RIO DE JANEIRO, N. 58 - ISSN 0103-4383 - JULHO 2018

REVISTA Divulgação
EM SAÚDE PARA DEBATE

RESIDÊNCIAS E SAÚDE COLETIVA: REFLEXÕES, EXPERIÊNCIAS, PESQUISAS E INTERVENÇÕES

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2017–2019)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2017–2019)

Presidente:	Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente:	Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Diretor Administrativo:	José Carvalho de Noronha
Diretora de Política Editorial:	Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos:	Alane Andrelino Ribeiro
	Ana Maria Costa
	Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
	Cristiane Lopes Simão Lemos
	Stephan Sperling

CONSELHO FISCAL | *FISCAL COUNCIL*

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
José Ruben de Alcântara Bonfim
Luisa Regina Pessôa
Suplentes | *Substitutes*
Alcides Silva de Miranda
Maria Edna Bezerra Silva
Simone Domingues Garcia

CONSELHO CONSULTIVO | *ADVISORY COUNCIL*

Agleildes Arichele Leal de Queirós
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Cornelis Johannes van Stralen
Grazielle Custódio David
Isabela Soares Santos
Itamar Lages
João Henrique Araújo Virgens
Jullien Dábini Lacerda de Almeida
Lizaldo Andrade Maia
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETARIA EXECUTIVA | *EXECUTIVE SECRETARY*

Cristina Santos

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA), INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA (ISC)

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB), SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS (SUPERH), ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA BAHIA PROFESSOR JORGE NOVIS (ESPBA)

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

A revista Divulgação em Saúde para Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos

DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE

A revista Divulgação em Saúde para Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORA CIENTÍFICA (CEBES) | *SCIENTIFIC EDITOR (CEBES)*

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (RJ), Brasil

EDITORAS CIENTÍFICAS (UFBA/SESAB) | *SCIENTIFIC EDITORS (UFBA/SESAB)*

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas - Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (BA), Brasil
Catharina Leite Matos Soares - Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (BA), Brasil
Cristiane Abdon Nunes - Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (BA), Brasil
Marcele Carneiro Paim - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Salvador (BA), Brasil
Rita de Cássia de Sousa Nascimento - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Salvador (BA), Brasil

CONSELHO EDITORIAL | *PUBLISHING COUNCIL*

Alicia Stolkiner – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez – Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte – Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Cornelis Johannes van Stralen – Unversidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Debora Diniz - Universidade Nacional de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Diana Mauri – Università degli Studi di Milano, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropologia Social, Mexico (DF), México
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil
Jean Pierre Unger - Institut de Médicine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Ligia Giovanella - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Mario Esteban Hernández Álvarez – Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia
Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosário - Argentina
Paulo Marchiori Buss – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | *EXECUTIVE EDITOR*

Mariana Chastinet

SECRETARIA EDITORIAL | *EDITORIAL SECRETARY*

Luiza Nunes
Mariana Acorse

INDEXAÇÃO | *INDEXATION*

Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe – HISA
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal – LATINDEX
Sumários de Revistas Brasileiras – SUMÁRIOS

REVISTA
Divulgação
EM SAÚDE PARA DEBATE

NÚMERO 58 - ISSN 0103-4383 - RIO DE JANEIRO, JULHO 2018

REVISTA Divulgação
EM SAÚDE PARA DEBATE

NÚMERO 58
ISSN 0103-4383
RIO DE JANEIRO, JULHO 2018

5 **EDITORIAL** | *EDITORIAL*
Jairnilson Silva Paim, Catharina Leite Matos Soares, Marcele Carneiro Paim

9 **APRESENTAÇÃO** | *PRESENTATION*
Isabela Cardoso de Matos Pinto, Fábio Vilas-Boas Pinto

ARTIGO ORIGINAL | *ORIGINAL ARTICLE*

11 **A questão do sangue nos espaços e instrumentos de gestão em municípios da Bahia**
The issue of blood in the management spaces and instruments in municipalities of Bahia
Ingrid Sepúlveda, Mariluce Karla Bomfim de Souza

23 **Ações, responsabilidades e desafios para a gestão de serviços hemoterápicos no âmbito municipal**
Actions, responsibilities and challenges for the management of hemotherapy services at the municipal level
Carina da Silva de Sousa, Mariluce Karla Bomfim de Souza

34 **Acompanhamento das políticas e programas voltados para a infância indígena no Brasil (2002-2017)**
Follow-up on policies and programs for indigenous children in Brazil (2002-2017)
Daniele Pereira de Souza, Monique Azevedo Esperidião

46 **Gestão hospitalar no SUS: correlações entre rede de atenção e capacidade de gestão dos serviços**
Hospital management in the SUS: correlations between local health care networks and service management capacity
Jessica Santos de Souza, Juliete Sales Martins, Lilian Barbosa Rosado, Thadeu Borges Souza Santos, Isabela Cardoso de Matos Pinto

58 **Financiamento da atenção hospitalar no SUS: análise na perspectiva dos gestores da rede própria**
Financing of hospital care in the SUS: analysis from the perspective of the managers of the own network
Juliete Sales Martins, Jessica Santos de Souza, Lilian Barbosa Rosado, Thadeu Borges Souza Santos, Isabela Cardoso de Matos Pinto

72 **O financiamento federal da Atenção Básica segundo regiões: transferências para municípios brasileiros, 2008 a 2016**
Federal funding of Primary Health Care by region: The transfers to Brazilian municipalities
Amana Santana de Jesus, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

86 **Ressarcimento ao SUS: uma análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde por portadores de planos de saúde**
SUS refund: an analysis of the profile of utilization of the Unified Health System by carriers of private health insurance
Jéssica Aguiar, Luís Eugênio de Souza

101 **A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016)**
Health in the governments of Dilma Rousseff (2011-2016)
Camila Ramos Reis, Jairnilson Silva Paim

REVISÃO | *REVIEW*

115 **Financiamento do Sistema Único de Saúde: uma revisão da literatura**
Financing of the Unified Health System: a literature review
Raisa Santos de Sousa, Catharina Leite Matos Soares

130 **Práticas de planejamento e programação na Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão integrativa**
Practices of planning and programming in Primary Health Care in Brazil: a literature review
Juliana Santos de Oliveira, Cristiane Abdon Nunes, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

143 **Aplicações da metodologia do marco lógico na gestão em saúde: revisão integrativa**
Applications of the logical framework methodology in health management: integrative review
Elen Gabriele Serafim Santos Franco, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

PROJETO DE INTERVENÇÃO | *INTERVENTION PROJECT*

158 **Rede de Atenção Psicossocial em Salvador (BA): plano de intervenção para o Distrito Sanitário Itapuã**
Psychosocial Care Network in Salvador (BA): an intervention plan for the Itapuã district
Juliana Bastos Santos Figueira, Catharina Leite Matos Soares

170 **Promovendo a saúde mental em Guanambi: um diálogo necessário ao cuidado integral**
Promoting mental health in Guanambi: a necessary dialogue for integral care
Jamara Pereira de Oliveira Batista, Rita de Cássia de Sousa Nascimento

RELATO DE EXPERIÊNCIA | *CASE STUDY*

177 **Atenção Básica e Vigilância em Saúde: os desafios da prática no território**
Primary Health Care and Health Surveillance: the challenges of the practice in the territory
Maria Gabriele de Almeida, Liliana Santos

185 **Qualificação da Atenção Básica e os efeitos na adesão dos indivíduos que convivem com hipertensão/diabetes**
Primary Care qualification and the effects on adherence of individuals living with hypertension/diabetes
Bernardina Silva dos Santos, Ludmilla Monfort Oliveira Sousa

196 **Diálogos e práticas de cuidado em saúde mental na atenção básica**
Dialogues and practices of mental health care at primary care
Caffa Abreu Cabus, Rosângela da Luz Matos

205 **Do ideal ao possível: o trabalho do assistente social em uma Equipe de Saúde da Família**
From the ideal to the possible: the social worker's work in a Family Health Team
Priscilla de Cássia Caires Zagallo

214 **Grupo de gestantes como ferramenta potencializadora do pré-natal: um relato de experiência**
Group of pregnant women as a potentiating tool for prenatal care: an experience report
Cristiane Batista Ferraz, Rosângela Martins Gueudeville, Robson Oliveira Costa Júnior

221 **Ações educativas com gestantes: relato de experiência em uma Unidade Básica de Saúde em São Francisco do Conde**
Educational actions with pregnant women: experience report in a Health Unit of São Francisco do Conde
Camilla Costa Conceição, Ludmilla Monfort Oliveira Sousa

229 **Violência contra a mulher: cartilha de orientações ao dentista na Estratégia Saúde da Família**
Violence against women: guidelines for dentists in the Family Health Strategy
Paula Milena Melo Casais, Ana Caroline de Marino, Leonardo Lordelo Sampaio

240 **Oficinas culinárias para hipertensos obesos: um instrumento de prevenção de doenças e promoção da saúde**
Culinary workshops for obese hypertensive people: an instrument for disease prevention and health promotion
Tatiane Queiroz Silva, Maria Creuza Ferreira da Silva

252 **Capacitando conselheiros locais de saúde: um relato de experiência**
Trainning local health counselors: an experience report
Chandra Lima Maciel, Aline Benevides Sá Feres

261 **Residência multiprofissional em saúde da família como aposta para potencializar e qualificar serviços de saúde**
Multiprofessional in family health as a bet to enhance and qualify Primary Health Care services in singularities
Rita de Cássia de Sousa Nascimento

276 **Da graduação à residência em saúde: refletindo sobre o processo de integração ensino-serviço na rede Sesab**
From undergraduation to residency in health: reflecting on the process of teaching-service integration in the Sesab network
Laíse Andrade, Luciana Alves, Izabelle Câmara, Milena Dantas, Lais Almeida

285 **Projetos de Intervenção em Saúde: construindo um pensamento crítico**
Health Intervention Projects: Building Critical Thinking
Shirlei da Silva Xavier, Cristiane Teixeira Sampaio, Aline Lira Villafãne Gomes, Rita de Cássia Sousa Nascimento, Monique Azevedo Esperidião

296 **Escola de Saúde Pública: apoio integrado para implantação e expansão de Programas de Residência em Saúde no estado da Bahia**
School of Public Health: integrated support for the implantation and expansion of Health Residency Programs in the State of Bahia
Marcele Carneiro Paim, Derbeth Silva do Carmo

306 **Residência em Saúde Coletiva com concentração em planejamento e gestão em saúde: a experiência do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia**
Residency in Public Health with concentration in health planning and management policy: experience of the Institute of Collective Health of the Federal University of Bahia
Catharina Leite Matos Soares, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Cristiane Abdon Nunes, Liliana Santos

315 **Supervisão na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva: concepções, práticas e perspectivas**
Supervision in the Multiprofessional Residency in Collective Health: conceptions, practices and perspectives
Monique Azevedo Esperidião, Yara Oyram Ramos Lima, Mariluce Karla Bomfim de Souza, Alcione Brasileiro Oliveira Cunha, Ana Cristina Souto, Erika Santos de Aragão

Editorial

ESTE NÚMERO ESPECIAL DA REVISTA 'Divulgação em Saúde para Debate' toma como referência os Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) produzidos em dois Programas de Residência multiprofissional em saúde: o Programa de Residência em Saúde Coletiva com concentração em Planejamento e Gestão, coordenado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA); e o Programa de Residência Multiprofissional Regionalizada em Saúde da Família, coordenado pela Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) da Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Além dos TCR, esta publicação traz estudos e reflexões produzidos por técnicos da ESPBA acerca do trabalho de integração ensino-serviço desenvolvido na Sesab com foco nas residências em saúde; bem como por docentes do ISC/UFBA sobre os processos vivenciados na implementação do referido Programa de Residência.

Os trabalhos aqui publicados expressam os desafios postos no cotidiano dos serviços de saúde e na gestão das residências em uma secretaria estadual, bem como os enfrentados pelos residentes nos cenários de práticas em serviços de saúde. Estes se materializam em inquietações e problematizações oriundas do processo pedagógico vivenciado na Residência, cujas respostas propiciaram as propostas, intervenções e investigações contidas neste número especial.

A divulgação dos resultados desses estudos é, portanto, parte do compromisso das duas instituições parceiras na constituição de sujeitos no âmbito da saúde coletiva, capazes de mudar o *status quo* nas organizações de saúde e nos espaços de cuidado do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Podemos afirmar que a formação por meio dos Programas de Residência representa uma aposta na qualificação e no desenvolvimento dos trabalhadores da saúde e, em última análise, nas mudanças das práticas de saúde para o SUS.

Além disso, a elaboração deste número especial expressa o trabalho do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) na articulação interinstitucional, assim como nessa modalidade de ensino, na medida em que forma sujeitos críticos, reflexivos e atuantes no processo político em saúde e na construção do SUS. Vale ressaltar que o OAPS se constitui em importante espaço de formação, pois nele os residentes desenvolvem atividades vinculadas à análise política em saúde e, também, à pesquisa. Nesse sentido, pelo menos 11 artigos aqui divulgados representam produtos que se relacionam e/ou foram gestados no interior dos eixos de pesquisa do referido Observatório. Outros trabalhos ora divulgados, embora impregnados pelos princípios e propósitos do OAPS, tomaram as práticas de planejamento e gestão como objeto de reflexão e intervenção.

O foco na Estratégia Saúde da Família como orientadora do sistema estimula, por sua vez, um conjunto de textos que apontam para a qualificação da atenção e do cuidado na Atenção Primária à Saúde do SUS. Nessa perspectiva, questões e análises sobre as práticas de saúde e sobre a atuação dos trabalhadores ganham visibilidade e se entrelaçam com a formação profissional.

A presente publicação coaduna-se, portanto, com os princípios defendidos pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) para a garantia do direito universal à saúde e para a

consolidação do SUS. Esperamos que este número da 'Divulgação em Saúde para Debate' desperte nos leitores e militantes do Cebes e do movimento sanitário o mesmo entusiasmo e interesse que as reflexões, pesquisas e intervenções possibilitaram para docentes, residentes e técnicos envolvidos nos dois Programas de Residência vinculados ao ISC/UFBA e à ESPBA/Sesab.

Jairnilson Silva Paim
Membro do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)
Coordenador Geral do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS)

Catharina Leite Matos Soares
Coordenadora do Programa de Residência em Saúde Coletiva com concentração em Planejamento e Gestão do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA)

Marcele Carneiro Paim
Diretora da Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis da Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (ESPBA/SUPERH/Sesab)

Editorial

THIS SPECIAL ISSUE OF THE PERIODIC 'Divulgação em Saúde para Debate' takes as reference the Completion of Residency Work (TCR) produced in two Multiprofessional Health Residency Programs: the Residency Program in Public Health with concentration in Planning and Management, coordinated by the Institute of Public Health of the Federal University of Bahia (ISC/UFBA); and the Regionalized Multiprofessional Residency in Family Health, coordinated by the School of Public Health of Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) of the Superintendency of Human Resources (SUPERH) of the Health Secretariat of the State of Bahia (Sesab). In addition to the TCR, this publication brings studies and reflections produced by ESPBA technicians about the work of teaching-service integration developed at Sesab with a focus on residencies in health; as well as by ISC/UFBA professors on the processes experienced in the implementation of the mentioned Residency Program.

The papers published here express the challenges posed in the daily life of health services and in the management of residencies in a state secretariat, as well as those faced by residents in the scenarios of practices in health services. These are materialized in concerns and problematizations arising from the pedagogical process experienced in the Residency, whose responses provided the proposals, interventions and investigations contained in this special issue.

The dissemination of the results of those studies is, therefore, part of the commitment of the two partner institutions to the constitution of subjects within the scope of collective health, capable of changing the *status quo* in health care organizations and in the user care spaces of the Unified Health System (SUS). We can affirm that the training through the Residency Programs represents a bet on the qualification and development of health workers and, ultimately, on changes in the health practices for the SUS.

Moreover, the elaboration of this special issue expresses the work of the Observatory of Political Analysis in Health (OAPS) in the interinstitutional articulation, as well as in this teaching modality, insofar as it forms critical, reflexive and active subjects in the political process in health and in the construction of SUS. It is worth noting that the OAPS constitutes an important space for training, since in it the residents develop activities linked to the political analysis in health and, also, to research. In this sense, at least 11 articles published here represent products that are related and/or were generated within the research axes of the Observatory. Other published works, although impregnated by the principles and purposes of the OAPS, have taken planning and management practices as an object of reflection and intervention.

The focus on the Family Health Strategy as a guideline of the system stimulates, in turn, a set of texts that point to the qualification of care in the Primary Health Care of the SUS. In that perspective, issues and analyzes about health practices and the work of professionals gain visibility and are intertwined with professional training.

This publication is therefore consistent with the principles advocated by the Brazilian Center for Health Studies (Cebes) to guarantee the universal right to health and the

consolidation of the SUS. We hope that this issue of 'Divulgação em Saúde para Debate' will awaken in the readers and activists of the Cebes and of the health movement the same enthusiasm and interest that the reflections, researches and interventions experimented by the teachers, residents and technicians involved in the two Residency Programs linked to the ISC/UFBA and to the ESPBA/Sesab.

Jairnilson Silva Paim
Member of the Brazilian Center for Health Studies (Cebes)
General Coordinator of the Observatory for Political Analysis in Health (OAPS)

Catharina Leite Matos Soares
Coordinator of the Residency Program in Public Health with concentration in Planning and Management of the Institute of Public Health of the Federal University of Bahia (ISC/UFBA)

Marcele Carneiro Paim
Director of the School of Public Health of Bahia Professor Jorge Novis of the Superintendency of Human Resources of the Health Secretariat of the State of Bahia (ESPBA/SUPERH/Sesab)

Apresentação

É COM ENORME SATISFAÇÃO QUE APRESENTAMOS esta coletânea de artigos produzida por trabalhadores, docentes e egressos de dois Programas de Residência em Área Profissional de Saúde: a Residência Multiprofissional Regionalizada em Saúde da Família, desenvolvida pela Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis/Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, e a Residência em Planejamento e Gestão em Saúde, realizada pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Constituídos por modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, são caracterizados por ensino em serviço em uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar.

A produção desta revista revela o compromisso e o investimento dessas instituições com a formação de novos profissionais de saúde. A Bahia possui uma das maiores e mais diversificadas ofertas de programas de Residência em saúde do País, além de ser um dos três estados que mais financiam bolsas de residência com recursos próprios.

Vale também ressaltar o esforço conjunto de seus profissionais comprometidos com a atualização permanente do debate em torno dos problemas e desafios que vêm sendo enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde, no intuito de fomentar o aperfeiçoamento do processo de constituição de sujeitos, que passa necessariamente pela formação profissional.

Os estudos produzidos pelos autores apresentam importantes análises sobre as práticas de saúde, oferecendo ao leitor um conjunto de conceitos, referenciais teóricos, técnicas de produção de dados e evidências científicas sobre planejamento e gestão em saúde. Assim, questões vinculadas à atuação dos trabalhadores são apresentadas e ganham visibilidade, consistência e profundidade pelas evidências produzidas e problematizadas nos estudos que integram esta produção.

Parabenizamos os organizadores pela iniciativa desta publicação e pela qualidade da contribuição técnico-científica disponibilizada para o conjunto de docentes, estudantes, gestores e trabalhadores de saúde, que certamente se beneficiarão da leitura e reflexão sobre as questões abordadas nos textos, as quais preenchem uma lacuna na literatura científica brasileira na área de trabalho e educação em saúde. Esperamos que esta obra fomente reflexões capazes de subsidiar a formulação e o aperfeiçoamento de políticas, visando à qualidade dos serviços prestados, à valorização do trabalhador e à atenção à saúde da população brasileira e baiana. Além disso, almejamos também que ela possa inspirar os leitores ao desenvolvimento de experiências exitosas, bem como ampliar o conhecimento para implementar as práticas de saúde, no atendimento às necessidades de saúde da população.

Fábio Vilas-Boas Pinto
Secretário da Saúde do Estado da Bahia

Isabela Cardoso de Matos Pinto
Diretora do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Presentation

IT IS WITH GREAT SATISFACTION THAT WE PRESENT this collection of articles produced by workers, teachers and graduates of two Residency Programs in the field of Professional Health Care: the Regionalized Multiprofessional Residency in Family Health, developed by the School of Public Health of Bahia Professor Jorge Novis/Superintendency of Human Resources of the Health Secretariat of the State of Bahia, and the Residency in Health Planning and Management, carried out by the Institute of Public Health of the Federal University of Bahia. Being constituted by the *lato sensu* postgraduate course modality, they are characterized by in-service education under a theoretical-pedagogical perspective that converges with the principles and guidelines of the Unified Health System (SUS), in order to guarantee a professional qualification fundamented on integral, multidisciplinary and interdisciplinary care.

The production of this journal reveals the commitment and investment of those institutions with the training of new health professionals. Bahia has one of the largest and most diversified offers of Health Residency programs in the country, in addition to being one of the three states that most finance residency grants with their own resources.

It is also worth highlighting the joint effort of its professionals committed to constantly updating the debate regarding the problems and challenges that have been faced in the daily life of health services, in order to promote the perfectioning of the process of constitution of subjects, which necessarily involves professional qualification.

The studies produced by the authors present important analysis of health practices, offering the reader a set of concepts, theoretical references, data production techniques and scientific evidence on health planning and management. Thus, issues related to the work of professionals are presented and gain visibility, consistency and depth by the evidences produced and problematized in the studies that integrate this production.

We congratulate the organizers for the initiative of this publication and for the quality of the technical-scientific contribution made available to the group of teachers, students, managers and health professionals, who will certainly benefit from the reading and reflection on the issues addressed in the texts, which fill a gap in Brazilian scientific literature in the field of health work and education. We hope that this work will foment reflections capable of subsidizing the formulation and improvement of policies, aiming at the quality of the services provided, the valorization of the worker, and the health care of the population of Brazil and of Bahia. Furthermore, we also hope that it can inspire readers to develop successful experiences, as well as broaden the knowledge to implement health practices that meet the health needs of the population.

