decorrentes da Covid-19 entre quilombolas, de acordo com os quadros 1 e 2.

Quadro 1 – Mortes por Covid em comunidades quilombola

Casos Covid população quilombola		
Monitorados	Confirmados	Óbitos
36	203	49

Fonte: Conaq 2020.

Quadro 2 – Dados Covid no Brasil

Casos Brasil		
Monitorados	Confirmados	Óbitos
247.812	465.166	27.878

Fonte: Ministério da Saúde 2020.

As regiões Norte e Nordeste possuem o maior número de comunidades quilombolas, e, dados emitidos pelo Conaq, mostram que até o dia 28 de maio de 2020 houve 49 óbitos na população quilombola, conforme tabela 1.

Tabela 1 - Óbitos confirmados por local - Quilombolas

Estado	Município	Óbitos confirmados
PE		7
AP	Macapá	7
PA	Moju	6
RJ		3
PA	Barcarena	3
RJ	Rio de Janeiro	2
PA	Cametá	2
PA	Baião	2
PA	Abaetetuba	2
PA		2
GO	Professor Jamil	2
AP		2
RO	Costa Marques	1
RJ	Mangaratiba	1
PA	Acará	1
MA	Cajari	1

ES	Itapemirim	1
ES		1
CE		1
BA	Tremedal	1
AM		1
	Total	49

Fonte: Conaq, 2020.

A maior concentração de óbitos se encontra na região Norte do Brasil, totalizando 36 casos, seguidos da região Sudeste com 8 óbitos, Nordeste com 3 mortes e Centro-Oeste com 2 casos. Quanto ao número de óbitos por estado, o Pará lidera com 25, Amapá com 9 mortes, Rio de Janeiro com 6, Bahia, Goiás e Espírito Santo com 2, e, por fim, Amazonas, Maranhão e Rondônia com 1 óbito para cada estado.

Em dados percentuais, pode-se perceber que a região norte do país possui 74% dos óbitos, contra 16% da região sudeste. Já o Nordeste possui 6% de óbitos devido ao Coronavírus, enquanto o Centro-Oeste brasileiro apresenta 4% das mortes de quilombolas em decorrência a Covid-19. A região Sul do Brasil não apresentou nenhum óbito nas comunidades até o fim deste estudo.

Como o número de comunidades nas regiões do norte e do nordeste do país são as com maior concentração de quilombolas, é normal que se tenham mais casos e óbitos, visto que, de acordo com pesquisas realizadas pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), demonstrou que a população negra têm prevalência de doenças como diabetes e hipertensão, confirmando as afirmações do Dr. Dráuzio. Além de que 67% dos da população que não possuem planos de saúde e dependem exclusivamente do Sistema público de Saúde são negros.

Nestas comunidades, como já foi dito, o sistema de saneamento é precário, principalmente nas regiões norte e nordeste do Brasil. Para a Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental (ABES) da Universalização do Saneamento, no norte a oferta de saneamento básico é a que menos favorece à população, a região nordeste é a segunda com menor índice de abrangência para a população com apenas 16,61%. As regiões com melhor classificação são sudeste com 66,37%, seguida da região centro-oeste com 27,62%. O sul do Brasil se destaca como a terceira melhor, tendo 24,77% dos municípios sendo atendidos pelos requisitos básicos de saneamento.

Outra questão relacionada ao maior número de óbitos é escassez de recursos de saneamento que dificulta imediatos e essenciais hábitos higiênicos, afirma Razzolini e Günther (2008). A higienização das mãos é importante para reduzir a propagação de diversas doenças, inclusive a Covid.

Com base na Tabela 2, ao analisar a mortalidade por cada 100 mil habitantes, as regiões Norte e Nordeste possuem a primeira e terceira taxas mais altas, respectivamente. Se comparar a região Norte com o Centro-Oeste, em que a diferença populacional é de pouco mais de dois milhões de habitantes, observa-se uma taxa de 17.36% de casos a mais a cada mil habitantes.

Tabela 2 – Dados gerais Covid Brasil

Região	População (Jul/2019)	Casos	Óbitos	Incidência/100mil hab.	Mortalidade/100mil hab.	Atualização
Brasil	210.147.125	465.166	27.878	221,4	13,3	29/05/2020 19:00
Centro-Oeste	16.297.074	15.500	347	95,1	2,1	29/05/2020 19:00
Sudeste	88.371.433	171.644	13.171	194,2	14,9	29/05/2020 19:00
Norte	18.430.980	100.916	5.503	547,5	29,9	29/05/2020 19:00
Sul	29.975.984	21.000	520	70,1	1,7	29/05/2020 19:00
Nordeste	57.071.654	156.106	8.337	273,5	14,6	29/05/2020 19:00

Fonte: Ministério da Saúde, 2020.

Em número de óbitos, a região Norte e Nordeste registram 13.840 óbitos, apenas 669 mortes a menos que na região Sudeste. As três regiões somam um total de 2.011 mortes pelo novo Coronavírus, o equivalente a 96.89% dos óbitos de todo o país.

Estudos do Ministério da Saúde mostram que o coronavírus é mais letal entre negros no país, no mês de abril a cada 3 mortes por Covid no Brasil, uma das vítimas era negra, no mês de maio esse número quase triplicou. A análise feita pela jornalista Mônica Waldvogue¹, para o noticiário Em Pauta da GloboNews, diz que a cada 4 internações, apenas uma é de pessoa preta ou parda. A doença saiu dos centros urbanos e se expandiu pela periferia das cidades e zonas rurais, onde a maior parte da população é negra e sofre com o acesso à saúde. Ou seja, maioria das internações são de pessoas brancas, mas em números absolutos, a maior taxa de morte é de pessoas negras.

A sanitarista Karine Santana, em entrevista para a ONU Mulheres afirma que a população negra está em maior parte nas periferias em condições de moradia insalubres, amontados com grande número de pessoas no mesmo imóvel. São as mesmas condições já explicitadas neste estudo: sem saneamento, sem acesso a água, com seus chefes de família trabalhando na informalidade e sem poder prover as suas necessidades. Um cenário que reflete um descaso consciente com 54,9% da população, explica a doutoranda em Medicina e Saúde na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia e pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gênero, Raça e Saúde (NEGRAS).

A busca por informações no site do Ministério da Saúde que pudessem contribuir para o desenvolvimento deste estudo não encontrou informações importantes, como por exemplo, número de casos confirmados por raça/cor ou o número de testes em negros, brancos e outros grupos.

Contudo, um resumo de fácil compreensão foi disponibilizado no portal UOL:

- Pessoas negras e pardas somam 54,8% das mortes por covid-19 registradas no Brasil;
- Pessoas brancas são maioria entre os internados (51,4%), mas minoria entre os mortos (43,1%);

- Já pessoas pardas são 38,7% dos hospitalizados, mas 47,3% das vítimas fatais por covid-19.

Desde a primeira morte registrada em um quilombo no em 11 de abril, diversos documentos pesquisados não encontraram estatísticas advindas do Governo Federal sobre a relação Covid e a população quilombola no Brasil, inclusive as demais entidades governamentais voltadas para a saúde pública (Ministério, Secretarias) não mencionam referências quanto as comunidades quilombolas brasileiras e os agravos da pandemia acerca delas.

O Conaq divulgou em 06 de junho dados que mostram um crescimento nos casos monitorados, confirmados e óbitos, conforme o quadro 3 e 4 abaixo:

Quadro 3 – Mortes por Covid em comunidades quilombola

Casos Covid população quilombola		
Monitorados	Confirmados	Óbitos
178	355	60

Fonte: Conaq 2020.

Quadro 2 – Dados Covid no Brasil

Casos Brasil		
Monitorados	Confirmados	Óbitos
-	707.412	37.134

Fonte: Ministério da Saúde 2020.

Pode-se observar que houve aumento de 142 casos monitorados, os casos confirmados subiram de 203 para 355, ou seja, 152 novos casos e 11 óbitos a mais que o relatório divulgado em 28 de maio, como retratado nos quadros 1 e 2.

Em números percentuais, nota-se que nos casos monitorados houve aumento de 394% em apenas 9 dias. Os casos confirmados tiveram aumento de 74,87 % e de óbitos cresceu 22,44% entre os dias 28 de maio e 6 de junho, morrendo diariamente um quilombola por incidência da Covid-19 no Brasil.

Quanto as informações gerais sobre a expansão da Covid no Brasil, o Ministério da Saúde alterou a forma de divulgação de dados, apresentando apenas o número de novos casos e óbitos nas últimas 24 horas. Isso dificulta a mensuração, pois é necessário buscar em cada secretaria estadual todas as informações para somar os dados e conseguir fazer o diagnóstico diário da situação atual da pandemia no país. A pasta não explicou o motivo das mudanças ocorridas no dia 07 de junho de 2020. Os dados analisados foram produzidos a partir da realidade de vida dentro das comunidades quilombolas, a população segue por sua própria conta e com a ajuda de entidades não governamentais nos territórios para se apoiar e se organizar.

CONCLUSÃO

O presente artigo teve como seu principal objetivo verificar e analisar a situação das comunidades quilombolas, os impactos em relação a pandemia e quais políticas adotadas para o enfrentamento, como dito em sua introdução. Para isso, foram realizadas análises documentais e bibliográficas para entender as condições dos

quilombolas e o têm sido realizado de fato para conter a expansão do novo Coronavírus nesta população.

De fato, foi encontrado quantidade suficiente de materiais para se estudar e a partir daí fazer análises reais da pandemia no país.

Quando foi realizada a revisão deste trabalho, no dia 9 de julho, dados do Conaq mostravam que o número de óbitos era de 134 e com mais de 3.034 casos confirmados de Covid entre os quilombolas. Os dados, infelizmente, não contribuíram para uma perspectiva positiva atual e futura. Percebeu-se que as entidades governamentais não atendem as demandas necessárias para dignidade humana da população quilombola, que há décadas, especificamente desde o desembarque dos colonizadores, em 1500, vem sofrendo descaso e abusos incessantes.

O Ministério da Saúde não divulga dados demográficos das vítimas, então, não se sabe ao certo o número de óbitos por faixa etária, renda, gênero ou cor/raça. Mas é fácil encontrar dados que mostram que a população negra é mais vulnerável, tanto por suas características genéticas quanto pelas condições sociais.

No Brasil e no mundo o negro morre mais que o branco por diversos motivos, seja por homicídios, HIV, doenças pandêmicas e outras. Não seria surpresa que por Covid-19 seria diferente. A maneira mais eficaz de evitar contaminação é com a higienização das mãos, mas a maior parte da população, agora falando de Brasil, que é negra, vive em situação de vulnerabilidade em locais insalubres e sem saneamento básico.

Cento e trinta anos após a abolição da escravidão e quilombolas ainda lutam por seus territórios, enquanto o Estado descumpre a lei, dificultando acesos aos seus direitos constitucionais. Tanto tempo se passou e pouco mudou, o racismo deu continuidade, mas de forma mais radical, tornando-se estrutural. Toda a desigualdade social se manteve, mas parece estar mais evidente durante esse período de isolamento.

Para realizar as análises dos documentos, portais de informação, canais de vídeos, entrevistas, artigos e todas as outras fontes, a análise de conteúdo foi imprescindível. Mas, como diz a literatura, não deve haver juízo de valores para a análise de conteúdo, o que não foi tarefa fácil na escrita deste artigo. O autor é branco, classe média, nível elevado de escolaridade, mas filho de negra, mãe solteira e bisneto de escravo. Saber que se tem privilégios e falar de um povo que há 500 anos não consegue muitas vezes ter acesso ao primeiro nível da pirâmide, que são as necessidades básicas, não permite ser isento neste momento.

Vidas importam, mas as vidas dos mais vulneráveis, mesmo sendo maioria em número, mas minorias em direitos, não permite ao autor ser conivente com a política de extermínio adotada por sucessivos governos, em especial ao atual presidente que chegou a comparar um quilombola à animais, usando arroba para equiparar o peso do indivíduo. Ainda, complementando a atitude racista, disse que o quilombola não servia para procriar, outra analogia à animais, conforme noticiado por diversos veículos de comunicação, inclusive a Revista Veja.

Contudo, pode-se perceber um movimento forte contra o racismo, seja nas redes sociais ou até mesmo em manifestações públicas como ocorridas nos Estados Unidos e Inglaterra recentemente, desencadeadas por causa da morte do negro americano George Floyd por um policial branco no dia 27 de maio, conforme noticiado pela rede BBC.

Há a necessidade de reestruturar as políticas públicas voltadas para igualdade da população negra e valorização de sua história, pois o país há 500 anos possui uma dívida que parece só aumentar cada vez que um caso de racismo, morte ou algum tipo violência acontece pelo simples fato de uma pessoa ser preta.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A falta de gestão no âmbito da saúde é uma discussão bastante necessária no atual momento crítico de combate à pandemia de COVID-19 no Brasil. O país é o segundo em número de mortes, segundo em número de casos e mudou de Ministro três vezes durante o caos instalado pela doença.

Os gestores da saúde exercem papel fundamental no combate ao Covid e contribuem na implementação de ações que informem a população sobre como se proteger e apoiar a população, como os quilombolas, indígenas e outros povos em situação de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

ABES. Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental. 2020. Página inicial. Disponível em <http://abes-dn.org.br/pdf/Ranking_2019.pdf>. Acesso em 01 de junho de 2020.

ALBACH, Daniela. **Negros são mais suscetíveis a doenças evitáveis no Brasil**. Portal A Tarde. 2020. Disponível em <<http://atarde.uol.com.br/saude/noticias/1936948-negros-sao-mais-suscetiveis-a-evitaveis-no-brasil>>. Acesso em 01 de junho de 2020.

BARROS, Alerrandre. **Contra Covid-19, IBGE antecipa dados sobre indígenas e quilombolas**. Agência IBGE. 2020. Disponível em <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27487-contr-a-covid-19-ibge-antecipa-dados-sobre-indigenas-e-quilombolas>> Acesso em 01 de junho de 2020.

BBC NEWS BRASIL. **George Floyd: o que aconteceu antes da prisão e como foram seus últimos 30 minutos de vida**. 2020. Disponível em <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52868252>> Acesso em 03 de julho de 2020.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. 2020. **Manual de Doenças Mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-Descendente**. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_eticas.pdf> Acesso em 01 de junho de 2020.

BITTENCOURT, Paulo J. S. **As pandemias na História**. Universidade Federal da Fronteira Sul. 2020. Disponível em <<https://www.uffs.edu.br/campi/erechim/noticias/artigo-as-pandemias-na-historia>>. Acesso em 01 de junho de 2020.

BONAT, Débora. **Metodologia da pesquisa**. 3ª ed. Curitiba, 2009. 63p.

BOND, Letycia. **Comunidades quilombolas têm seis mortes pela covid-19**. Agência Brasil 2020. Disponível em <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-04/comunidades-quilombolas-tem-seis-mortes-pela-covid-19>> Acesso em 01 de junho de 2020.

COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO. 2018. **Direitos quilombolas**. Disponível em <<http://cpisp.org.br/direitosquilombolas/>> Acesso em 01 de junho de 2020.

CONAQ. **Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas. Quilombo? Quem Somos Nós!** Disponível em <<http://conaq.org.br/quem-somos/>> Acesso em 01 de junho de 2020.

- ENSP. Escola Nacional de Saúde Pública. 2020. Em duas semanas, número de negros mortos por coronavírus é cinco vezes maior no país. Disponível em <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/48879>> Acesso em 01 de junho de 2020.
- FACHIN, Odília. Fundamentos de metodologia. 5 ed. São Paulo: Saraiva, 2006.
- FERREIRA et al. Desafios e estratégias de comunidades quilombolas frente a COVID-19. SIPAD 2020. Disponível em <<http://www.sipad.ufpr.br/portal/desafios-e-estrategias-de-comunidades-quilombolas-frente-a-covid-19-atualizado/>> Acesso em 01 de junho de 2020.
- FERREIRA, H. S. et al. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 30, n. 1, p. 51-58, 2011.
- FIABANI, Adelmir. Os Novos Quilombos: Luta pela terra e afirmação étnica no Brasil [1988-2008]. 2008. 275 pag. Tese (Doutorado) - Curso de História, Universidade do Vale do Rio Dos Sinos, São Leopoldo/RS, 2008. Disponível em : <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/2177> Acesso em 07 de junho de 2020.
- G1 BEM ESTAR. Coronavírus: veja a cronologia da doença no Brasil. 2020. Disponível em <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/06/coronavirus-veja-a-cronologia-da-doenca-no-brasil.ghtml>>. Acesso em 01 de junho de 2020.
- GOVERNO FEDERAL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Saiba mais: Programa Brasil Quilombola. 2017 Disponível em <https://www.gov.br/mdh/pt-br/noticias_seppir/noticias/2017/11-novembro-1/saiba-mais-programa-brasil-quilombola-1>. Acesso em 01 de junho de 2020.
- HAMZE, Amélia. Comunidades quilombolas. Brasil Escola. Canal do Educador. 2020. Disponível em <<https://educador.brasilecola.uol.com.br/politica-educacional/comunidades-quilombolas.htm#:~:text=Existem%20comunidades%20quilombolas%20vivendo%20em,No%20Estado%20de%20S%C3%A3o%20Paulo>> Acesso em 01 de junho de 2020.
- HORDGE-FREEMAN, Elizabeth. A cor do amor: características raciais, estigma e socialização em famílias negras brasileiras. São Paulo: EdUScar, 2018.
- KELLY, Bruno. À beira do colapso, Amazonas deve ser o primeiro estado a decretar confinamento obrigatório. 2020. Brasil 247. Disponível em <https://www.brasil247.com/brasil/amazonas-pode-ser-primeiro-estado-brasileiro-a-decretar-confinamento-obrigatorio>> Acesso em 01 de junho de 2020.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Metodologia científica. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991.
- MACHADO, Rafael. Veja quais as doenças mais frequentes na população negra. Portal Drauzio Varella. 2020. Disponível em <<https://drauziovarella.uol.com.br/saude-publica/veja-quais-as-doencas-mais-frequentes-na-populacao-negra/>> Acesso em 01 de junho de 2020.
- MOLITERNO, Danilo. Frente parlamentar exige assistência do governo aos quilombolas. Jornal da USP. 2020. Disponível em <<https://jornal.usp.br/atualidades/frente-parlamentar-exige-assistencia-do-governo-aos-quilombolas/>> Acesso em 01 de junho de 2020

- MSF. Médicos Sem Fronteira. 2020. Atividades médicas. Disponível em <<https://www.msf.org.br/o-que-fazemos/atividades-medicas>> Acesso em 01 de junho de 2020.
- NAÇÕES UNIDAS BRASIL. 2020. Pacto Global discute importância do saneamento básico na luta contra o novo Coronavírus. Disponível em <<https://nacoesunidas.org/pacto-global-discute-importancia-do-saneamento-basico-na-luta-contr-o-novo-coronavirus/>> Acesso em 01 de junho de 2020.
- OPAS – Organización Panamericana de la Salud. Agua y saneamiento: em La búsqueda de nuevos paradigmas para las Américas. Washington. D.C.: OPAS, 284p. 2012. Disponível em: http://www.paho.org/blogs/paltex/?attachment_id=179. Acesso em 01 de junho de 2020.
- PORTAL GELEDÉS. Resposta à pandemia deve considerar condições de saúde da população negra, diz sanitaria. ONU Mulheres. 2020 Disponível em <<https://www.geledes.org.br/resposta-a-pandemia-deve-considerar-condicoes-de-saude-da-populacao-negra-diz-sanitaria/>>. Acesso em 01 de junho de 2020.
- PORTAL UOL. 2020. Protestos contra o racismo se espalham pelo mundo; França proíbe manifestação. Internacional. Disponível em <<https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/rfi/2020/06/06/protestos-contr-o-racismo-se-espalham-pelo-mundo-franca-proibe-manifestacao.htm>> Acesso em 07 de junho de 2020.
- RAZZOLINI, M. T. P.; GÜNTHER, W. M. R. Impactos na Saúde das Deficiências de Acesso a Água. Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, v.17, n.1, p.21-32, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000191&pid=S0104-1290201200010002100023&lng=pt>. Acesso em 01 de junho de 2020.
- REVISTA VEJA. Bolsonaro é acusado de racismo por frase em palestra na Hebraica. 2017. Disponível em <<https://veja.abril.com.br/brasil/bolsonaro-e-acusado-de-racismo-por-frase-em-palestra-na-hebraica/>> Acesso em 01 de junho de 2020.
- SBMF. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. GT de saúde da população negra: manifestação sobre ausência de dados da covid 19 desagregados por raça-cor. 2020. Disponível em <<https://www.sbmfc.org.br/noticias/gt-de-saude-da-populacao-negra-manifestacao-sobre-ausencia-de-dados-da-covid-19-desagregados-por-raca-cor/>>. Acesso em 01 de junho de 2020.
- SALATI, Paula. Recessão gerada pela pandemia impacta mais mulheres e negros no mercado de trabalho. Portal de Economia G1. 2020. Disponível em <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/05/30/recessao-gerada-por-pandemia-impacta-mais-mulheres-e-negros-no-mercado-de-trabalho.ghtml>> Acesso em 01 de junho de 2020.
- SANDES, Arthur. Pretos e pardos já são maioria entre as vítimas que morreram por covid-19. Portal UOL 2020. Disponível em <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/19/negros-e-pardos-ja-sao-maioria-entre-as-vitimas-fatais-por-covid-19.htm>> Acesso em 01 de junho de 2020.
- SANTOS, R. C.; SILVA, M. S. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. Revista Saúde e Sociedade, v. 23, n. 3, p. 1049-1063, 2014.
- SENADO FEDERAL. Atividades Legislativas. Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Artigo 68 da Constituição de 1988. Disponível em <http://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/ADC1988_12.07.2016/art_68_a.sp> Acesso em Acesso em 01 de junho de 2020.