Fábio Vilas-Boas Pinto
Secretary of Health of the State of Bahia

Isabela Cardoso de Matos Pinto
Director of the Institute of Public Health (ISC) of the Federal University of Bahia (UFBA)

A questão do sangue nos espaços e instrumentos de gestão em municípios da Bahia

The issue of blood in the management spaces and instruments in municipalities of Bahia

Ingrid Sepúlveda[1], Mariluce Karla Bomfim de Souza[2]

RESUMO Este estudo de abordagem qualitativa teve como objetivo identificar de que modo e sobre quais aspectos tem sido tratada a Política de Sangue nos espaços e instrumentos para a gestão em saúde em municípios da Bahia. Foram realizadas entrevistas com gestores de dois municípios da Bahia, Brasil, e identificados documentos/instrumentos de gestão (planos, relatórios e atas), os quais constituíram o *corpus* para a análise de conteúdo. A partir das realidades analisadas, constatou-se que a questão do sangue é pouco pautada no âmbito municipal, em ambos os casos, e a pauta mais frequente está relacionada com a hematologia, especificamente sobre a doença falciforme, sendo raramente citadas e/ou discutidas as questões que envolvem da coleta à transfusão de sangue que concerne à hemoterapia. Identificaram-se a ausência de comissão de acompanhamento e monitoramento dos Serviços Hemoterápicos e a falta de mobilização da sociedade como principais desafios para o desenvolvimento do processo participativo de planejamento, implementação e avaliação das ações. Foram sinalizados caminhos para o desenvolvimento de processos participativos e decisórios, de modo que ampliar a discussão e aprofundar o conhecimento a respeito da Política de Sangue devem ser prioridade de gestão e integrar a pauta de discussão nos espaços de governança.

PALAVRAS-CHAVE Sangue. Política de saúde. Gestão em saúde. Tomada de decisões.

ABSTRACT *This qualitative study aimed to identify in which way and on which aspects the Blood Policy has been treated in the spaces and instruments for health management in municipalities of Bahia. Interviews were conducted with managers from two municipalities in Bahia, Brazil, and documents/management tools (plans, reports and minutes) were identified, which constituted the corpus for content analysis. Based on the analyzed realities, it was verified that the blood issue is not ruled in the municipal scope, in both cases, and the most frequent agenda is related to hematology, specifically on sickle cell disease, being rarely cited and/or discussed the issues that involve from the collection to the transfusion of blood that concerns hemotherapy. The main challenges identified for the development of the participatory process of planning, implementing and evaluating the actions were the absence of a follow-up committee and monitoring of Hemotherapy Services; and, the lack of mobilization of society. Pathways for the development of participatory and decision-making processes were identified, so that broadening the discussion and deepening the knowledge about the Blood Policy should be a management priority and should integrate the discussion agenda in the governance spaces.*

KEYWORDS *Blood. Health policy. Health management. Decision making.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *ingrid.sepulveda19@gmail.com*

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *marilucejbv@yahoo.com.br*

Introdução

Na década de 1920, as transfusões eram feitas braço a braço sem nenhuma segurança ou tratamento da qualidade do sangue, dessa forma, os doadores e receptores se tornavam vulneráveis. Após o surgimento de doenças adquiridas por meio da transfusão sanguínea, como, por exemplo, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), o sangue recebeu um novo olhar, principalmente no âmbito da saúde pública[1].

Desde 2001, a partir da publicação da Lei nº 10.205, de 21 de março, que regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição Federal, foi estabelecido o 'ordenamento institucional indispensável à execução adequada das atividades relativas à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, e dá outras providências'. Ademais, este marco legal da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados refere sobre sua implementação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pelo Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados (Sinasan) e ratifica que seu desenvolvimento se dará por meio da rede nacional de serviços de hemoterapia, públicos e/ou privados, com ou sem fins lucrativos, de forma hierárquica e integrada, de acordo com regulamento ministerial[2].

Os princípios e diretrizes do Sinasan, bem como sua estrutura organizacional e competências dos entes nas três esferas de governo são objeto do Decreto nº 3.990/2001, que também delibera sobre a elaboração de um Plano Diretor de Sangue e Hemoderivados pelos estados, os quais estão sujeitos à homologação dos conselhos e posterior aprovação do Ministério da Saúde (MS)[3]. Quanto ao cumprimento das competências relacionadas com a política no âmbito de cada esfera de governo, espera-se que as proposições e ações relacionadas constem nos termos dos documentos – planos, relatórios e atas –, visto que estes se constituem enquanto produtos do processo de planejamento e instrumentos que devem direcionar a gestão, execução e avaliação das políticas de saúde em geral.

O conjunto de normativas e instrumentos organizativos para a gestão em saúde apresenta e/ou reafirma as responsabilidades dos gestores para a operacionalização das políticas de saúde nos respectivos âmbitos de governo e espaços de gestão. Enquanto representantes do poder executivo dos municípios, estados, Distrito Federal e União, os gestores da saúde são responsáveis por desempenhar funções de gestão dos sistemas e serviços e participar do processo decisório sobre a política de saúde. Segundo Noronha et al.[4], o arcabouço institucional e decisório do SUS propõe uma relação estreita entre a atuação de gestores do sistema em cada esfera de governo (MS e Secretarias Estaduais e Municipais), colegiado participativo (Conselhos Nacional, Estadual e Municipal), Comissões Intergestores (Tripartite e Bipartite), colegiados/comissões regionais e conselhos de representação dos secretários de saúde. Assim, a relação entre os gestores e a atuação nos espaços colegiados de discussão e decisão sobre as políticas de saúde se caracterizam como determinantes para a formulação, operacionalização e avaliação das ações e serviços que circunscrevem o sistema de saúde.

O conjunto de ações e Serviços Hemoterápicos (SH) – da captação à transfusão, e hematológicos – voltados para a assistência às pessoas com doenças hematológicas, determina a operacionalização das hemorredes no Brasil. Nesse sentido, a política nacional abarca a disponibilidade do objeto para o atendimento às demandas médicas para procedimentos cirúrgicos e de emergências até o tratamento de pessoas com doenças hematológicas benignas e graves, revelando sua importância para a sustentação do sistema

sanitário nacional e, portanto, indicando a necessidade de que seja dada atenção a esse tema, inclusive, na agenda, instrumento e espaços colegiados de tomada de decisão e gestão em saúde.

Nesse sentido, este artigo questiona a importância que tem sido dada e o modo como as ações e serviços relacionados com a Política de Sangue, Componentes e Hemoderivados têm sido tratados nos espaços de governança do sistema público de saúde e nos instrumentos de gestão para os municípios. Assim, delineia-se como objetivo: identificar de que modo e sobre quais aspectos tem sido tratada a Política de Sangue nos espaços e instrumentos para a gestão em saúde em municípios da Bahia.

Metodologia

A fim de desenvolver um estudo sobre a questão do sangue nos espaços colegiados e nos instrumentos de gestão, optou-se por abordagem qualitativa e de natureza descritiva e exploratória[5].

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização, o território do estado da Bahia encontra-se organizado e dividido em 9 núcleos regionais de saúde e 28 regiões de saúde compostas pelos respectivos municípios, totalizando 417 municípios[6]. Pretendia-se incluir três municípios que têm SH públicos, no entanto, em um deles houve dificuldades de retorno às solicitações feitas.

Elegeram-se, portanto, dois municípios (X e Z) que, em conjunto, alocam SH de complexidades distintas: Hemocentro, Unidade de Coleta e Transfusão e Unidades de Coleta Pública.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas e análise documental. Participaram nove entrevistados, identificados com a letra E seguida de um número (E1, E2... E9), relacionando-os com os municípios em que atuam, entre eles, 'gestores municipais' – da atenção básica, da média e alta complexidade, Vigilância Sanitária (Visa) – e 'gestores dos SH' sediados nos municípios de estudo.

Quanto aos documentos, foram incluídos os seguintes: Plano Municipal de Saúde (2014-2017) – Doc1X, Doc1Z, respectivamente dos municípios X e Z; Plano plurianual (2014-2017) – Doc2X, Doc2Z; Relatórios de gestão (2013, 2014, 2015, 2016) – Doc3X, Doc3Z, Doc4X, Doc4Z, Doc5X, Doc5Z, Doc6X, Doc6Z respectivamente; Atas das reuniões das Comissões Intergestoras Regionais (2013 a junho de 2017) – Doc7X, Doc7Z; e Atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) (2013 a junho de 2017) – Doc8Z. As atas do CMS do município X não foram disponibilizadas em tempo hábil para a análise.

Os achados dos documentos foram organizados e sistematizados em uma matriz, bem como os relatos dos entrevistados foram transcritos, lidos e organizados para identificação das temáticas com eles relacionadas, e, posteriormente, produção da discussão a partir do quadro referencial teórico. Assim, utilizou-se a análise de conteúdo, na abordagem de análise temática[5].

Este estudo atende a um dos objetivos do projeto 'Estratégias e Desafios da Gestão em Saúde para a organização dos SH em municípios do Estado da Bahia'[7], aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, conforme parecer nº 1.466.768 e CAAE nº 47155315.4.0000.5030, e pelo Comitê de Ética de uma instituição coparticipante, conforme CAAE nº 47155315.4.3001.0047; atendendo, portanto, à Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde[8]. Todos os participantes assumiram a concordância com o estudo mediante a assinatura voluntária do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e os documentos utilizados foram solicitados mediante ofício endereçado à gestão no respectivo município.

Análise e discussão dos resultados

Os achados das entrevistas e dos documentos apontaram evidências sobre os espaços, entes e atores, bem como sobre o processo de planejamento, avaliação e implementação das ações voltadas para a Política de Sangue em duas realidades municipais. A seguir, apresentar-se-á a discussão com base nesses resultados, finalizando com a reflexão sobre desafios e caminhos para a promoção de processos participativos.

Espaços, entes e atores para o desenvolvimento das ações em dois municípios caso

Os registros das entrevistas e o conteúdo dos documentos *(quadro 1)* revelaram espaços, entes e atores, além de ações voltadas para a implementação da Política de Sangue e Hemoderivados no âmbito de cada município.

Quadro 1. Evidências identificadas nos planos e relatórios de gestão analisados a partir de busca com uso de descritores relacionados com a Política de Sangue, Componentes e Hemoderivados

Descritores	Frequência de citação no documento	Documento utilizado	Citação no documento
Sangue	10	PMS 2014-2017 MX	- "III - doenças sangue órgãos hematológicos..." (p. 44) - "Coleta de sangue p/ transfusão" (p. 131).
		RAG 2013 MX	- "III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitário" (p. 32; 34; 39).
		RAG 2016 MZ	- "Realizando coleta de sangue para diagnóstico de hemoglobinopatias (Eletroforese de Hemoglobina). Foram atendidas 60 pessoas." (p. 95).
		RAG 2016 MX	- "III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários" (p. 23; 28; 347; 348).
Hemoderivado	0	-	-
Hemocomponente	0	-	-
Doença Hematológica	0	-	-
Hematologia	2	RAG 2014 MZ	- "Hematologia em atenção a Doença Falciforme" (p. 11).
		RAG 2016 MZ	- "Introdução: Hematologia Adulto e Pediátrica..." (p. 91).
Hemoterapia	0	-	-
Falciforme	10	PPA MZ	- "Ação: Implementação do Programa de Atenção Integral aos Portadores de Anemia Falciforme" (p. 5).
		RAG 2013 MZ	- "Implementação da Vigilância Epidemiológica da Anemia Falciforme (AF) junto aos distritos. Respectivas metas" (p. 18). - "Objetivo: Fortalecer o programa de doença falciforme na atenção básica e especializada. Ação: Garantia de atendimento integral às pessoas com Doença Falciforme, ampliando o acesso ao diagnóstico precoce" (p. 25). - "[...] Para fortalecer a coleta de sangue em papel filtro, foi realizado com parceria da rede Cegonha, APAE e Laboratório Central, treinamento com profissionais de saúde. O treinamento objetivou o diagnóstico e tratamento precoce de doenças que compõem o pré-natal, tais como: HIV, HTLV, HBV, HCV, CMV, Toxoplasmose, Sífilis e Doença falciforme" (p. 33 – arquivo módulos).

Quadro 1. (cont.)

		RAG 2013 MX	- "Unidade de Apoio as Pessoas com Doença Falciforme" (p. 10; p. 15). - "Estão sendo realizadas também palestras articuladas entre a Unidade de apoio as pessoas com doença falciforme, e as escolas, esclarecendo sobre anemia falciforme. Tracoma: Todos os casos encaminhados são tratados." (p. 185). - "Ação Estratégica 47: Garantir a Atenção aos Pacientes com Doença Falciforme" (p. 226 a 228). - "Foi acordado junto a coordenação de AF e Farmácia da Policlínica do Centro a regularização das medicações de uso contínuo para Doença Falciforme como ácido fólico, PV Oral e Hidroxureia, além das botas de una para tratamento de ulceras e feridas. Bem como a vacinação junto a VISA" (p. 228).
Falcemia	0	-	-
XXXXX	4	RAG 2014 MZ	- "Estabelecer reserva técnica dos procedimentos preconizados (consultas/exames) para 30% dos usuários acompanhados nos ambulatórios de DF. Foi realizado levantamentos desses procedimentos entre janeiro e dezembro/2014 no Ambulatório XXX, sendo que das 76 consultas especializadas solicitadas foram agendadas 27 (36%) e 49 (64%) não conseguiram agendamento, quanto aos exames, foram solicitados 147, desses 35 (24%) foram agendados, enquanto 112 (76%) não agendados. O ambulatório do Multicentro XXXX informou impossibilidade de realizar o referido levantamento, entretanto sinalizou que não houve dificuldades para marcação dos exames especializados, exceto o Doppler transcraniano, ressonância magnética e tomografia. O PAPDF realizou capacitação com os médicos reguladores para sensibilização quanto à necessidade de prioridade para pacientes com DF decorrentes da gravidade da patologia. Como só obtivemos dados apenas de um dos ambulatórios, não foi possível quantificar o resultado. Além disso, com a criação do GT de Redes DF, houve a necessidade de discutir a Rede de urgência e a qualidade do atendimento às pessoas com doença falciforme nesses serviços, sendo definido pelas instituições participantes a estratégia de realização de curso para os profissionais da emergência [...]. Assim, realizamos como projeto piloto o curso na UPA XXX com 02 turmas de profissionais, total de 22 participantes. Foi avaliado que a metodologia adotada foi positiva e a ação está sendo planejada para dar continuidade no 1º semestre de 2015 com parcerias [...] e participação de facilitadores da APAE e HC." (p. 11 – Módulo III).
		RAG 2015 MX	- "Processo de Encaminhamento dos pacientes em andamento. Exame ofertado pela rede Estadual - HC. Encaminhamento de lista nominal via e-mail ao HC" (p. 56).
		RAG 2016 MZ	- "Implantação da Linha de Cuidado para pessoas com Doença Falciforme–3 [...] No 3º quadrimestre foram realizadas 3 reuniões como HC para alinhamento das ações" (p. 73).
Doação (apenas 1 vez o termo refere-se à doação de sangue)	0	-	-
Transfusão	1	RAG 2016 MX	- "Foram identificados no SINAN durante o ano de 2016, 90 casos suspeitos de hepatites virais [...]. Dos casos investigados, foram confirmados 17 para HBV e 14 para HCV. Quanto à fonte de notificação, observou-se que a unidade de coleta e transfusão (UCT/XXX) continua liderando as notificações, com 41,1% dos casos notificados [...]" (p. 189).
Banco de Sangue	1	RAG 2016 MX	- "Facilidades: Existência do Banco de Sangue no Hospital do MX que realiza triagem sorológica, profissionais da rede amplamente treinados para uso dos testes rápidos para hepatites B/C, disponibilidade dos testes em todas as unidades de saúde da rede e existência do Centro de Referência para encaminhamento dos pacientes testados." (p. 189).
Hemovigilância	0	-	-

Fonte: Doc1X; Doc2Z; Doc3Z; Doc3X; Doc4Z; Doc5X; Doc6Z; Doc6X.

Nota: Para o descritor 'sangue', foram excluídos os achados específicos aos exames laboratoriais de sangue.

Os espaços citados nos documentos são geralmente voltados para a assistência, poucas vezes para os espaços de gestão. Já nas citações feitas pelos entrevistados, muitos referiram o Hemocentro Coordenador (HC), que está sob a gestão estadual. Existe uma semelhança marcante entre o município que aloca o hemocentro coordenador, entre outros SH, e o que dispõe de apenas um serviço hemoterápico, tal semelhança refere-se à análise das entrevistas, como serviços responsáveis pela assistência hemoterápica no sistema de saúde.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 151, de 21 de agosto de 2001[9], os serviços de hemoterapia que fazem parte da hemorrede nacional são de distintas complexidades, desde HC que tem atuação no âmbito estadual, de natureza pública localizada preferencialmente na capital, referência do Estado na área de hemoterapia e/ou hematologia; o Hemocentro Regional (HR), entidade de âmbito regional, de natureza pública, para atuação macrorregional na área hemoterápica e/ou hematológica e que poderá encaminhar a uma Central de Triagem Laboratorial de Doadores (CTLD) as amostras de sangue para realização dos exames; e os demais serviços (Núcleo de Hemoterapia – NH, Unidade de Coleta e Transfusão – UCT, Unidade de Coleta – UC, Agência Transfusional – AT), de natureza pública e/ou privada, que estruturam a assistência hemoterápica devendo dar suporte às demandas locais e dos municípios que fazem parte do núcleo regional.

Outros espaços para além dos SH foram citados, por exemplo, hospitais (MX e MZ) e unidade/serviço de apoio (MX). Na realidade do município X, foi citado um serviço de apoio às pessoas com doença falciforme (E1). No Relatório Anual de Gestão (RAG) 2016 (Doc6X) deste município, esse espaço é citado diversas vezes, inclusive com referência sobre algumas ações e exames realizados. A participação desse serviço no sistema de saúde visa ampliar a assistência especializada – hematologia, hematopediatria, assistência social e nutrição –, com atendimentos através de mutirões na própria unidade, coleta de exames laboratoriais e desenvolvimento de atividades educativas na unidade, bem como encaminhamentos de procedimentos de média e de alta complexidade. A unidade ainda conta com o apoio de uma determinada associação do município, que realizam em conjunto a busca ativa e acompanhamento dos pacientes com portadores de doença falciforme[10].

Quanto aos atores citados nas entrevistas e nos documentos, têm responsabilidades na execução, acompanhamento e avaliação de políticas de saúde e na política do sangue, cada qual no seu espaço de atuação. De acordo com o decreto 3.990[3], de 30 de outubro de 2001, os seguintes atores devem participar e estar envolvidos no processo de implementação da política, mediante a fiscalização, vigilância, acompanhamento e controle das ações desenvolvidas no âmbito dos Sistemas Nacionais e Estaduais de Sangue, Componentes e Hemoderivados: os doadores, os gestores do SUS nos três níveis de governo e Distrito Federal, Conselho Nacional de Saúde, profissionais da saúde dos SH, dos centros de produção de hemoderivados, da Visa e entidades civis[2].

Segundo Viana e Baptista[11], a construção de uma política pública envolve recursos, atores, ideias e negociação, assim que a fase de implementação de uma política envolve questões estratégicas, políticas, interesses e múltiplos atores. A análise de uma política considera processos, atores e sua relação, a depender da configuração política de um estado, as características que regem este estado permitirão maior ou menor abertura e influência de indivíduos e grupos no processo decisório determinando processos políticos mais ou menos democráticos. Os espaços de negociação são importantes ambientes de tomada de decisão, nos quais estão presentes os gestores e a sociedade civil – cuja participação é de essencial importância para que as reais necessidades da população sejam consideradas, com papel fundamental também na fiscalização do cumprimento da execução da política.

Sobre a articulação entre gestores dos distintos níveis do sistema de saúde para a organização/implementação dos SH, foi respondido unanimemente pelos entrevistados do município Z que não existe uma articulação entre serviços, vigilância, estado e município, entretanto, E8 cita que não enxerga uma dificuldade de fala ou de encontro entre os gestores, porém não visualiza uma política que *"ande junto"*. E9 corrobora a afirmação no sentido de que não existe articulação entre a vigilância e a gestão municipal para implementação desses serviços e afirma que a vigilância municipal não tem *"esse braço de inspeção de bancos de sangue"* ainda. No município X que dispõe de uma UCT, os entrevistados referiram articulação da gestão municipal com demais gestores do estado, Visa e SH. E3 cita que a relação do SH com a vigilância acontece nos casos de notificação compulsória de usuários soropositivos, e a articulação desse serviço com a gestão municipal ocorre no âmbito do centro de referência. E4 relata que não existe uma articulação prévia do município com o estado, mas quando o estado necessita de alguma parceria para inspeção e ações conjuntas, isto acontece. De acordo com o Doc9X, houve uma inspeção, em abril de 2015, para renovação do alvará sanitário de SH do município, realizada pela Visa estadual; nesse relatório consta, no que se refere à hemovigilância/retrovigilância, a

> *[...] ausência de documento formal que define responsabilidades no processo de investigação entre o fornecedor de hemocomponentes e serviço transfusional e o SH não comunica a Visa competente o processo de investigação instaurado.*

Segundo Pinto et al.[12], existem dificuldades na comunicação entre os três níveis de governo do SUS, decorrentes das diferenças existentes no desenvolvimento institucional das secretarias municipais e estaduais e decorrentes também das relações intergovernamentais por interesses político-partidários. Essas dificuldades também refletem para dentro das instituições e serviços públicos do mesmo âmbito de governo e, por vezes, acabam por comprometer a implementação de uma política, uma vez que a comunicação é falha e existem diferentes interesses e responsabilidades entre gestores dos distintos níveis de complexidade.

Processo de planejamento, avaliação e implementação da política

O planejamento não se reduz a planos, programas ou projetos, estes constituem apenas uma parte do planejamento. Quando esses documentos são produzidos com maior participação das pessoas, eles têm uma maior chance de influenciar sobre a realidade[13]. Assim, é importante a utilização da prática do planejamento para as instituições e para a sensibilização de agentes por meio de medidas relevantes, inclusive, para o exercício democrático da cidadania.

> O plano diz respeito ao que fazer de uma dada organização, reunindo um conjunto de objetivos e ações e expressando uma política, explicitada ou não[13(4)].

Em relação ao Plano Diretor de Sangue, componentes e hemoderivados do estado da Bahia, todos os gestores do âmbito municipal (coordenadores da atenção básica, média e alta complexidade, Visa) relataram que não participaram ou não foram convidados a participar da sua elaboração. Entre os gestores de SH entrevistados, um destacou que o plano parece estar bem pautado nas necessidades reais e que foi realizado com participação de vários profissionais de diferentes regiões do estado; no entanto, ao que tudo indica, pelos achados deste estudo, tal processo participativo para elaboração e acompanhamento do plano contempla os gestores

e profissionais diretamente envolvidos com os SH (coordenados pelo HC, logo, sob gestão estadual), de modo que os demais gestores entrevistados municipais não referiram participação neste processo.

O planejamento pode favorecer a democratização da gestão e reduzir a alienação dos trabalhadores de saúde nos processos de produção, e, além disso, a gestão com a participação da comunidade no SUS pode utilizar o planejamento para apoiar o protagonismo na conquista do direito à saúde[13]. Portanto, sem a participação atuante dos profissionais dos diferentes níveis de atenção e gestão da saúde, a constituição de um planejamento não condizente com a realidade e a alienação dos profissionais é mais provável de acontecer.

Sobre os momentos para a elaboração do plano, E3 relatou que ele foi construído a partir da identificação da demanda de cada serviço, foram realizados cálculos de capacidade instalada, identificação de problemas, e baseado nesse compilado de informações, foi construído o Plano. De acordo com Paim[13], o processo de planejamento é composto por quatro momentos fundamentais: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. O momento explicativo é de identificação e explicação dos problemas; o momento normativo é para definir objetivos, metas e recursos necessários (o que deve ser feito); o momento estratégico é para estabelecer as ações para solucionar os problemas (o que pode ser feito) e o momento tático – operacional – é quando a ação é realizada. Apesar dessa ordem, o planejamento pode ser iniciado em qualquer um desses momentos, esse modo de planejar é conhecido como enfoque estratégico-situacional proposto por Matus. Os momentos explicativo e normativo foram referidos por E3 ao afirmar que na construção do Plano

> *[...] a gente fez a identificação da nossa demanda transfusional, dos serviços que a gente atende. Em cima disso a gente fez cálculos de capacidade instalada, identificação de problemas.*

Quando questionados quanto ao acompanhamento e avaliação do cumprimento das metas estabelecidas no Plano Diretor Estadual de Sangue, no município Z, E8 relata que encaminha mensalmente as metas para o estado, e os demais entrevistados que responderam a essa pergunta (E5 e E6) relataram desconhecimento em relação ao Plano. No município X, E3 afirma que faz o acompanhamento das metas do próprio serviço e encaminha dados para o HC acreditando que este seja responsável pelo acompanhamento e avaliação das metas do Plano; E2 também relata acreditar que os dados são mais bem acompanhados pelo HC. Ao total, cinco gestores dos dois municípios-caso destacam não terem participado de nenhuma etapa de acompanhamento e avaliação do cumprimento das metas estabelecidas no plano diretor já que desconhecem o plano.

Na perspectiva da política de modo geral, a fase de avaliação, que é a última do ciclo da política, constitui-se como um julgamento de valor e objetiva auxiliar a tomada de decisões. Esse monitoramento de resultados pode ser realizado pelo próprio governo ou por outra organização visando analisar a implementação da política[11].

Entre as formas e meios de acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas nos SH, foram referidos: relatórios, monitoramento das metas, identificação de perfil do doador, pesquisa de opinião com o doador e compartilhamento dos dados com a equipe. No município Z, E7 relatou fazer uso de um sistema baseado em um indicador que afere a qualidade do serviço e que trimestralmente é realizada uma análise crítica desse indicador. E8 afirmou utilizar as informações para o planejamento das ações e citou sobre a divulgação em relatórios internos, inclusive acrescentou que os relatórios são baseados no Sistema de Informação de Produção Hemoterápica (Hemoprod) e divulgados para a gestão da Secretaria.

Já no município X, E3 comenta sobre a produção de relatórios anuais e sobre

a definição das novas metas a partir destes, sendo, além disso, feito um acompanhamento do perfil do doador para saber se estão trabalhando com o mesmo público. A realização de pesquisas de opinião com estes para obter um *feedback* do serviço foi também citado, como meio para identificar qual área pode melhorar para dar uma maior atenção aos doadores. Relata ainda que estes dados são compartilhados com a equipe para que coletivamente possam pensar estratégias de melhorias da qualidade do serviço.

Para a divulgação das ações desenvolvidas, os SH utilizam-se de jornais, mídia pública (TV, rádio, *sites* de divulgação) e assessoria de comunicação. E7 destacou também um apoio da assessoria de comunicação do HC, E2 afirma que todos os dados de serviços produzidos são divulgados em relatórios, mas não citou quais tipos de relatórios.

No que tange ao processo participativo para implementação da política, foi ressaltada nas entrevistas a execução das ações da política pelos SH alocados nos territórios municipais e sob coordenação estadual do HC. Também foi destacado por um dos entrevistados do município X que, no caso das ações de saúde para o sistema municipal, as ações desenvolvidas nos SH não constam nos relatórios municipais, justificando que *"não é uma atividade de interesse da vigilância municipal, e que está dentro do escopo das atividades de interesse da vigilância estadual"*. Vale ressaltar que, de acordo com o art. 6º do inciso II do Decreto nº 3.990, de 30 de outubro de 2001[3], é de incumbência dos municípios coordenar em seu território as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, incluindo as de Visa.

Tendo em vista a implementação da política, buscou-se identificar se as ações da Política de Sangue têm sido tomadas como pauta nas reuniões colegiadas (*quadro 2)* a partir da revisão das atas das Comissões Intergestoras Regionais (CIR) das quais os municípios X e Z fazem parte, além de atas do CMS.

Quadro 2. Evidências identificadas nas atas das reuniões colegiadas realizadas nos municípios (X e Z) relacionadas com a Política de Sangue, Componentes e Hemoderivados

Registro documental (atas do CMS, atas da CIR...)	Documento utilizado	Citação no documento
ATAS CIR MZ	1 vez pautada a construção de serviço de hemoterapia	- "A representante do município informou que já está em elaboração e destacou que o MS irá repassar recursos financeiros que serão usados para melhorias e recuperação do Hospital XXX, além de que será construído um serviço de Hemoterapia, pela iniciativa privada, mas que será credenciada pelo Estado" (p. 2).
ATAS CIR MX	0	-
ATA CMS MZ	1 vez pautada a questão da doação de sangue e estimulo à coleta	- "O Conselheiro falou também sobre a questão da doação de sangue, afirmando que não existem bolsas de sangue na cidade capaz de atender uma emergência maior. Neste sentido, disse ser necessário estimular a coleta de sangue, assim como a captação de órgãos" (p. 152).
	18 vezes pautada a Implantação de programa sobre doença falciforme e questões gerais sobre a doença falciforme	- "A Conselheira disse lembrar que a Secretaria Municipal de Saúde de MA já teve uma notoriedade brasileira no que diz respeito à implantação do programa de doença falciforme da saúde da população negra" (p. 22). - "O Conselheiro XXX [...]. Falou sobre a doença falciforme (inaudível)" (p. 23). - "Relatou também que, ainda no ano de 2015, na Câmara de Vereadores, foi discutida novamente a situação da doença falciforme" (p. 23). - "Ressaltou que trata-se *(sic)* de uma doença terrível, que não se manifesta rápido e, segundo foi falado na ocasião em que esteve na Câmara de Vereadores, a anemia falciforme é tão terrível, que fica embutida e muitas vezes as pessoas são portadoras e não sabem" (p. 23).

Quadro 2. (cont.)

	- "Relatou ter estado na semana anterior com um senhor, que lhe disse viver com 50% da anemia falciforme no organismo e não sabia" (p. 23). - "Destacou parabenizar também pela lembrança da observação sobre saúde da população negra, salientando a consideração de que MZ tem 70% da população negra ausente de acesso à rede básica de saúde, sugerindo à mesa que fossem solicitados dados de hipertensão, diabetes e doença falciforme na cidade, e do que estaria sendo feito a respeito pela SMS" (p. 57). - "O Cons. XXX [...] reiterou o colocado pela Cons. XXX em relação à saúde da população negra e doença falciforme, e sugeriu que este CMS pautasse uma discussão sobre a situação em relação a esta doença no município" (p. 57-58). - "Implementação da Vigilância Epidemiológica da Doença Falciforme, com 100% das notificações da doença monitoradas" (p. 152). - "Ampliação do acesso aos procedimentos de média e alta complexidade para usuários com Doença Falciforme" (p. 152). - "Ação3: Implementação da Vigilância Epidemiológica da Doença Falciforme" (p. 153). - "3.5: Ação1: Implantação da Linha de Cuidado para pessoas com Doença Falciforme" (p. 159). - "Ação2: Ampliação do acesso aos procedimentos de média e alta complexidade para usuários com Doença Falciforme: 1 Meta com 73,5% de cumprimento" (p. 159). - "O Conselheiro disse que uma doença que ele sempre tem trazido e colocado, pedindo que seja pautada na discussão, é a doença falciforme. Disse que a Anemia Falciforme é uma doença que [...] realmente precisa de atenção" (p. 175). - "Pediu ao Presidente interino que providencie pautar, para discussão no Pleno do CMS, tanto a Anemia Falciforme, quanto o Câncer de Próstata, Câncer de Mama e as doenças pestilentas [...]" (p. 175). - "[...] sobre o Câncer de Próstata e Anemia Falciforme, citados pelos Conselheiros W e Y [...]" (p. 175). - "Sobre a Anemia Falciforme, a técnica afirmou que também não está incluído no Pacto. Mas, lembrou que houve um Pacto onde o Município incluiu o monitoramento da Anemia Falciforme. Porém, tratou-se de uma negociação feita com o Estado e foi, somente, o Município Z que incluiu esse Indicador" (p. 182). - "A Diretora disse achar super pertinente agendar reuniões para discutir a saúde, a exemplo de: saúde da mulher, como foi solicitado, Anemia Falciforme, etc." (p. 183). - "69 Unidades de Saúde realizando atendimento às pessoas com Doença Falciforme" (p. 190). - "Ressaltou que o que ela pontuou sobre a cobertura da Atenção Básica e as Unidades que estão atendendo pessoas com Doença Falciforme, é o que existe hoje" (p. 196).

Fonte: Doc7X; Doc7Z; Doc8Z.

Nota: As atas do CMS MX não foram disponibilizadas em tempo para análise.

Quando se trata do sangue e SH como pauta nas reuniões colegiadas, apenas um gestor (E9) respondeu ter sido pautada a possível implantação de um serviço municipal de sangue, componentes e hemoderivados, mas essa questão não avançou por se tratar de um serviço complexo, segundo o entrevistado, e a outra vez que esse mesmo entrevistado viu essa questão ser pautada foi quando soube dessa entrevista para a pesquisa. De acordo com o Doc7Z, será construído um serviço de hemoterapia, pela iniciativa privada, mas que será credenciado pelo Estado.

Caminhos para a promoção de processos participativos

Os achados das entrevistas e dos documentos apontaram desafios para o desenvolvimento do processo participativo de planejamento, implementação e avaliação das ações e SH, cabendo destaque para reflexão os seguintes: ausência de comissão de acompanhamento e monitoramento dos SH; e falta de mobilização da sociedade.

Diante de tais desafios da gestão para organização e implementação dos SH, E2 sinaliza como caminho para o desenvolvimento

de processos participativos e decisórios a importância de *"ter uma comissão fortalecida pra está acompanhando, monitorando todo esse serviço hemoterápico no município"*. Sobre isso, acrescenta como estratégia para tal enfrentamento *"dar esse olhar mais fortalecido para essa questão"*. Outro 'grande desafio', citado por E3: *"realmente é você mover a sociedade pra que ela participe ativamente com aquilo que é só dela. Ela só compartilha se quiser"*.

Comissões e conselhos enquanto espaços participativos e decisórios e ações fiscalizatórias e de avaliação se constituem como possíveis caminhos para a promoção e fortalecimento das políticas de saúde. No entanto, estudos apontam que

> [...] o mau funcionamento dos conselhos é reflexo de deficiências do Estado e de grandes iniquidades sociais por elas geradas, entre as quais a baixa intensidade participativa verificada na sociedade brasileira[14(257)].

Para além da eleição dos representantes nos espaços de discussão e de tomada de decisão, a participação de modo efetivo "aproximando-se de temas e debates de interesse social"[14(258)] se faz fundamental no fortalecimento do processo democrático e, portanto, de abertura à participação da sociedade. No entanto, "as práticas da democracia participativa não desenvolvem sozinhas oportunidades iguais entre os grupos"[14].

Ampliar a discussão e aprofundar o conhecimento a respeito da Política de Sangue, Componentes e Hemoderivados, portanto, é um desafio para que ela se torne uma prioridade de gestão e pauta de discussão nos espaços de governança, buscando sempre articular esses serviços aos níveis de complexidade da saúde: atenção básica, média e alta complexidade.

Considerações finais

Este estudo evidenciou que a discussão sobre as ações e demais questões relacionadas com a Política do Sangue ainda é tímida nos espaços colegiados de gestão e de tomada de decisão nas realidades estudadas; de modo que as pautas mais frequentes nesses espaços se referem aos aspectos voltados para a assistência hematológica, especificamente sobre a doença falciforme, com menor referência a aspectos que circunscrevem desde a coleta à transfusão de sangue.

A falta de mobilização da sociedade, assim como a falta de acompanhamento e avaliação dos serviços, caracteriza-se como limite e desafio importante para o desenvolvimento do processo participativo no planejamento, implementação e monitoramento das ações voltadas para a Política de Sangue. Nesse sentido, cabe pensar, elaborar e utilizar estratégias que estimulem o desenvolvimento de processos participativos desde a formulação até a execução de ações, tendo em vista o fortalecimento desta política e do sistema de saúde. ■

Referências

1. Santos LAC, Moraes C, Coelho VSP. A hemoterapia no Brasil de 64 a 80. Physis. 1991; 1(1):161-182.

2. Brasil. Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001. Lei do Sangue. Diário Oficial da União. 22 mar 2001.

3. Brasil. Decreto nº 3.990, de 30 de outubro de 2001. Regulamenta o art. 26 da Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, que dispõe sobre a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, e estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades. Diário Oficial da União. 31 out 2001.

4. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde: SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al. organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012, p. 365-393.

5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

6. Bahia (Estado). Secretaria da Saúde. Regiões de saúde do Estado da Bahia [internet]. Salvador: Secretaria da Saúde; 2014 [acesso em 2016 ago 31]. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp.

7. Souza MKB, Costa EA, Lima YOR. Estratégias e desafios da gestão em saúde para a organização dos serviços hemoterápicos em municípios do estado da Bahia. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2016.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União. 12 dez 2012.

9. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 151, de 21 de agosto de 2001. Aprova o Regulamento Técnico sobre Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia. Diário Oficial da União. 22 ago 2001.

10. Prefeitura Municipal de Xxxxxx. [internet]. [Bahia]. 2012. [acesso em 2018 jan 11]. Disponível em: http://www.xxxxxx.ba.gov.br/2015/detalhe_noticia.php?cod_noticia=12462.

11. Viana ALD, Baptista, TWF. Análise de Políticas de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 65-106.

12. Pinto ICM, Teixeira CF, Solla JSP, et al. Organização do SUS e Diferentes Modalidades de Gestão e Gerenciamento dos Serviços e Recursos Públicos de Saúde. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Med Book; 2014. p. 231-243.

13. Paim JS. Planejamento em Saúde para não especialistas. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al, organizadores. Tratado de saúde coletiva [internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; Hucitec; 2006 [acesso em 2018 fev 15]. p. 767-782. Disponível em: http://www.pea.ufba.br/eventos/gestores/biblioteca/docs/PLANEJAMENTO_EM_SAUDE__.pdf

14. Esperidião MA. Controle Social do SUS: Conselhos e Conferências de Saúde. In: Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Med Book; 2014. p. 245-259.

Ações, responsabilidades e desafios para a gestão de serviços hemoterápicos no âmbito municipal

Actions, responsibilities and challenges for the management of hemotherapy services at the municipal level

Carina da Silva de Sousa[1], Mariluce Karla Bomfim de Souza[2]

RESUMO Este estudo discute as estratégias, ações e desafios para a organização/implementação dos serviços relacionados com a Política de Sangue, a partir da perspectiva de gestores, com ênfase na hemoterapia. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa de natureza descritiva e exploratória, do qual participaram gestores da saúde de dois municípios da Bahia de diferentes serviços e níveis de atenção. Os resultados produzidos a partir das entrevistas e dos documentos foram analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo. Foi possível observar que as questões relativas à política de sangue enfrentam dificuldades e desafios para sua efetiva implementação, sendo um desses desafios a limitada articulação interfederativa, com baixa participação da gestão municipal na implementação das ações, especialmente no que se refere à hemoterapia, tendo o estado atuação majoritária. Considera-se, com este estudo, a possibilidade de discussão acerca das diversas dificuldades e dos desafios enfrentados pelos gestores para organização/implementação da assistência hemoterápica, tendo em vista a superação dos mesmos, bem como o estímulo à reflexão sobre a atuação da gestão no âmbito municipal, considerando os princípios da descentralização e regionalização na saúde.

PALAVRAS-CHAVE Organização e administração. Gestão em saúde. Serviço de hemoterapia. Sangue.

ABSTRACT *This study discusses the strategies, actions and challenges for the organization/implementation of services related to the Blood Policy from the perspective of managers, with emphasis on hemotherapy. It is a qualitative study of a descriptive and exploratory nature, in which health managers from two municipalities of Bahia participated in different services and levels of care. The results produced from the interviews and the documents were analyzed using the technique of content analysis. It was possible to observe that issues related to blood policy face difficulties and challenges for its effective implementation, one of these challenges being the limited interfederative articulation, with a low participation of municipal management in the implementation of actions, especially regarding hemotherapy, which finds in the state the majority of action. It is considered, with this study, the possibility of discussing the various difficulties and challenges faced by managers for the organization/implementation of hemotherapy assistance, with a view to overcoming them, as well as stimulating reflection on the performance of management in municipal level, considering the principles of decentralization and regionalization in health.*

KEYWORDS *Organization and administration. Health management. Hemotherapy service. Blood.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
carinasousaufba@gmail.com

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
marilucejbv@yahoo.com.br

Introdução

As ações referentes à área de sangue, componentes e seus derivados estão incluídas no escopo das atribuições e responsabilidades dos entes federativos para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), respaldadas pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990. A inclusão de tais competências no SUS se deu pela necessidade de regulamentação das práticas relacionadas com o sangue, impulsionada pelo relevo a essas questões, dada a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) surgida na década 1980 e ao risco de contaminação por meio da transfusão sanguínea. Concernente a tais fatos e contexto, a Política de Sangue e Hemoderivados, de 1965, foi revogada pela Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001.

A Lei nº 10.205/2001 que orienta as práticas relacionadas com o sangue tem como finalidade garantir a autossuficiência do País e a segurança do processo transfusional dos pacientes e doadores, bem como assegurar a assistência às pessoas com doenças hematológicas e harmonizar as ações do poder público em todos os níveis de governo[1]. Os objetivos dessa política, em congruência com o escopo do SUS, perpassam por ações que vão desde a promoção da saúde e prevenção do risco, por exemplo, quando garante a segurança dos procedimentos, tanto para o doador quanto para o receptor, até o tratamento e reabilitação, quando se trata das doenças hematológicas.

Os serviços e ações que constituem a Política de Sangue no Brasil se distribuem pelos distintos níveis de atenção do SUS e podem estar relacionados em históricos de doenças hematológicas e necessidades hemoterápicas. No âmbito da hematologia, doenças graves e doenças benignas estão incluídas no escopo da atenção hematológica, entre essas, as doenças onco-hematológicas (ex.: leucemias, linfomas, mieloma múltiplo), a doença falciforme e as coagulopatias hereditárias. No âmbito da hemoterapia, estão as atividades relacionadas com o ciclo do sangue[2], nesse aspecto, há que se destacar a segurança do processo transfusional, influenciada pelos avanços nos marcos legais e, em especial, pela criação da política que orienta a prática nesses serviços e

> [...] instituição de um sistema nacional de vigilância sanitária com poder fiscalizatório legitimado para garantia de sangue em quantidade, qualidade, segurança e em tempo oportuno à população[3(333)].

Assim, para o desenvolvimento das ações hemoterápicas e hematológicas que assegurem o cumprimento das diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, estão postas ações e responsabilidades dos poderes públicos da saúde em todos os níveis de governo, apontando para a importância dos gestores de saúde como protagonistas nesse processo, os quais devem articular saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas[4] e de estratégias para o enfrentamento dos desafios do quotidiano.

Nesse sentido, decorridas mais de uma década desde a publicação da Política de Sangue no Brasil, cabe trazer à reflexão e à discussão as estratégias e os desafios para a sua implementação. Desse modo, questiona-se: quais estratégias, ações e serviços têm sido desenvolvidos pelos gestores para implementar e assegurar a assistência hemoterápica e demais ações relacionadas à Política de Sangue? Quais desafios os gestores têm enfrentado para a organização e implementação da assistência hemoterápica no âmbito municipal e no contexto da regionalização?

Destarte, constitui objetivo deste artigo: discutir estratégias, ações e desafios para a organização/implementação dos serviços relacionados com a Política de Sangue a partir da perspectiva de gestores, com ênfase na hemoterapia. Nesse sentido, registra-se a importância de problematizar e refletir sobre

a atuação da gestão municipal na implementação da política, considerando que tais ações são operacionalizadas no âmbito municipal, na perspectiva da descentralização, e com abrangência regional, no contexto da regionalização.

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa[5] e de natureza descritiva e exploratória realizada em dois municípios brasileiros localizados na região Nordeste.

O Município X (MX) e o Município Z (MZ) dispõem de serviços de saúde dos distintos níveis de atenção, bem como alocam serviços hemoterápicos públicos de complexidades distintas: Hemocentro, Unidade de Coleta e Transfusão e Unidades de Coleta.

Para a produção dos achados, foram utilizadas duas técnicas qualitativas, a saber: a entrevista semiestruturada[5] e a análise documental[6]. Sobre a primeira, foram entrevistados nove gestores – E1, E2... E9, aqui identificados como 'gestores municipais' – das respectivas Secretarias Municipais da Saúde (SMS), dos níveis de atenção básica, especializada, além da vigilância sanitária – e 'gestores dos serviços hemoterápicos' – de vinculação ao nível estadual, nos dois municípios mencionados.

Para a análise documental, foram considerados os documentos disponibilizados correspondentes ao último período de gestão municipal (2013-2016) e do primeiro trimestre de 2017: Plano Municipal de Saúde (2014-2017) – Doc1X, Doc1Z, respectivamente dos municípios X e Z; Plano plurianual (2014-2017) – Doc2X, Doc2Z; Relatórios de gestão (2013, 2014, 2015, 2016) – Doc3X, Doc3Z, Doc4X, Doc4Z, Doc5X, Doc5Z, Doc6X, Doc6Z respectivamente; Atas das reuniões das Comissões Intergestoras Regionais (2013 a junho de 2017) – Doc7X, Doc7Z; e Atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde (2013 a junho de 2017) – Doc8Z. As atas do Conselho do MX não foram disponibilizadas em tempo para análise.

A análise dos achados produzidos a partir das entrevistas e obtidos a partir dos registros dos documentos foi baseada na análise de conteúdo, utilizando uma das modalidades em que essa técnica se desdobra: a análise temática. Esta, segundo Minayo,

> consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado[5(316)].