SILVA, J. A. N. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. *Saúde e Sociedade*, v. 16, n. 2, p. 111-124, 2007.

UJVARI, Stefan Cunha. *Pandemias: A humanidade em risco*. São Paulo: Contexto, 2011. 220 p.

VALENTE, Rubens. A morte invisível de quilombolas pela Covid-19; já são seis casos no país. UOL 2020. Disponível em

<<https://noticias.uol.com.br/colunas/rubens-valente/2020/04/25/coronavirus-quilombolas-brasil.htm?cmpid=copiaecola>> Acesso em 01 de junho de 2020.

WANZELLER, Marisa. Coronavírus avança em comunidades quilombolas, que já somam 26 mortes. *Correio Braziliense* 2020. Disponível em <

<https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2020/05/24/interna-brasil,857746/coronavirus-avanca-em-comunidades-quilombolas-que-ja-somam-26-mortes.shtml>> Acesso em 01 de junho de 2020.

WITZEL, Nicollas. Comunidades quilombolas tentam resistir ao avanço de grandes empreiteiras. *Revista Época* 2019. Disponível em <

<https://epoca.globo.com/comunidades-quilombolas-tentam-resistir-ao-avanco-de-grandes-empresiteiras-23613697>> Acesso em 01 de junho de 2020.

ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA GESTÃO PARTICIPATIVA

Flávia Nunes de Amorim¹; Luiz Carlos Brant²

RESUMO

Nesta dissertação, foram compreendidas algumas estratégias de Gestão Participativa, que envolvem a Assistência Materno-Infantil, utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte. O objetivo foi compreender essas estratégias como instrumento para a atenção materno-infantil nessa unidade, a partir da análise das representações sociais do gestor da unidade, dos profissionais das equipes e das usuárias. Metodologicamente, as informações foram obtidas por meio de entrevista semiestruturada com o gestor, grupo focal com os profissionais das Equipes de Saúde da Família e da roda de conversa com as usuárias do território. As políticas que permearam este trabalho foram a Política Nacional de Humanização (2004) do Ministério da Saúde, a Política de Educação Permanente, instituída pela portaria GM/MS 1.996/2007, a Estratégia de Gestão do Cuidado no Território e dos Protocolos de Pré-Natal e Puerpério, desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. As bases conceituais estiveram ancoradas na Gestão Participativa, nas representações sociais e no planejamento das ações em Saúde. Ressaltou-se, neste estudo, a participação popular como forma coletiva de construção da cidadania. Este trabalho é relevante, à medida que divulga outra visão de gestão que não esteja pautada nos princípios e conceitos que subsidiam o modelo clássico de gestão, tendo em vista que a Gestão Participativa já se mostra muito mais eficiente. O plano de ação deste projeto se deu por meio de oficinas com os participantes, como possibilidade de construção e planejamento para a visita do quinto dia às puérperas da unidade e a retomada do grupo de aleitamento materno. Como produto deste trabalho, tem-se a estruturação de um folheto eletrônico, que será divulgado às usuárias, com as orientações iniciais pós-parto sobre a visita do quinto dia e sobre o grupo de aleitamento materno, realizados pela equipe de enfermagem. Concluímos que, por meio deste trabalho, os participantes da pesquisa compreenderam as diversidades, inclusive territoriais, e a importância do espaço proporcionado pelos grupos para discussões e reflexões entre gestores, profissionais e usuárias. Percebemos como este espaço humaniza as relações e corresponsabiliza os atores envolvidos na tomada de decisões, com vistas ao empoderamento das usuárias, e o sentimento dos profissionais de serem reconhecidos pelo desempenho com qualidade de seu trabalho no dia a dia.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Participação da comunidade.

¹ Psicóloga, Mestre em Gestão de Serviços de Saúde; UFMG, email: flanunesamorim@yahoo.com.br.

² Psicólogo, Doutor em Ciências da Saúde (Fundação Oswaldo Cruz), UFMG, email: brant.ufmg@gmail.com

INTRODUÇÃO

Observo, no cotidiano das Unidades de Saúde, movimentos de capacitações, treinamentos e discussões que, muitas vezes, levam em consideração apenas a análise quantitativa advinda dos indicadores apresentados pela unidade.

Outra questão refere-se à restrição das atividades educacionais, em parte, pela vontade do profissional de se qualificar. Nas unidades, esse profissional raramente encontra espaço para as discussões referentes às mudanças de processo, tão necessárias nos cenários de prática em saúde. Essa situação é gerada pela demanda de consultas de usuários que superlotam suas agendas todos os dias, pela resistência dos colegas em mudar a rotina ou pela dificuldade do gestor em trabalhar fluxos e reestruturação dos processos.

Observo, também, pela minha prática, a dificuldade em se avaliar a eficácia das ações de Educação Permanente nas unidades e os resultados provocados por essas ações quanto ao conhecimento técnico e melhoria dos processos de trabalho dos profissionais no dia a dia. Essa dificuldade se apresenta pela falta de instrumentos de avaliação que consigam mensurar o efeito dessas ações na prática.

Penso que uma das formas de se buscar a qualidade na prestação de serviços de saúde à população é por meio da Gestão Participativa, incluindo gestores, profissionais e usuários na tomada de decisão, na intenção de se potencializar o crescimento pessoal e profissional, além da corresponsabilização por processos e resultados alcançados.

Dessa forma, a pergunta que norteia este trabalho é: quais estratégias gestores, profissionais e usuárias têm utilizado para o desenvolvimento de uma atenção materno-infantil reconhecidamente entre eles como uma gestão participativa?

A Gestão Participativa é entendida, no presente estudo, como a necessidade de inclusão de diferentes sujeitos nos processos de análise e decisão, na ampliação das análises dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em um lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo. Trata-se, portanto, de uma abordagem gerencial, a partir da descentralização das decisões e da aproximação entre gestão, equipe de trabalho e usuários (BELO HORIZONTE, 2016a).

Os Centros de Saúde (CS) são estruturas complexas que oferecem diversos serviços para a população e funcionam como uma das principais portas de entrada dos usuários para outros pontos de atenção do SUS. O conhecimento dessa população parte do cadastro das famílias, do diagnóstico epidemiológico e da análise de riscos e vulnerabilidades, o que permite a identificação das prioridades e o planejamento das ações. A partir dessas informações, um conjunto de estratégias é utilizado pela gestão na busca da integralidade e coordenação do cuidado ao usuário (RAG, 2017). Dentre as ações de saúde, ressalta-se a assistência materno-infantil, que há alguns anos tem sido prioridade dos sistemas de saúde em todo o mundo. As Equipes de Saúde da Família (ESF) têm importante papel nesse processo, de acordo com o Protocolo de Pré-Natal e Puerpério, atualização de informações, realização do cuidado em saúde, prioritariamente no âmbito do CS, do domicílio, escolas, associações, entre outros. Ações de atenção integral, promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada, proporcionando atendimento humanizado, viabilizam vínculo entre gestantes/parceiros/profissionais de saúde (BELO HORIZONTE, 2019). Segundo o Protocolo de Pré-Natal e Puerpério do Município de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2016b), ao longo dos anos, a Secretaria Municipal de Saúde vem assumindo a responsabilidade da construção de uma rede de serviços para a organização da linha de cuidado integral à gestante e ao recém-nascido, entretanto

os índices de mortes maternas, fetais e infantis, além dos óbitos por causas evitáveis são ainda elevados. Propiciar uma adequada assistência ao pré-natal e puerpério é uma oportunidade de cuidado e de atenção que contribui para a redução da morbimortalidade materna e infantil.

As ações de promoção da saúde são importantes ferramentas para garantir o bem-estar materno e fetal durante a gestação. A partir dessas ações, as mulheres são orientadas para uma alimentação mais saudável, a prática de atividade física, o preparo para a vivência positiva da gravidez e do parto, com o exercício do seu pleno protagonismo, confiança e autonomia. Para além da promoção, a prevenção também é parte integrante das possibilidades de ações como o diagnóstico e tratamento das intercorrências, avaliação cuidadosa da gestante e a realização de exames complementares preconizados pelo protocolo (BELO HORIZONTE, 2016b).

A compreensão das estratégias de Gestão Participativa que envolvem a Assistência Materno-Infantil desenvolvidas por algumas ESF dessa regional foi a questão central deste trabalho. Entretanto, considerando os limites do presente trabalho, foram analisadas as ESF de uma UBS. As ações desses profissionais, articuladas às atitudes, às crenças e aos valores deles, propiciam um trabalho de responsabilidade com o usuário e apontam a importância desse para todo o território da citada equipe. Este trabalho é relevante, à medida que socializa a visão de um modelo de gestão participativa, evidenciando, também, a importância do espaço proporcionado pelos grupos deste trabalho para as discussões e reflexões entre gestores, profissionais e usuários. Esse espaço humaniza as relações e corresponsabiliza os atores envolvidos na tomada de decisões.

OBJETIVOS

Geral

Compreender as estratégias de gestão participativa, constituídas como instrumento para a atenção materno-infantil, em uma unidade básica de saúde.

Objetivos Específicos

- Analisar o conjunto das representações sociais do gestor da unidade, dos profissionais das equipes e das usuárias acerca do trabalho participativo nessa unidade.
- Reconstruir com os participantes as estratégias de gestão participativa na unidade, nem sempre reconhecidas como tais, para o desenvolvimento do trabalho.
- Construir as diretrizes de um folheto eletrônico, que será compartilhado com outras unidades de saúde da Regional Norte, acerca do passo a passo para a construção de uma gestão pautada na participação de gestores, profissionais da saúde e usuários do SUS.

REFERENCIAL TEÓRICO

Tomamos como bases conceituais para este trabalho as considerações da Política Nacional de Humanização (2004) do Ministério da Saúde, elaborada para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, a Política Nacional de Educação Permanente, portaria nº 1.996 GM/MS/2007, e a Estratégia de Gestão do Cuidado no Território, conforme já citadas no capítulo 2 deste estudo.

Conceitos como gestão participativa, planejamento em saúde, controle social e representações sociais de profissionais e usuários também fizeram parte dessas bases, compondo, assim, alicerces do processo de construção e execução das ações propostas nesta pesquisa.

Cecílio (2007) aponta a importância do planejamento das intervenções em saúde, enfatizando que esse tem por finalidade criar e orientar as ações dos diferentes atores institucionais, buscando a interação entre eles, com autonomia e sem atropelos. Para isso, algumas habilidades são necessárias: registrar informações, compreender os contextos, avaliar as circunstâncias, dialogar, mediar conflitos, articular objetivos, argumentar, propor acordos, além de tomar decisões.

O planejamento, segundo Costa (2016), apresenta-se como um instrumento de ação governamental para a formação de políticas públicas, buscando intervir nos processos socioeconômicos com maior chance de sucesso. O “sucesso”, segundo a autora, precisa ser entendido como a melhoria da situação de saúde da população, apontando para o entendimento de que o planejamento não pode ser um fim em si mesmo.

Merhy (1995) enfatiza que o campo da gestão das organizações e da micropolítica do processo de trabalho é um território especial de tecnologia para munir os processos de mudança.

Estamos vivendo hoje uma situação histórico-social, que tem definido para as organizações produtivas um desafio que só pode ser enfrentado através de modelos gerenciais cada vez menos burocráticos, e que permitem às organizações uma plasticidade que as transforma quase em uma “organização inteligente”, que consiga assimilar o que ocorre no seu interior e na sua volta, e elaborar soluções adequadas para cada problema novo que lhe aparece. A gestão seria o campo tecnológico para dar às organizações esta plasticidade (MERHY, 1995. p.123).

A gestão da saúde, segundo Cecílio (2007), precisa ser flexível, reforçando as possibilidades de tomada de decisão de forma descentralizada, proporcionando a todos os atores maior autonomia de ação, a fim de ampliar os espaços de criatividade e ousadia na busca de soluções. O autor ainda propõe formas organizativas internas e democráticas para a construção da igualdade das relações de poder, com equipe colaborativa, possibilitando a participação social e fazendo com que a população se estabeleça como um ator social nesse processo.

O enfoque estratégico no planejamento em saúde, segundo Costa (2016), configura-se como tendência para a gestão compartilhada, uma vez que as ações propostas têm sua viabilidade analisada do ponto de vista dos atores envolvidos, a partir dos recursos controlados por eles em um determinado contexto. Os sujeitos são recolocados em um espaço de autonomia e corresponsabilização, e são assumidas diversas explicações da realidade.

Para Campos (2010), há evidências de que os seres humanos são ativos, reflexivos e modificam as condições que os condicionaram, assim como reagem ao domínio do estruturado, produzindo espaços singulares de existência. O ser humano é potente para coproduzir situações e contextos, buscando modelos de gestão que combinem autonomia, necessária para a práxis, com controle sobre o trabalho, considerando-se saber estruturado, valores políticos e direitos dos usuários.

Cecílio (2007) aponta também que a complexidade do trabalho nessas organizações, a impossibilidade relativa de uma padronização única e mecânica e a intensa distribuição do poder sugerem, junto a outras características, um modelo de gestão negociado, de ajustamento mútuo, comunicativo. Isso reforça a perspectiva de organização comunicante.

É nesse sentido que Campos (2010) sugere a adoção de sistema de cogestão e de apoio institucional, reformas que concretizem formas de poder compartilhado entre gestor e equipe e entre profissionais e usuários. O autor cita alguns conceitos e

arranjos organizacionais que possibilitam – não garantem – a cogestão do trabalho em saúde, entre eles o esforço para se combinar graus de autonomia dos profissionais com definição explícita de responsabilidade sanitária. Segundo essa perspectiva, o planejamento, a avaliação e mesmo eventuais contratos de metas dever-se-ão realizar de modo participativo e com apoio institucional.

Pensar o novo modelo de gestão participativa é, segundo Campos (2010), comprometer-se com o envolvimento de usuários e profissionais na gestão em todas as suas etapas, ainda que com papel distinto dos administradores, além de assegurar, também, ao paciente/usuário a condição de sujeito com autonomia e poderes relativos à cogestão do seu projeto terapêutico. Almeja-se não somente a produção de saúde, mas a autonomia do usuário como critério de qualidade, minimizando, assim, a medicalização, o consumismo e a dependência na relação profissional-usuário.

Ceccin (2004) aponta a importante e necessária aproximação entre construção da gestão descentralizada do SUS, o desenvolvimento da atenção integral como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde e o fortalecimento da participação popular com características de formulação política deliberativa sobre o setor, características fundantes de uma educação em serviço.

Para Campos (2010), é impossível operar-se sem algum grau de saber acumulado, sem teoria, método e técnicas previamente experimentados. Cabe ao profissional, à equipe responsável por cada caso clínico, construir um novo modo de agir com base no saber estruturado, no diagnóstico da situação específica e em valores do sujeito ou da cultura, adaptando o saber tecnológico ao contexto singular. O exercício do trabalho depende de sujeitos trabalhadores com importante grau de autonomia e de responsabilidade com o usuário e com as instituições.

Segundo Brant (2001), os seres humanos não nascem sujeitos, tornam-se tanto produto como produtores de processos sociais por meio do trabalho. O trabalho é um processo que permeia todo o ser humano e constitui sua especificidade. Por meio do trabalho, o ser humano se contrapõe e se afirma como sujeito num movimento de ação teleológica sobre a realidade objetiva.

O autor afirma, ainda, que homem e trabalho constituem dois termos de uma relação de determinação reflexiva, na qual um não existe sem o outro e na qual um se define pelo outro. O trabalho torna-se, no interior da cultura, não apenas algo que visa à manutenção do sujeito, mas à continuação da vida.

A tensão e o embate que permeiam o trabalho, ainda de acordo com Brant (2001), constituem possibilidades que o sujeito encontra para dar sentido à vida. Nessa perspectiva, o trabalho pode ser mediador da saúde, fonte de prazer e de soluções originais para a vida.

Tomando como base a construção coletiva de saberes, na qual todos os saberes sejam valorizados, Levy (1994) aponta para o constante processo de construção coletiva, deslocando-se do quantitativo para o qualitativo. Toda interlocução passa a ser válida, significativa, permitindo a construção coletiva do conhecimento; cada um indicará um direcionamento diferente daquele já existente, respeitando a singularidade e a identidade cognitiva dos sujeitos envolvidos no processo de produção de conhecimento.

Segundo Levy (1997), para o indivíduo cujo trabalho é subitamente modificado, a revolução técnica manifesta-se como outra ameaça.

As tecnologias criadas pelo homem vêm possibilitando a transformação dos atores sociais e, conseqüentemente, do contexto no qual estão inseridos, criando uma nova forma de pensar. As tecnologias intelectuais, segundo Lèvy (1999), são elementos

que reorganizam e modificam a ecologia cognitiva dos indivíduos, promovendo a construção de novas estruturas cognitivas e possibilitando a reconstrução e modificação dos processos vivenciados, inclusive no trabalho.

Outro aspecto a ser entendido como base conceitual deste trabalho são as representações sociais. Alves-Mazzotti (2008) parte da premissa de que não existe separação entre o universo externo e o universo interno do sujeito, aqui entendido como:

“em sua atividade representativa, ele não reproduz passivamente um objeto dado, mas, de certa forma, o reconstrói e, ao fazê-lo, se constitui como sujeito, pois, ao apreendê-lo de uma dada maneira, ele próprio se situa no universo social e material. Além disso, as representações sociais, tal como as opiniões e as atitudes, são “uma preparação para a ação”, mas, ao contrário destas, não o são apenas porque orientam o comportamento do sujeito, mas principalmente porque reconstituem os elementos do ambiente no qual o comportamento terá lugar, integrando-o a uma rede de relações às quais está vinculado o seu objeto”. (ALVES-MAZZOTTI, 2008, p.62).