Este estudo atende a um dos objetivos da pesquisa sobre 'Estratégias e desafios da gestão em saúde para a organização dos serviços hemoterápicos em municípios do estado da Bahia'[7], cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade da Bahia (UFBA), conforme parecer nº 1.466.768 e CAAE nº 47155315.4.0000.5030; e, também, pelo Comitê de Ética de uma instituição coparticipante, conforme CAAE nº 47155315.4.3001.0047.

Análise e discussão dos resultados

Com base nos achados, segue a discussão das três categorias, a saber: conhecimento sobre a política; gestão, oferta e acesso aos serviços hemoterápicos; e dificuldades e desafios para a implementação de ações e serviços relacionados com a Política de Sangue.

A Política de Sangue, Componentes e Hemoderivados a partir da perspectiva de profissionais e gestores de saúde

Em observância ao conhecimento da política, nota-se que, majoritariamente, há um desconhecimento dessa política pelos gestores municipais, não cabendo tal assertiva aos gestores de serviços hemoterápicos.

No município X, todos os gestores municipais afirmaram total desconhecimento sobre a política nacional, enquanto no município Z, alguns dos gestores referiram ter ciência de sua existência, no entanto afirmaram não ter conhecimento quanto ao seu conteúdo, suas diretrizes para o processo de trabalho e especificações das responsabilidades dos entes federados (E5).

Os gestores dos serviços hemoterápicos em ambos os municípios demonstraram maior domínio sobre esse aspecto, apontando princípios e diretrizes da política, citando-a enquanto responsável por definir a forma que a assistência será conduzida (E3). Esse fato, possivelmente, guarda relação com o tipo de serviço que atuam, estando diretamente ligada à área da temática que esse estudo se propôs.

Entende-se que o conhecimento pelos gestores e profissionais de saúde sobre a política é de fundamental importância para o desenvolvimento e efetivação das ações e, por outro lado, o seu desconhecimento, em especial pelos gestores dos serviços e diretorias/coordenações da SMS, denota o distanciamento de ações conduzidas por esse ente federado. No entanto, no contexto da descentralização, à gestão municipal é atribuída a responsabilidade na efetivação das ações do sistema único; e, no que se refere a política de sangue, a legislação que a orienta, apesar de estabelecer o serviço estadual como referência para coordenação dos serviços hemoterápicos, não isenta a participação da esfera municipal, na garantia aos seus munícipes do acesso ao sangue e hemocomponentes de forma segura e com qualidade[8].

Os documentos oficiais que regem sobre a política de Sangue no Brasil (Lei nº 1.0205 e Decreto nº 3.990/2011) determinam como seus princípios e diretrizes: a universalização do atendimento à população; utilização exclusiva da doação voluntária e não remunerada do sangue; incentivo por parte do poder público quanto à doação. Também referem sua finalidade por regulamentar as ações relacionadas com a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados e estabelecer o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades[8]. Em geral, os princípios, diretrizes e finalidades que nortearão as ações das políticas são definidos nas etapas iniciais do ciclo das políticas, que incluem a entrada na agenda e sua formulação[9], assim como o conjunto das ações governamentais são pactuados no momento de sua formulação[10].

Gestão, oferta e acesso aos serviços hemoterápicos em duas realidades municipais do Nordeste

A atuação do Hemocentro Coordenador (HC) do estado foi reconhecida por todos os participantes quanto à coordenação das ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, sendo citado como serviço de referência para todo o estado, em contrapartida, não foram referidas ações na área de hemoterapia coordenadas pela gestão municipal. No município X, dois dos entrevistados da esfera municipal referiram desconhecer ações hemoterápicas coordenadas pelo nível municipal, já um dos gestores, pertencente à esfera estadual, afirmou a inexistência de oferta desse tipo de serviço por parte do município. Semelhantemente, no município Z, os gestores municipais referem o desconhecimento de ações hemoterápicas coordenadas pela gestão municipal.

A responsabilidade assumida pela esfera estadual na coordenação dos serviços é dada pela organização dos níveis de complexidade definidos pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 151, atribuindo ao HC, de âmbito estadual, como referência para todo o estado. Aos municípios, entre as suas atribuições, de acordo a legislação que orienta a política, incluem: formular, juntamente com o estado, a política estadual de sangue, componentes e hemoderivados; coordenar, em seu território, as ações na área

de sangue, componentes e hemoderivados; adequar, em articulação com os estados, os parâmetros assistenciais do plano diretor municipal de sangue, componentes e hemoderivados; garantir o acesso da população de sua área de abrangência à assistência hemoterápica; garantir a assistência à saúde dos portadores de doenças hematológicas, pactuando com o estado as referências e contrarreferências; alimentar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue e hemoderivados[8].

Algumas ações na área de sangue, coordenadas pelo município e que foram mencionadas, referem-se àquelas do serviço hematológico, por meio da disponibilização de hematologista na rede especializada municipal, sendo citada a existência de articulação com o HC para esse tipo de serviço, especialmente quando há necessidade do uso do hemocomponente como, por exemplo, para os pacientes falcêmicos, como citado pelo entrevistado E5:

> *Tem pessoas que frequentam os ambulatórios especializados que tem doença falciforme e precisam fazer a transfusão, então tem esse processo de encaminhamento e de diálogo.*

Quanto à assistência hemoterápica, nota-se que não há uma percepção dos entrevistados referente às ações sob responsabilidade dos municípios nessa área, sendo a assunção dessas responsabilidades, majoritariamente, da gestão estadual.

No que se refere às ações e serviços relacionados com tal política mencionados nos documentos analisados dos dois municípios, sublinha-se que os achados foram restritos. Foi possível observar que raras ações versam sobre a hemoterapia, sendo que a maior parte trata das ações voltadas para a hematologia, com destaque à doença falciforme. No Doc1X, em que está apresentado um quadro com a quantificação de procedimentos realizados no município, entre eles a *"coleta de sangue para transfusão e seus hemocomponentes"*, enquanto nos Doc1Z, assim como no Doc2X, não foram encontradas referências a tais termos. Algumas menções foram feitas exclusivamente no que se refere à atenção aos portadores de doença falciforme, no Doc2Z, por exemplo, identifica-se a previsão de ações voltadas para *"implementação do Programa de Atenção Integral aos Portadores de Anemia Falciforme"*.

Foram identificadas ações realizadas e outras com desenvolvimento previsto, tais como palestras (Doc3X), implementação da Vigilância Epidemiológica da Anemia Falciforme (Doc3Z) e a capacitação de profissionais para o diagnóstico da Anemia Falciforme (Doc4X). No Doc4Z, as abordagens versaram sobre: investimentos em implantação nos serviços de atendimento médico com diversas especialidades, entre elas, o hematologista; aumento do atendimento à anemia falciforme nas unidades básicas; ampliação do acesso aos procedimentos de média e alta complexidade para esses pacientes e implantação da Linha de Cuidado para Doença Falciforme. A abordagem voltada para o atendimento a esse público com *"garantia de oferta do exame de Doppler transcraniano"* também foi citada nos Doc5X e Doc6X, além dos *"processos de encaminhamento"* para realização desses exames ofertados pela rede estadual e a *"garantia do acompanhamento de 100% dos bebês com doença falciforme cadastrados"* (Doc5X). Nesse aspecto, nota-se a articulação do trabalho da gestão municipal com a gestão estadual, incluindo envio de lista nominal desses pacientes para o serviço de referência.

Nos documentos que dizem respeito às atas de reuniões colegiadas, foi possível identificar que uma das pautas se refere à hemoterapia, no entanto, entre os achados dos registros, sua maioria refere-se também à anemia falciforme. Segundo o Doc7Z, há previsão de que seja *"construído um serviço de hemoterapia pela iniciativa privada, mas que será credenciada pelo Estado"*, o registro afirma ainda que *"a proposta aprovada será encaminhada para a CIB/BA"*, enquanto no Doc7X não foram encontradas ações relacionadas.

Destaca-se, no Doc8Z, a discussão sobre

a oferta de hemocomponente, os trechos demonstram uma preocupação com a disponibilidade de bolsa no período do carnaval, visto que se trata de um evento de massa no qual aumenta o fluxo de pessoas na cidade e há ainda possibilidade de situações emergenciais, vide trecho a seguir: *"não existem bolsas de sangue na cidade capaz de atender uma emergência maior"*. Acrescenta-se a necessidade de estimular a doação de sangue (Doc8Z), e sobre isso, um dos atores afirma que este *"é um trabalho que deve ser educativo ao longo do ano"*.

A ampla discussão sobre aspectos voltados para hematologia, com foco na doença falciforme, pode estar relacionada com as pressões advindas da sociedade civil organizada, a exemplo dos movimentos sociais e, em diferente grau, da influência de um modelo de atenção à saúde centrado na doença. A pouca ênfase aos elementos relativos à hemoterapia nesses municípios pode estar relacionada com a falta de prioridade e (des)cumprimento das responsabilidades pela Política de Sangue no âmbito municipal/regional e/ou com o desconhecimento dos conselheiros e representantes sobre a importância do sangue enquanto recurso fundamental à redução do risco de morte e prevenção de complicações desencadeadas por grandes traumas e outras situações de emergência, além do suporte terapêutico às pessoas com doenças hematológicas.

Na perspectiva de organização das ações e serviços hemoterápicos, cabe destacar os seguintes aspectos: planejamento, sistemas de informação, avaliação e gestão da qualidade.

No que tange ao planejamento, Merhy[11] o aponta como um importante instrumento nos processos de gestão e que, no contexto das ações dos serviços hemoterápicos, ele pode contribuir para melhoria do acesso da população a tais serviços e assegurar a disponibilidade de oferta do hemocomponente. No município X, particularmente, foi adotada pela gestão do serviço uma estratégia para programação do uso do hemocomponente com a criação de uma relação dos pacientes de fenótipo identificado (E3).

O uso de sistemas de informações na área de sangue foi mencionado por alguns dos gestores como instrumentos que auxiliam o planejamento e a avaliação. No município Z, um dos entrevistados citou o uso de dados do sistema para acompanhamento das ações desenvolvidas e identificação do nível de produção que está sendo realizado a fim de programar a necessidade de insumos do ano subsequente (E8). No município X, o uso do Hemoprod foi referido para avaliar e identificar *"se a demanda está sendo atendida"* (E3), no entanto, destacou sua fragilidade por se tratar de um sistema antigo, tornando-o insuficiente para atender às necessidades atuais.

Os parâmetros assistenciais estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que visam a programação das ações[12], são desconhecidos dos gestores da saúde do âmbito municipal (incluídos nesse grupo aqueles gestores das coordenações da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade) que participaram deste estudo, pois, ao serem questionados sobre tais parâmetros, as respostas se deram de maneira imprecisa, não os especificando para a área do sangue e hemoderivados.

Quanto à promoção de capacitações do corpo profissional, os gestores da SMS afirmaram desconhecer e/ou não participar de estratégias de capacitações, ou ainda responder de forma generalizada, não especificando a capacitação para área do sangue. Desse modo, é possível notar ausência da participação ou fomento dessas ações no âmbito municipal. Os gestores dos serviços hemoterápicos afirmaram haver capacitações e que elas são realizadas pela gestão estadual, sendo ofertadas para toda Rede Nacional de Serviços de Hematologia e Hemoterapia (Hemorrede) (E3; E7; E8), sendo, de modo geral, realizadas no HC. Além disso, alguns desses gestores mencionaram a realização da educação permanente na rotina dos serviços.

A educação permanente é referida na Constituição Federal como parte do escopo

das atribuições do SUS[13], e na área de sangue, com vistas à garantia da qualidade e segurança na assistência hemoterápica, o Decreto nº 3.990/2011 atribui como competência da gestão a capacitação dos recursos humanos para essa área[8]. Acredita-se que, por meio da educação permanente, enquanto prática que resulta na produção de conhecimentos nas instituições de saúde[14], seja possível estabelecer padrões de atendimento e procedimentos e segurança dos processos, tanto para o doador quanto para o profissional, além de ser primordial em caso de incorporação de nova(s) metodologia(s) de trabalho caso necessário[15].

Dificuldades e desafios para a implementação de ações e serviços relacionados com a Política de Sangue

Entre as dificuldades e os desafios identificados a partir das realidades municipais analisadas (*quadro 1*), é possível relacioná-los à complexidade do próprio objeto, bem como às ações voltadas para a discussão e responsabilização dos gestores no desenvolvimento da Política de Sangue e à disposição de recursos para a implementação das ações e serviços relacionados.

Quadro 1. Dificuldades e desafios relacionados com o desenvolvimento de ações e serviços relativos à Política de Sangue em âmbito municipal

Dificuldades e desafios	Evidências	E*
Relacionados com a complexidade do objeto 'sangue'	– Subjetividade do 'sangue' enquanto objeto de trabalho; – Ausência de campanhas efetivas e dificuldades para a adesão/fidelização de doadores para o aumento da captação e garantia da oferta do hemocomponente em tempo hábil;	E3; E7
Relacionados com a discussão e responsabilização dos gestores no desenvolvimento da Política de Sangue	– Priorização da implementação da política; – Ampliação da discussão da política no município nos diversos níveis de atenção;	E2; E6; E5
	– Articulação e responsabilização de ações nos âmbitos municipal e estadual;	E2; E4; E6
Relacionados com a disposição de recursos para a implementação das ações e serviços referentes à Política de Sangue	– Capacidade instalada com restrição de recursos físicos e equipamentos sem manutenção preventiva; – Precarização dos vínculos, inexistência de quadro qualificado pela rotatividade das equipes e número de profissionais insatisfatório.	E3; E7

Fonte: Relatos das entrevistas.

*E – entrevistado(a).

Quanto à subjetividade do objeto, o entrevistado E3 menciona que aspectos culturais ou de experiências passadas influenciam na percepção do indivíduo. Nessa perspectiva, o sangue pode representar algo bom ou ruim, e completa dizendo que, na sociedade, o sangue ainda é visto de forma negativa, e não como algo que pode salvar a vida de alguém:

> *A gente tem essa questão dos tabus da doação de sangue, o medo, o medo da dor, a imagem negativa que algumas pessoas tem do sangue, associado à dor, à morte. Poucas pessoas associam o sangue à uma coisa boa, à vida.* (E3).

Sublinha-se ainda que, historicamente, o sangue esteve relacionado com o meio de

transmissão de doenças como a Aids, entre outras. Essa concepção tem grande influência da falta de segurança que envolveu os processos transfusionais antes da década de 1980, superada com a instituição de marcos regulatórios, estabelecimento de critérios visando à garantia da qualidade e ao aumento da fiscalização[16].

A adesão da população à doação regular também foi apontada como um dos grandes desafios, já que esse aspecto impacta diretamente na garantia da oferta do hemocomponente. O entrevistado E3 refere que ainda é muito comum a realização de doação de reposição, aquela direcionada para uma determinada pessoa (geralmente parente, amigo ou pessoa próxima), *"As pessoas ainda fazem a doação na perspectiva de vou fazer para fulano"*, e há uma dificuldade de fidelizar esse doador. Registra-se que, no Brasil, ainda há um índice de doadores abaixo do ideal, estima-se que, atualmente, cerca de 1,78% da população seja doadora de sangue e, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), deve figurar entre 3% e 5% da população[17]. Ressalta-se que o incentivo à doação voluntária e não remunerada consta nos termos da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados.

Rodrigues e Reibnitz[18] apontam a existência de três aspectos que têm forte impacto na adesão e fidelização: o acolhimento, as campanhas e estratégias educativas e chamam atenção também para a relação profissional-usuário na fidelização de doadores assíduos. O Ministério da Saúde ressalta que as ações de divulgação e mobilização de candidatos à doação, por meio de campanhas publicitárias e também ações de conscientização de doadores, em vários segmentos da sociedade, são essenciais para mobilização da sociedade[15].

Outros desafios para a implementação das ações também foram identificados, por exemplo, a entrada na agenda da gestão (E2; E6) e a ampliação da discussão da política no município nos diversos níveis de atenção (E5), além da necessidade de maior responsabilização das ações no âmbito municipal e de articulação interfederativa entre município e estado para implementação das ações (E2; E4; E6).

A agenda de saúde representa o elenco de ações prioritárias do governo[19] e se constitui como um passo importante para evidenciar determinadas questões em meio à diversidade dos problemas existentes. Já o alcance dessa discussão, pelos diferentes níveis de atenção, está ligado à existência ou não de uma rede temática. No caso da área de Sangue, Componentes e Hemoderivados, um conjunto de serviços específicos de diferentes níveis de complexidade (segundo a RDC nº 151) conforma a denominada Hemorrede, no entanto, esse conceito distingue-se da caracterização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conformada pela organização de um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si em diferentes níveis de atenção por uma missão única, e que visa prestar uma atenção contínua e integral[20].

Quanto à articulação entre os entes federados, os entrevistados afirmaram que *"não existe uma articulação direta com o município"* (E4) e que é preciso *"o município abraçar também essa causa junto com o estado"* (E2). Sobre esse aspecto, Pinto et al.[21] registram a dificuldade de comunicação entre os três níveis de governo do SUS e atribuem parte disso ao desenvolvimento desigual existente entre as secretarias estaduais e municipais, herdado do modelo do antigo sistema que atuava de forma centralizada.

Ainda que o arcabouço legal do SUS preveja a divisão de responsabilidade entre os três níveis de gestão, entende-se que devem atuar de forma articulada. O Decreto nº 7.508, publicado em 2011, reforça a necessidade da responsabilização compartilhada entre os gestores com ênfase nas particularidades locais, no processo de regionalização, ficando instituídas as Comissões Intergestoras – instâncias de pactuação entre os entes federativos: a Comissão Intergestores Regional (CIR), no

âmbito regional; a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito estadual; e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito nacional[22].

Quanto às dificuldades e desafios relacionados com a disposição de recursos, foram citados a *"restrição de recursos físicos e equipamentos sem manutenção preventiva"* e a *"capacidade instalada"* (E3). Tais restrições relacionadas com a estrutura e com as condições dos serviços de saúde não são particulares a essa área, de modo que problemas estruturais, físicos, de manutenção e conservação dos serviços têm sido relatados na literatura como problema geral do setor saúde, a exemplo do estudo realizado por Oliveira-Júnior et al.[23] que aponta para as condições de trabalho e a falta de equipamentos necessários para o desenvolvimento da assistência na atenção básica. Na área da hemoterapia, Bastos e Souza[24] constataram que os serviços do tipo Agência Transfusional (AT) apresentaram recorrência de não conformidades, o que, segundo as mesmas autoras, comprometem diretamente a garantia da qualidade da etapa final do ciclo produtivo do sangue, assim como a segurança do processo transfusional. Portanto, registra-se a necessidade de investimentos no que tange à estruturação dos serviços públicos de saúde e a sua adequação aos critérios e parâmetros estabelecidos pelos documentos legais.

Finalmente, no tocante aos recursos humanos, dificuldades e desafios relacionados com a disponibilidade de pessoas para o trabalho e a precarização dos vínculos (E3; E7) foram citados como fatores que impactam na gestão do trabalho e na qualidade das ações. Há uma série de elementos que envolve a chamada precarização do trabalho, na administração pública um destes seria a contratação por outros meios que não via concurso público[25]. Para E7, o principal prejuízo quanto à incorporação de profissionais por demais vínculos é que estes tornam-se temporários, levando à rotatividade de profissionais, mesmo com o investimento em treinamentos e qualificação constantes, tem como fator dificultador *"manter uma equipe capacitada permanente"*, e ainda completa que, em grande parte, a saída do serviço é motivada pela busca de melhores salários. Eberhardt et al.[26] afirmam que o problema da precarização do trabalho tem sido uma preocupação em diversos campos do conhecimento, e no campo da saúde esse aspecto tem sido encarado como um desafio para a gestão do trabalho no SUS de modo geral.

Considerações finais

Este estudo evidenciou diferenças no grau de conhecimento e envolvimento dos gestores quanto à coordenação e à implementação das ações voltadas para a Política de Sangue e Hemoderivados, tendo o estado maior destaque como âmbito de atuação nessa área.

A ênfase à política nos achados deste estudo esteve relacionada com os aspectos relativos à atenção às pessoas com doença falciforme.

Em geral, sobre as dificuldades e desafios para implementação das ações referentes à política de sangue, segundo a visão dos entrevistados, e sob diferentes aspectos, são também comuns àqueles enfrentados para implementação de demais políticas dentro do SUS.

A necessidade de superação das dificuldades e desafios apontados, portanto, está pautada na relevância da implementação efetiva da política e na sustentação de um sistema único, público e descentralizado que responda às necessidades da população, assegurando, assim, os direitos relativos à saúde garantidos constitucionalmente. ■

Referências

1. Brasil. Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001. Regulamenta o § 4o do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 mar 2001.

2. Bahia. Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia. Plano diretor de sangue, componentes e derivados do estado da Bahia 2016-2019. Salvador: Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia; 2016.

3. Silva Júnior JB, Costa CS, Baccara JPA. Regulação de sangue no Brasil: contextualização para o aperfeiçoamento. Rev. Panam Salud Publica. 2015; 38(4):333-338.

4. Souza RR. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo [dissertação] [internet]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002. 37 p. [acesso em 2017 maio 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf.

5. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento em Pesquisa Qualitativa. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

6. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.

7. Souza MKB, Costa EA, Lima YOR. Estratégias e desafios da gestão em saúde para a organização dos serviços hemoterápicos em municípios do estado da Bahia. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2016.

8. Brasil. Decreto nº 3.990 de 30 de outubro de 2001. Regulamenta o art. 26 da Lei nº 10.205/2001, que dispõe sobre a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades. Diário Oficial da União. 30 out 2001.

9. Pinto ICM, Silva LMV, Baptista TVF. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 69-81.

10. Souza C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociol. 2006 jul-dez; 8(16):20-45.

11. Merhy EE. Planejamento como Tecnologia de Gestão: Tendências e Debates do Planejamento em Saúde no Brasil. In: Gallo E, organizador. Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 117-149.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único De Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.

13. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). São Paulo: Editora Atlas; 1991.

14. Ceccim RB, Ferla AA. Educação Permanente em Saúde [internet]. Rio de Janeiro: Dicionário da Educação Profissional em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2009 [acesso em 2018 jan 20]. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Técnico em hemoterapia: livro texto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

16. Santos LAC, Moraes C, Coelho VSP. Os anos 80: a politização do sangue. Physis. 1992; 2(1):107-149.

17. Pereira JR, Sousa CV, Matos EB, et al. Doar ou não doar, eis a questão: uma análise dos fatores críticos da doação de sangue. Ciênc. Saúde Colet. 2016; 21(8):2475-2484.

18. Rodrigues RSM, Reibnitz KS. Estratégias de captação de doadores de sangue: uma revisão integrativa da literatura. Texto Contexto Enferm. 2011 abr-jun; 20(2):384-391.

19. Brasil. Ministério da Saúde. SUS Instrumentos de gestão em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.

20. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2010; 15(5):2297-2305.

21. Pinto ICM, Teixeira CF, Solla JSP, et al. Organização do SUS e Diferentes Modalidades de Gestão e Gerenciamento dos Serviços e Recursos Públicos de Saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014.

22. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 28 jun 2011.

23. Oliveira Júnior RG, Santos OE, Ferraz CAA, et al. Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE: Percepção dos profissionais de saúde. Mundo Saúde [internet]. 2013 [acesso em 2018 fev 1]; 37(4):433-438. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/condicoes_trabalho_equipes_saude_familia.pdf.

24. Bastos MS, Souza MKB. Agências transfusionais e conformidades com a legislação hemoterápica. Revista visa em debate sociedade ciência e tecnologia [internet]. Vigil. Sanit. Debate. 2016 mar [acesso em 2018 fev 13]; 4(2):27-34. Disponível em: http://www.visaemdebate.incqs.fiocruz.br.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Desprecarização do Trabalho no SUS: perguntas e respostas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

26. Eberhardt LD, Carvalho M, Murofuse NT. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. Saúde debate [internet]. 2015 jan-mar [acesso em 2018 jan 18]; 41(104):18-29. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00018.pdf.

Acompanhamento das políticas e programas voltados para a infância indígena no Brasil (2002-2017)

Follow-up on policies and programs for indigenous children in Brazil (2002-2017)

Daniele Pereira de Souza[1], Monique Azevedo Esperidião[2]

RESUMO O trabalho descreve as políticas e programas de saúde voltados para a infância indígena no período de 2002 a 2017. Foi construída uma linha do tempo identificando os principais marcos normativos – presentes nas políticas de saúde da criança, saúde materno-infantil bem como fora do setor saúde, para os quais foram descritas a finalidade e principais estratégias de ação das políticas; e, por fim, foram identificadas novas questões relevantes para defesa da saúde da criança indígena. Foi realizada uma análise documental do marco normativo das políticas desde 2002, quando foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Observa-se em primeiro lugar uma ampliação dos aportes legislativos que regulamentam as ações do Estado ante a questão. A saúde infantil teve mais destaque na agenda pública a partir da década de 1980, com a implantação de programas verticais de saúde visando ao monitoramento do crescimento, vacinação, hidratação oral e promoção do aleitamento materno. Identifica-se a implementação de vários programas nacionais e estaduais para melhoria da saúde e intervenções externas ao setor (programas condicionais de transferência de renda e melhorias no sistema de água e saneamento). Por outro lado, analisa-se que a estruturação de ações e políticas se mostram quase sempre transitórias, fragmentadas, de base emergencial, com baixa reversão de práticas concretas de melhora das condições de vida dos indígenas.

PALAVRAS-CHAVE Saúde de populações indígenas. Saúde da criança. Planos e programas de saúde.

ABSTRACT *The work describes the health policies and programs directed to indigenous children from 2002 to 2017. A timeline was constructed identifying the main normative milestones – present in the policies of child health, maternal and child health as well as outside the health sector, for which the purpose and main strategies of policy action were described; and finally, new issues were identified that are relevant for the protection of indigenous children's health. A documentary analysis of the normative framework of policies was carried out since 2002, when the National Policy of Health Care of Indigenous Peoples was created. First, there is an increase in the legislative contributions that regulate the actions of the State in the face of the issue. Child health has been more prominent on the public agenda since the 1980s, with the implementation of vertical health programs aimed at monitoring growth, vaccination, oral hydration and promotion of breastfeeding. We identify the implementation of various national and state programs for health improvement and interventions outside the sector (conditional income transfer programs and improvements in the water and sanitation system). On the other hand, it is analyzed that the structuring of actions and policies are almost always transient, fragmented, with an emergency base, with low reversion of concrete practices of improvement of the living conditions of the indigenous people.*

KEYWORDS *Health of indigenous peoples. Child health. Health programs and plans.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *danielle_PDS@hotmail.com*

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *moniqueesper@yahoo.com.br*

Introdução

O presente trabalho identifica e descreve as políticas e programas de saúde voltados para a infância indígena, no período de 2002 a 2017. O marco temporal de 2002 traz o registro da aprovação da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas[1] que integraria a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais[2]. No ano de 2015, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)[3] que tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e a um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. Partindo de um levantamento de informações, percebe-se a importância de refletir sobre o campo das políticas de saúde voltadas para a primeira infância no contexto indígena do Brasil, tendo como marco histórico e as subsequentes elaborações de políticas e programas de atenção à saúde direcionados para essas populações, com um recorte especial para a saúde na infância. Considerou-se então, as seguintes questões norteadoras: como vem se construindo o marco legal de proteção da saúde da infância indígena no Brasil? Quais são as políticas e programas de saúde voltados para a infância indígena, organizados em âmbito nacional, desde a criação da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas em 2002?

Material e métodos

Foi realizada uma análise documental do marco normativo das políticas identificadas como dirigidas à saúde das crianças indígenas por meio das seguintes fontes de informação: Ministério da Saúde (MS), Fundação Nacional de Saúde (Funasa), Fundação Nacional do Índio (Funai), Portal da Legislação e Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Como marco temporal para desenvolver a análise documental, será considerado o ano de 2002, quando foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e as subsequentes elaborações de políticas e programas de atenção à saúde direcionados para essas populações até o ano de 2017, com um recorte especial para a saúde na infância.

Resultados e discussão

As principais ações de políticas e programas voltadas para a saúde infantil indígena devem ser interpretadas à luz das políticas/programas de saúde infantil e materna, como também das ações governamentais ocorridas fora do setor saúde. O *quadro 1* traz, de forma resumida, um levantamento sobre iniciativas governamentais tidas como importantes no avanço da atenção à saúde da criança indígena no Brasil.

Quadro 1. Linha do tempo das políticas, programas e ações voltadas à saúde da criança indígena

	Políticas e Programas de saúde infantil	Políticas e Programas voltados para a saúde infantil indígena	Políticas e Programas de saúde materno-infantil	Políticas e Programas fora do setor saúde
1970	Programa Nacional de Imunizações (PNI) (1977)	Registro Administrativo de Nascimento de Indígena (1973)		Programa Nacional de Suplementação Alimentar para Mães e Crianças (1976) Expansão do suprimento de água e saneamento básico (1975)
1980	Programas verticais para imunização, monitoramento do crescimento, hidratação oral e promoção do aleitamento materno Campanhas nacionais de imunização e de hidratação oral Programa Nacional da Saúde Infantil (1984)	I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1986)	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (1981) Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher (1984)	Continuação dos programas de suplementação alimentar Expansão da rede de água e saneamento Constituição Federal Brasileira (1988)
1990	Programa de Assistência à Criança (Paisc) Iniciativa Hospital Amigo da Criança (1992) Programa Nacional para a Redução da Mortalidade Infantil (1995) Implantação da Estratégia AIDPI (1997)	II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas(1993) Lei Arouca (1999) O PNI inicia parceria com a Coordenação de Saúde Indígena. (1999) Criação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (1999)	Continuação da implementação do Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism)	Continuação dos programas de suplementação alimentar Expansão da rede de água e saneamento Educação primária universal Estatuto da Criança e do Adolescente (1992)
2000	Implantação da Estratégia AIDPI (2001)	Concretizado um calendário básico para a vacinação dos povos indígenas (2000) Realização de Fóruns específicos sobre saúde da criança indígena pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) III Conferência Nacional de Saúde Indígena (2001)	Programa Nacional para a Humanização da Gravidez e do Parto (2000) Sisprenatal (2000)	Criação dos programas de transferência condicional de renda: Bolsa Escola e Bolsa Alimentação
2002	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002) Implantação da Estratégia AIDPI	Atendimento a 250 comunidades indígenas com aplicação de aproximadamente 300 mil doses de vacinas, parceria entre o MS e Aeronáutica (2002)		
2003 /2004	Programa Primeira Infância Melhor (2003)	Criação do Manual de Atenção à saúde da Criança Indígena Brasileira (2004)	Pacto para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004)	Bolsa Família (2003) Expansão da rede de água e saneamento Melhorias na educação secundária Política Nacional de Assistência Social (2004)
2005 /2006	Criação de comitês locais para a prevenção da mortalidade infantil (2005) Pacto pela Vida (para a redução da mortalidade infantil; 2006)	IV Conferência Nacional de Saúde Indígena (2006)	Norma de Atenção Humanizada ao Recém nascido de Baixo Peso Método Canguru (2007) Licença maternidade pelo período de 180 dias (2008)	

Quadro 1. (cont.)

2009	Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (2009) Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (2009) Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (2012) Programa Brasil Carinhoso (2012)	Comissões Distritais de Investigação e Prevenção de Óbito Fetal e Infantil Indígena. Participação de mulheres indígenas na elaboração das Diretrizes para Atenção à Saúde da Mulher e da Criança Indígena V Conferência de Saúde Indígena	Rede Cegonha (2011) Aumento da licença-maternidade de 12 meses (2013) Estratégia Amamenta Brasil (2013)	Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) Lei nº 12.010 sobre a adoção de crianças indígenas - reconhecer (2009) Programa Saúde na Escola (2007)
2015 /2016	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (2015) Programa Criança Feliz (2016) Caderneta de Saúde da criança (2015)			

Fonte: Elaboração própria.

A saúde infantil teve mais destaque na agenda pública a partir da década de 1980, com a implantação de programas verticais de saúde visando ao monitoramento do crescimento, vacinação, hidratação oral e promoção do aleitamento materno. Para a saúde infantil indígena, teve-se o Registro Administrativo de Nascimento de Indígena (Rani) (1973)[4], para a proteção das comunidades indígenas e a preservação dos seus direitos. Esse é um documento de identificação, porém não exclui a certidão de nascimento.

No período dos anos 1980, a redução da mortalidade infantil passou a ser um dos objetivos centrais do desenvolvimento, compromisso assumido não só pelo governo federal, mas também nas esferas estaduais e municipais. Teve como principal marco o Programa Nacional para a Redução da Mortalidade Infantil, uma das primeiras tentativas de estruturação de ações voltadas para a redução da mortalidade infantil e materna, desdobrando-se em várias outras iniciativas nos anos subsequentes. Programas verticais para imunização, incluindo campanhas nacionais, monitoramento do crescimento, hidratação oral e promoção do aleitamento materno com o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, representaram grandes avanços. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher inclui o planejamento familiar nas ações de atenção à saúde da mulher, diminuindo riscos como mortalidade materna, aborto, gravidez indesejada e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)[5,6].

Nos anos 1990, no Brasil, foi proposto pelo MS um conjunto de programas com forte potencial de atuação na redução da mortalidade infantil: Programa de Assistência à Criança (Paisc) (1984), implantação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) (1999), Iniciativa Hospital Amigo da Criança (1990) – contribuição para o aleitamento materno e a melhor nutrição infantil[7,8]. Fora do setor saúde, houve a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)[9] (1990), Programa de Saneamento Geral, continuação dos programas de suplementação alimentar e educação primária universal. Especificamente para a saúde da criança indígena, as principais ações foram o início da parceria do Programa Nacional de Imunizações (PNI) com a Coordenação de Saúde Indígena e a criação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas por meio da Lei Arouca (1999), propiciando melhor controle e planejamento dos serviços a partir de critérios geográficos, demográficos e culturais.

O ano 2000 foi marcado pela concretização de um calendário básico para a vacinação dos povos indígenas e pela realização de fóruns específicos sobre saúde da criança indígena pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Programa Nacional para a Humanização da Gravidez e do Parto (2000) que, nesse recorte, traz a importância da reconstituição do itinerário terapêutico da mulher indígena a partir do ambiente social das aldeias, considerando fatores de ordem socioeconômica e conceitos nativos de saúde, doença e cura[10]. Fora do setor saúde, programas de transferência condicional de renda como o Programa Bolsa Escola, incentivando estímulo na frequência escolar, e o Programa Bolsa Alimentação, que beneficiou milhares de famílias reduzindo a desnutrição e a mortalidade infantil[11].

Em 2002, foi criada a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas, apresentada como marco histórico deste estudo. Ela tem o objetivo de garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando toda a diversidade social/cultural/geográfica/histórica/política, reconhecendo a vulnerabilidade aos agravos e os seus direitos culturais. Essa política não somente explicita a condição de ausência de dados como também aponta para a magnitude das desigualdades entre a saúde dos povos indígenas e de outros segmentos da sociedade nacional.

Dados gerados pela Funai, pela Funasa e por diversas organizações não governamentais (ou de cunho religioso) revelam taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis[12].

Nesse sentido, pode-se dizer que o perfil de saúde dos povos indígenas é muito pouco conhecido, o que decorre da exiguidade de investigações, da ausência de inquéritos e censos, assim como da precariedade dos sistemas de informações sobre morbidade e mortalidade.

O ideal para reverter a atual situação seria o investimento na estruturação de um sistema de estatísticas contínuas e com um maior refinamento metodológico do censo decenal e de outros mecanismos de coleta de dados no que tange aos povos indígenas. Assim, será possível reverter uma danosa 'invisibilidade', demográfica e epidemiológica, em que um dos efeitos mais adversos é o de impedir que se disponha de dados confiáveis para evidenciar, propor e colocar em marcha mudanças visando dirimir situações de desigualdade em saúde[13].

Por meio dos dados do Censo Demográfico[14], evidenciou-se uma taxa de mortalidade infantil para os indígenas (51,4 por mil), em 2000, significativamente mais elevada que a taxa nacional (de 30,1 por mil). A mortalidade infantil indígena é muito superior a dos demais grupos de cor/raça, inclusive das crianças 'pretas' e 'pardas' (34,9 e 33,0 por mil, respectivamente). Chamam atenção também as elevadas taxas de mortalidade infantil dos indígenas nas regiões socioeconomicamente mais desenvolvidas do País (Sudeste e Sul). Em 2002, a ação identificada para a criança indígena foi o atendimento a 250 comunidades indígenas com aplicação de aproximadamente 300 mil doses de vacinas, parceria entre o MS e a Aeronáutica.

O Programa Bolsa Família (PBF)[15], no que tange à saúde indígena, traz como objetivo (nesse recorte) minimizar, de forma emergencial, situações de insegurança alimentar e vulnerabilidade social que acometem os povos indígenas, principalmente os que vivem em áreas próximas às cidades, em situação de conflito fundiário, atingidos por situações de seca, chuva e/ou outras calamidades, e ainda aqueles povos cujos territórios não dispõem mais de recursos naturais suficientes para prover as necessidades das famílias segundo os modos tradicionais de roçado, caça, coleta e pesca.

As condicionalidades do PBF incluem

áreas da saúde, educação e assistência social, em que, para receber o benefício, há um acompanhamento educacional da criança e gestacional/alimentar/vacinal da mãe e da criança. Um estudo realizado por Rasella[16] mostrou que o PBF tem desempenhado um papel significativo na redução da mortalidade infantil no Brasil, por meio de uma abordagem multissetorial, avaliando seus mecanismos intermediários previstos nas condicionalidades impostas pelo programa.

O relatório produzido pelo Ministério de Desenvolvimento Social, mediante um estudo etnográfico, constatou que praticamente todas as investigações realizadas com sete povos indígenas revelaram um discurso de que o dinheiro do PBF é realmente destinado para as crianças, sendo investido na compra de materiais escolares, roupas e calçados para frequentarem a escola de forma adequada ou na compra de alimentos. Os relatos revelaram a centralidade da associação 'benefício do PBF' e 'crianças' no imaginário social das famílias, nos diferentes grupos étnicos estudados. As crianças são consideradas as beneficiárias principais do recurso recebido pela família do PBF[17].

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM)[18] integra a política de Governo do Estado do Rio Grande do Sul para a promoção do desenvolvimento integral da primeira infância. O PIM tem como objetivo orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças da gestação aos 5 anos e 11 meses de idade. São realizadas visitas domiciliares, e atividades grupais são realizadas semanalmente por visitadores exclusivos que atuam na promoção e no fortalecimento das competências familiares para o cuidado, educação e proteção das crianças, com foco no estímulo dos aspectos emocionais, físicos, intelectuais e sociais.

O Programa traz a crença de que o empoderamento das raízes sócio-histórico culturais pode propiciar uma melhor inclusão social das comunidades indígenas e quilombolas, possibilitando-lhes transitar em outras culturas sem se permitir aculturar-se. Porém não há ações específicas voltadas para a criança indígena.

O Plano Nacional da Primeira Infância[19] destaca a questão da criança indígena e os limites da aplicação da noção de infância em seus respectivos povos. Dessa forma, a primeira infância dos povos indígenas apresenta especificidades, não se restringindo à idade nem ao imaginário da infância como uma etapa da vida limitada ao lúdico, ao brincar, à inocência ou à carência de conhecimentos. As responsabilidades não vêm em oposição ao 'ser criança', o lúdico não é antagônico à aquisição de responsabilidades e à importância da realização de pequenas tarefas. Na vida comunitária, a criança também tem sua contribuição, pois colaborar com os seus semelhantes é genuíno do aprender a 'ser índio' dentro do círculo ao qual pertence.

A PNAISC[20] objetiva a promoção e proteção à saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

A PNAISC institui que a atenção voltada para a criança indígena encontra-se nas ações estratégicas do eixo de atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade, em que pontua sobre a articulação e intensificação de ações para inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e da floresta, e crianças em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas.

Para municípios com população indígena, a saúde dela enfrenta um grande desafio, de reduzir à mortalidade infantil e perinatal. O Programa Criança Feliz, criado em 2016, traz a necessidade de investimento na estratégia AIDPI para qualificar a assistência prestada pelos profissionais de saúde e pelos serviços de saúde indígena.

O Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) no Nordeste e Amazônia Legal[21] traz que a região Norte é a que mais apresenta indicadores de iniquidade. A Amazônia Legal concentra a maior parte da população indígena. Dos 34 distritos sanitários indígenas no Brasil, 16 são considerados prioritários em termos de vulnerabilidade, sendo que 10 deles estão situados na Amazônia Legal. As ações realizadas na atenção a esses povos são transversais a todas as políticas e programas de ação do MS. As principais ações realizadas no PRMI foram a realização de curso para a formação de multiplicadores da AIDPI; intensificação das ações de atenção primária como imunização; participação de mulheres indígenas na elaboração das Diretrizes para Atenção à Saúde da Mulher e da Criança Indígena; estabelecimento em alguns distritos de Comissões Distritais de Investigação e Prevenção de Óbito Fetal e Infantil Indígena.

Propostas de apoio à implementação do PRMI na perspectiva da saúde indígena foram:

– Intensificação das ações de atenção primária que enfocam controle do pré-natal, parto e puerpério com a implementação dos testes rápidos de sífilis para todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI); prevenção do câncer de colo de útero e de mama; imunização, prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/HIV/Aids); atenção em planejamento reprodutivo, vigilância nutricional das gestantes;

– Valorização das práticas tradicionais, fortalecendo a parceria com os especialistas e cuidadores tradicionais indígenas, entre eles as parteiras;

– Implementação em área indígena da Rede Amamenta nos DSEI, para promoção do aleitamento materno e amamentação exclusiva, e adaptação da estratégia de alimentação complementar à perspectiva indígena;

– Institucionalização das Declarações de Nascimento e Óbito pelas equipes Multidisciplinares de Saúde dos DSEI, no caso de nascimentos e óbitos ocorridos nas aldeias indígenas, e fortalecimento da cobertura Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) com a operacionalização das sedes dos DSEI, como unidade alimentadora destes sistemas, em cumprimento à Portaria MS/SVS nº 116/2009;

– Melhoria na oportunidade e qualidade dos dados coletados enfatizando a demografia, os óbitos e nascimentos no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi) e a adaptação dos sistemas para os processos de interoperabilidade entre este e os sistemas SIM e Sinasc. Execução de um *linkage* entre os bancos do Siasi e do SIM, intensificando o processo de avaliação do subsistema;

– Fortalecimento da política de investigação de óbitos, com assento nos comitês de óbitos estaduais de representantes da saúde indígena, e melhoria da qualificação dos dados e do processo de vigilância de óbitos, pela definição das competências e responsabilidades dos codificadores na CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), formados nos distritos, com foco na redução dos óbitos com causas mal definidas;

– Definição das Diretrizes da Saúde da Mulher e da Criança Indígena visando organizar a atenção desse grupo populacional de forma que contemple suas especificidades étnico-culturais;

– Inserção da perspectiva indígena no processo de adequação da ambiência de estabelecimentos de saúde para o parto e nascimento humanizado, por meio da articulação com a Rede HumanizaSUS, e estabelecimento de pactuação com hospitais de referência na saúde indígena;

– Divulgação dos resultados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, em convênio com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), e realização de seminários intersetoriais para a análise e definição de estratégias de intervenção;

– Estabelecimento de articulação com a média e alta complexidade na definição de aspectos específicos para o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena na regulação dos leitos obstétricos e neonatais;

– Realização de quatro seminários macrorregionais durante o ano de 2011;

– Implantação da autonomia administrativo-financeira nos DSEI;

– Ampliação da rede de saneamento ambiental nas aldeias indígenas;

– Implantação de pontos de Telessaúde em polos-base indígenas;

– Celebração de contrato de gestão com os DSEI, a fim de permitir a definição de ações e metas, priorizando a temática da redução da mortalidade infantil e a inclusão de informações específicas na confecção de relatório de gestão do distrito;

– Incorporação das metas de fortalecimento do controle social como: Confecção de material específico sobre mortalidade infantil, para uso no processo de formação dos conselheiros dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi); Fortalecimento desta temática nas discussões para ampliação da consciência sanitária e combate à mortalidade infantil; Implantação de ouvidorias nos DSEI e foco nesta temática.

Como desafios e perspectivas, o documento traz que tem ocorrido uma melhora contínua na atenção à saúde de mulheres e crianças, trazendo possiblidades de estabelecer ações estruturantes que merecem ser aprofundadas para o aperfeiçoamento do saber-fazer em saúde, no âmbito da gestão e do cuidado. Outro importante ponto abordado foi em relação à integração das políticas específicas, em que ficou clara a necessidade de estabelecer linhas de cuidado que ultrapassem as fronteiras das áreas de conhecimento.

O documento traz que a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis surge como possibilidade de inovação de gestão e cuidado. Partindo do pressuposto exatamente da indissociabilidade das diferentes práticas em saúde, do cuidado à promoção da saúde, a Estratégia assume o desafio de articular intra e intersetorialmente políticas e ações que promovam a qualidade de vida da mulher e da criança, possibilitando intervenções que vão para além da simples sobrevivência.