Moscovici (1978) procura enfatizar que as representações sociais não são apenas “opiniões sobre” ou “imagens de”, mas teorias coletivas sobre o real, sistemas que têm uma lógica e uma linguagem particulares, uma estrutura de implicações baseada em valores e conceitos e que “determinam o campo das comunicações possíveis, dos valores ou das ideias compartilhadas pelos grupos, e regem, subseqüentemente, as condutas desejáveis ou admitidas”.

Alves-Mazzotti (2008) aponta dois processos que dão origem às representações sociais: a objetivação e a ancoragem. A objetivação é a passagem de conceitos ou ideias para esquemas ou imagens concretas, os quais, pela generalidade de seu emprego, transformam-se em “supostos reflexos do real”; a ancoragem é a constituição de uma rede de significações em torno do objeto, relacionando-o a valores e práticas sociais.

Segundo Antunes (2000), para que exista uma vida cheia de sentido fora do trabalho, é necessária uma vida dotada de sentido dentro desse. Uma vida desprovida de sentido laboral é incompatível com uma vida cheia de sentido fora do trabalho. A busca de uma vida dotada de sentido a partir do labor permite explorar as conexões decisivas existentes entre trabalho e liberdade.

MÉTODOS

Este estudo, com abordagem qualitativa, utilizou PNH, PNEP, a Estratégia GCT, os conceitos da gestão participativa, do planejamento e das representações sociais dos indivíduos envolvidos. Os métodos qualitativos de obtenção das informações foram entrevista semiestruturada, grupo focal e roda de conversa.

Segundo Minayo (2014), no campo da saúde, as pesquisas qualitativas oferecem subsídios para a compreensão do ponto de vista dos usuários, profissionais e gestores sobre vários aspectos. A lógica do sistema, a qualidade dos serviços, as concepções envolvidas nas tomadas de decisões e na prestação de serviços e as representações sobre saúde, adoecimento e morte são abordadas, em seu sentido ético, nas pesquisas qualitativas com um caráter humanístico, inter-relacional e empático.

Optou-se por uma coleta de dados, conforme os critérios de inclusão e exclusão, envolvendo um gestor de unidade básica de saúde e as quatro ESF presentes nessa unidade de saúde. Cada equipe era composta por médico de família e comunidade,

enfermeiro, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Foram convidadas para participar do trabalho usuárias pertencentes ao território adscrito.

A escolha dos participantes deu-se por conveniência, sendo considerada a proximidade física do pesquisador com a unidade de saúde, ou seja, a facilidade do pesquisador para acessar a unidade de saúde selecionada, o acesso ao gestor, a relação com os profissionais da equipe e também o acesso das usuárias ao território. Na perspectiva de se trabalhar com todos os atores sociais do universo proposto, a amostra se constituiu de 28 pessoas, sendo um gestor, 22 profissionais e cinco usuárias. As pessoas foram convidadas de acordo com critérios específicos para cada categoria, a saber:

- **critérios de inclusão:** gestor: estar na gestão da unidade de saúde por, pelo menos, dois anos; Profissionais: mínimo de um ano na Equipe de Saúde da Família; Usuárias: mulheres em fase de pré-natal ou com filhos vivos de até dois anos de idade, de acordo com o Protocolo de Pré-Natal e Puerpério (2019), e que apresentavam facilidade de deslocamento até a unidade.

- **critérios de exclusão:** Gestor: estar na gestão da unidade de saúde por um período inferior a dois anos; Profissionais: menos de um ano na Equipe de Saúde da Família selecionada; Usuárias: gestantes não captadas ou cadastradas pela equipe.

A partir do questionário socioeconômico dos participantes, foi elaborada uma sistematização das variáveis: gênero, faixa etária, exercício profissional atual, formação escolar, renda familiar, tempo de residência no território e tipo de moradia. Em relação aos Profissionais/Gestor, entre as cinco categorias presentes, observaram-se predomínio de profissionais Agentes Comunitários de Saúde (56,52%), profissionais do sexo feminino (87%) e com faixa etária entre 30 e 65 anos. No que se refere ao tempo de atuação dos profissionais no SUS-BH, observou-se que eles possuem entre 6 e 27 anos. Em relação à escolaridade, avaliou-se que, dos 23 participantes, 11 possuem Ensino Médio completo e quatro possuem pós-graduação.

Em relação às cinco usuárias participantes do território, elas possuíam idades entre 22 e 33 anos, com naturalidade predominante de Belo Horizonte e tempo de residência no território entre 4 e 33 anos.

Das cinco usuárias participantes da pesquisa, quatro eram puérperas e uma gestante. A participante gestante não possuía outro filho, enquanto as puérperas tinham entre um e três filhos. Em relação a abortos, duas puérperas informaram sua ocorrência.

Do total de usuárias, identificou-se que duas delas não concluíram o Ensino Médio, três cursavam o Ensino Superior, e uma já havia concluído o Ensino Superior. Três usuárias não possuíam atividade remunerada e renda. As duas usuárias que relataram atividade remunerada recebiam entre meio e um e meio salário-mínimo.

Quanto ao número de membros da família, quatro usuárias possuíam até três com renda familiar entre zero e três salários-mínimos. Em relação ao tipo de residência, três delas relataram ser alugada.

A cidade de Belo Horizonte contava com nove regionais, sendo 152 CS, 589 ESF, 302 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 152 Equipes de Saúde Mental (ESM), 59 polos de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e 77 Academias da Cidade (RAG, 2017).

O cenário deste estudo foi uma UBS da regional que possuía 20 UBS e 69 ESF. A UBS investigada possuía quatro ESF.

Em relação ao controle social desse território, trata-se de um espaço consolidado de construção coletiva, com participação efetiva de usuários. As reuniões de comissão local acontecem no CS desde 2010, com encontros mensais de, aproximadamente, dez usuários e quatro profissionais da unidade. As questões mais presentes nessas reuniões são relacionadas à manutenção física da unidade, aos fluxos de trabalho dos profissionais e a consultas especializadas para os usuários que estão na fila de espera do sistema de regulação das consultas.

O projeto da presente pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil sob o número CAAE 14906019.4.0000.5149 e, somente após a aprovação e anuência dos Comitês de Ética da UFMG e Prefeitura de Belo Horizonte, foi iniciado com a equipe participante. A pesquisa obedeceu à Resolução 466, de 2012, respeitando o anonimato dos voluntários, bem como o sigilo e a confidencialidade dos participantes.

Todos os participantes da pesquisa receberam e assinaram, em duas vias, de igual teor, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma via ficou com o participante e outra, com o pesquisador responsável.

Os participantes da pesquisa responderam a um questionário socioeconômico elaborado com questões específicas para o gestor e profissionais e outro para as usuárias, conforme informações necessárias para a construção do perfil dos participantes.

Para o gestor e profissionais, as questões foram: cargo, gênero, idade, tempo de trabalho no SUS e na UBS investigada e o grau de escolaridade.

Em relação às usuárias participantes, as questões foram: idade, naturalidade, tempo de residência no território, filhos vivos e abortos, condição (gestante ou puérpera), grau de escolaridade, atividade remunerada, renda mensal, número de membros da família, renda mensal da família e o tipo de residência (própria, alugada, parentes ou outros).

As informações foram obtidas a partir de três instrumentos diferentes: a entrevista semiestruturada com o gestor da unidade, o grupo focal com os profissionais selecionados e a roda de conversa com as usuárias selecionadas, conforme os critérios definidos.

A entrevista com o gestor foi agendada, de acordo com a conveniência dele, em horário e local predeterminados e com o esclarecimento em relação à duração de uma hora e meia aproximadamente, de forma a respeitar as atividades do entrevistado e permitir um melhor planejamento por parte dele quanto ao seu tempo. A entrevista gravada permitiu ao pesquisador o registro de todo o material coletado e, segundo Triviños (1987), uma consistência quanto à fala do entrevistado, viabilizando o retorno ao material sempre que se fizer necessário. Foram explicitados os motivos, a relevância dos dados que estavam sendo coletados, bem como a importância da participação do entrevistado para o desenvolvimento da pesquisa.

No momento da entrevista, foi entregue ao entrevistado duas vias iguais do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelo pesquisador, com esclarecimentos sobre o motivo da entrevista e autorização para sua realização, garantindo o sigilo do material coletado e sua utilização apenas para o propósito da pesquisa e publicação de seus resultados. Após a leitura e assinatura do documento, o entrevistado entregou uma das vias ao entrevistador.

Procurou-se, conforme preconiza Triviños (1987), estabelecer um clima de respeito, simpatia, confiança e harmonia entre o entrevistador e o entrevistado, de forma a possibilitar, no decorrer da entrevista, que a espontaneidade e a naturalidade fossem asseguradas e que houvesse um aprofundamento do assunto, objetivando, assim, o êxito da pesquisa.

A entrevista abordou questões como o planejamento de ações da assistência materno-infantil, tais como: participação dos profissionais e usuárias nesse planejamento, a forma com que esse envolvimento dos atores institucionais nas decisões contribui para uma gestão participativa, e a importância dada pelo gestor para a construção de uma gestão que considere o saber dos envolvidos, num pensar e agir coletivamente.

O grupo focal foi composto por 22 profissionais, dentre médicos de família e comunidade, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS, a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Os profissionais foram divididos em dois grupos, por meio de sorteio, com a presença do gestor e de um profissional, objetivando a instauração e a alimentação de um debate com a participação de todos.

Em cada grupo, houve um momento de apresentação dos objetivos do trabalho, dos motivos pelos quais eles estavam participando e da importância de cada profissional trazer as reflexões individuais e coletivas para o grupo.

As discussões foram conduzidas pelo pesquisador, acompanhado de um assistente. As duas reuniões foram gravadas e, posteriormente, transcritas. A roda de conversa foi o método realizado com as usuárias gestantes e puérperas do território. Para esse grupo, foi definida, como critério de inclusão, a facilidade no deslocamento até a unidade de saúde, local em que foi realizado o encontro.

Foi confirmada a participação de 15 usuárias, porém estiveram presentes na roda de conversa apenas cinco dessas, sendo uma gestante e quatro puérperas. Ao iniciar a roda de conversa, as usuárias foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e a relevância da participação delas naquele momento, bem como a importância de se criar ali um ambiente seguro para que pudessem ser expressas opiniões e considerações sem receio de constrangimentos ou exposições futuras em relação aos profissionais das equipes.

Para as ações deste projeto, como possibilidade de construção de algo para o cotidiano dos participantes e para o serviço, foram realizados dois momentos eles.

No primeiro momento, um encontro com a participação de uma profissional enfermeira e duas usuárias. Esse encontro teve como objetivo apresentar as informações obtidas até o momento, as ferramentas que respondem ao objetivo do trabalho, bem como as possibilidades de ações encontradas.

No segundo momento, foi realizada uma oficina, com todos os participantes desse trabalho, para apresentação dos resultados preliminares e o planejamento de ações junto ao serviço, com relação aos dois temas discutidos durante o primeiro momento.

A análise das informações foi o momento em que se entrelaçaram as leituras das bases conceituais e políticas citadas, as respostas do guia de entrevista semiestruturada, as informações provenientes do grupo focal, as reflexões a partir da roda de conversa e da oficina com os participantes. Foi o momento para analisar, interpretar e sistematizar os achados da pesquisa.

Para Bardin (1977), a análise de conteúdo é composta por um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob a forma diferente da original, a fim de facilitar, num estado ulterior, sua consulta e referência, com o propósito de atingir o armazenamento condensado de informações significativas em seus aspectos quantitativos e qualitativos.

A autora aponta que o método de análise de conteúdo compreende três etapas básicas:

1 - Pré-análise – consiste na organização do material adotado, respeitando sua perspectiva que servirá de referência para uma provável reformulação das hipóteses

e objetivos iniciais da pesquisa, de forma a buscar indicadores que sustentem a interpretação final desse material coletado.

2 - Exploração do material – compreende as operações de codificação que significam tratar o material, transformando seus dados brutos, de forma sistemática, por meio de recorte, agregação e enumeração, em um painel que permita uma descrição das características do texto.

3 - Tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação – podem-se submeter os resultados obtidos dos materiais coletados a operações estatísticas simples ou complexas ou analisá-los por meio dos significados expressos pelo material.

RESULTADOS

Para a definição das categorias de análise, consideraram-se as fases que compõem o método de análise de conteúdo em concordância com o referencial teórico consultado: Bardin (1977), Silva (2005), Triviños (1987) e Puglisi e Franco (2005). Após a análise do material, identificaram-se quatro categorias de análise: 1) o grupo de *WhatsApp*; 2) a rede de apoio; 3) o prazer de trabalhar; e 4) as relações de poder.

Categoria 1 – O grupo de *WhatsApp*: telegestão

Compreende-se aqui o Grupo de *WhatsApp* como uma ferramenta de gestão e trabalho participativo com vistas à educação e à promoção da saúde em rede, muito utilizada e já adotada, com propriedade, pelo gestor, profissionais e usuárias da UBS como meio de interação fácil e rápido.

A importância do grupo de *WhatsApp* está além da ideia de trazer apenas respostas às perguntas das usuárias; trata-se, também, conforme aponta a gestora da unidade, de trabalhar as dúvidas frequentes como temas nos grupos de gestante na unidade:

“Nesse grupo de mães, que a gente criou no *WhatsApp*, eu estou, a professora da UFMG, duas enfermeiras do posto e duas residentes obstetras do Sofia. Então às vezes surgem dúvidas, baseado muito no que elas falam, então a gente pega o que a gente deve abordar nos grupos de gestante.”
(Gerente da unidade)

Vermelho (2014) cita que o cenário das redes sociais é alicerçado na ideia da participação, no qual todos podem participar de forma ativa e trocar informações constantemente. A autora lembra que o ser humano é, antes de tudo, um ser social e que as “redes sociais”, no ambiente digital, são ferramentas que estão simplesmente potencializando essa tendência e alterando completamente as possibilidades de participação.

Na visão dos profissionais da unidade, o grupo de *WhatsApp* ampliou as possibilidades de trocas entre as próprias usuárias com o compartilhamento das experiências de cada uma:

“Na nossa equipe, a enfermeira tem um grupo de mães no *WhatsApp*, então todas as dúvidas, todos os questionamentos as meninas colocam. Aí uma vai falando para outra, vai orientando. Nós descobrimos que até questões jurídicas elas passam via *WhatsApp*. A princípio, eram somente as mães da equipe, aí depois a enfermeira foi convidando outras mães, para quem quisesse fazer parte do grupo. Então tiramos as dúvidas sobre várias questões, como da amamentação, uma fala que está doendo, a outra fala que empedrou, e ela, como enfermeira, vai orientando.” (Rosa, ACS)

Em relação à fala da ACS Rosa, percebeu-se a manifestação do sofrimento por meio de uma linguagem cotidiana das usuárias, apontando que “está doendo” e que o leite “empedrou”. Essa expressão foi importante, à medida que denotou uma construção

do saber coletivo apresentado nos diversos espaços de encontro dessas usuárias, inclusive no grupo de *WhatsApp*, e também alertou os profissionais de saúde para o sofrimento e adoecimento das usuárias.

Lévy (1999) defende a participação em comunidades virtuais como um estímulo à formação de inteligências coletivas, às quais os indivíduos podem recorrer para trocar informações e conhecimentos.

Percebeu-se, por meio do relato de usuárias, que o grupo criado pelos profissionais da unidade contribuiu para a produção e socialização do conhecimento em redes, bem como para a ampliação do acesso aos serviços de saúde.

“Eu vejo é no grupo, aquele que tem o *WhatsApp*, outro dia mesmo eu perguntei: chegou a vacina? Aí elas respondem. Quando falta alguma vacina, elas falam: pode vir aqui tal dia que vai chegar” (Usuária C).

Categoria 2 – Rede de apoio: cooperação

A rede de apoio formada por profissionais e gestor da unidade de saúde foi apontada como estratégia para o enfrentamento de diversas situações no dia a dia, devido à alta demanda de usuários para atendimento ou ausência de profissionais. Essa categoria abordou o apoio ofertado e recebido pelos envolvidos nesse trabalho, com base na formação de rede sustentada pelo comprometimento com a prática laboral e pela responsabilidade com a saúde e com a vida do outro.

Godoy (2009) aponta a cooperação como aspecto do trabalho coletivo que se caracteriza por permitir visibilidade de ações, confiança, discussão, consenso, deliberação, participação nas decisões e construção de acordos e regras de trabalho. Andreani (2006) complementa que a cooperação indica a própria contribuição dos agentes à organização do trabalho. Não é algo contido na prescrição do trabalho, não aparece por decreto, nem é prescrita entre os colegas. Ela é relativa à vontade dos agentes.

A gerente da unidade apontou a forma como está organizado o fluxo para agendamento de gestantes e puérperas na unidade.

“Eu acho a colaboração entre os profissionais muito importante aqui, a gente tem uma enfermeira de férias, por exemplo, aí a primeira consulta da gestante, geralmente é com a enfermeira, então nós já combinamos: a enfermeira não está, a outra enfermeira vai atender, qualquer enfermeira. Chegou uma usuária de uma equipe e a enfermeira está de férias, eu vou marcar na agenda de qualquer uma delas e elas vão atender, a mesma coisa o médico. O médico não tá, eu posso marcar na vaga de pré-natal de qualquer um. A agenda que tiver mais perto eu marco. Tem uma rede neste ponto que eu vejo que a gente não tem problema”. (Gerente da unidade)

O trabalho real é representado pela engenhosidade, pelos “quebra-galhos” e pelas intercessões criativas de cada trabalhador no seu processo produtivo, o que é parte do reajustamento, do rearranjo dos modos operatórios, segundo Godoy (2009).

A colaboração mútua é descrita pelos profissionais como algo já estabelecido e apreendido por todos na unidade. Na ausência de um profissional, o gestor também colabora:

“se a gente chega perto do médico ou do enfermeiro e pede uma ajuda, a gente sempre tem, graças a Deus, não tem essa de ninguém querer atender, isso não existe não. Quando estamos em desespero com algum caso, a gerente também resolve. Às vezes, a enfermeira não está na unidade, aí a gente pede ajuda pra gerente. Ela vem em socorro da equipe. Ela é participativa, bem resolutiva.” (Peônia, Auxiliar de Enfermagem)

Godoy (2009) aponta que a mobilização subjetiva é que conduz o trabalhador para a cooperação, a solidariedade, a confiança e o engajamento nas discussões do grupo, com o objetivo de provocar mudanças. Essa mobilização leva à motivação e à capacidade de participar das discussões coletivas, modificando as regras relacionadas ao conteúdo da tarefa e as relações socioprofissionais.

A percepção da existência dessa rede de apoio foi exaltada pelas usuárias como algo essencial para o trabalho e para o atendimento às necessidades delas:

“eles resolvem tudo, depois que a gente ganha neném também, o que a gente chegar e procurar não tem do que reclamar, atende a gente muito bem. Eles são muito acolhedores, na primeira consulta de pré-natal que eu fiz, a enfermeira fez tudo, já me levou no atendimento odontológico e fiz a limpeza, aí já marcou a ultrassom e já pediu uma bateria de exames. Gestante, você é atendido na hora, a hora que você vir aqui eles dão um jeito e te encaixam. Se um profissional não pode te atender, outro atende.” (Usuária E)

A fala da usuária E, “eles resolvem tudo”, descreveu uma alienação por parte das atendidas, quando se colocam no lugar de pacientes que recebem a ação, depositários do fazer médico, notadamente da enfermagem. Segundo Boltanski (1979), a história da medicina, há mais de um século, é a história contra as práticas médicas populares, com o fim de reforçar a autoridade médica e colocar sob sua jurisdição novos campos abandonados até então ao arbítrio leigo. A gestão participativa, portanto, implica ações que podem construir a passagem de paciente para sujeito da ação.