Sobre as conferências de saúde indígena, pode-se destacar o surgimento de algumas questões sobre a saúde da criança indígena surgidas diante do desenvolvimento de ações a nível federal. A I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio[22] foi um desdobramento da histórica VIII Conferência Nacional de Saúde. Esse foi o primeiro evento com legitimidade para discutir política de saúde dos povos indígenas brasileiros. No relatório produzido (1986), não há registro de ações específicas voltadas para a infância. O mesmo ocorre com a Conferência Nacional de Saúde para os povos indígenas[23], na qual o principal tema foi a definição das diretrizes da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas. Os debates refletiram pontos que resultariam posteriormente na aprovação

da Lei Arouca (nº 9.836/99), que instituiu o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS), como a criação dos DSEI.

A III Conferência Nacional de Saúde Indígena[24] teve como tema: 'Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde indígena, com controle social', e a partir desse evento já começam a surgir questões voltadas para a atenção à criança. Aparecem como proposta:

– A implantação dos programas de controle das DST e Aids, alcoolismo, tuberculose, saúde da mulher, criança e adolescente deve ser considerada prioritária na implementação dos Distritos e Casas de Saúde Indígena (Casai).

Em temas gerais, houve apoio à indicação da Pastoral da Criança ao Prêmio Nobel da Paz, reconhecendo a importância do seu trabalho que está presente em 106 comunidades indígenas, contando com a participação de 371 líderes, acompanhando 362 gestantes, 5.463 crianças indígenas e 3.567 famílias de aldeias indígenas.

A IV Conferência Nacional de Saúde Indígena[25] teve como tema central orientar discussões em todas as etapas regionais – 'Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI): território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições'. No tocante à organização de atenção à saúde da criança, são identificadas as ações para garantir programas de alimentação para as gestantes e as crianças de baixo peso e garantidas as ações para redução da mortalidade materno-infantil da população indígena, bem como especial atenção à gravidez de risco, tanto na assistência ambulatorial quanto na hospitalar, além de implantar a melhor forma de assistência à gestante, no último mês de gestação, e ao parto, com parteiras indígenas.

A V Conferência Nacional de Saúde Indígena[26] foi organizada à luz do tema 'Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: direito, acesso, diversidade e atenção diferenciada'. Foram identificadas como ações a realização de avaliação periódica, nas aldeias, das pessoas com risco nutricional e com baixo peso e a garantia dos alimentos e dos nutrientes necessários para crianças diagnosticadas com baixo peso e muito baixo peso. Garantia de que o MS/Sesai (Secretaria Especial de Saúde Indígena) articule com Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e Conselho Nacional de Saúde (CNS); e o DSEI com estados e municípios, a disponibilização de maior número de procedimentos e menor tempo de espera para exames, consultas e vagas em hospitais para pacientes indígenas com ênfase na equidade, a exemplo de tratamento de saúde da mulher, de crianças, idosos e assistência do tratamento oncológico e outras de média e alta complexidade; objetivando a redução de tempo de espera dos indígenas nas Casais, observando a especificidade sociocultural do paciente indígena; garantia de fornecimento, pelo DSEI/Sesai, de bolsas de colostomia, colchão d'água, suplemento alimentar (fórmula láctea) para crianças que necessitam de atenção especial, fraldas e insumos necessários para atender os indígenas portadores de necessidades especiais, pacientes acamados e/ou idosos nos municípios que não possuem o serviço de Benefício de Atenção Básica estruturado.

Identificam-se novamente ações de incentivo ao aleitamento materno, e que implante em todos os DSEIS um Banco de Leite Materno destinado às crianças desnutridas e em risco de desnutrição, como fonte de suplementação alimentar e nutricional; acompanhamento e monitoramento das gestantes desnutridas pelas equipes multidisciplinares do desenvolvimento da criança e de sua genitora tendo como base o fortalecimento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) Indígena, por meio de ações da promoção de saúde e educação alimentar e nutricional.

Observa-se também, como um importante instrumento para o monitoramento dessas ações, o Observatório de Saúde Indígena[27]

que possui como foco o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, visando gerar conhecimentos, maximizar as janelas de informação e comunicação inerente aos povos indígenas, qualificar a gestão e fortalecer o controle social, apoiado pela Sesai/MS.

Diante da análise e considerando o panorama geral, pode-se dizer que o perfil de saúde dos povos indígenas é pouco conhecido, o que decorre da exiguidade de investigações e da precariedade dos sistemas de informações sobre morbimortalidade, influenciando diretamente na formulação de políticas públicas condizentes com a realidade. As ações realizadas na atenção a estes povos são transversais a todas as políticas e programas de ação do MS. Há ampliação dos aportes legislativos que regulamentam as ações do Estado desde o marco histórico e, por outro lado, a estruturação de ações e políticas quase sempre transitórias, fragmentadas, de base emergencial, que pouco se revertem em práticas concretas de melhora das condições de vida.

Considerações finais

No que diz respeito ao marco legal sistematizado, observa-se a ampliação dos aportes legislativos que regulamentam as ações do Estado desde a criação da Política Nacional Saúde Indígena (PNSI) com importantes avanços para proteção de direitos. No entanto, a análise empreendida sugere que há estruturação de ações e políticas quase sempre transitórias, fragmentadas, de base emergencial, que pouco se revertem em práticas concretas de melhora das condições de vida dos indígenas. A operacionalização dessas políticas no interior das aldeias e dos DSEIS ainda se mostra, contudo, como uma lacuna a ser investigada.

Assim como acontece com outras populações específicas, não há uma política orgânica que respeite os preceitos constitucionais e permita que os povos indígenas recebam uma atenção diferenciada, eficaz e respeitosa para com seus modelos e concepções de cura. Dentro das políticas de base, sempre há algumas citações para que se criem estratégias que contemplem essas populações, mas na prática não há aplicabilidade.

Discute-se, por fim, que o presente trabalho tratou-se de uma análise documental do marco legal do conjunto das políticas voltadas à saúde indígena infantil. De forma complementar, sugere-se a realização de novos estudos de síntese tendo em vista sistematizar as experiências concretas de desempenho das políticas, bem como estudos avaliativos de implantação das políticas e seus efeitos na reorganização da rede de saúde, ampliação do acesso e melhoria das condições de saúde da população infantojuvenil indígena no Brasil. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília, DF: Funasa; 2002.

2. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico; 1988.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130 de 6 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 5 ago 2015.

4. Brasil. Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Lei que regula a situação jurídica dos índios ou silvícolas e das comunidades indígenas, com o propósito de preservar a sua cultura e integrá-los, progressiva e harmoniosamente, à comunhão nacional. Diário Oficial da União. 19 dez 1973.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1984.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI: material instrucional. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1999.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; c2018 [acesso em 2018 jan 8]. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-ihac.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 13 jul 1990.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 569, de 1 de junho de 2000. Cria o Programa Nacional para a Humanização da Gravidez e do Parto. Diário Oficial da União. 1 jun 2000.

11. Brasil. Lei no 10.219, de 11 de abril de 2001. Cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à educação - "Bolsa Escola", e dá outras providências. Diário Oficial da União. 11 abr 2001.

12. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília, DF: Funasa. 2002.

13. Coimbra Junior CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2000; 5(1):125-132.

14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tendências Demográficas: Uma Análise dos Indígenas com Base nos Resultados da Amostra dos Censos Demográficos 1991 e 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.

15. Brasil. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Diário Oficial da União. 9 jan 2004.

16. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. BMC Public Health. 2010; 10:380-388.

17. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Sumário Executivo: estudos etnográficos sobre o Programa Bolsa Família entre povos indígenas [internet]. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2016 [acesso em 2018 fev 15]. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/portal/index.php.

18. Brasil. Lei nº 14.594, de 28 de agosto de 2014. Introduz modificações na Lei nº 12.544, de 3 de julho de 2006, que institui o Programa Primeira Infância Melhor. Diário Oficial da União. 28 ago 2014.

19. Brasil. Rede Nacional da Primeira Infância. Plano Nacional da Primeira Infância [internet]. Brasília, DF: Rede Nacional da Primeira Infância; 2010 [acesso em 2018 fev 15]. Disponível em: http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Diário Oficial da União. 6 ago 2015 [acesso em 2018 mar 3]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009-2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.

22. Brasil. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, Relatório Final. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986.

23. Brasil. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, Relatório Final. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1993.

24. Brasil. Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Indígena, Relatório Final. FUNASA, Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.

25. Brasil. Ministério da Saúde. IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, Relatório Final. FUNASA, Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

26. Brasil. Ministério da Saúde. V Conferência Nacional de Saúde Indígena, Relatório Final. FUNASA, Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.

27. Observatório de saúde indígena [internet]. Brasília, DF: Universidade de Brasília [acesso em 2018 fev 27]. Disponível em: http://nesp.unb.br/observaindigena/?page_id=9#.

Gestão hospitalar no SUS: correlações entre rede de atenção e capacidade de gestão dos serviços

Hospital management in the SUS: correlations between local health care networks and service management capacity

Jessica Santos de Souza[1], Juliete Sales Martins[2], Lilian Barbosa Rosado[3], Thadeu Borges Souza Santos[4], Isabela Cardoso de Matos Pinto[5]

RESUMO Por meio das Redes de Atenção à Saúde, o hospital passou a ser ponto de um sistema de saúde que se pretende integrado. O objetivo desse estudo foi compreender os aspectos relacionados com a gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde – SUS Bahia – que facilitam ou dificultam o funcionamento das redes, a partir da percepção dos gestores. Realizou-se estudo do caso SUS Bahia, com diretores hospitalares, tomando o período de 2007 a 2014. Para o tratamento das entrevistas, adotou-se a técnica de análise de conteúdo. Fundamentou-se no referencial sobre capacidade de gestão do Triangulo de Ferro de Carlos Matus. Como achados, aponta-se para a importância da adequação do perfil assistencial dos hospitais às necessidades de saúde da população adstrita e seu alinhamento com a concepção de rede. Foram aspectos importantes para o funcionamento: a relação entre serviços, território; a relação entre hospital, central de regulação de leitos e gestão municipal; e como os diferentes modelos de gestão influenciam no monitoramento da prestação de serviços hospitalares. Considera-se necessário aperfeiçoar os instrumentos contratuais de gestão, para qualificar o papel do hospital com prestação de serviços adequados às demandas da região e melhorar sua relação com a gestão municipal e referencialidade aos outros níveis de atenção à saúde.

PALAVRAS-CHAVE Planejamento em saúde. Planejamento hospitalar. Regionalização. Hospitais públicos. Políticas públicas de saúde.

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *jessicaenf@yahoo.com.br*

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *ju.lysa.martins@hotmail.com*

[3] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *lilian_rosado@hotmail.com*

[4] Universidade do Estado da Bahia (Uneb) – Salvador (BA), Brasil. *thadeu100@gmail.com*

[5] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *isabelacmp@gmail.com*

ABSTRACT *Through the local Health Care Networks (RAS), the hospital became the point of an integrated health system. The objective of this study was to understand the aspects related to hospital management in the Unified Health System – SUS Bahia that facilitate or hinder the operation of the RAS, from the perception of the managers. A study case of the SUS Bahia was conducted, with hospital directors, in the period of 2007-2014. For the treatment of the interviews, the content analysis technique was adopted. The benchmark used was the management capacity of Carlos Matus' Iron Triangle. The results point out the importance of the adequacy of the health care profile of the hospitals to the health needs of the population, in alignment with the network design. It stands out as important aspects for the operation of local RAS: the relationship between services, territory; the relationship between hospital, central regulation of beds, and municipal management; and how the different management models influence the monitoring of hospital services delivery. It is considered necessary to improve the contractual management instruments to qualify the hospital's role with providing services suited to the demands of the region and to improve its relationship with municipal management and referentiality to other levels of health care.*

KEYWORDS *Health planning. Hospital planning. Regional health planning. Hospital public. Public health policy.*

Introdução

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) se constituem como parte da problemática que envolve a capacidade de gestão dos sistemas de saúde, em específico daquelas relacionadas com os estabelecimentos hospitalares, conforme recomendações normatizadas pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Enquanto estratégia ministerial, elas foram importante para a integração das ações e serviços de saúde, considerando as diferentes densidades tecnológicas na garantia da integralidade do cuidado.

Como justificativas para sua implementação, destacam-se a fragmentação dos sistemas de saúde, descontinuidade entre os níveis de atenção, ausência de comunicação entre os pontos de atenção, organização hierárquica do sistema de saúde, predominante modelo de atenção curativista, financiamento insuficiente, precarização do trabalho, carência de profissionais nas regiões estratégicas e persistente cuidado centrado na atuação médica[1,2].

A estruturação das RAS, descrita na Portaria nº 4.279, de 2010, foi desenhada adotando como estratégia a definição dos pontos de atenção, relacionados horizontalmente e compostos pelos serviços de saúde dos níveis de atenção primária (que deve se sustentar como reordenadora do cuidado e coordenadora da rede), secundária e terciária, que atuam de modo conjunto e interdependente. Seus elementos essenciais são a população, a região de saúde, o modelo de atenção e a estrutura operacional, este último é composto pelos níveis de atenção, sistema de apoio, logístico e governança[1].

O processo de governança descrito na estrutura organizacional das RAS é como um instrumento de operacionalização e de gestão delas, estruturando a relação entre os níveis federais, estaduais e municipais e as organizações privadas, com e sem fins lucrativos, e os atores da sociedade civil[3].

As RAS foram reiteradas pelo Decreto nº 7.508/2011, que estabeleceu, entre outras orientações, a articulação interfederativa e reafirmou a estratégia de organização dos serviços em redes de atenção que devem ser ofertados nas respectivas Regiões de Saúde e em consonância com as diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores[4].

Como estratégia importante para o funcionamento das redes, a corresponsabilidade das ações e serviços de saúde pelos entes federados que devem se manifestar por meio de instâncias permanentes de governança como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB)[5]. Estes são espaços que devem funcionar como um compartilhamento das responsabilidades sanitárias, o que evita a concentração de autoridade por parte de algum ente.

A governança caracteriza-se pelo esforço de fazer a gestão de todos os componentes dessas redes, incluindo a capacidade de manejar os conflitos de interesse e assegurar a execução dos pactos e acordos firmados entre os atores[5]. Nesse sentido, no processo de governança, os pontos de atenção à saúde devem ser considerados como espaços de oferta de serviços, e, entre eles, estão os hospitais. Como serviços da atenção especializada e terciária, eles são relevantes por possuírem diferentes pontos de prestação de serviços, como: unidade de terapia intensiva, ambulatório, pronto atendimento, centro cirúrgico, maternidade, entre outros[6].

A reorganização e a qualificação da atenção hospitalar no Sistema único de Saúde (SUS) se instituiu com a PNHOSP, por meio da Portaria nº 3.390/2013, que estabeleceu diretrizes para a organização do componente hospitalar alinhado com as RAS e respectivas redes temáticas[7,2]. Desse modo, foi explicitado o lugar da atenção hospitalar na organização do sistema de saúde de forma horizontal e articulada com a atenção básica e demais níveis de atenção.

As unidades hospitalares, portanto, passaram a compor o conjunto de pontos de atenção que deveria estar inserido em uma

região de saúde e referenciado a uma população definida[7]. Nesse sentido, essa deve se organizar a partir da necessidade de saúde apresentada pela população, conforme linhas de cuidado e regulação do acesso.

Assim, a relevância deste estudo partiu da compreensão de que a atenção hospitalar foi redirecionada à integração com os outros níveis de atenção a partir das RAS, sendo a PNHOSP o documento oficial que apontou como recomendações a qualificação do serviço, readequação do perfil assistencial, correlação dos hospitais com outras unidades de maior porte ou complexidade e regulação com os fluxos ou itinerários terapêuticos[7].

Esses elementos reconfiguram o conjunto de problemáticas desafiantes à capacidade de gestão hospitalar, tanto por parte dos gestores do sistema de saúde quanto dos gestores dos serviços hospitalares. Os desafios encontrados por este último grupo exigem esforços analíticos, sendo escopo deste artigo, cujo método e resultados serão apresentados a seguir.

Diante do exposto, define-se como objetivo deste estudo analisar os aspectos relacionados com a gestão hospitalar no SUS Bahia que facilitam ou dificultam o funcionamento das RAS, a partir da percepção dos gestores, no período de 2007 a 2014.

Procedimentos teórico-metodológicos

Trata-se de uma pesquisa, parte do estudo intitulado 'Modelos alternativos de gestão na atenção hospitalar do SUS', aprovado pelo Comitê de Ética com CAAE nº 41872715.2.0000.5030. Como estudo qualitativo, do tipo estudo de caso, foi possível compreender as relações entre grupos, atores e instituições, processos históricos e sociais da implementação de políticas púbicas[8-10].

Adotou-se o recorte temporal compreendido entre 2007 e 2014 por ter sido período de importante implementação da atenção hospitalar no SUS Bahia, caracterizada pela ampliação da cobertura assistencial, abertura dos cinco novos hospitais e adoção estratégica dos diferentes modelos de gestão. O lócus do estudo foi a rede hospitalar própria, constituída por 43 hospitais distribuídos nas 9 macrorregiões de saúde do estado, sendo 22 unidades com gestão direta, ou seja, sob a administração do próprio estado, e 21 unidades com gestão indireta, quando o estado transfere a gestão para outros entes e se torna corresponsável pelo serviço prestado. Os modelos de gestão indireta existentes eram por Organizações Sociais (OS) e por Parceria Público-Privada (PPP)[11].

A população de estudo foi constituída pelos 28 diretores hospitalares da rede própria, entrevistados durante 2015, sendo 13 sob gestão direta e 15 sob gestão indireta abrangendo todas as 9 macrorregiões de saúde do estado. Destes, 17 cumpriram o critério de inclusão neste estudo, por referirem alguma correlação entre as RAS e a gestão hospitalar. As entrevistas foram agendadas, gravadas e submetidas ao plano de tratamento de dados com transcrição na integra, leitura em profundidade, reconhecimento de núcleos de sentidos e categorização preestabelecida conforme a PNHOSP. Esse processo permitiu identificação da intencionalidade de interesses e atitudes dos sujeitos[8].

Entende-se que os hospitais, na perspectiva das RAS e da PNHOSP, são pontos de atenção que devem se relacionar com outros níveis horizontalmente[2,7], devendo seguir sistematização da regionalização nos polos regionais e favorecendo melhor cobertura a populacional adstrita[12]. Ademais, a regionalização necessita de reorganização da atenção hospitalar com redefinição dos seus papeis de referencialidade local, regional ou estadual[13]. Seguindo este pressuposto, definiram-se as categorias de análise.

Reconhecendo a estruturação da PNHOSP em seis eixos (assistência; gestão; formação, desenvolvimento e gestão da força do trabalho; financiamento; contratualização;

e responsabilidades das esferas de gestão), concentrou-se no eixo da gestão hospitalar. De tal modo, as categorias de análise foram estabelecidas previamente, atentando-se para os elementos consonantes às RAS, que são o papel do hospital na rede, a implementação de fluxos regulatórios e a contratualização[7].

Como embasamento teórico-analítico, adotou-se o Triângulo de Ferro de Matus (TFM), em especifico o manejo decisório que destaca os posicionamentos e enfrentamentos estratégicos que os atores assumem para fortalecimento de sua capacidade de gestão[14] como foi possível sistematizar na apresentação dos resultados a seguir.

Resultados e discussão

A apresentação dos resultados está estruturada na exposição dos núcleos de sentidos e algumas particularidades dos modelos de gestão direta ou indireta. Na gestão direta, dez unidades hospitalares foram incluídas no estudo e se localizaram em quatro macrorregiões de saúde do estado, sendo: seis na macro-leste (três maternidades, dois hospitais especializados e um geral), duas na macro-sudoeste, um na macro-centro-leste e uma na macro-sul. O perfil destas unidades foram: maternidade de média complexidade, hospitais gerais de média e alta complexidade e hospitais com perfil de atendimento para agravos específicos de referência para a sua região de saúde, macrorregião e até para todo o território estadual. Deste total, seis deles estão na capital do estado, incluindo três maternidades de referência para risco habitual e dois hospitais especializados, e os outros estão localizados em cinco municípios do interior.

Com relação aos hospitais com gestão indireta, foram incluídos no estudo sete entrevistas de outros hospitais, localizados em quatro macrorregiões de saúde da Bahia, a saber: quatro na macrorregião-leste e três nas macro-extremo-sul, macro-norte e macro-oeste respectivamente. Como perfis assistenciais, eles são: uma maternidade de referência para alto risco e seis hospitais com perfil de média e alta complexidade. Este conjunto contemplou as formas de gestão indireta por OS e por PPP.

Após plano de tratamento, as categorias de análise e seus respectivos núcleos de sentidos permitiram estruturação do *quadro 1*, que guiará apresentação dos resultados a seguir.

Quadro 1. Fatores das Redes de Atenção à Saúde correlacionados com a capacidade de gestão hospitalar, segundo gestores de serviços hospitalares no SUS Bahia, entre 2007 e 2014

Categorias	Núcleos de sentidos
Papel do hospital na Rede à saúde	1. Perfil assistencial da unidade hospitalar;
	2. Estruturação da rede assistencial.
Implementação dos fluxos regulatórios	1. Regulação do acesso hospitalar e a regionalização pactuada;
	2. Relevância/Enfrentamentos das centrais de regulação;
	3. Interdependência entre hospitais com gestão direta e indireta;
	4. Vias de comunicação conflitantes na regulação de pacientes.
A relevância da contratualização	1. Experiência de contratualização através do TCEP;
	2. Experiência de contratualização por meio de contratos de gestão/concessão.

Fonte: Elaboração própria.

O papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde

Esta primeira categoria de análise evidenciou como núcleos de sentidos o perfil da unidade hospitalar e a estruturação da rede assistencial. Quanto ao primeiro, um amplo conjunto de aspectos demonstrou correlação com a capacidade de gestão dos serviços. Eles vão da existência de serviços especializados que tem alta especificidade assistencial, sendo referências para os demais pontos da rede própria, até a situação de serviços que tem vocação assistencial específica, como para trauma e com atividade assistencial da Rede Urgência e Emergência, mas que também deve atender a outro perfil assistencial como saúde materno-infantil, porém resistente a atender o duplo perfil estabelecido. Essa situação pode ser exemplificada abaixo e aponta o quanto a adequação (ou não) do perfil assistencial implica a organização dos serviços de saúde dentro do hospital e no território, seja ele com a articulação dos serviços ofertados pelos municípios ou até mesmo pelo próprio estado.

> *Nós temos um a situação esdrúxula, porque não considero que dentro do hospital de trauma exista uma maternidade. Sou terminantemente contra essa maternidade, mesmo de alto risco. Deveria ser assumida pelo município, já que tem o hospital da mulher com maternidade.* (GD 01).