O trabalho em equipe se caracteriza a partir de uma rede de relações entre pessoas, relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, nas quais é possível identificar os processos grupais. O entendimento de todas essas dimensões que abarcam a subjetividade (conflitos, desejos, relações e vínculos com os demais membros da equipe, bem como o próprio trabalho) em muito pode contribuir com a construção de uma prática de saúde voltada para a integralidade da atenção (BALLARIN, 2012).

Essa flexibilização para as ações de saúde, que ultrapassa os limites inclusive territoriais, foi citada no relato da gerente, que apontou a abertura para os agendamentos necessários, sem que isso cause desconforto ou desgaste aos profissionais. É um empenho contínuo, que denotou um trabalho coletivo profundo e amplo:

“Estou com médicos novos e vamos manter essa colaboração, essa rede de um ajudando o outro. Pensar que antes de tudo nós trabalhamos no Centro de Saúde e todo mundo é de todo mundo, nós temos que atender o usuário, independente da equipe a qual pertença. Há uma divisão, claro, mas no dia que precisar a gente tem que tá aberto. Se o médico tem aquela vaga de pré-natal eu posso agendar para uma gestante de outra área. Então a gente já combinou isso, não precisa nem pedir, é só agendar”. (Gerente da unidade)

Categoria 3 – O prazer de trabalhar

O prazer de trabalhar foi constatado em falas, gestos e emoções. Esteve presente durante o percurso deste trabalho nos grupos e na entrevista com o gestor. Observou-se, também, um reconhecimento por parte das usuárias, que revelaram que “os profissionais fazem muito e, muitas vezes, sem os recursos necessários, pelo simples prazer de estarem ali” (Usuária E).

Godoy (2009) aponta que o trabalho não está isento de possibilitar satisfação ou sofrimento, mas a forma como ele está organizado e as condições de sua realização podem intensificar esses sentimentos. De forma semelhante, Dejours (1994) aponta que todo trabalho apresenta determinada carga psíquica. Se o trabalho permite que essa carga seja diminuída, cria-se um equilíbrio, mas, se ocorrer o aumento, a atividade pode gerar tensão e desprazer, levando ao sofrimento psíquico. Prazer e sofrimento coexistem em um equilíbrio precário, necessitando ser desvelado, para que se assegurem condutas organizacionais de proteção à saúde física e psíquica dos trabalhadores.

Essa reflexão foi enfatizada quando a gerente da unidade avaliou sua conduta como positiva ou negativa, perguntando-se se sua experiência no lugar de gestora lhe trazia prazer ou sofrimento:

“é um lugar de um misto de sentimentos, um lugar de escolha, eu escolhi estar neste lugar, a gente faz uma seleção. Claro que a gente vem com muitas ideias e com o dia a dia a gente vai perceber que não é assim como a gente imaginou. Mas ao mesmo tempo, hoje eu faço um balanço de que eu gosto, é muito mais coisa positiva do que negativa. Até o dia que eu achar que eu tô contribuindo eu acho que vale a pena, o dia que a gente perceber que não tá mais, que tá adoecendo, a gente tem que largar, eu tenho isso muito claro na minha mente. Eu falo isso comigo, até quando está sendo mais positivo pra você?” (Gerente da unidade)

Quando a atividade oferece um campo de ação para o trabalhador, um terreno no qual esse concretiza suas aspirações, suas ideias, sua imaginação, seu desejo, é possível transformá-lo em um trabalho favorecedor da vida, encontrando prazer em sua atividade, conforme aponta Godoy (2009).

Para tornar o ambiente laboral mais agradável para si e para os colegas, uma profissional apresentou-se bastante emocionada durante o grupo. Sua contribuição para a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, seu empenho e carinho para com os demais, ao implantar, na unidade, técnicas de relaxamento e eventos voltados para a saúde do trabalhador, possibilitaram experiências agradáveis de relaxamento e prazer no dia a dia:

“Fico até emocionada de falar porque eu enfrentei uma fase muito difícil com pai doente, um dia cheguei e uma colega me deu um abraço que quase me derreteu. A partir daí comecei a olhar para os colegas de outra forma, comecei a desenvolver o projeto de promoção à saúde do trabalhador aqui dentro da unidade, eu faço terapia de Reiki em todos os colegas, tem Liang Gong, fiz uma vaquinha pra comprar a cadeira de Quick Massagem, hoje temos o educador físico com os colegas, criamos ordens do posto”.. (Liz, Técnica de Enfermagem)

Enriquez (1995) reflete que as organizações assumem, fundamentalmente, grande importância na vida dos trabalhadores e que esses são alimentados pela emoção, pela fantasia e pelos desejos. São pessoas, e não máquinas. Elas sonham, realizam sonhos e expressam alegrias, frustrações, inquietações e fragilidades. A profissional continua ainda:

“Quando você se doa para o outro, daí a pouco dá um movimento que transforma toda a unidade, e a gente vira referência para os profissionais de outras unidades, muita gente copia as coisas que a gente faz aqui dentro. Então assim, não dá pra ser aquele profissional engessado que tá grudado na cadeira e que enxerga as pessoas apenas como paciente não. Eles são gente, seres humanos.” (Liz, técnica de enfermagem)

A expressão da gerente da unidade denunciou, em seu depoimento, expectativas, frustrações e esperança de realizar algo, mesmo que pequeno, como ela mesmo faz referência. Denotou também seu movimento para melhorar o ambiente e torná-lo um lugar de afetos.

“Aqui na Unidade, não tem um tanto de coisa que deveria ter. Mesmo assim a gente tenta tornar o ambiente agradável pra ser uma equipe colaborativa, de um ajudar o outro. Hoje eu aprendi a ficar feliz com pequenos resultados, que eu vou vivendo cada dia, eu não espero um grande resultado, uma grande coisa, eu acho que a gente tem também que ir modificando o lugar”. (Gerente da unidade)

Os serviços de saúde exigem um comprometimento do trabalhador que o consome e faz com que sua atividade se torne sua principal referência social, conforme afirma Godoy (2009). Percebeu-se, nas falas dos profissionais, a organização como objeto de identificação, e, mesmo diante das dificuldades de estar naquele lugar, ela ainda proporciona sentido para a vida:

“É um aprendizado de vida em relação ao ambiente, aos colegas, aos pacientes. Você passa a se valorizar mais ainda, eu passei a valorizar muito minha vida, minha saúde, no sentido de ver tanta coisa triste, tanto conflito. Aí eu penso: nossa, eu sou feliz demais, meu Deus, eu tenho saúde, eu vejo pessoas que não estão na minha idade e já estão lotados de remédios, lotados de dor, então isso é muito bom pra gente, é uma coisa que eu adquiri nesses anos aqui dentro e eu não vou perder nunca essa valorização, esse ponto de enxergar tudo, os dois lados que você aprende a enxergar”. (Gerente da unidade)

O prazer de exercer a atividade demonstrado pelo gestor e pelos profissionais foi ratificado pela percepção das usuárias, que sentem a aproximação, a disponibilidade e o fortalecimento do vínculo entre eles. Um vínculo que abre espaço para a participação das usuárias nas decisões, condução e responsabilização pela própria saúde e a de seus filhos.

“a enfermeira falou que sempre está disponível pra mim, se eu chegar e estiver com algum problema, que eu posso chamar e conversar porque ela não é só minha enfermeira, ela é minha amiga”. (Usuária B)

Categoria 4 – As relações de poder: submissão e resistência

O conjunto das imagens, ideias e percepções acerca da gestão participativa traz implícitas, no seu conteúdo, as relações de poder. Foucault (1979) aponta que essas relações de poder são concebidas não como um estado mental, mas como um conjunto de práticas sociais e discursos construídos historicamente que disciplina o corpo e a mente de indivíduos e grupos, materializando-se na prática.

Essa materialização do discurso, também chamada dispositivo, foi citada na entrevista com a gestora como dificuldades para a realização das reuniões. A análise desses desafios foi relacionada à demanda intensa de atendimentos na unidade, agenda apertada dos profissionais e pouco compromisso dos profissionais com o dia e horário das reuniões:

“às vezes eu vou fazer reunião com eles e eu tenho que brigar. Já não sou muito de fazer reunião, quando eu fecho a agenda dos profissionais pra fazer eles falam: “nossa, você vai fazer reunião hoje? Tá apertado, muita demanda. Aí eu falo: “Nós vamos fazer”. E eu só faço uma vez por mês com médicos, enfermeiros, do nível superior, e ainda tenho que ficar falando no grupo uma semana antes: gente dia tal tem reunião 2 horas, não vamos atrasar pra gente poder aproveitar o tempo e todo mundo participar da reunião, pra gente pensar junto estratégias e assuntos diversos das reuniões. Aí na hora da reunião eles falam: “Espera aí que eu atendendo só mais um”. Mas eu fecho a agenda no horário da reunião, durante uma hora. Aí eu falo com eles: “Vocês podiam me ajudar a fazer a reunião”. Acho que tem unidade que os profissionais cobram mais o gerente fazer reunião. Aqui não, eu é que tenho que falar: “pessoal vamos parar?” “Vamos sentar?”. (Gerente da unidade)

O gestor apresentou também certa resistência para o acompanhamento dos profissionais nos espaços de discussões, o que denotou, segundo Cappelle (2005), a troca de posição dos atores, pensando a dominação de forma complexa e não mais estabelecida unilateralmente, refletindo sobre como os atores se relacionam (enfrentam-se, aliam-se) nas arenas sociais:

“Eu sempre penso assim: nossa! esse mês eu participei de quantas reuniões de equipes? Eu não fui a nenhuma, preciso ir, eu preciso estar junto deles, eu preciso estar lá, o papel de um gestor é esse, não é só ficar aqui. Mas é tanta coisa que a gente tem para fazer”. (Gerente da unidade)

Alguns profissionais de saúde afirmaram que, do ponto de vista da educação formal, os usuários que fazem parte do território não tinham elementos suficientes para participação na gestão, devido à limitação de escolaridade e suas condições materiais de existência. Sabemos que essa percepção é real, porém o saber produzido no cotidiano é importante para a produção do conhecimento coletivo. (BRANT, 2004). Cappelle (2005) aponta que, mesmo sob a influência de determinadas características organizacionais, bem como do tipo de socialização à qual os agentes tenham sido submetidos, esses mesmos agentes são capazes de produzir um saber acerca do contexto e de agirem ativamente no sentido de exercerem resistência em determinadas situações.

Mas quais seriam as razões para a não ocupação dos espaços de discussão pelos usuários, agentes importantes do processo de cogestão? Os espaços democráticos de discussão são feitos de lutas políticas. A escuta, as trocas, as decisões coletivas,

os saberes e a capacidade de avaliar riscos, muitas vezes, não passam de dimensões ideais, utópicas de alguns autores, não ocorrendo no cotidiano. São questionamentos que ainda precisam ser alvo de investigação detalhada, tendo em vista a relevante sinalização das usuárias da pesquisa de não ocupar os espaços quando eram convidadas.

Relembro aqui a participação reduzida das usuárias na roda de conversa, cinco de um total de quinze que confirmaram participação. Para o primeiro encontro de planejamento da oficina, uma usuária de duas confirmadas, e, no segundo encontro, na oficina, com todos os participantes, uma usuária de cinco confirmadas.

Cecílio e Moreira (2002) apontam que, mesmo nos modelos pensados como mais participativos e democráticos, os trabalhadores em saúde têm demonstrado resistência, denunciando seu caráter controlador.

“Salienta, ainda, a dificuldade de redistribuição do poder dentro das organizações. Isto acaba sendo um obstáculo ao controle social dos serviços de saúde, na medida em que a população tem de enfrentar não só as distâncias estruturais e culturais de percepção sobre o objeto, como também a situação política interna das organizações” (CECÍLIO e MOREIRA, 2002, p. 593).

Conforme afirma Cappelle (2005), o comportamento do trabalhador envolve sua capacidade de negociação diante de determinados recursos de poder que ele possui, como suas experiências profissionais, seu conhecimento sobre o trabalho ou a maneira como ele manipula as situações que vivencia.

Nos grupos e também na oficina com os participantes, observamos discursos, gestos e expressões que indicaram resistência à mudança. Ao serem apresentadas, por alguns participantes, sugestões de melhoria para o atendimento das usuárias gestantes e puérperas, essas foram rapidamente barradas e derrotadas, como se fossem inimigos a serem vencidos:

“é difícil porque a gente fica pra cima e pra baixo por conta das demandas da unidade que são muito grandes. Tem a demanda espontânea, aí você não tem tempo de ficar fazendo essa parte programada, de ficar fazendo visita pra cada um, porque aí você depende do carro, do horário. Como é que você vai fazer no quinto dia se de repente não tem o carro? Ou se não sabe do parto? Então pra programar é difícil. Às vezes você tenta fazer, mas a puérpera não se abre para as dificuldades, porque se você vai lá, vai ver as dificuldades, vai ver o ambiente, você vai ver tudo o que precisa, você consegue identificar muito mais coisas realmente e você vai ver também o vínculo mãe e filho. Eu acho mais interessante, seria o ideal, mas aqui tem mais dificuldade, teria que ter uma equipe menor, uma demanda espontânea menor, tudo isso pra você conseguir fazer da melhor forma possível”. (Tulipa, Enfermeira)

CONCLUSÃO

A presente pesquisa se propôs a compreender as estratégias de gestão participativa como instrumento para a atenção materno-infantil, realizado em uma unidade básica de saúde. Para tanto, buscou-se analisar o conjunto das representações sociais do gestor da unidade, dos profissionais das equipes e das usuárias por meio das relações de poder que se estabelecem no ambiente da pesquisa, assim como planejar a ação da pesquisa em uma oficina com todos os participantes e socializar, por meio

de folheto eletrônico, as primeiras orientações pós-parto e a organização para a visita do quinto dia a todas as usuárias da UBS pela equipe de enfermagem.

Para alcançar os objetivos propostos, inicialmente, foi realizada uma contextualização do tema assistência materno-infantil no território, como forma de se elucidar as conquistas da regional em relação ao tema. Foi realizada uma revisão de literatura, a partir da qual se pode pensar na construção de algo único, singular e que levasse em consideração as questões territoriais desta pesquisa.

Constatou-se que fazem parte das estratégias de gestão participativa o grupo de WhatsApp composto pelas gestantes e puérperas do território, profissionais e gestor da UBS, sendo utilizado como uma ferramenta de gestão participativa rápida e eficaz. Outra estratégia que auxilia os profissionais e o gestor, reconhecida pelas usuárias como organização importante no atendimento, é a rede de apoio entre os profissionais da UBS. Entende-se, também, o prazer de trabalhar demonstrado pelos profissionais como a forma mais eficaz de se proporcionar um ambiente acolhedor, atendimento de qualidade e também de se contribuir para a qualidade de vida no trabalho.

Durante a execução das ações do projeto, houve desafios, que, por vezes, colocaram em dúvida a real capacidade de se praticar a cogestão, com participação conjunta do gestor, profissionais e usuárias. A adesão destes aos espaços protegidos para as trocas de experiência e planejamento não é tarefa fácil. Durante os grupos e nos encontros para planejamento das ações, observou-se um esvaziamento, principalmente de usuárias.

Esperamos que o presente estudo contribua com a comunidade acadêmica e no âmbito do trabalho, de maneira a entender algumas estratégias importantes para a gestão participativa no âmbito do processo de trabalho. Entendemos, também, que, em qualquer espaço ocupado por pessoas, será possível perceber relações de poder, estratégias de resistência e os (re)arranjos que perpassam as ações dos atores institucionais.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A gestão participativa propõe um modelo de organização que permite maior aproximação e valorização do trabalho interdisciplinar. Ficou evidente, nos grupos, a multiprofissionalidade ainda como pauta no direcionamento das ações dos profissionais.

Um ponto importante trata da dificuldade de proporcionar mais espaço e tempo para reflexão, discussão e planejamento das ações. Durante a realização dos grupos, quando questionados sobre a frequência de realização de reuniões para planejamento com a participação da equipe e a gestora da unidade, percebeu-se uma inquietação na equipe, que reagiu com alguns segundos de silêncio e, logo após, risos.

Afirmaram que as reuniões semanais protegidas pela agenda são utilizadas para a resolução/discussão de casos que estão acontecendo naquele momento e não para planejamento estratégico e que nem sempre é possível a discussão de todas as temáticas referentes à saúde da população, bem como a participação de todos os profissionais envolvidos.

Apesar do reduzido espaço para as discussões e planejamento, os participantes enfatizaram a abertura da gestora para acolher novas ideias e que ela procura consultar os profissionais para a tomada de decisões.

Os participantes apontaram, também, uma questão preocupante em relação ao atendimento das usuárias. Existe uma falta de privacidade durante as consultas, o tempo de atendimento é cronometrado, e, caso o profissional ultrapasse esse tempo, ele é interrompido e solicitado que finalize o atendimento o mais rápido possível, tendo em vista a demanda grande do lado de fora do consultório. Essa situação compromete a qualidade no atendimento às usuárias, ficando esquecidas algumas informações e orientações importantes.

Percebemos uma fragilidade das discussões e do planejamento das ações quando se trata de pensar com a comunidade. Os espaços oferecidos são pouco ocupados, de acordo com o preconizado pelo SUS no país.

Embora seja um grande desafio a presença de usuárias em ações da UBS, essa questão marca um ponto fundamental: o reconhecimento por elas e pelos profissionais de que a produção do conhecimento é enriquecida por essa união. Compreender a importância da participação de todos juntos gera um sentimento de reconhecimento.

O simples fato de se dirigir à pessoa pelo nome dela e perguntar “como foi isso para você?”, “Isso que você está falando é importante, conta isso pra gente”, sinaliza uma valorização de que o saber não é inerente aos profissionais ou ao gestor, a médicos ou enfermeiros, mas sim a todos que ocuparam aquele espaço.

Essa valorização esteve presente durante todo esse trabalho, não apenas enfatizando a ação institucional da pesquisa, mas também do ponto de vista de um empoderamento da comunidade em termos políticos, o que é um grande avanço. Percebemos uma transformação dessas pessoas no sentido de se enxergarem cogestoras das ações da saúde.

Por meio desse trabalho, foi possível deixar para os profissionais o sentimento de reconhecimento dos esforços empreendidos diariamente na prestação de serviços de qualidade. Para as usuárias desse território, a aproximação, por meio da visita do quinto dia e do grupo de aleitamento materno, possibilita a sensação de terem uma voz ativa e, ao mesmo tempo, de serem cuidadas e vistas com sensibilidade pela unidade.

O produto desse trabalho também se tornou uma materialização das questões discutidas durante todo o processo, incluindo as dificuldades, as técnicas necessárias durante os primeiros dias pós-parto e as dúvidas mais comuns das usuárias, pelas quais passam a mãe, o bebê, a família no contexto domiciliar e também os profissionais da unidade de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. **Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação**. Em aberto, v. 14, n. 61, p. 60-78, 2008.

ANDREANI, Grace; CUSTÓDIO, Zaira Aparecida O.; CREPALDI, Maria Aparecida. **Tecendo as redes de apoio na prematuridade**. Aletheia, 2006, 24: 115-126. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 21 dez. 2019.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo, SP: Boitempo. 2000.

BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões; BLANES, Lara de Sousa; FERIGATO, Sabrina Helena. **Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental.** Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2012, 16: 767-778. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832012000300014&script=sci_abstract&tlng=es#ModalArticles. Acesso em: 26 dez. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977. 225p.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Gestão do Cuidado no Território.** Belo Horizonte, 2016a, 59p. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/gestao_cuidado_territorio.pdf. Acesso em: 22 dez. 2018.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Pré-Natal e Puerpério.** 2ª edição. Revisada e atualizada. Belo Horizonte, 2019. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/Protocolo_pre-natal_perperio-14-06-2019.pdf. Acesso em: 25 jun. 2019.

BOLTANSKI L. **As classes sociais e o corpo.** Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1979.

BOSI, Ecléa; BARBOSA, João Alexandre Costa; CHAUI, Marilena de Souza. **Memória e sociedade: lembranças de velhos.** [S.l: s.n.], 2015.

BRANT, Luiz Carlos; MINAYO-GOMEZ, Carlos. **A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, p. 213-223, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização:** a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS, Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Portaria nº 1.996 GM/MS, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Diário Oficial da União 2007; 20 ago. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.htm. Acesso em: 15 out. 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia.** Ciência & saúde coletiva, v. 15, p. 2337-2344, 2010.

CAPPELLE, M. C. A. et al. **Relações de poder segundo Bourdieu e Foucault: uma proposta de articulação teórica para a análise das organizações.** Organizações Rurais & Agroindustriais, Lavras, v. 7, n. 3, p. 356-369, 2005.

Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/878/87817135009.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2020.

CARLINI-COTRIM, B. **Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias.** Revista de Saúde Pública, 30 (3)285-93. 1996. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101996000300013&script=sci_abstract. Acesso em: 15 fev. 2019.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: revista de saúde coletiva, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. MOREIRA, Maria Elisa. **Disputa de interesses, mecanismos de controle e conflitos: a trama do poder nas organizações de saúde.** R AP Rio de Janeiro 36(4):587-608, Jul./Ago. 2002. Disponível em: <file:///D:/Downloads/6454-12243-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2019.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental.** In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). Agir em saúde: *um desafio para o público*. 3.ed. São Paulo: Hucitec, p.161-168. 2007.

COSTA, Ana Cleide Mineu. *et al.* **Processo de trabalho e planejamento em saúde.**- São Luís: EDUFMA, 67 p.: il. (Cadernos de Saúde da Família n. 3) ISBN: 978-85-7862-476-7. 2016.

COSTA, Rogério da. **Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva.** Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 9: 235-248. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2005.v9n17/235-248/pt/#>. Acesso em: 15 dez. 2019.

CRUZ, Pedro José Santos Carneiro et al. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. Saúde e sociedade, v. 21, p. 1087-1100, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2012.v21n4/1087-1100/#>. Acesso em: 16 abr. 2020.

ENRIQUEZ, E. **Vida psíquica e organização.** Organizações e Saúde. v. 3, n. 4 (1995) 75 – 93. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaoes/article/view/10274>. Acesso em: 20 dez. 2019.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979. 295 p.

GODOY, Solange Cervinho Bicalho. **Prazer e sofrimento do enfermeiro na relação com o trabalho: estudo em um hospital de urgência e emergência de belo horizonte**. 2009. 190f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Belo Horizonte 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/GCPA-7XRNR7>. Acesso em: 05 jan. 2020.

GOULART, Flavio A. A. **Representações sociais, ação política e cidadania**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. v. 9, n. 4, p. 477-486, Dec. 1993. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 fev. 2019.

LÉVY, P. **Cyberdémocratie**. Trad. Carlos Irineu da Costa. 1ª ed. 1999. Editora 34 Ltda. São Paulo SP Brasil. 1999. Disponível em: <https://mundonativodigital.files.wordpress.com/2016/03/cibercultura-pierre-levy.pdf> Acesso em: 20 dez. 2019.

MERHY, E. E. **Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil**. In: GALLO, E. (Org.) Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 1995. p. 117-149.

MINAYO, Maria Cecília de Souza e GUERRIERO, Iara Coelho Zito. **Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2014, v. 19, n. 04, pp. 1103-1112. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.18912013>>. Acesso em: 07 mar. 2019.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Trad. Por Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

PUGLISI, Maria Laura; FRANCO, Barbosa. **Análise de conteúdo**. 2 Edição. Brasília: Liber Livro Editora, 2005. 79p.

SATO, L. **A representação social do trabalho penoso**. In: *O Conhecimento no Cotidiano - As Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social* (M. J. P. Spink, org.), pp. 188-211, São Paulo: Brasiliense. 1993.

TRIVIÑOS, A N.S. **Pesquisa qualitativa**. In: - Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Ática, 1987. cap. 5, p. 116-175.

ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS EMPREGADAS POR CHEFIAS INTERMEDIÁRIAS DE UM HOSPITAL PÚBLICO FEDERAL DE ENSINO

Simone Maria de Almeida¹; Solange Cervinho Bicalho Godoy²

RESUMO

Este artigo é resultado de uma pesquisa realizada com chefias intermediárias da gerência de atenção à saúde de um hospital público federal de ensino e teve por objetivo geral analisar as estratégias defensivas empregadas por esses profissionais no desenvolvimento de suas tarefas cotidianas. A Psicodinâmica do Trabalho foi a abordagem teórica utilizada para fundamentar o estudo. Trata-se de uma pesquisa descritiva, um estudo de caso com a adoção de método misto realizada com 23 profissionais. Os instrumentos utilizados foram: questionário semiestruturado; Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento; entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados através do *software* SPSS e análise fatorial, para as entrevistas utilizou-se análise de conteúdo categorial. Resultados identificados: estratégias defensivas individuais conhecimento da instituição e sentimento de pertencimento; redimensionar a relevância dos problemas; estudar, fazer o que precisa ser feito; convívio familiar e atividade física; individualismo; servidão voluntária. Estratégias defensivas coletivas: conversa; motivação, apoio e oração em equipe; feedback; planejamento. Os efeitos da organização do trabalho sobre os profissionais e o risco de adoecimento tiveram avaliação de moderada a crítica. Vivências de prazer: liberdade com a chefia para negociar e orgulho pelo trabalho exercido. Fatores de sofrimento: esgotamento emocional, estresse, sobrecarga. Danos físicos: alteração do sono e dores (cabeça, costas e corpo). Recomenda-se promover ações para melhoria da comunicação efetiva entre as equipes; implementar um sistema que possibilite realizar as atividades de forma ágil e fidedigna, divulgar e incentivar a participação dos trabalhadores nas ações promovidas pelo Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho. Chefias intermediárias. Estratégias defensivas. Hospital público federal de ensino.

INTRODUÇÃO

O presente artigo apresenta os resultados de uma pesquisa que analisou as estratégias defensivas empregadas pelas chefias intermediárias da Gerência de Atenção à saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, por meio do aporte teórico-metodológico da Psicodinâmica do Trabalho.

Estando a pesquisadora inserida neste contexto como trabalhadora, surgiu a pergunta norteadora: quais as estratégias defensivas as chefias intermediárias utilizam para realizar o trabalho prescrito? Além disso outras questões inquietavam: Quais seriam

¹ Enfermeira. Mestre em Gestão de Serviços de saúde. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, sialmeida2005@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade federal de Minas Gerais, solangecgodoy@gmail.com.

as vivências de prazer e sofrimento desses profissionais? Com relação à saúde, estariam adoecidos devido ao excesso de trabalho e as pressões diárias? Essas questões encontraram ancoragem na Psicodinâmica do Trabalho desenvolvida na França, na década de 1980, pelo psicanalista Christophe Dejours.

O trabalho em hospitais tem características particulares por abranger situações-limite como vida/morte e saúde/doença podendo gerar estresse e adoecimento nas equipes. O hospital é considerado ambiente de trabalho complexo, pois ao mesmo tempo que é centro de cuidado à vida é também local de doença e morte (NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004). É comum trabalhadores hospitalares apresentarem sofrimento psíquico diante da alta pressão social e psicológica a que estão submetidos (PITTA, 1991).

Segundo Feuerwerker e Cecílio (2007), o hospital é um equipamento de saúde complexo, o desafio atual do gestor hospitalar é organizar adequadamente as diversas especialidades de atos cuidadores individuais a fim de obter um cuidado coordenado, eficaz e de qualidade. Para isso, além de atuar para atender as necessidades de recursos requeridos pelas equipes o gestor deve buscar a sinergia entre os profissionais, primar pelas melhores práticas, transmitir confiança, ética e qualidade para pacientes e funcionários.

Com a implantação do SUS, os hospitais públicos brasileiros buscaram estratégias para atender os princípios de universalidade e equidade e as diretrizes de descentralização, participação social e integralidade, por meio de modelos de gestão que maximizem a produtividade, reduzam os custos e otimizem a qualidade da assistência prestada (VAGHETTI et al., 2011). Para isso, tornou-se essencial a atuação de profissionais que gerenciassem e articulassem essa complexidade inerente ao trabalho hospitalar. Atualmente, nos hospitais públicos federais de ensino, essa função é desenvolvida pelas chefias intermediárias.

Por característica de sua função, as chefias intermediárias devem administrar com eficiência, estimular e liderar a equipe de trabalho a fim de realizarem as demandas. Para Weber e Grisci (2010), atualmente, é atribuída grande relevância a profissionais que exercem o gerenciamento nas organizações. São profissionais capacitados para exercer o controle, mas que têm pouca ascensão sobre sua condição. A função de chefia é permeada pela complexidade do contexto hospitalar e “percebe-se que se trata de uma função permeada por uma complexidade que tem sido pouco explorada pelos estudos na área hospitalar.” (WEBER E GRISCI, 2010, p. 54)

Nesse contexto, desenvolver pesquisas que abordem as estratégias defensivas adotadas por profissionais que atuam nas chefias intermediárias de hospitais públicos universitários de ensino, tem a sua utilidade na melhor compreensão do desenvolvimento dessa atividade, bem como nos aspectos nela envolvidos.

OBJETIVOS

Para responder a pergunta norteadora da pesquisa propôs-se por objetivo geral analisar as estratégias defensivas utilizadas por chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino e por objetivos específicos identificar os efeitos da organização do trabalho das chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino; identificar as vivências de prazer e sofrimento das chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino; e identificar o risco de adoecimento provocado pelo trabalho entre as chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino.

REFERENCIAL TEÓRICO

Psicodinâmica do trabalho, trabalho prescrito e trabalho real: Mendes (2007, p. 29) revela que o objeto de estudo da psicodinâmica do trabalho é o “estudo das relações entre a organização do trabalho e os processos de subjetivação”. Dejours, Abdouchele e Jayet (1994) alegam que, para a Psicodinâmica do Trabalho, a relação homem e trabalho é definida pelos seguintes pressupostos: a) o trabalho se estabelece como cenário para a construção da identidade do indivíduo, permeado por contradições marcadas, principalmente, pela diferença entre trabalho prescrito e trabalho real; b) o trabalho é entendido como estruturante psíquico, a relação entre homem e trabalho está em contínuo movimento, mantendo-se aberta a evoluções e a transformações; c) o indivíduo busca mecanismos para exercer sua liberdade e manter sua integridade e saúde; e d) o objeto de investigação é a normalidade, não a doença.

A psicodinâmica propõe uma nova definição de trabalho: “trabalho é a atividade manifestada por homens e mulheres para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho” e ainda “o trabalho é, por definição, humano, uma vez que é mobilizado justamente ali onde a ordem tecnológico-maquinal é insuficiente” (DEJOURS, 2011, p. 78-79). Para o autor as prescrições são insuficientes para a realização do trabalho que não se restringe somente às relações sociais, ao salário ou às relações de poder. Dejours (1992) conceitua organização do trabalho como a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (à medida que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade. Dejours (2013) aponta que a experiência com o real do trabalho se apresenta ao sujeito como uma experiência de fracasso, gerando sentimentos de surpresa, desgaste, irritação, raiva, angústia; trata-se de uma experiência afetiva.

Quando o trabalho é rigidamente organizado, com acentuada divisão, pouco conteúdo significativo e imutável, torna-se impossível a adaptação desse trabalho às aspirações e competências do trabalhador. Esta situação exige um grande esforço de adaptação e, quando são esgotados todos os meios de defesa contra a exigência física, o sofrimento é desencadeado (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET 1994). O confronto com a discrepância entre o trabalho prescrito e o real é vivenciado no sofrimento (MENDES, 2007). A organização do trabalho deve propiciar ao trabalhador flexibilidade e liberdade para exercer suas atividades, pois, as vivências de prazer estão relacionadas às condições disponibilizadas pela organização e a liberdade para utilizar estratégias para realização de seu trabalho.

Sufrimento, prazer e reconhecimento no trabalho: Para Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), um dos objetivos do trabalhar é o prazer que provém do sentir-se útil, produtivo, inseparável dos sentimentos de reconhecimento e valorização. O prazer é vivenciado pelo sujeito ao perceber que seu trabalho tem significância para a empresa e para a sociedade, quando se sente aceito e admirado pelo que faz, quando o trabalho deixa de ser um mero objeto para tornar-se sua marca pessoal.

A falta de reconhecimento no trabalho pode gerar sofrimento e conduzir à doença mental. Dejours (2006) afirma que, quando o trabalhador tem a qualidade de seu trabalho reconhecida, seus esforços, angústias, dúvidas, decepções e desânimos adquirem sentido. A retribuição esperada é aquela simbólica do reconhecimento, no sentido de gratidão pelo serviço prestado e de julgamento da qualidade do trabalho realizado.

O autor cita dois tipos de julgamento: 1) o julgamento de utilidade que é importante para o sujeito, um exemplo é quando a empresa passa por uma reestruturação e os profissionais que desenvolviam determinadas atividades anteriormente são colocados “na prateleira”. Esses profissionais são devastados pela vergonha e pela perda de confiança em si mesmos e afundam-se na depressão; 2) o julgamento de beleza, que é proferido pelos pares. Não diz respeito só à utilidade, mas à beleza do trabalho realizado por um trabalhador. É o julgamento dos pares, certamente, o mais severo, mas, que é também o mais apreciado, aparece em termos estéticos: é um belo trabalho, é uma bela obra, é uma demonstração elegante, é uma linda forma. É graças ao reconhecimento que uma parte essencial do sofrimento é transformada em prazer no trabalho.

Dejours (2013) faz algumas considerações sobre os novos métodos de gestão que foram introduzidos nas organizações públicas e privadas: a avaliação individualizada de desempenho, que prevê uma análise quantitativa e objetiva do trabalho, passando por medição dos resultados. Para o autor, este método de avaliação quantitativa gera sentimento de injustiça, que têm também efeitos nocivos sobre a saúde mental, porém, o mais grave são os efeitos deste método no trabalho coletivo, na cooperação e na convivência. A avaliação individualizada e quantitativa do desempenho coloca todos os trabalhadores em concorrência uns com os outros. O sucesso de um colega torna-se uma ameaça para o outro trabalhador.

Nesse contexto, se não existe reconhecimento, os trabalhadores investem em estratégias defensivas a fim de evitar a doença mental, para Dejours (2011), entre sofrimento e doença, podem intercalar-se as estratégias defensivas.

A grande questão que norteia a psicodinâmica do trabalho é: como alguns trabalhadores fazem para conservar a sua sanidade em equilíbrio diante de situações e ataques advindos de seu ambiente de trabalho?

Estratégias defensivas: A partir da década de 1980 Christophe Dejours começou a desenvolver pesquisas para compreender a utilização das estratégias defensivas pelos trabalhadores perante situações de sofrimento no trabalho. Para Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994, p. 127) “O conflito entre organização do trabalho e funcionamento psíquico pôde ser reconhecido como fonte de sofrimento, mas o sofrimento suscita estratégias defensivas”.

Areosa (2018) pontua que as estratégias defensivas são o “escudo protetor” que os trabalhadores utilizam. Elas são sutis, cheias de engenhosidade, diversidade e inventividade, uma armadilha psicológica que torna viável ao trabalhador tolerar o sofrimento como se fosse uma paralisia diante do fracasso do real. Perante o sofrimento, o ego não fica passivo e se defende, a utilização de defesas individuais e coletivas para vencer o sofrimento no trabalho funcionam como uma espécie de “analgésico”. Para Dejours (2006), esse tipo de “armadura”, além de trazer benefícios tem seu lado contraproducente, pois podem insensibilizar os trabalhadores contra o que os faz sofrer.

Os trabalhadores utilizam estratégias de enfrentamento contra o sofrimento para conseguirem realizar o trabalho prescrito e não adoecerem. São exemplos de estratégias: conformismo, individualismo, negação de perigo, agressividade, passividade, cinismo, dissimulação, hiperatividade, desesperança de reconhecimento, desprezo e distorção da comunicação. Essas estratégias contribuem para a proteção do sofrimento e a manutenção do equilíbrio psíquico, possibilitam o enfrentamento e a eufemização das situações causadoras do sofrimento (DEJOURS, 1992. MENDES, 2007).

O trabalho possibilita que o homem compreenda sua participação no processo natural de transformação da natureza, é rico de sentido individual e social, não é somente um meio de

subsistência, dá sentido a existência além de contribuir para estruturar a identidade e a subjetividade. Além disso, é por meio do trabalho que o homem se produz e reproduz, amplia

suas habilidades e imaginação, reconhece suas forças e suas limitações, transforma a visão que tem de si mesmo e do mundo (OLETO; MELO; LOPES, 2013).

Compreende-se que o trabalho no ambiente hospitalar apresenta uma complexidade e singularidade em relação a outras modalidades de trabalho, por ser um trabalho essencial, diurno e noturno, tendo como atividade fim o cuidado da saúde das pessoas. Muitas vezes, é realizado em situação de urgência e emergência, em que o profissional lida com a dor, a doença e a morte, além de estar exposto a diversas cargas de trabalho (físicas, químicas, ergonômicas, biológicas e psicossociais), ocasionando desgaste e tensão. Segundo Pitta (1990,

p. 18) “a atividade de lidar com a dor, doença e morte tem sido identificada como insalubre, penosa e difícil para todos”.

Hospitais Universitários: Os hospitais universitários (HU's), indispensáveis ao sistema de saúde brasileiro, são locais de desenvolvimento de novos procedimentos e tecnologias, prestam serviços de alta complexidade e, ainda, participam da formação e educação permanente dos profissionais da saúde. Provavelmente, um dos maiores desafios enfrentados pelos HU's no Brasil, seja desempenhar sua vocação de formação de profissionais de saúde em meio as demandas sócio-sanitárias múltiplas e crescentes. Os serviços de emergência servem de porta de entrada para a população e não há uma integração efetiva entre os diferentes níveis de complexidade. Inseridos nesse contexto, os HU's acabam realizando atribuições que fogem da sua vocação mais primordial, prestar a assistência especializada num contexto de formação de profissionais de saúde (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

Apesar de sua alta relevância social, os HU's atravessaram longo período de crise crônica e agonizante sendo o problema financeiro o mais evidente e permaneceram em crise nos anos 2000, mesmo com diversas medidas adotadas para apoiá-los. A falta histórica de reposição de pessoal por meio de concursos leva os hospitais a utilizarem a maior parte de sua verba de custeio para a contratação de pessoal terceirizado via fundações de apoio ou cooperativas, sem garantia de direitos trabalhistas e com baixíssimas remunerações. A passagem dos contratos para as universidades fez estourar mais ainda a dívida dos HU's. As dívidas dos HU's, no ano de 2003, eram superiores a R\$ 300 milhões (OLIVEIRA JÚNIOR; SANTOS, 2016).

Em resposta à crise, o governo sinalizou com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) - Medida Provisória 520/2010 -, encaminhada ao

Congresso Nacional em 31 de dezembro de 2010, mas que não foi aprovada na Câmara dos Deputados, por não ter sido votada a tempo. O Governo Federal instituiu, então, o Projeto Lei n. 1.749/2011 e, posteriormente, aprovou a EBSEH por meio da Lei nº 12.550: uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação caracterizada, no artigo 1º, como “personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado” (BRASIL, 2011, p. 1).

Após a rejeição da Medida Provisória n. 520 no Senado, em 2011, a então presidente da República, por meio da Lei n. 12.550, autorizou a criação da EBSEH, empresa com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio. Ela surgiu com a justificativa de maior autonomia no uso dos recursos, legalização dos contratos de trabalho e aprimoramento do processo de gestão das instituições de ensino e saúde. É uma estatal da administração indireta e não pode ser considerada uma privatização, mantém-se a vinculação orgânica do ente estatal com o poder público (SODRÉ et al., 2013).

Hospital das Clínicas da Universidade federal de Minas Gerais: No dia 11 de dezembro de 2013, em sessão com protestos da classe estudantil e dos servidores técnico-administrativos, o Conselho Universitário aprovou a adesão do Hospital das Clínicas da UFMG à EBSEH (PRIMO, 2018). Em 2014, foi realizado um concurso público pela EBSEH, sendo aprovados cerca de 1700 empregados que foram admitidos com a finalidade de substituir os funcionários contratados por intermédio de cooperativa.

A adesão do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais à EBSEH trouxe mudanças estruturais (na organização e modelo de gestão) e contingenciais (substituição em larga escala da mão de obra por pessoal concursado em vínculo celetista), em contraposição ao Regime Jurídico Único, em vigor desde 1990.

Chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino: Uma pesquisa realizada por Weber e Grisci em 2010, relatou a experiência de gestão de chefias intermediárias de um hospital universitário público e apontou que a instituição hospitalar tem despertado o interesse como empresa, impulsionando estudos sobre planejamento estratégico, sistemas de informação e redução de custos. Segundo os autores, as chefias intermediárias são profissionais que administram e impulsionam sua equipe de trabalho a executar projetos e alcançar as metas institucionais, ocupam posição de gerência média no organograma, exercem cargo de confiança, são gratificadas, reportam-se a um gerente superior e são responsáveis por gerenciar uma determinada área bem como os trabalhadores que ali atuam.

Por característica de sua função, as chefias intermediárias devem administrar com eficiência, estimular e liderar a equipe de trabalho a fim de realizarem as demandas. Para Weber e Grisci (2010), atualmente, é atribuída grande relevância a profissionais que exercem o gerenciamento nas organizações. São profissionais capacitados para exercer o controle, mas que têm pouca ascensão sobre sua condição. Dividem-se entre a obediência e a resistência às demandas organizacionais, não estão acima nem abaixo, estão em um “entre espaço”, ou seja, “ensanduichados”, exercem papel de porta vozes das políticas empresariais. Além disso, afirmam que “a função de chefia é permeada pela complexidade do contexto hospitalar que, ‘paradoxalmente’ ao seu produto (saúde), tem produzido condições potenciais de adoecimento de seus trabalhadores” (WEBER; GRISCI, 2010, p. 54).

Os cargos em comissão e as funções gratificadas constituem cargos de confiança e caracterizam-se por atividades de direção, assessoramento ou chefia. Constituem-se cargos de confiança da EBSE RH para unidades hospitalares: Chefe de Divisão, Chefe de Setor e Chefe de Unidade. O cargo em comissão e a função gratificada, demissíveis *ad nutum*, serão providos por ato do presidente da empresa ou seu substituto legal, por meio de portaria publicada no boletim de serviço disponível no sítio eletrônico da EBSE RH. Tais cargos exigem, para o seu exercício, comprovada qualificação profissional, adequada para a área de atuação. Ao ocupante de Cargo em Comissão ou Função Gratificada não é permitido conceder licença para trato de interesse articular; cessão por outro órgão; outros afastamentos que gerem suspensão do contrato de trabalho (EBSE RH, 2019).

O processo de recrutamento e seleção para os ocupantes de Cargo em Comissão ou Função Gratificada será realizado por meio de avaliação de títulos e comprovação de experiência na área de atuação. O regime de trabalho dos empregados ou cedidos que ocuparem cargos de confiança ou função gratificada será de dedicação integral, com vista ao atendimento das necessidades da empresa (EBSE RH, 2019).

MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma pesquisa de métodos mistos. Quanto aos fins, assume as características de uma pesquisa descritiva e quanto aos meios, um estudo de caso. Para a sua realização definiu-se como unidade de análise o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG).

Os sujeitos da pesquisa foram as chefias intermediárias pertencentes à Gerência de Atenção à Saúde (GAS). Foram considerados como critério de inclusão dos participantes ocupar função de chefia intermediária da GAS por, no mínimo seis meses; pertencer ao vínculo Regime Jurídico Único (RJU) ou celetista (EBSE RH); concordar em responder os instrumentos de coleta de dados utilizados na pesquisa; não ser pesquisador deste estudo. Foram elegíveis 31 profissionais, sendo que 23 deles participaram da pesquisa (Tabela 1).

Tabela 1 - Demonstrativo de chefias que participaram da pesquisa

Função	Nº de Profissionais Elegíveis	Nº de Profissionais que responderam o questionário e o ITRA	%	Nº de profissionais que responderam as entrevistas
Chefe de Divisão	3	2	66,66	2
Chefe de Setor	4	4	100	2
Chefe de Unidade	24	17	70,83	7
Total	31	23	74,19	12

Fonte: Dados da pesquisa

As técnicas de coleta de dados e os instrumentos utilizados foram: questionário semiestruturado; Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) e entrevista semiestruturada.

O questionário semiestruturado foi respondido por meio físico, após contato telefônico prévio entre a pesquisadora e o participante ou, via *e-mail*, mediante a formulário eletrônico elaborado no *Google Docs* após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Questionário semiestruturado e ITRA. O período de aplicação do questionário foi entre os meses de dezembro de 2019 e janeiro de 2020.

O Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) foi criado e validado por Ferreira e Mendes (2003), em pesquisa com 1.916 auditores da Federação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social Brasileira. Foi adaptado e revalidado em 2004, publicado por Mendes e Col. em 2005 e, validado novamente em 2006, em uma pesquisa junto a 5.437 trabalhadores de empresas públicas federais do Distrito Federal (MENDES; FERREIRA, 2007).

O ITRA é composto por quatro escalas interdependentes para avaliar quatro dimensões da inter-relação trabalho e riscos de adoecimento (MENDES; FERREIRA, 2007).

A primeira é a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), composta por três fatores: Organização do trabalho, Condições de trabalho e Relações socioprofissionais.

Estes fatores são avaliados por uma escala *Likert* de 5 pontos, variando de “Nunca” a “Sempre”.

A segunda, é a Escala de Avaliação do Custo Humano no trabalho (EACHT), constituída por três fatores; Custo físico; Custo cognitivo e Custo afetivo.

Estes fatores são avaliados por uma escala *Likert* de 5 pontos, variando de “Nunca” a “Totalmente exigido”.

A terceira, é a Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST), composta por quatro fatores, sendo que dois avaliam prazer e dois avaliam sofrimento.

São fatores indicadores de prazer: Realização profissional e Liberdade de Expressão. São fatores indicadores de sofrimento: Esgotamento Profissional e Falta de Reconhecimento.

Estes fatores são avaliados por uma escala *Likert* de 7 pontos, variando de “Nenhuma vez” a “Seis ou mais vezes”.

A quarta, é a Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT) composta por três fatores: Danos físicos; Danos psicológicos e Danos sociais.

Estes fatores são avaliados por uma escala *Likert* de 7 pontos, variando de “Nenhuma vez” a “Seis vezes”.

O ITRA foi respondido por meio físico, após contato telefônico prévio entre a pesquisadora e o participante, via *e-mail* ou mediante formulário eletrônico elaborado no *Google Docs*. O ITRA foi respondido após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Questionário semiestruturado e ITRA. O período da aplicação do ITRA foi entre os meses de dezembro de 2019 e janeiro de 2020.

A entrevista semiestruturada foi elaborada utilizando as orientações do roteiro apresentado por Mendes (2007), que aborda os quatro eixos temáticos: organização do trabalho; prazer e sofrimento provenientes do trabalho; formas de enfrentamento do sofrimento no trabalho; e os possíveis impactos sobre a saúde.

Foi realizado o convite e o agendamento para a participação do estudo por meio de contato telefônico com os participantes. Não houve nenhuma recusa. O critério utilizado foi o de acessibilidade e voluntariado.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de dezembro de 2019 a janeiro de 2020, de forma individual, com data e horário previamente agendados entre a pesquisadora e o participante, em local reservado nas dependências do HC-UFMG e preservando a manutenção do sigilo das declarações.

As respostas das entrevistas foram gravadas em áudio, posteriormente transcritas na íntegra. Após participarem da entrevista os chefes responderam o questionário

semiestruturado e o ITRA. Essa ordem foi seguida para evitar que os chefes fossem sugestionados pelas questões do ITRA ao participarem da entrevista. Os 12 profissionais que participaram da entrevista responderam o questionário semiestruturado e o ITRA.

Os dados dos questionários semiestruturados físicos foram digitados em uma planilha *Excel (Microsoft Office)* e agrupados aos dados dos formulários respondidos de forma *on-line*. Finalizada a etapa de digitação e organização, os dados foram exportados para o *software* estatístico SPSS (IBM), versão 24, para as análises estatísticas.

O segundo instrumento, trata-se do Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA). Por se tratar de escala validada, a análise foi feita de acordo com a metodologia descrita em Mendes e Ferreira (2007). Para a análise e a interpretação dos dados das entrevistas foi utilizada a técnica de análise temática de conteúdo (BARDIN, 2011), que procura analisar e compreender o conteúdo apresentados nos discursos. As respostas das entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra utilizando a técnica de Análise dos Núcleos de Sentido (ANS) proposta por Mendes (2007), inspirada e adaptada da análise de conteúdo categorial desenvolvida por Bardin (2011). Utilizou-se o *software* MAXQDA (<https://www.maxqda.com/brasil>). A fase de construção do banco e da análise dos dados ocorreu em janeiro de 2020. Os dados foram inseridos e organizados no *software* e os sujeitos foram representados por siglas e por ordem de realização das entrevistas. Os nomes dos chefes foram representados pela palavra (Chefe) acompanhada de *underline* (_) e um número (01 a 12), por exemplo: Chefe_01. Na fase de pré-análise, foi realizada uma leitura flutuante e exaustiva do material com o auxílio do *software* MAXQDA. Na fase de exploração foi realizada leitura atenciosa e agrupamento das unidades de registro, pelas semelhanças do conteúdo a partir de todas as perguntas do roteiro (ANEXO B), constituindo-se as categorias.

Os grupos categóricos temáticos foram pré-estabelecidos, fundamentados pelo referencial teórico utilizado na pesquisa. São eles: 1) sofrimento construído *por* e *em* um *modus* de trabalho; 2) sofrimento externado nos corpos; 3) a busca pela integridade da saúde física e emocional; e 4) prazer e o valor *do* e *no* trabalho.

O estudo foi desenvolvido de acordo com o preconizado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementaridades. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob Parecer nº 3.662.631 e Certificado de apresentação para apreciação Ética nº 19835019.3.0000.5149, sendo conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

RESULTADOS

Questionário semiestruturado - respondido por 23 chefias intermediárias pertencentes à GAS. Entre os profissionais que participaram da pesquisa, predominaram: os profissionais do sexo feminino (78,3%); com 46,7 anos de idade em média; casado(a) ou em união estável (65,2%); com grau de escolarização em nível de especialização (43,5%); pós-graduação na área de gestão (73,9%); vínculo empregatício na EBSEH (52,2%); que trabalham na instituição, em média, há 16,6 anos; e exercem cargo de chefia, há 7,1 anos, além de não terem tido nenhum afastamento do trabalho por problema de saúde relacionado ao trabalho nos últimos seis meses (87,0%).

Sobre a última consulta na medicina do trabalho; 56,5% (13 profissionais) afirmaram que consultaram com o médico do trabalho há menos de um ano, sendo que desses,

07 apontaram o exame periódico como o motivo para a consulta; 02 apontaram o motivo controle ou consulta de rotina; 02 apontaram outros motivos (infecção e procedimento cirúrgico); 02 não identificaram o motivo. Entre os que se afastaram entre um e três anos os motivos citados foram amigdalite, licença maternidade e conjuntivite.

O tempo máximo de trabalho na instituição foi de 40 anos e, o mínimo, de 01 ano. Em relação ao tempo que o profissional ocupa cargo de chefia na instituição, o máximo observado foi de 37 anos e, o mínimo de 01 ano.

O Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) - respondido pelos 23 participantes. A Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT) foi avaliada como moderada, crítico em seus três fatores: Organização do trabalho, Relações socioprofissionais e Condições de trabalho.

A Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT) foi avaliada como moderada, crítico nos fatores: Custo afetivo e Custo cognitivo. Ela teve avaliação positiva, satisfatório para o fator Custo físico. A Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) foi avaliada como positiva, satisfatória nos fatores Liberdade de expressão, Realização profissional e Falta de reconhecimento. Teve avaliação moderada crítico, para o fator Esgotamento profissional.

A Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT) foi avaliada como moderada crítica, para o fator Danos físicos e, positiva, suportável para Danos sociais e Danos psicológicos. A Tabela 1 demonstra em vermelho as avaliações mais moderadas, críticas e as avaliações mais positivas satisfatórias em verde.

Tabela 1 - Resultados do Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) das chefias intermediárias pertencentes à Gerência de Atenção a Saúde (GAS) /HC, Belo Horizonte-MG, Brasil.

Escala	Fatores	Média	Desvio-padrão	Alfa de Cronbach	Nível
EACT	Organização do Trabalho	3,68	0,51	0,79	Avaliação mais moderada, crítico
	Relações Socioprofissionais	2,87	0,71	0,89	Avaliação mais moderada, crítico
	Condições de Trabalho	2,67	0,95	0,94	Avaliação mais moderada, crítico
ECHT	Custo Afetivo	3,12	0,66	0,86	Avaliação mais moderada, crítico
	Custo Cognitivo	4,33	0,66	0,91	Avaliação mais moderada, crítico
	Custo Físico	2,20	0,63	0,78	Avaliação mais positiva, satisfatório
EIPST	Liberdade de Expressão	4,42	1,49	0,93	Avaliação mais positiva, satisfatório
	Realização Profissional	4,17	1,51	0,95	Avaliação mais positiva, satisfatório
	Esgotamento Profissional	3,24	2,03	0,96	Avaliação moderada, crítico
	Falta de Reconhecimento	1,77	1,80	0,95	Avaliação menos negativa, satisfatório
EADRT	Danos Físicos	2,12	1,61	0,93	Avaliação moderada, crítico
	Danos Sociais	1,83	1,81	0,95	Avaliação mais positiva, suportável
	Danos Psicológicos	1,62	1,76	0,96	Avaliação mais positiva, suportável

Fonte: Dados da pesquisa

Entrevistas - na análise qualitativa, segundo Bardin (2011), a etapa de categorização conduz a classificação de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero. Nesta pesquisa, esta etapa apresentou quatro categoriais temáticas descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Grupos categóricos temáticos

Categorias	Conceitos
O sofrimento construído <i>por</i> e <i>em</i> um <i>modus</i> de trabalho	Os profissionais relatam o quanto as formas de trabalho interferem no andamento de coisas simples e complexas no trabalho, dificultando os processos e causando sofrimento. Relações do prescrito com o real.
O sofrimento externado nos corpos	Sinais informados pelos participantes em seus corpos sejam em forma biológica (infecções etc.) ou mental (depressão, frustração, tristeza etc.).
A busca pela integridade da saúde física e emocional	As estratégias utilizadas pelos profissionais para manterem a sua própria saúde (mental e física).
O prazer e o valor <i>do</i> e <i>no</i> trabalho	Quando os chefes se sentem úteis e valorizados por terem conseguido superar os desafios no trabalho; por serem valorizados financeiramente; por conseguirem apoio ou elogios dos pares.

Fonte: Dados da pesquisa

Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho e Categoria O sofrimento construído *por* e *em* um *modus* de trabalho

Quadro 2: Valores da EACT e Categoria O sofrimento construído *por* e *em* um *modus* de trabalho

EACT (Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho)	Valores Encontrados	Categoria – O sofrimento construído <i>por</i> e <i>em</i> um <i>modus</i> de trabalho
Acima de 3,7: avaliação mais negativa, grave.	Organização do Trabalho: 3,68	[...] puxa, será que eu sou uma máquina? [...] Essa Sobrecarga, esse dinamismo, essa necessidade de fazer coisas. Chefe_07
Entre 2,3 e 3,69: avaliação mais moderada, crítico.	Relações Socioprofissionais: 2,87	[...]a gente tinha que arranjar uma forma de trabalhar mais junto. [...] Acho que o <i>feedback</i> , ele é pequeno. Chefe_11
Abaixo de 2,29: avaliação mais positiva, satisfatório.	Condições de Trabalho: 2,67	

Fonte: Dados da pesquisa

O trabalho real é sempre muito mais rico e diversificado do que aquilo que os organizadores/mentores do trabalho prescrito conseguem prever” (DEJOURS, 2013, p. 11).

Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao trabalho e categoria o sofrimento externado nos corpos

Quadro 03: Valores da EADRT e Categoria - o sofrimento externado nos corpos

EADRT (Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao trabalho)	Valores Encontrados	Categoria - o sofrimento externado nos corpos
Acima de 4,1: avaliação mais negativa, presença de doenças ocupacionais.	Danos Físicos: 2,12 Danos Sociais: 1,83	Dores no corpo. Já tive muita dor de cabeça, tipo enxaqueca. Já fiz muito tratamento para isso. Chefe_06
Entre 3,1 e 4,0: avaliação moderada para frequente, grave.	Danos Psicológicos: 1,62	Eu sempre dormi pouco, mas, depois que eu entrei para o HC, eu tenho dormido uma média de 3, no máximo 4 horas por noite. Chefe_03
Entre 2,0 e 3,0: avaliação moderada, crítico.		
Abaixo de 1,9: avaliação mais positiva, suportável.		

Fonte: Dados da pesquisa

As vivências de sofrimento podem se expressar pelos males causados no corpo, na mente e nas relações socioprofissionais; portanto, as suas causas advêm do contexto de trabalho. O sofrimento pode constituir um indicador de saúde, pois, para além de ser uma vivência de afetos dolorosos, é um mobilizador para as mudanças das situações que fazem sofrer, quando é ressignificado pelo uso eficaz de estratégias de mediação oportunizadas por determinado contexto de trabalho (DEJOURS, MENDES, 2007).

Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho e Categoria o prazer e o valor do e no trabalho

Quadro 04: Valores da EIPST e Categoria - o prazer e o valor do e no trabalho

EIPST (Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho)	Valores Encontrados	Categoria - o prazer e o valor do e no trabalho
<p>Acima de 4,0: Avaliação mais positiva, satisfatório</p> <p>Entre 3,9 e 2,1: avaliação moderada, crítico</p> <p>Abaixo de 2,0: avaliação para raramente, grave</p> <p>Acima de 4,0: avaliação mais negativa, grave</p> <p>Entre 3,9 e 2,1: avaliação moderada, crítico</p> <p>Abaixo de 2,0: avaliação menos negativa, satisfatório</p>	<p>Liberdade de Expressão: 4,42</p> <p>Realização profissional: 4,17</p> <p>Esgotamento Profissional: 3,24</p> <p>Falta de Reconhecimento: 1,77</p>	<p>[...] eu considero o meu trabalho importante e eu me sinto valorizada mais pelos meus pares.</p> <p>[...] eu acho que o salário é legal. Acho que é uma valorização financeira. Chefe_02</p> <p>Eu adoro trabalhar! Adoro meu trabalho! Sou muito feliz no meu trabalho! Trabalho com o que eu gosto, meu pagamento está em dia, recebo muito retorno positivo do trabalho que eu faço. Chefe_08</p>

Fonte: Dados da Pesquisa

O reconhecimento fortalece a identidade, a sanidade e o bem estar. O salário contém significações concretas e abstratas (DEJOURS, 1992. MENDES, 20017).