> *Quando o Hospital foi construído, como hospital de urgência e emergência, ele acabou sendo uma referência para o estado. Mas, não deveria, porque hospital de urgência e emergência não deve ser referência estadual, você deve ter um hospital de urgência e emergência com capacidade de se resolver nas regiões do estado. Eu acho que não é lógico se pensar num estado do tamanho da Bahia em um hospital de urgência e emergência de referência estadual.* (GI 01).

Nas falas dos gestores, percebe-se uma insatisfação quanto ao perfil de atendimento estabelecido, pois julgam que o hospital não possui infraestrutura adequada para acolher as duas demandas de forma efetiva. Para tanto, seria necessária uma reestruturação na articulação das redes entre o município e o estado e readequação infraestrutural. Esse perfil de atendimento paralelo de urgência e emergência e materno-infantil é percebido principalmente pela gestão direta e entre os hospitais localizados em macrorregiões do interior do estado.

Além deste fator, também emerge o segundo núcleo de sentido sobre a estruturação da rede assistencial, que aborda a situação de insuficiente cobertura ou baixa resolubilidade da atenção primária e da rede pré-hospitalar, como pode ser observado abaixo.

> *A questão do perfil do hospital em relação a alta demanda, nós temos 80% da demanda é de atenção básica.* (GD 02).

> *O município por outro lado deveria obrigatoriamente ter um PS, pelo menos um PS, e não tem. De certa forma, ia aliviar a carga da demanda.* (GD 09).

> *E a gente não tem na região nenhum outro hospital que tenha leito de retaguarda. Então a gente acaba ficando com toda média e alta, e ainda atende a baixa complexidade, principalmente de obstetrícia, e de clínica médica. Então, acho que desenvolvendo e tendo maior prestação de serviços básicos, vai refletir lá na parte hospitalar.* (GI 04).

Essa situação explicitada reflete nas altas demandas hospitalares por causas sensíveis à atenção primária e obstetrícia na atenção hospitalar, mas que poderiam ser acolhidas por outros serviços e, consequentemente, otimizar a capacidade instalada da unidade hospitalar. Isto tanto para unidades com gestão direta quanto para as indiretas.

Nessa categoria, fica evidente a necessidade de estabelecer do diálogo sobre o papel

do hospital e de sua articulação com outros serviços no território. Diante disso, percebe-se que a compreensão da regionalização é fundamental para a organização das ações e serviços de saúde, em uma região, para assegurar a integralidade da atenção, sendo entendida também como ferramenta de gestão na organização do sistema de saúde[15]. A racionalização das ações e dos serviços disponibilizados precisam ser objeto de pactuação entre os entes federados, principalmente os municípios, uma vez que enfrentam dificuldades para assumir determinadas ações e serviços que respondam às necessidades da população[16].

Implementação dos fluxos regulatórios

A implementação de fluxos regulatórios, definidos na Portaria nº 3.9907 e Política Nacional de Regulação[17], é da competência dos gestores estadual e municipal de saúde. Cabem aos hospitais a disponibilização dos serviços às centrais de regulação como pactuado na CIB ou Comissão Intergestores Regionais (CIR). Nesta categoria, foram destacados como aspectos centrais a regulação do acesso hospitalar e a regionalização pactuada, a relevância/enfrentamentos das centrais de regulação, a interdependência entre hospitais com gestão direta e indireta e as vias de comunicação conflitantes na regulação de pacientes.

Na regulação do acesso hospitalar e a regionalização pactuada, foi observado existência de problemas referentes ao atendimento de usuários de municípios não pactuados com o estado ou com a região de saúde. Outrossim, especificamente na gestão indireta, que os hospitais possuam metas de serviço estabelecidas em contratos, relacionados com o recurso financeiro advindo da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab), o que implica o atendimento de regiões pactuadas com a instituição, porém, quando há uma demanda de locais não vinculados com a organização social responsável, essa cobra da secretaria uma posição, como um aditivo contratual.

> *E o hospital é prejudicado porque todo mundo acha que tem que ter vaga aqui dentro, e esse hospital é sozinho para 27 municípios pactuados e mais uns 20 ou 30 que não são pactuados, mas mandam paciente pra aqui.* (GD 01).

> *O que acontece para recebermos mulheres aqui? Todas têm que ser via regulação. Tem muitos municípios que não atendem suas mulheres de risco habitual, então a gente recebe aqui em Salvador, mas cada município tem que dá conta do seu risco habitual, certo?* (GD07).

> *Aquele pessoal da área não pactuada começou a querer mandar demanda, então eu falei 'oh, eu sou contratado para a demanda de tal região, se eu tiver que atender a demanda de outra região tem que ter um aditivo contratual'.* (GI02).

Percebe-se a necessidade da organização da rede conforme processo de pactuação entre os municípios das respectivas regiões de saúde em que o hospital é ponto de referência. Ademais, também considerar que essa pactuação esbarrará no problema de ter que atender à demanda aberta, em que podem existir usuários de outras regiões, considerando o respeito ao princípio da universalidade do sistema.

Promover a regionalização requer desenvolvimento de estratégias para a organização em rede e assim superar a fragmentação dos serviços. Com a publicação do Decreto nº 7.508/2011, ficou instituído o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap) que trata sobre a colaboração entre os entes federados na organização e integração das ações e serviços em uma região de saúde com foco na integralidade da assistência. Sendo assim, o avanço na regionalização vai depender de estratégias consistentes e do comprometimento com as políticas de integração regional em saúde por parte do estado e dos municípios. Dessa forma, a

organização dos fluxos regulatórios serão mais coerentes com a realidade local, o que irá possibilitar a identificação e superação dos desafios para essa implementação[4,18].

O segundo núcleo desta categoria é a relevância/enfrentamentos das centrais de regulação, em que alguns entrevistados referiram a importância da sua criação na determinação dos fluxos de pacientes nas respectivas regiões, principalmente em territórios de fronteira interestaduais, como Pernambuco-Bahia (Peba). Todavia, também destacaram experiências negativas relacionadas com a baixa articulação das centrais de regulação municipais com as unidades hospitalares regionais e a baixa resposta para as solicitações de exames e encaminhamentos do hospital público para rede credenciada nas centrais de regulação.

> *Mesmo tendo uma Central de Regulação [...], nenhuma clínica credenciada recebe paciente regulado pelo município. Todos os pacientes de Jequié, regulados pelo município, são regulados para o hospital, e a gente do hospital, nunca consegue transferir (um paciente se quer) para essas estruturas credenciadas.* (GD10).

> *Foi criada a Crio, que é da rede Peba (Pernambuco/Bahia), uma central de regulação aqui para a região do Vale do São Francisco, chamado Crio. A gente tinha que ser resolutivo e precisava de regulação, porque tínhamos muito mais vagas pra Recife do que pra Salvador.* (GI 07).

Um dos fatores implícitos na regulação é a responsabilização gestora pactuada que compreende os níveis de competência de cada esfera e a complexidade da rede serviços que conduz ao estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência em níveis interestaduais e/ou intermunicipais estabelecidos de acordo com a demanda e a capacidade instalada e por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI)[19]. A operacionalização dos complexos reguladores, no que concerne à gestão, é mediante a programação e regionalização com o objetivo de garantir a organização de redes e fluxos assistenciais.

O terceiro núcleo aborda a interdependência entre hospitais com gestão direta e indireta, pois os gestores deixam perceber o quanto a boa relação entre as unidades hospitalares se faz necessária e importante para satisfazer a totalidade da prestação de cuidados terapêuticos, independentemente de ser por gestão direta ou indireta. De modo tal que expressam existência da articulação entre os serviços ofertados.

> *Nós temos uma relação boa com os diretores das unidades até porque existe um intercâmbio muito forte, existe um sentimento de colaboração mútua não existe um clima de rivalidade entre nós, pelo contrário há um clima de colaboração.* (GI 05).

> *A articulação que existe é articulação da rede, temos uma rede que se complementa. Diariamente, essa relação se dá em mão dupla, nós utilizamos complementarmente especialidades e serviços de outras unidades hospitalares.* (GD 06).

Como quarta centralidade desta categoria, tem-se as vias de comunicação conflitantes na regulação de pacientes, em que é importante destacar: a implementação da regulação de fluxos ordenados de leitos para transferências dos usuários é complexa. O primeiro ponto crítico se dá pelo fato de o sistema regulatório ser virtual por parte da Central de Regulação do Estado (CRE), enquanto existem relações interpessoais inter-hospitalares que driblam este mecanismo; condição que criam dois fluxos conflitantes: um sistêmico pela CRE e outro não sistêmico via comunicações paralelas entre profissionais dos hospitais. Principalmente quando existem unidades hospitalares com gestão indireta administrado pela mesma contratada.

> *A dificuldade da regulação é dos hospitais receberem, porque todos os hospitais na verdade estão superlotados. Então, às vezes, a gente troca*

pacientes, vai na tela da regulação, e cancela o pedido. As vezes a Central diz assim: 'isso parece um boicote, vocês se comunicam, por isso que a gente não acha vaga'. Mas não é bem assim, a gente sabe na verdade a dificuldade realmente, mas melhorou, tem melhorado. (GD 08).

Quando surge a necessidade de um serviço da rede hospitalar que a gente não disponibiliza na região, o médico faz um relatório desse paciente e a gente encaminha através do sistema pra Central de Regulação do Estado. É a Central de Regulação do Estado que vai providenciar buscar esse leito ou esse serviço na Bahia. Lógico que, fora a Central, às vezes quando você tem um conhecimento, ele tipo bloqueiam o leito, só que vou informar pra central que eu já tenho o leito. Aí eles entram em contato e acabam só regulando o transporte do paciente. Não seria um comportamento regular ou legitimo, porque a Central do Estado tem que ter esse controle dos leitos disponibilizados. Mas a regulação normalmente não gosta muito desse contato direto não. (GI 04).

A gestão do hospital reconhece a dificuldade do setor de regulação do estado, já que as unidades hospitalares estão superlotadas. Entretanto eles relatam que há uma comunicação externa entre os diretores para solicitação de vaga para internamento, realização exame ou até mesmo para fazem troca de pacientes. Essa comunicação paralela com a central de regulação acontece de forma mais veemente entre as organizações da mesma empresa, pois existe uma facilidade de interlocução maior entre elas. Sendo assim, há um maior prejuízo de controle por parte do estado sobre o fluxo regulatório na transferência de leitos.

Em contrapartida, conforme os depoimentos contidos nessa última categoria[20], destaca-se o papel da função reguladora do Estado como fundamental para articular a oferta e a demanda dos serviços de saúde, otimizando os recursos disponíveis de provedores públicos e privados para garantir o acesso equitativo da população.

A regulação em saúde, considerando a organização do sistema por meio das RAS, é responsável pela coordenação do acesso dos usuários nas diversas portas de entrada. Ela tem como objetivo a priorização do acesso aos serviços assistenciais garantindo a equidade da atenção. É importante a definição de protocolos para a organização da rede, pois proporciona definição de fluxos assistenciais e a integração dos serviços hospitalares, em nível, inclusive, de complementaridade dos serviços ofertados entre a média e alta complexidade e os demais níveis de atenção[21].

A relevância da contratualização

Esta é a terceira categoria a ser analisada. De acordo com a PNHOSP[7], os gestores devem formalizar a relação com os hospitais da rede própria ou credenciada e independentemente da natureza jurídica por meio de instrumentos legais. Estes instrumentos de contratualização com a Sesab são o Termo de Compromisso entre Entes Públicos (TCEP) para a gestão direta e os contratos de gestão e de concessão para OS e PPP respectivamente[22]. Assim, conforme compromissos assumidos entre as partes, deve-se promover a qualificação da assistência e da gestão hospitalar com a contratualização[7]. Sendo assim, destacaram-se dois núcleos de sentido: a experiência de contratualização por meio do TCEP e outra por intermédio dos contratos de gestão/concessão.

No primeiro, o instrumento foi implantando conforme estratégia da Secretaria Estadual de Saúde (SES), mediante sua Diretoria de Gestão da Rede Própria com Gestão Direta (DGRP-GD), que estabeleceu critérios avaliativos e indicadores de cumprimento de metas quantiqualitativas. Todavia, quanto aos gestores dos serviços hospitalares, esse instrumento não ficou muito bem esclarecido quanto a sua utilidade, referindo descontinuidade do processo de contratualização, já as atividades de monitoramento das possíveis metas são realizadas por cada ente

de forma específica, por meio dos relatórios, enviados com periodicidade a SES. Embora seja destacada a dificuldade de captação e entendimento desses dados.

> *Nós temos diversos indicadores na casa, desde, as taxas de infecção hospitalar, indicadores relacionados a recursos humanos, indicadores relacionados às práticas assistenciais, indicadores financeiros. [...] mas os mais importantes são os do ponto de vista financeiros e os que remetem a qualidade [...] outros que seriam da capacidade gerencial, nos não temos condições de gerenciar porque fica difícil captar os dados. Mas o interesse nosso é que isso mude, e pra mudar nós temos que ter a ajuda da Sesab.* (GD 01).

> *Lá na Sesab, a gente faz e era atualizado semestralmente, mas estão pedindo agora trimestralmente. A gente está atualizando. Independente disso se houver necessidade a gente formaliza via ofício todo final de ano, porque a gente tem um relatório anual.* (GD 08).

> *Nós firmamos termo de compromisso de gestão com a Sesab em 2011. A Sesab acompanhou este termo de compromisso e um plano operativo anual, onde haviam metas de qualidade e de quantidade, entre outros indicadores e metas pactuadas junto com a Sesab. Entretanto ele não foi assinado novamente, não foi prorrogado.* (GD 10).

Diante desses relatos, reconheceu-se certa desatualização do termo de compromisso entre o hospital e a secretaria de saúde do estado. Há também, por parte dos gerentes, uma dificuldade de compreensão do que realmente esse documento aborda e como ele deve ser operacionalizado. O TCEP é um instrumento que pode potencializar a gestão hospitalar, agregando compromissos que possam ser articulados a outros serviços de saúde na região, incluindo objetivos claros e concisos para facilitar o entendimento e a execução das metas estabelecidas em consonância com a PNOHSP.

O outro núcleo foi a experiência de contratualização por meio de contratos de gestão em que, submetidos ao rigor burocrático licitatório, estabelecia relação entre contratante e contratada baseada no compromisso de prestação de serviços especificados e conforme metas e indicadores estabelecidos. Percebe-se a criação do artifício do valor contratual se vinculado a parte fixa (de transferência regular e automática) e outra variável (conforme atingidas metas). Todavia, quanto à relação entre a prestação de serviços contratualizados a importância do hospital na rede assistencial, percebe-se somente que os aditivos contratuais foram estratégias que favoreceram adequação do contrato às necessidades de saúde conforme demanda dos serviços.

> *O contrato é de dois anos com possível renovação por mais dois anos. Toda forma de contratação é acordada através da licitação, com repasse fixo mensal, estabelecimento de metas tanto qualitativas como quantitativas.* (GI 04).

> *O valor total do contrato é dividido em duas partes: uma ele chama de parte fixa, que corresponde a 90% do valor contratado e 10% é a parte variável. Encima do fixo, eu sou avaliado nas minhas metas quantitativas: número de saídas, de atendimentos na emergência, dos exames e o SADT* [Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico]. (GI 03).

Diante do exposto, os modelos de gestão indireta devem estar sob o controle do Estado, que tem a obrigação de acompanhar os contratos de gestão utilizando critérios objetivos de avaliação dos serviços e monitoramento da prestação de contas[23].

Essa categoria aborda ferramentas importantes para a gestão hospitalar, principalmente no processo de regionalização e estruturação das RAS. Os instrumentos existentes para a formalização de acordos, a exemplo do TCEP estabelecido entre os entes públicos e o contrato de gestão firmado

entre as organizações sociais e as parcerias público-privadas com o estado, devem se constituir em estratégias potenciais para auxiliar e fortalecer o papel do hospital nas RAS, identificando e delimitando o perfil assistencial, correlacionando as suas ações e serviços com os outros níveis de atenção, incluindo a atenção especializada, servindo de condução da adequação da prestação de serviços conforme as necessidades de saúde da população adstrita e/ou conforme pactuações de serviços prestados entre os municípios na regionalização.

Considerações finais

Com as redes, tornou-se necessário repensar o sistema de saúde por meio dos seus pontos de atenção. O hospital, que abarca grande diversidade destes pontos, sempre foi colocado de forma isolada e independente, precisou ser pensado com estas adequações normativas que buscaram implementar um modelo integral e equitativo de assistência. Demanda, destacadamente, apontada desde 2004, com a Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira e em decorrência da sua recondução ao processo de regionalização. Assim, tornou-se relevante analisar aspectos relacionados com a gestão hospitalar no SUS e as RAS, que implicassem o favorecimento e/ou nas dificuldades da capacidade de gestão.

A PNHOP/2013 permitiu estruturação do enfoque dado neste estudo, exigindo contextualização da gestão hospitalar em seu processo de regionalização, pois dele emergem elementos relevantes para o manejo decisório e enfrentamentos estratégicos[14].

Entre eles, destacam-se a readequação do perfil assistencial, a regulação do acesso, a pactuação entre entes federados, o estabelecimento de metas em instrumentos contratuais e seus respectivos meios de monitoramento e avaliação, na organização sistêmica da rede hospitalar condizente com suas complementaridades tecnoassistenciais e os mecanismos de governança e regulação. Assim, o estudo permitiu considerar que a correlação entre RAS e capacidade gestora enfrenta muitos desafios no fortalecimento dessa capacidade[14], na perspectiva dos dirigentes de serviços hospitalares da rede própria do SUS.

Apontam-se como essenciais: melhoria da negociação entre estados e municípios na consolidação das RAS, da relação entre os hospitais, dos processos regulatórios de fluxos assistências e das estratégias de contratualização da oferta, prestação e qualidade assistencial.

A complexidade que caracteriza a temática analisada permite considerar que o estudo não finaliza a discussão pontuada, mas, sim, suscita novas problemáticas de pesquisas. Portanto, diante das evidências produzidas, aponta-se para o aperfeiçoamento das políticas públicas e necessidade de desenvolvimento de plano estratégico para reorganização da atenção hospitalar que seja coerente com os caminhos da regionalização (como pactuação integrada) e adequação do perfil assistencial, além dos instrumentos de contratualização, que devem ser aperfeiçoados para atender às necessidades regionais e fortalecer a regulação e o desempenho da atenção hospitalar. ■

Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2010 ago [acesso em 2018 jan 8]; 15(5):2297-2305. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413--81232010000500005&lng=pt&tlng=pt.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 31 dez 2010.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS. Brasília, DF: MS; 2014.

4. Brasil. Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 jun 2011.

5. Mendes EV. A governança regional das redes de atenção à saúde. In: Mendes EV. Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde [internet]. Brasília, DF: CONASS; 2016 [acesso em 2018 fev 20]. p. 49-93. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-debate-n-6.pdf.

6. Rosa T. O papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde. Consensus [internet]. 2014 abr-jun [acesso em 2017 out 30]; 4(11):13-22. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_11.pdf.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendose as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União. 31 dez 2013.

8. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.

9. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.

10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 13 dez 2012.

11. Revista Baiana de Saúde Pública. Plano Estadual de Saúde 2012-2015 [internet]. 2012 dez [acesso em 2018 fev 20]; 36(supl):1-100. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36nSupl_1/a3491.pdf.

12. Solla JJSP, Paim JS. Relação entre a Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade: desafios para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. In: Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 343-352.

13. Negri AF, Barbosa Z. O papel do hospital na rede de Atenção a saúde: Elementos para pensar uma agenda estratégica para o sus. Consensus [internet]. 2014 [acesso em 2017 out 30]; 4(11):42-49.

14. Matus C. O método PES: roteiro de análise teórica. São Paulo: Fundap; 1997.

15. Ferreira JBBF. O processo de descentralização e regionalização da saúde no Estado de São Paulo. In: Ibañez N, Elias PEM. Política e Gestão em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2011.

16. Mendes A, Louvison MCP, Ianni AMZ, et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. Saúde e Soc. [internet]. 2015 jun [acesso em 2018 fev 20]; 24(2):423-437. Disponível em: http://www.

scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104--12902015000200423&lng=pt&tlng=pt.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. 2 ago 2008.

18. Ouverney AM, Ribeiro JM, Moreira MR. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2017 abr [acesso em 2018 fev 20]; 22(4):1193-1207. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413--81232017002401193&lng=pt&tlng=pt.

19. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. Cad. Saúde Coletiva [internet]. 2016 mar [acesso em 2018 fev 10]; 24(1):49-54. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2016nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201600010106.pdf.

20. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. Saúde debate [internet]. 2012 out-dez [acesso em 2018 fev 20]; 36(95):640-647. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400016&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.

21. Peiter CC, Lanzoni GMM, Oliveira WF. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. Saúde debate [internet]. 2016 out-dez [acesso em 2018 fev 20]; 40(111):63-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400063&lng=pt&tlng=pt.

22. Santos TBS, Pinto ICM. Contratualização da gestão hospitalar versus regulação em saúde: agências, controle estatal e avaliação no SUS. An. Inst. Hig. Med. Trop. [internet]. 2017 [acesso em 2018 fev 20]; 16(supl.3):S47-S53. Disponível em: http://3dmfsx6ameqwfda31pu5rjxq.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2018/01/Anais-do-Instituto-de-Higiene-e-Medicina-Tropical-%E2%80%93-Regula%C3%A7%C3%A3o-em-Sa%C3%BAde-.pdf.

23. Alcoforado F, Moraes TC. A Responsabilização na Gestão das Políticas Públicas à contratualização com Organizações Sociais. Rev. Eletrônica Reforma Estado [internet]. 2008 set [acesso em 2018 fev 20]; (15):1-14. Disponível em: http://www.direitodoestado.com.br/rere/edicao/15.

Financiamento da atenção hospitalar no SUS: análise na perspectiva dos gestores da rede própria

Financing of hospital care in the SUS: analysis from the perspective of the managers of the own network

Juliete Sales Martins[1], Jessica Santos de Souza[2], Lilian Barbosa Rosado[3], Thadeu Borges Souza Santos[4], Isabela Cardoso de Matos Pinto[5]

RESUMO O objetivo desse estudo foi identificar os desafios vinculados ao financiamento da atenção hospitalar no estado da Bahia, incluindo todas as unidades da rede própria de gestão direta e indireta no período de 2007 a 2014. É uma pesquisa qualitativa, tipo estudo de caso, em que foram utilizadas entrevistas semiestruturadas para análise dos fatores que incidem sobre o financiamento da rede hospitalar da Bahia. A fundamentação teórica adotada foi a estruturação do Triângulo de Ferro de Matus, que trata sobre elementos para análise da capacidade de gestão. Questões como subfinanciamento, atraso nos repasses, restrições de gastos, falta e/ou presença de autonomia e estratégias de enfrentamento dos problemas financeiros estiveram presentes nos relatos dos gestores, configurando-se como desafios para a gestão. Assim, o estudo apresenta relevância analítica, levando a acreditar o quão importante é a gestão criativa e responsável financeiramente, para enfrentar as complexidades impostas pelo financiamento à capacidade de gestão hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE Financiamento da assistência à saúde. Administração hospitalar. Gestão em saúde.