Escala de Avaliação do Custo humano no Trabalho

Quadro 05: Valores da ECHT e Depoimentos das categorias

ECHT (Escala de Avaliação do Custo humano no Trabalho)	Valores Encontrados	Depoimentos das categorias
<p>Acima de 3,7: avaliação mais negativa, grave</p> <p>Entre 2,3 e 3,69: avaliação mais moderada, crítico</p> <p>Abaixo de 2,29: avaliação mais positiva, satisfatório.</p>	<p>Custo Afetivo: 3,12</p> <p>Custo Cognitivo: 4,33</p> <p>Custo Físico: 2,20</p>	<p>Hoje, a gente ainda tem muito a política do apagar incêndio, de resolver problemas, porque as regras não são claras ou as pessoas não cumprem essas regras claras. Chefe_07</p> <p>Eu consigo suportar coisas que eu acho que ninguém nesse lugar deveria suportar. A maneira como as pessoas falam com a gente. A maneira como as pessoas se referem a gente [...]. Chefe_10</p>

Estratégias defensivas individuais e coletivas evidenciadas na categoria busca pela integridade da saúde física e emocional

Quadro 06: Categoria: busca pela integridade da saúde física e emocional – Estratégias defensivas identificadas

Categoria: busca pela integridade da saúde física e emocional	Estratégias Identificadas
<p>Eu pratico esporte. Chefe_03</p> <p>[...]eu tenho uma válvula de escape que é minha filha, minha família. Chefe_12</p> <p>Então, discutir com a equipe, trazer eles junto para escrever, fazê-los participarem [...]. Chefe_09</p> <p>[...] eu estou tomando ansiolítico. [...] muitos exames estavam alterados e eu achei que ajudou. Chefe_10</p>	<p>Coletivas: conversa e motivação da equipe; apoio e oração em equipe, <i>feedback</i>; planejamento.</p> <p>Individuais: atividade física; convívio familiar; estudar; redimensionar a relevância dos problemas; conhecimento da instituição; e sentimento de pertencimento.</p> <p>Outras: individualismo e servidão voluntária.</p>

Fonte: dados da pesquisa

CONCLUSÃO

Do ponto de vista acadêmico, a pesquisa contribui ao demonstrar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho, as estratégias utilizadas para mediar esse sofrimento, a dinâmica do reconhecimento e o risco de adoecimento das chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino, visto que pesquisas com essa população são escassas. Do ponto de vista organizacional, os dados coletados apresentam subsídios para implementação de medidas e incentivar ações que minimizem o sofrimento dos sujeitos e do coletivo de trabalho. Para a sociedade, a contribuição está na identificação e apresentação para os gestores de informações que permitam melhorar a forma de organização do trabalho das chefias intermediárias, o que contribui diretamente para o melhor atendimento à população.

As estratégias defensivas foram melhor evidenciadas nas entrevistas com os participantes, pois, na análise quantitativa, o “desenvolvimento de macetes” não foi evidenciado como fator crítico. Foram relatadas estratégias coletivas como conversa e motivação da equipe; o apoio em equipe, oração em equipe, *feedback* e planejamento. Como estratégias individuais foram evidenciadas: a prática de atividade física, o convívio familiar, estudar, redimensionar a relevância dos problemas, conhecimento da instituição e sentimento de pertencimento. Outras defesas que apareceram nos relatos foram o individualismo e a servidão voluntária, que podem produzir subjetividades narcisistas e levar os gestores a agirem por meio da opressão e do domínio. Os resultados demonstram um aspecto individualista, as chefias intermediárias parecem não formar um coletivo.

Quanto aos efeitos da organização do trabalho foi evidenciado sobrecarga de trabalho, cobrança por resultados, falta de *feedback*, deficiência de recursos humanos, disputas profissionais no local de trabalho, comunicação insatisfatória, falta integração no ambiente de trabalho. Destaca-se a sobrecarga de trabalho e a

necessidade da ampliação do número de profissionais. O ritmo de trabalho é excessivo e os profissionais estão no limite de suas capacidades. A competição, mesmo que velada, existe entre as chefias e não foi evidenciada uma mobilização na categoria. Nesse sentido, fica evidente que a atual forma de organização do trabalho tem gerado a incidência de vivências de sofrimento.

Outro fator que pode originar sofrimento aos trabalhadores sob análise está no fato de a chefia ter de conviver com a necessidade de dedicar-se às tarefas internas ao seu setor de trabalho, normalmente, de grande responsabilidade e, de realizar as atividades operacionais pela falta de profissionais. Com isso, não consegue realizar as atividades estratégicas, de alinhamento de desempenho e de tomada de decisões. Considerando ainda que tal fato não exige a chefia de responder pelas incapacidades da exatidão de seus planejamentos.

No que se refere as vivências de prazer no trabalho das chefias, foi evidenciado que o sentimento de valorização dos profissionais está ligado ao reconhecimento pelos pares, pela chefia e pelo salário. O fato de os profissionais terem liberdade para desenvolver suas tarefas e liberdade com a chefia para negociar o que precisa, demonstra uma flexibilidade na organização do trabalho para a realização das tarefas. Quanto as vivências de sofrimento, foram evidenciadas o esgotamento emocional, o estresse, a sobrecarga e a constante necessidade de rearranjos nas formas de trabalho para conseguirem realizar as tarefas.

Observou-se o risco de adoecimento dos profissionais. A dor associada a pressão, a cobranças, a carga horária excessiva. Perda de sono, dores no corpo, enxaqueca e estresse foram os que apareceram com maior frequência. Foram relatados aumento da frequência de infecções, gastrite, mau humor, cansaço, irritabilidade, impaciência, tristeza, uso de ansiolíticos e antidepressivo. Os participantes ainda não estão adoecidos, mas já apresentam manifestações que sugerem, em breve, danos à saúde física e mental, de acordo com a literatura utilizada.

O HC-UFMG oferece atendimento psicológico para os profissionais. O profissional interessado no atendimento, entra em contato pessoalmente ou por telefone para realizar o agendamento. Há também o Projeto de Extensão Atenção à Saúde do Trabalhador: Cuidando de quem cuida com as Práticas Integrativas e Complementares. O projeto oferece o uso das Práticas Integrativas e Complementares aos profissionais do HC-UFMG, incentivando novas possibilidades de cuidado em saúde e buscando reduzir o sofrimento emocional, psíquico e espiritual daqueles que atuam na área administrativa e assistencial. O projeto oferece Reiki, Auriculoterapia, *Tui na*, Calatonia, *Tai chi chuan* e Aromaterapia.

Diante do exposto, pode-se pensar em formas de organização do trabalho que minimizem o sofrimento desses profissionais e proporcione maiores vivências de prazer, uma vez que esses profissionais são o elo entre a direção as diversas categorias de trabalhadores e usuários. São eles que desenvolvem estratégias para a melhoria da assistência, o que implica diretamente na qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS.

Espera-se que os resultados aqui apresentados possam servir de base para ressignificações no ambiente de trabalho para a saúde do trabalhador.

Como apontamentos que a pesquisa favoreceu, recomenda-se: promover e incentivar ações para a melhoria da comunicação efetiva entre as equipes; implemenar um sistema de informações que possibilite a realização das atividades de forma mais ágil e fidedigna; divulgar amplamente e incentivar os profissionais a participarem do projeto Atenção à Saúde do Trabalhador: Cuidando de quem cuida com as Práticas

Integrativas e Complementares; divulgar amplamente o atendimento psicológico oferecido pelo SOST.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Espero que essa pesquisa contribua para que os gestores de instituições de saúde pensem em programas de melhoria das condições de trabalho;

Criar espaço para discussões, fortalecimento de laços e crescimento coletivo;

Melhorar a comunicação nas instituições;

Demonstrar a importância do retorno aos profissionais a respeito de sua atuação (*feedback*).

É necessário que se pense em promover, implementar e divulgar as ações que invistam na saúde do trabalhador.

Suscitar mais diálogo, reconhecimento e melhorar as realções de trabalho.

Essas ações acarretarão a melhoria da entrega de serviços aos usuários.

REFERÊNCIAS

AREOSA, J. O mundo do trabalho em (re)análise: um olhar a partir da psicodinâmica do trabalho. **Laboreal**, v. 15, n. 2, p. 1-24, dez. 2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/337714846_O_mundo_do_trabalho_em_re_analise_um_olhar_a_partir_da_psicodinamica_do_trabalho>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

_____. Presidência da República. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o poder executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 dez. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em 15 jan. 2020.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 abr. 2019.

NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C.; ALEXANDRE, N. M. C. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 204-211, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000200009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 abr. 2019.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: HUCITEC, 1990.

SODRÉ, F. et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 114, p. 365-380, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n114/n114a09.pdf>. Acesso em 01/12/2019>. Acesso em: 21 abr. 2019.

VAGHETTI, H. H. et al. Significado das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos. **ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 87-93, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2019.

WEBER, L.; GRISCI, C. L. I. Trabalho, gestão e subjetividade: dilemas de chefias Intermediárias em contexto hospitalar. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 53-70, mar. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512010000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 abr. 2019

OLETO, A. F.; MELO, M. C. O. L.; LOPES, A. L. M. Análise bibliométrica da produção sobre prazer e sofrimento no trabalho nos encontros da Associação Nacional de Pós-Graduação em Administração (2000-2010). **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 60-73, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2019.

OLIVEIRA JÚNIOR, L. B.; SANTOS, A. C. Rehuf: uma ferramenta para tomada de decisão e sua aplicação na saúde coletiva. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 1, p. 43-51, jan./jun. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2397/847>>. Acesso em: 27 jan. 2020.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

_____.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

_____. O trabalho como enigma. In: LACMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.) **Christophe Dejours: da psicologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo, 2011. P. 151-166.

A sublimação, entre o sofrimento e prazer no trabalho. **Revista Portuguesa de Psicanálise**, v. 33, n. 2, p. 9-28, 2013. Disponível em:

<<https://pt.scribd.com/document/243253326/SUBLIMACAO-ENTRE-SOFRIMENTO-E-PRAZER-NO-TRABALHO-pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2019.

_____. **A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

_____. O trabalho como enigma. In: LACMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.) **Christophe Dejours: da psicologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo, 2011. P. 151-166.

PRIMO, G. M.G. **Mudanças estruturais, condições de trabalho e riscos psicossociais em um hospital público universitário**. 2018. 184 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2018..

_____. **Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH. **Hospitais Universitários Federais**. Institucional. [2019a]. Disponível em:

<http://www.ebserh.gov.br/>. Acesso em: 20 abr. 2019.

TELEGESTÃO: PROPOSTA PARA CAPACITAR OS GESTORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MINAS GERAIS

Ana Paula de Lima Bezerra¹; Nathalia de Souza Portugal²; Luciana Mara Nogueira Costa³; Eliane Marina Palhares Guimarães⁴; Vanessa de Almeida Guerra⁵; Solange Cervinho Bicalho Godoy⁶

RESUMO

Com o avanço das tecnologias nos setores de informação e comunicação, viu-se uma oportunidade de melhoria nos serviços de saúde, no formato de educação à distância, a partir da capacitação de profissionais, promovendo um diferencial nos atendimentos, principalmente através da Telenfermagem, tendo como base o Projeto Nacional de Telessaúde, ampliado, em 2011, para o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. A teleducação tem tido um papel importante, na formação e no aprimoramento destes profissionais, possibilitando o aprendizado e a troca de experiências. Com base nos bons resultados do Telenfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, encontra-se em desenvolvimento o projeto Telegestão, que busca abranger os gestores de serviços de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde, contribuindo para uma educação direcionada a rotina da gerência local. Nesse sentido, o presente trabalho tem o objetivo de apresentar o desenvolvimento do projeto Telegestão, que utilizará como mecanismo uma tecnologia simples, possibilitando o desenvolvimento de webconferências com temas direcionados aos desafios enfrentados na prática dos serviços de saúde. Espera-se contribuir para a compreensão da necessidade de capacitação dos profissionais, favorecendo a compreensão do processo de comunicação e subsidiando evidências para aprimorar o cuidar e a gestão dentro da organização do trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Permanente; Educação à Distância; Gestão em Saúde.

INTRODUÇÃO

O crescimento tecnológico proveniente do fim século XX, tem trazido muitos benefícios em todos os níveis, econômicos, sociais e ambientais, desde o

¹ Discente de Gestão de Serviços de Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, paulinhalimalima15@gmail.com.

² Discente de Gestão de Serviços de Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, nathaliaportugal5@gmail.com

³ Especialização em Saúde da Família, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, luciana.nogueira@pbh.gov.br.

⁴ Pós- doutorado em Ciências da Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, solangecgodoy@gmail.com

⁵ Doutora em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, vanessaalmeidaufmg@gmail.com

⁶ Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, elianemg@enf.ufmg.br..

aprimoramento no setor de bens e serviços até a melhoria das condições de atendimento à saúde (AMEM; NUNES, 2006). A tecnologia, além de permitir construir um diagnóstico e orientação terapêutica com uma melhor fidedignidade, proporciona ferramentas e instrumentos que contribuem para a resolução dos problemas de saúde da sociedade (GUIMARÃES; GODOY; ASSIS, 2013).

Por isso, as organizações de saúde vem incorporando cada vez mais tecnologias informacionais e comunicacionais (TIC) uma vez que estes recursos tecnológicos estão integrados entre si propiciando maiores possibilidades de disseminação e acesso a informações e contribui para transformar de maneira positiva os processos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) (FARIAS, et.al, 2017). O avanço das inovações em saúde exige cada vez mais profissionais capazes de adaptarem às mudanças e motivado a continuar aprendendo ao longo da vida. Para tanto, é necessário que os gestores possam atuar na melhoria dos processos de trabalho oferecendo tanto oportunidades para a construção e o acesso ao conhecimento como possibilitando interações individuais e coletivas de forma integrada e permanente. (GODOY; GUIMARÃES, 2009).

As inovações no âmbito da TIC, trouxeram uma modalidade de ensino, a Educação à Distância (EAD), a qual permite atingir um grande número de pessoas distribuídas em diversas localidades. Com isso, pode ser oferecido ao profissional a aquisição de conhecimento de maneira prática, acessível, possibilitando criar habilidades e competências para o desenvolvimento de suas funções de maneira crítico-reflexiva (SILVA et. al, 2015).

Com a vontade de propiciar conhecimentos oriundos de situações vivenciadas pelos próprios trabalhadores e a fim de promover mudanças na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área da saúde. O Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) para viabilizar um trabalho articulado entre as esferas de gestão, os serviços de saúde, as instituições de ensino e os órgãos de controle social (BRASIL, 2004).

Para tanto, entende-se que a experiência da PNEPS pode proporcionar um aprimoramento do desenvolvimento pessoal, social e cultural e possibilita que o próprio sujeito que aprende seja um agente ativo, autônomo e gestor de sua educação. Nesse sentido, sua atuação permite que os sujeitos possam refletir o modo permanente sobre a realidade, buscando soluções criativas para a superação dos problemas de saúde, com a finalidade de aumentar a resolutividade e a eficiência do sistema de saúde (FRANÇA, et.al, 2017).

Com a vontade de apoiar as melhorias na saúde pública brasileira e no processo de Educação aos profissionais da saúde, o Ministério da Saúde lançou em 2006 o Projeto Nacional de Telessaúde, que passou a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, expandindo a teleassistência para praticamente todo o país (BRASIL, 2011). Os resultados alcançados por esse projeto podem oportunizar a redução das filas de esperas em atendimentos do SUS, o tempo para o atendimento ou diagnósticos especializados e a redução dos custos em deslocamentos desnecessários. Assim, os resultados de campos de atuação como a inovação em saúde digital e telessaúde, teleconsulta, telediagnóstico, telemonitoramento, telerregulação e teleducação, pretende gerar uma maior satisfação do usuário, maior qualidade do cuidado e menor custo para o SUS a fim de possibilitar que seja mais eficiente universal e equânime (BRASIL, 2019).

Dessa forma, a intenção do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, foi expandir a teleassistência para praticamente todo o país. Para tanto, a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob a organização da Escola de Enfermagem, a Faculdade

de Medicina e Faculdade de Odontologia, o Laboratório de Ciências da Computação e o Hospital das Clínicas, promovem o Programa, no qual envolve as áreas de Telemedicina, Teleodontologia e Telenfermagem.

A experiência com o Projeto Telenfermagem, em prática desde 2004 na Escola de Enfermagem, possibilitou a articulação de diversas instituições assistenciais para a capacitação de enfermeiros e trabalhadores de enfermagem, inseridos nas Unidades de Saúde, por meio de tecnologias de informação e de telecomunicações inovadoras. Os processos continuados de acessos à informação e os avanços promovidos na área de conhecimento, possibilitou a democratização do saber e do fazer, na medida em que auxilia a tomada de consciência, por parte dos profissionais (GUIMARÃES et al, 2006).

Tendo em vista a importância de trazer a discussão sobre a necessidade de capacitação no universo da saúde, pontua-se que o campo da gestão é imprescindível ao bom funcionamento dos serviços e nesse sentido emerge uma lacuna de um ambiente de capacitação direcionada na atividade dos gestores, uma vez que muitos ambientes de aprendizado focam na atuação voltada a assistência. Essa lacuna pode ser confirmada no o estudo de Silva e Pellenz (2019), no qual mostra que são necessários mais investimentos em programas de capacitação de gestores, projetos que possam contribuir para o desenvolvimento e aprimoramento profissional sejam elaborados, a fim de contribuir para a melhoria da assistência prestada.

Considerando as experiências do Núcleo de Telessaúde de Minas Gerais da UFMG, foi elaborado o projeto Telegestão, a fim de oferecer uma estrutura para a capacitação focada no aprendizado aos gestores de serviços de saúde, acadêmicos dos cursos de graduação e pós-graduação, além de outros profissionais, inseridos nas Unidades de Saúde, mediado pelas tecnologias de informação e de telecomunicações. Nesse sentido, tendo em vista a importância da utilização de tecnologias na prática dos serviços de saúde e os desafios pertinentes na atuação da gerência dos serviços, que conforme Martins e Waclawovsky (2015), impõe a necessidade de gestores qualificados, conforme competências essenciais a gestão em saúde. Contudo, justifica-se o desenvolvimento do Projeto como um ambiente de educação aos gestores, no qual evidencia na educação permanente um instrumento de melhoria na assistência e nos processos em torno da saúde.

OBJETIVOS

Apresentar a criação do Projeto Telegestão a partir das experiências exitosas do Telenfermagem, com a finalidade de capacitar as Unidades de Serviços de Saúde dos municípios de Minas Gerais cadastrados pelo Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes, gestores, docentes, discentes da graduação e pós-graduação da Escola de Enfermagem/UFMG, utilizando as tecnologias de informação e de telecomunicações.

REFERENCIAL TEÓRICO

A sociedade tem passado por momentos de transformação e as tecnologias de informação e comunicação (TIC) corroboram com essa nova perspectiva. Essas inovações, podem ser observadas em diversos âmbitos, como na área da saúde, ao qual, pode gerar benefícios na prestação de cuidados na saúde pública, nas pesquisas e monitoramento de ações, principalmente, de países em desenvolvimento (OMS, 2012).

Segundo Santos (2006), a necessidade de atuação em cenários cada vez mais amplos e com uma diversidade de possibilidades, imprime ao processo de trabalho na área da saúde, desafios constantes. Para tanto, melhorar a relação custo-efetividade dos processos de saúde pública é necessário. Assim, utilizar da Educação à Distância conforme Dahmer (2007), representa uma ferramenta importante para a qualificação dos profissionais em países em desenvolvimento e de grande extensão como o Brasil, haja vista a facilidade de alcançar profissionais em regiões com menores recursos financeiros e distantes dos grandes centros urbanos.

A facilidade de acesso, o menor custo, o menor tempo a ser gasto no deslocamento para uma aula ou encontro presencial, gera uma forma mais acessível para um maior número de pessoas. Além disso, possibilita uma diminuição das distâncias físicas, ou seja, aproxima o conhecimento a regiões mais inacessíveis e remotas (CARNEIRO; BRANT, 2013). Nesse sentido, a Educação à Distância (EAD), pode através de sua inovação tecnológica e pedagógica, proporcionar o aperfeiçoamento profissional e transformar as formas de prestação da assistência à saúde (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010).

Contudo, o incremento de novas tecnologias exige profissionais cada vez mais atualizados e abertos para aquisição de novos conhecimentos. Nessa perspectiva, o EAD é capaz de democratizar o acesso e promover aprendizagens contínuas favorecendo a disponibilidade de tempo e ritmo de cada profissional. A diversidade de possibilidades dos processos de formação e disseminação de conhecimentos, ao qual os ambientes virtuais tende proporcionar, pode contribuir nas práticas profissionais. Todavia, principalmente se levar-se em conta a criticidade do conhecimento vinculado à prática profissional para promover sentido ao educando e constituir um meio facilitador para a Educação Permanente (EP) (GODOY; GUIMARÃES; ASSIS, 2014).

Para tanto, a atualização e aperfeiçoamento do profissional, promove a educação em serviço e foco da pertinência dos conteúdos, instrumento e recursos para a formação técnica que acontece na rotina das organizações e profissionais. Na saúde, o fomento dessas iniciativas se deu a partir da criação de uma Política Nacional que tem sido compreendida como uma estratégia transformadora das práticas de saúde, colaborando para romper com o paradigma tradicional que orienta os processos de formação dos trabalhadores da saúde (CECCIN, 2005; SARRETA, 2009).

Segundo Oliveira (2007), a Educação Permanente em Saúde (EPS) deve ser compreendida como aprendizagem-trabalho na medida em que acontece no cotidiano das pessoas e das organizações e deve ser realizada a partir dos problemas enfrentados na realidade. As constantes mudanças nas práticas profissionais, a necessidade por melhorias na qualidade do serviço prestado, fomentam a importância de se adotarem medidas para promover a educação continuada para os profissionais de Saúde.

Essa prática possibilita o desenvolvimento pessoal, social e cultural e está centrada nos processos de ensino-aprendizagem, em que o próprio sujeito que aprende é um agente ativo, autônomo e gestor de sua educação. Além de contribuir para aumentar a resolutividade e a eficiência do sistema de saúde, na medida em que permite ao profissional refletir de modo permanente sobre a realidade, buscando soluções criativas para a superação dos problemas de saúde (FRANÇA et al, 2017)

O avanço exacerbado da TIC, o incremento da Educação à Distância como alternativa ágil, são fomentos importante para o avanço da EPS, nas quais possibilitam construções de novas maneiras de educar no fazer em saúde. Nesse ensejo, surge o telessaúde uma experiência pioneira, iniciada em 2003, em parceria com a

Prefeitura de Belo Horizonte, que foi uma prática exitosa que serviu como modelo para a implantação do Programa Nacional de Telessaúde do Ministério da Saúde (GODOY; GUIMARÃES; ASSIS, 2014).

Nesse contexto, surge o Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes, que busca melhorar a qualidade do atendimento e da Atenção Básica no SUS e promover a teleassistência e a teleducação junto à Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. Essa ferramenta permite facilitar o acesso a especialidades diversas, bem como o aprimoramento de aquisição de novas condutas e procedimentos e o treinamento de profissionais da saúde (RIBEIRO FILHO; MESINA; LOPES, 2014).

O telessaúde tem como estratégia o aperfeiçoamento dos serviços assistenciais ofertados pelas equipes de saúde da família e na estruturação de um processo de educação permanente abrangendo profissionais das áreas de medicina, enfermagem e odontologia como na experiência de Belo Horizonte. A realização de teleconsultorias online e offline permite com que profissionais das unidades básicas de saúde possam discutir clínicos com professores da Faculdade de Medicina e profissionais do Hospital das Clínicas (RESENDE, et.al, .2010).

Uma das experiências exitosas da implementação do telessaúde foi o Projeto Telenfermagem, promovido pela escola de enfermagem na qual pretende promover a capacitação dos enfermeiros inseridos nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios cadastrados pelo Programa Nacional de Telessaúde. Os resultados encontrados na experiência da enfermagem demonstram que visualizar novas formas de prestar a assistência, considerando as necessidades locais e contribuindo para transformar as realidades práticas torna-se um canal importante para a qualificação do trabalho (GODOY; GUIMARÃES; ASSIS, 2014).

Esses resultados demonstram o quão importante pode ser para o gestor essa potencialização da efetividade da assistência à saúde promovida pelas tecnologias. Já que de acordo com Lorenzetti et al (2014) é a gestão em saúde a responsável por um conhecimento o qual deve ser aplicado na coordenação e a direção do manejo dos serviços de saúde.

Na Atenção Primária à Saúde, foi incluído em 2017, com liberação de recursos da união, um profissional, responsável pela gestão local, que tem o papel de garantir o planejamento em saúde, a gestão e organização do processo de trabalho, coordenação das ações no território e integração da Unidade de Saúde da Família com outros serviços (BRASIL, 2017) . Nesse sentido, a demanda por capacitar e atualizar esse gerente de unidade de saúde, surge para diversos municípios. Já que nas práticas de gestão presentes nas organizações, nota-se uma prevalência de alguns métodos tradicionais, oriundos da administração clássica, mostrando a necessidade de uma inovação no setor da gerência em saúde (LORENZETTI et al, 2014).

Para tanto, surge apreciação de criar mecanismos de integração, educação permanente e atualização desse novo profissional, a fim de subsidiar essa demanda.

MÉTODOS

A proposta de criação do Telegestão baseia-se no Projeto de Telenfermagem já existente, que vem sendo realizado na Escola de Enfermagem da UFMG. Nas unidades de saúde, o emprego do Telenfermagem vem contribuindo no processo de educação no trabalho, permitindo que os profissionais da saúde, realizem a sua capacitação profissional no próprio local de trabalho (GUIMARÃES; GODOY, 2013). A partir disso e das experiências exitosas vivenciadas no Telenfermagem, surgiu a

ideia da realização de atividades de capacitação à distância direcionada aos gestores que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) no estado de Minas Gerais e aos docentes e discentes da Escola de Enfermagem da UFMG, contribuindo para um processo de educação permanente em saúde e em discussões pertinentes a rotina da gestão em saúde. O projeto utilizará como mecanismos de trabalho a interligação da rede informatizada do Núcleo de Telessaúde da UFMG com a rede de alta velocidade e o apoio do Laboratório de Computação Científica LCC/UFMG. Será utilizada uma tecnologia simples incluindo computador, webcam e um software de comunicação, além do acesso à internet. Como espaço e ambiente para realização e gravação das palestras será utilizada a sala de Telessaúde da Escola de Enfermagem da UFMG e o Centro de Tecnologia em Saúde, localizado na Faculdade de Medicina da UFMG. As sessões das webconferências serão agendadas previamente, divulgadas nas unidades participantes do Telessaúde Brasil Redes e os temas abordados são selecionados pela própria comunidade, a partir das dúvidas da prática diária. De modo a garantir uma educação mediante aos desafios enfrentados na rotina do gestor de serviços de saúde, serão coletadas sugestões de temáticas a serem abordadas por meio de email e formulários específicos. Durante as webconferências haverá um momento de apresentação da temática abordada por palestrantes a serem convidados conforme tema sendo tais profissionais de saúde e gestores. Além disso, os ouvintes poderão encaminhar dúvidas ao palestrante as quais serão respondidas ao vivo pelo conferencista ou por chat, em um processo absolutamente interativo. O projeto Telegestão atuará em duas linhas de trabalho: discussões temáticas e Segunda Opinião Formativa (SOF). As webconferências serão realizadas mensalmente, tendo duração média de 60 minutos. Propõe-se ainda a participação na organização do acervo do material apresentado nas webconferências, chat e discussão do tema, para divulgação junto às unidades participantes, elaborando-se um banco de dados. Para a construção do Banco de Dados de SOF, as dúvidas originadas nas webconferências serão tratadas considerando a relevância para o Sistema Único de Saúde com a possibilidade de atender a outros trabalhadores da saúde, com vistas à ampliação da capacidade resolutiva em casos ou situações semelhantes. As SOF serão compostas por perguntas originadas pelos gestores de Serviços de Saúde vinculadas aos Núcleos de Telessaúde em funcionamento no âmbito do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. As SOF são apresentadas de acordo com a relevância para APS, sendo respondidas por especialistas com base em evidências, para serem indexadas e publicadas na Biblioteca Virtual de Saúde. Cabe ressaltar que as atividades a serem desenvolvidas ao longo do projeto contarão com o apoio de docentes da Escola de Enfermagem da UFMG e discentes do curso de Gestão de Saúde os quais auxiliarão em todo o processo, o que permitirá um aprendizado em prol a relevância dos mecanismos tecnológicos ao aprendizado em saúde.

RESULTADOS

Como resultados esperados para a realização das atividades previstas no Telegestão, estima-se que a participação do público em cada webconferência atinja de 20 a 50 profissionais gerentes de unidades de saúde, considerando o total de municípios de Minas Gerais cadastrados pelo Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes. Além disso, espera-se que o Projeto contribua de maneira efetiva na melhoria dos serviços, propiciando o aprendizado constante aos gestores com base no enfrentamento de desafios diários nas unidades.

Propõem-se o acompanhamento da construção do Banco de Segunda Opinião Formativa (SOF) pelos profissionais, de acordo com os critérios previamente definidos pelo Projeto, permitindo que os mesmos tenham acesso para além dos conteúdos das webconferências, como também, nas opiniões que complementem a tomada de decisão estratégica. Este acervo permitirá a construção de um referencial teórico acerca das dúvidas mais frequentes com base em evidência. Nunes et al (2016), define que a SOF foi desenvolvida para apoiar uma resposta sistemática a questões levantadas na práticas das profissões, colaborando com a resolutividade. No âmbito do Telessaúde, há evidências de que a utilização da SOF colabore na tomada de decisões. Guimarães et al (2015), trazendo um relato sobre o Telenfermagem, demonstra que de fato a SOF tem contribuído em aprendizado e melhoria de processos. Assim, a aplicação desse mecanismo tende a apoiar decisões a serem realizadas pelos gerentes das unidades de saúde. Essa iniciativa pode ser considerada um exemplo de “tradução do conhecimento” já que sintetiza a melhor evidência disponível e apoia os profissionais da saúde nas questões práticas diárias, sendo importante na elaboração de trabalhos científicos para apresentação em eventos da área e publicação.

Ademais, com os resultados do Telegestão, espera-se contribuir para a capacitação à distância de gestores atuantes nos serviços, auxiliar a preencher a lacuna da capacitação em gestão, além de promover os eventos do Programa Nacional de Telessaúde Brasil Rede, a fim de promover uma efetividade na qualidade da atenção à saúde em prol da sociedade.

CONCLUSÃO

Compreendemos o quanto é relevante a implementação do Projeto Telegestão como uma atividade de extensão inserida no Programa de Telessaúde da Escola de Enfermagem da UFMG, que busca as melhores evidências para passar as informações aos profissionais que atuam na gestão das unidades básicas de saúde dos municípios de MG, cadastrados pelo Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes. Os gestores da APS terão acesso aos conteúdos educacionais disponibilizados através de modalidades diversas, que acontecem à distância transmitidos em tempo real e off-line através do Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes para qualificação e educação permanente em saúde.

Este projeto contribui para a compreensão da necessidade de capacitação dos profissionais, uma vez que consideramos crescente a incorporação dessas novas tecnologias, favorecendo a compreensão do processo de comunicação no contexto da APS, subsidiando evidências para aprimorar o cuidar e a gestão nesse nível de atenção dentro da organização do trabalho.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A EPS, ao se tornar efetiva para a gestão de serviços de saúde da APS, possibilita transcender a linearidade, as ações pontuais e finalizadoras, preconcebidas para acontecer em determinado local, com conteúdo e estratégias previamente definidos. Sendo assim, essas ações educativas são importantes em determinadas situações pois atendem as necessidades dos educandos, comprometidos com a inovação e a transformação do processo de trabalho, da interatividade e da inserção na gestão-atenção, da integralização da concepção teórica com os fazeres das práticas. As ações educativas concernentes à educação permanente não se reduzem tão somente

à capacitação técnica e à atualização de conhecimentos, estas devem estar vinculadas ao processo de trabalho. Nesse sentido, a implicação da EPS para gestão em serviços de saúde possibilita que as ações educativas sejam permeadas pelo processo de trabalho, tornando se efetivas e próximas da realidade local. Para isso, com base nos princípios da EPS, faz se necessário a interação de educadores e educandos, e para que haja adesão e participação dos sujeitos no processo, uma vez que as propostas educativas acontece nos respectivos espaços de trabalho.

REFERÊNCIAS

AMEM, B. M. V; NUNES L. C. Tecnologias de Informação e Comunicação: contribuições para o processo interdisciplinar no ensino superior. **Revista Brasileira de Educação Médica**.v.30, n. 3.p 2365-238, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022006000300008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 12 ago. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e do desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 14 fev. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>> Acesso em 11 de ago. 2020.

BRASIL, **Portaria nº 2.546/2011, de 27 de outubro de 2011**. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Diário Oficial da União 2011; 27 out. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html> Acesso em: 11 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica,estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017; 21 set. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em 11 ago. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 9795, de 17 maio de 2019**. A prova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm> Acesso em 11 ago.2020.

CARNEIRO, V. F; BRANT, L. C. Telessaúde: Dispositivos de Educação Permanente em saúde no âmbito da Gestão de Serviços. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.4, n.2, p.2365-2387, 2013. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/231161907.pdf>> Acesso em 12 ago. 2020.

CECCIM, R. B.. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**. Porto Alegre, v. 9 n.16, p.161-168,

2005. Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/icse/2005.v9n16/161-168/pt/>> Acesso em 12 ago. 2020.

DAHMER, A. *et al.* Regionalização dos conteúdos de um curso de especialização em Saúde da Família, a distância: experiência da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS/UFCSPA) em Porto Alegre, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v.21, n. 61, p. 449-63, 2017. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/1414-3283-icse-21-61-0449.pdf>>. Acesso em 12 ago. 2020.

FARIAS, Q. L. T. *et al.* Implicações das tecnologias de informação e comunicação no processo de educação permanente em saúde. **Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**. v.11. n.4, p.1-11, 2017. Disponível em: <<https://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1261>> Acesso em 12 ago. 2020.

FRANÇA, T. *et al.* Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência & Saúde Coletiva (online)**. v. 22, n.6. p.1817-1828, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002601817&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 12 ago. 2020.

GODOY, S. C. B.; GUIMARÃES, E. M. P. Educação Permanente: Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação como ferramenta para capacitação profissional. **REME. Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 4, 2009. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/287>> Acesso em 10 de ago. 2020.

GODOY, S.C. B.; GUIMARÃES, E. M. P.; ASSIS, D. S. S. Avaliação da capacitação dos enfermeiros em unidades básicas de saúde por meio da telenfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v..18 n.1, p. 148-155, 2014. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000100148&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 12 ago. 2020.

GUIMARÃES, E. M. P. *et al.* **Telenfermagem: uma iniciativa para a educação permanente em enfermagem**. In: Telessaúde: instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte (MG): Editora UFMG, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.udesc.br/index.php/colbeduca/article/view/8109/6133>> Acesso em 12 ago. 2020.

GUIMARÃES, E. M. P.; MARTIN, S. H.; RABELO, F. C. P. Educação Permanente em Saúde: Reflexões e desafios, **Ciencia Y Enfermeria XVI**. v.2, p-25-33, 2010. Disponível em: < https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n2/art_04.pdf > Acesso em 9 de ago. 2020.

GUIMARÃES, E. M. P.; GODOY, S. C. B.; ASSIS, S. S. Capacitação Profissional: a opção pela Telenfermagem. **Revista Docência do Ensino Superior** v. 3, p.1-8, 2013. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/giz/wp-content/uploads/2014/10/07-CAPACITACAO-PROFISSIONAL.pdf>> Acesso em 10 de ago. 2020

GUIMARAES, E. M. P *et al.* Teleconsutoria e Videoconferência como estratégia de Educação Permanente para as Equipes de Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 2, p. 376-384, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4836/483647679018.pdf>>. Acesso em 12 ago. 2020.

LORENZETTI, J. *et al.* Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto contexto - enferm. [online]**. vol.23, n.2, pp.417-425, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>>. Acesso em 12 ago. 2020.

MARTINS, C. C.; WACLAWOVSKY, A. J. Problemas e Desafios Enfrentados pelos Gestores Públicos no Processo de Gestão em Saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 4, n. 1, p. 100-109, 2015. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5165175>>. Acesso em 12 ago. 2020.

NUNES, A. A. *et al.* Telemedicina na Estratégia de Saúde da Família: avaliando sua aplicabilidade no contexto do PET Saúde. **Cad. saúde colet**, Rio de Janeiro, v.24, n.1,p.99-104, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-24-1-99.pdf>>. Acesso em 12 ago. 2020.

OLIVEIRA, M. A. N. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente: possibilidades e desafios. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n.5, p. 585-589, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000500019&script=sci_arttext> Acesso em 10 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Telemedicine, opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on e-Health**. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/goe/publications/ehealth_series_vol2/en/>. Acesso em: 11 ago. 2020.

REZENDE, E. J. C. *et al.* Ética e telessaúde: reflexões para uma prática segura. **Revista Panamericana de Salud Publica**.v.28, n.1, p58-65, 2010. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n1/58-65/pt>> Acesso em 10 de ago. 2020.

RIBEIRO FILHO, J. L.; MESINA, L. A.; LOPES, P. R. L. **As 100 primeiras unidades de Telemedicina no Brasil e o impacto da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE)**. Rio de Janeiro, 1a Ed., p.13-15, 2014. : E-papers, Disponível em: < <https://www.telessaude.hc.ufmg.br/wp-content/uploads/2015/05/rute-100-primeiras-unidades-telemedicina-brasil-impacto-rede-universitaria-telemedicina.pdf>>. Acesso em 12 ago. 2020.

SANTOS, A. F. *et al.* **Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=xkYSQqtR4MsC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em 12 ago. 2020.

SARRETA, F.O. Perspectivas da Educação Permanente. In **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica. p169- 222. 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/29k48>>. Acesso em 11 de ago. 2020.

SILVA, A.N *et al*. Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. **Cienc Saude Colet**, v. 20, n. 4, p. 1099-107, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000401099&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 12 ago. 2020.

SILVA, V. L.; PELLEZ, N. L. K. Os gestores de saúde na atenção primária à saúde versus capacitação para uma atuação satisfatória. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 4, n. 9, p. 148-162, 2019. Disponível em: <<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/gestores-de-saude>>. Acesso 10 ago. 2020.