ABSTRACT *The objective of this study was to identify the challenges related to the financing of hospital care in the State of Bahia, including all units of the own network of direct and indirect management in the period from 2007 to 2014. It is a qualitative research, a case study, in which semi-structured interviews were used to analyze the factors that affect the financing of the hospital network of Bahia. The theoretical basis adopted was the structuring of the Matus Iron Triangle, which deals with elements for the analysis of management capacity. Issues such as underfinancing, delayed onlendings, spending restrictions, lack and/or presence of autonomy and strategies to deal with financial problems were present in the managers' reports, and they were presented as management challenges. The study presents analytical relevance, leading to believe how important the creative and financially responsible management is, to face the complexities imposed by the funding of hospital management capacity.*

KEYWORDS *Healthcare financing. Hospital administration. Health management.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *ju.lysa.martins@hotmail.com*

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *jessicaenf@yahoo.com.br*

[3] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *lilian_rosado@hotmail.com*

[4] Universidade do Estado da Bahia (Uneb) – Salvador (BA), Brasil. *thadeu100@gmail.com*

[5] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *isabelacmp@gmail.com*

Introdução

Quando o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro foi instituído como universal, a necessidade de fontes de financiamento seguras e suficientes seriam fundamentais ao cumprimento do que estava previsto na Constituição Federal Brasileira de 1988 (CFB/1988)[1]. Contudo, os fatos nunca ocorreram conforme planejado, pois sempre existiram crises a serem enfrentadas, que se caracterizavam pelas insuficiências e indefinições quanto aos seus recursos financeiros[2].

Em relação à atenção hospitalar, especificamente, constata-se que ela consome o maior volume de recursos, em consequência a complexidade dos serviços prestados e o uso de tecnologias de ponta[3]. Todavia, este nível de atenção foi marcado por enfrentamentos às sucessivas crises, desde o período da assistência médica previdenciária a partir dos anos 1980[4].

Historicamente, o financiamento da saúde pública no Brasil sempre foi problemática muito discutida. A partir do processo de implementação do financiamento do SUS, em que 30% do orçamento da seguridade social deveria ser destinado para a saúde, de fato, sempre esteve abaixo desse percentual sob a justificativa da crise econômica dos anos 1990. Condição agravada com o mecanismo de Desvinculação das Receitas da União (DRU) como busca do ajuste fiscal. Situação que vem estabelecendo importante instabilidade no setor[2].

Como marcos normativos da institucionalização do financiamento do SUS, as Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996 (NOB-93 e NOB-96) regulamentaram os repasses de recursos, a serem automáticos e descentralizados por critério populacional[5]. Como alternativa ao subfinanciamento, foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira em 1996 (CPMF/1996), cuja arrecadação se destinaria exclusivamente às ações e serviços de saúde. Somente com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (EC29/2000), houve sentimento de maior estabilidade do financiamento federal e participação dos estados e municípios, pois estabeleceu percentuais mínimos de alocação de recursos por estas esferas de governo. Contudo, só vigorou a partir da Lei Complementar nº 141, de 2012 (LC141/2012)[2].

A referida emenda foi importante no sentido de promover descentralização e aumento da participação dos estados e municípios no financiamento da saúde, entretanto não ampliou o volume do financiamento por parte do governo federal.

Durante todo esse percurso, o Pacto pela Saúde, de 2006, formalizou que a transferência dos recursos do governo federal ocorreria por meio de seis blocos de financiamento. Especificamente, eles são para a atenção básica, a atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), a vigilância em saúde, a assistência farmacêutica, a gestão do SUS e o investimento. Assim, os repasses regulares e automáticos passaram a ser em conta única para cada um desses blocos, via fundo a fundo de cada unidade subnacional. Condicionalidade que levantou críticas por ter dificultado a execução discricionária dos gestores em saúde[6].

Em 2013, uma intensa mobilização reuniu esforços em torno do Movimento Saúde +10, que buscou, mediante Emenda Popular nº 321/2013, a destinação de 10% da receita corrente bruta da União para o setor saúde. Todavia, esta iniciativa não foi aceita pelo Congresso Nacional, mesmo tendo obtido 2,2 milhões de assinaturas[7].

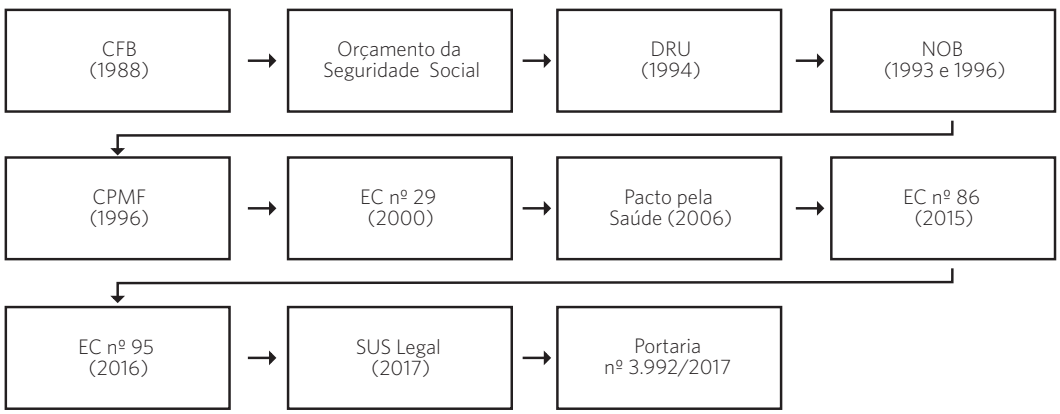
Recentemente, três iniciativas do poder legislativo e executivo provocaram importantes ajustes na estruturação do financiamento do SUS. Por meio da Emenda Constitucional nº 86, de 2015, alterou-se o método de cálculo do piso constitucional a ser aplicado pela união, preservou-se o dos demais entes federados e instituiu-se o denominado Orçamento Impositivo (em que é obrigatória a execução de 1,2% da receita corrente líquida em emendas parlamentares,

em que metade desse percentual deve ser destinada ao setor saúde)[6], contrariando a lógica do planejamento orçamentário ascendente.

Outras duas mudanças decorreram de um cenário político austero. Uma foi a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, de 2016 (EC95/2016), conhecida como Teto dos Gastos Públicos, que instaurou um novo regime fiscal federal à seguridade social, cujo congelamento dos gastos vigorará por 20 anos, a partir de 2017[8]. Já a outra foi a Portaria nº 3.992, de 2017, que alterou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS, passando a ser por intermédio dos dois únicos blocos de custeio e de investimento. Esse novo modelo de plano orçamentário federal, estadual e municipal foi conhecido como SUS Legal[9], e, apesar da justificativa de desburocratizar os recursos destinados à saúde e atender à reivindicação antiga dos gestores, suscitou críticas porque deveria ser analisada à luz da complexa forma que o financiamento da saúde é tratado enquanto políticas públicas no Brasil[10].

Assim, com essa reconstrução histórica, ilustrada na *figura 1*, percebe-se quanto o financiamento se tornou um dos fatores mais importantes e, provavelmente, o mais complexo para a consolidação do SUS universal e integral[5] e como ele é fator desafiante aos gestores na organização da oferta, qualificação e adequação da atenção às necessidades da população sendo desde a criação do sistema[1].

Figura 1. Marcos normativos do financiamento na história do SUS, da Constituição Federal de 1988 ao SUS Legal de 2017



Paralelamente, existem medidas que agravam a situação dessa problemática, sendo hipóteses para o subfinanciamento, como a autorização da entrada do capital estrangeiro; sucessivas prorrogações da DRU[2]; a renúncia fiscal para os seguros e planos de saúde; ampliação da destinação de parte orçamentária à relação público-privada; o não acolhimento do SUS por nenhum partido ou sindicatos de trabalhadores; e o compromisso com o pagamento dos juros da dívida externa[11].

Ao restringir a análise para o bloco da MAC, atenta-se ainda para as alterações nos recursos destinados para ele. A atenção hospitalar, sempre em evidência nas crises da atenção à saúde, tem sofrido com a remuneração de serviços aquém dos valores reais estimados e diminuição do percentual de recursos no decorrer dos anos[12]. De tal modo, para além dos marcos normativos da política de financiamento do

SUS, emerge a importância de compreender como ocorre o financiamento da atenção hospitalar, enquanto processo de alocação de recursos nesse nível de atenção.

Conforme o Pacto pela Saúde, os recursos advindos do componente financeiro da MAC ambulatorial e hospitalar cobriam, entre outras, as unidades de pronto atendimento, as redes de atenção, a adesão a contratualizações, a assistência ambulatorial hospitalar, o atendimento móvel de urgência e os hospitais de pequeno porte. Ademais, por meio do componente destinado ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), contemplava o custeio de procedimentos como terapia renal substitutiva, regulação da alta complexidade, os transplantes e as ações estratégicas emergenciais[7].

Com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída em 2013, ratificou-se o financiamento como tripartite e voltados aos seus eixos estratégicos de assistência, gestão, formação, desenvolvimento da força de trabalho, financiamento, contratualização e corresponsabilidades das esferas de gestão. De tal modo, ela foi relevante para sustentabilidade da rede e alinhamento estratégico à população de referência, perfil epidemiológico do território e importância do serviço hospitalar nas redes de atenção[13].

Assim, percebe-se quão complexa é a questão do financiamento para a capacidade de gestão voltada à implementação da atenção hospitalar no SUS. Considerando a importância dessa temática, este estudo tem como objetivo identificar os desafios vinculados ao financiamento da atenção hospitalar no estado da Bahia, incluindo todas as unidades da rede própria de gestão direta e indireta no período de 2007 a 2014.

Procedimentos teórico metodológicos

A rede de atenção hospitalar do estado da Bahia é constituída por unidades privadas com ou sem fins lucrativos (filantrópicas) e públicas estatais. Neste estudo, foi considerada a rede própria do estado, cujas unidades são públicas e pertencentes à Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab). Atualmente, existem 43 unidades hospitalares, sendo 18 localizadas na capital e 25 no interior do estado[14]. Com relação ao modelo de administração, 22 unidades são administradas por gestão direta, ou seja, geridas pelo próprio estado. Além disso, outras 21 estão sob gestão indireta, em que o estado transfere a gestão para Organizações Sociais (OS) e Parceria Público-Privada (PPP), corresponsabilizando-se pela prestação dos serviços[15,16].

Essa rede hospitalar própria do SUS Bahia merece destaque por ser uma das maiores redes próprias entre os estados brasileiros; ter ampliado cobertura territorial com a abertura de cinco novos hospitais entre 2007 e 2014 e outros três até 2017[17-19], melhorando a relação de leitos gerais por habitantes e por leitos de unidade de terapia intensiva, bem como ter implementado estratégias ministeriais de reestruturação da rede hospitalar no SUS[20,21].

Esta pesquisa é parte do estudo intitulado Modelos Alternativos de Gestão na Atenção Hospitalar do SUS, de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso e aprovada pelo Comitê de Ética com CAAE nº 41872715.2.0000.5030. Teve como característica a possibilidade de compreender esquemas estruturais durante exame detalhado dos processos organizacionais[22] citados pelos gestores hospitalares da rede própria do SUS Bahia. Em específico, focou-se nos fatores que incidem sobre o financiamento da referida rede, entre 2007 e 2014.

Como instrumento de coleta de dados, foi adotada entrevista semiestruturada. No presente estudo, foram analisadas 28 entrevistas dos diretores da referida rede. Entre eles, 13 eram de serviços sob gestão direta e 15 sob gestão indireta. Esse recorte decorreu do critério de inclusão das entrevistas transcritas no plano de análise, em que deveria apontar aspectos do financiamento relacionados com a capacidade de gestão hospitalar. Assim,

após plano de tratamento dos dados, constituiu-se banco de dados submetidos a sucessivas leituras em profundidade que permitiram reconhecimento de 11 núcleos de sentidos.

Outrossim, identificaram-se aqueles núcleos correlacionados à problemática do financiamento da atenção hospitalar no SUS, com os quais se avançou na categorização e análise de conteúdo, que é "[...] um procedimento analítico aplicável a qualquer comunicação, entrevistas, depoimentos desde que devidamente transcritos"[23(98)].

A fundamentação teórica adotada foi a estruturação do Triângulo de Ferro de Matus (TFM) que aponta elementos para análise da capacidade de gestão, conforme objetivo do estudo. Os três vértices que compõem o TFM são a agenda de prioridades do dirigente, a prestação de contas por desempenho e a gestão por operações. Destaca-se que esta última é base estruturante do triângulo por permitir, primeiramente, distinguir a gestão como responsável e criativa ou, ao contrário, uma atividade gestora medíocre e rotineira. A segunda importância teórica está na consideração da responsabilidade do gestor com a eficiência e eficácia do serviço prestado. Por último, no destaque dado ao cumprimento de metas contratuais pactuadas[24].

De tal forma, a gestão por operações foi tomada como concepção teórica deste estudo, pois permitirá análise crítica após apresentação dos resultados da pesquisa sobre as complexidades do financiamento na gestão da atenção hospitalar, partindo da perspectiva dos gestores de serviços da rede própria do SUS Bahia.

Resultados

A análise das entrevistas com gestores hospitalares da rede própria do SUS Bahia permitiu reconhecimento de 11 núcleos de sentidos que são delineamentos da complexidade do financiamento, para capacidade de gestão destes serviços de saúde. Eles estão agrupados em três categorias de análise: a primeira trata sobre os recursos financeiros, a segunda sobre a autonomia financeira e, por último, o processo decisório. Os diversos aspectos que conformam essa complexidade do financiamento na gestão hospitalar estão estruturados no *quadro 1*, separados, respectivamente, pelos modelos de gestão direta e indireta.

A seguir, serão apresentados e discutidos os resultados, primeiro quanto à Gestão Direta e, em seguida, quanto à Gestão Indireta, baseados nas categorias de análise citadas anteriormente. Atenta-se que, para as entrevistas com os gestores, adotou-se a sigla GD ou GI e um número ordinal para identificá-los e diferenciá-los, conforme suas respectivas unidades hospitalares e modelos de gestão.

Quadro 1. Delineamento da complexidade do financiamento na gestão hospitalar da rede própria do SUS Bahia, conforme modelos de gestão direta e indireta, no período de 2007 a 2014

Núcleos de Sentidos	**Modelo de Gestão**	
Categorias	**Gestão Direta**	**Gestão Indireta**
Recursos financeiros	Subfinanciamento	Subfinanciamento
	Atrasos nos repasses financeiros	Atrasos nos repasses financeiros
	Restrições de gastos	Corte de recursos por não cumprimento de metas contratuais
	-	Reequilíbrio econômico financeiro
Autonomia financeira	Ausente	Parcial
	Parcial	Total
	Total	-

Quadro 1. (cont.)

Processo decisório	Enfrentamento dos problemas financeiros	Enfrentamento dos problemas financeiros
	Redução de custos	Redução de custos
	Otimização na alocação dos recursos	-

Fonte: Desenvolvido pelos autores a partir da análise dos dados.

Delineamento da complexidade do financiamento hospitalar com gestão direta

Na categoria de análise recursos financeiros, foram identificados entraves no financiamento dos hospitais. O subfinanciamento foi apontado pelos(as) gestores(as) como um dos fatores que mais interferem negativamente na assistência prestada, já que provoca suspensão de alguns serviços, como citado: *"Nos primeiros meses eu pedi R$300.000,00, veio R$150.000,00. A minha necessidade era 300 de consumo, veio a metade, e aí? Eu deixo de fazer"* (GD05). Relataram, ainda, que os montantes repassados precisam ser compatíveis com o nível de complexidade do perfil assistencial, pois

> *[...] a questão financeira é um desafio. O planejamento interno de um hospital de trauma, onde o gasto com as UTIs e serviço de internamento domiciliar é muito alto, depende de financiamento compatível com a realidade.* (GD02).

Sendo assim, busca-se formas de garantir ou aumentar o valor desses repasses, seja por meio das esferas de governo, seja mediante órgãos externos, como relataram que *"Os insumos são comprados com dinheiro e nós estamos lutando para aumentar nossas verbas tanto do nível federal, como do nível estadual e municipal"* (GD01) e que

> *[...] uma das nossas metas esse ano é tornar essa maternidade um Hospital Amigo da Criança, título da Unicef. Uma vez recebendo esse título, a gente tem um aumento no valor da nossa AIH.* (GD03).

Vale ressaltar que houve, por outro lado, menção à suficiência dos recursos financeiros. Nesse caso, quando a unidade tem menor nível de complexidade, como relatado abaixo por um dos gestores de unidades que atendem à média complexidade:

> *Olhe, a gente tem, na verdade, um dos orçamentos que eu acho menores da rede, mas por ser também um hospital que não tem grande complexidade. Então assim, a gente não tem tido muito problema com isso não. Geralmente o recurso cobre, [...] o perfil favorece a questão financeira.* (GD10).

Outros fatores marcantes nas falas foram com relação aos atrasos nos repasses financeiros e restrições de gastos das unidades hospitalares, principalmente por ações de controle das Secretarias de Administração e da Fazenda do Estado. Isso tem se configurado um fator dificultador para o suprimento das unidades hospitalares, já que os contratos de serviços precisam ser pagos, e os insumos comumente aumentam de preço no mercado.

> *Esse processo de compra, é muito complicado e está havendo cada vez mais restrições. Os controles são imensos, inúmeros e a Secretaria de Administração junto com a Fazenda fazem efetivamente esses controles, buscando a redução dos gastos. Só que chega um momento que fica inviável o suprimento do hospital, porque há um aumento nos gastos, reajuste de medicamentos e todos os produtos.* (GD05).

Na tentativa de solucionar os problemas

causados por esses fatores e continuar prestando a assistência devida, os gestores estabeleceram prioridades no pagamento dos serviços.

> *A gente precisa apagar incêndio e a gente faz o que é prioritário, eu não posso desabastecer meu hospital, não posso deixar de pagar o que é prioridade, que é medicamento, suprimento, material de penso, para que tenha um mínimo de recurso para os profissionais trabalharem. Em segundo plano estão, por exemplo, contrato de tratamento de piso, contrato de lavanderia, que apesar de ser essencial, precisa que a Sesab repasse para gente poder fazer o pagamento.* (GD04).

À categoria de análise, que trata sobre autonomia financeira, as percepções dos gestores foram divergentes. Alguns apontaram para a ausência de autonomia, expressando que

> *[...] o planejamento que nós fazemos não tem garantia nenhuma que ele vai ser cumprido, nós não temos autonomia de gestão, porque nós não podemos comprar equipamentos. Uma cadeira não pode ser comprada!* (GD11).

Enquanto também são apontados aspectos que caracterizam um tipo de autonomia parcial e pouco suficiente, muito relacionada com o poder de compra e contratação dos serviços, tendo em vista a descentralização desses processos pela Sesab. Esse mecanismo é, provavelmente, voltado para o controle e contenção de gastos, mas se configura como um obstáculo. Outro aspecto que prejudica a autonomia do gestor é a falta dos recursos financeiros, que não permite a concretização da tomada de decisão.

Quanto aos fatores analisados que caracterizaram a autonomia financeira, os entrevistados referem que, dentro dos limites da legislação que orienta a administração pública, eles têm autonomia para planejar. No entanto, a capacidade de execução é relativa porque muitas ações foram centralizadas na sede da Secretaria de Saúde, tais como: compras, contratos e licitações, dificultando a agilidade nos procedimentos. Pelos depoimentos, pode-se inferir que existe uma autonomia relativa, ou seja, o dirigente tem autonomia interna de gestão da unidade, pode definir o planejamento e gastos, no entanto não tem governabilidade sobre muitos processos que envolvem a gestão financeira dos recursos e aquisições de equipamentos e insumos. Talvez a autonomia 'total' referida por um dos entrevistados seja em relação aos aspectos que estão dentro da sua governabilidade.

> *Acredito que deveria haver um grau de autonomia maior, nós somos uma unidade gestora, mas com uma capacidade de execução relativa, em que, parte dos contratos e das aquisições são feitas pelo hospital e a outra parte, por exemplo, os bens permanentes só é feita pela Sesab. Então, nós podemos licitar, comprar e contratar parcialmente. Isso eu acho que é um problema.* (GD07).

> *Então, essa para mim foi a bola fora do final da administração passada, essa questão de centralizar, homologar. Talvez por contenção de despesa ou para maior controle, eles centralizaram tudo na Sesab. Esse é um grande problema nosso.* (GD08).

> *Essa palavra autonomia me remete muita reponsabilidade, porque ao mesmo tempo que eu tenho autonomia, mas não tenho os recursos necessários para revolver os problemas, ela cai por terra.* (GD13).

> *Nós temos total autonomia, claro que desde que o que se pretende esteja de acordo com as rubricas orçamentarias que estão previstas para um hospital.* (GD08).

> *Nós somos unidade gestora, então temos realmente autonomia dentro dos parâmetros da Sesab e do porte da unidade. Então, nós fazemos um planejamento, falamos dos nossos custos e eles enviam o dinheiro, e a gente faz a gestão, como qualquer hospital da rede* própria. (GD12).

Na categoria processo decisório, as falas se concentraram nas estratégias adotadas para enfrentamento dos problemas financeiros; redução de custos e otimização na alocação dos recursos. Sobre o enfrentamento dos problemas financeiros, os(as) gestores(as) apontaram que o planejamento é uma saída para minimizar os efeitos na assistência. da mesma forma, para estruturar internamente a gestão da unidade, diante das dificuldades financeiras, de modo que estas se tornem mais fáceis de serem superadas. *"[...] planejamento, gestão, orçamento precisam caminhar atrelados, porque quando qualquer um desses falham impacta na assistência"* (GD04).

> *Temos as dificuldades normais de toda estrutura pública: escassez de recursos orçamentários e financeiros, o que a gente vem enfrentando há uns dois anos aproximadamente, mas com a estruturação que a gente alcançou, talvez administrar estas dificuldades em 2014 já tenha sido mais fácil do que 2012 e 2013. A nossa experiência é coma apuração de custos aqui do hospital, em que sabemos qual é o custo médio de cada paciente, de cada uma das enfermarias, por exemplo, um paciente/dia da UTI custa em torno de 3.220 reais; paciente da clínica médica custa em torno de 800 reais/dia. Construímos diversos mecanismos de controle.* (GD08).

Na tentativa de redução dos custos, as medidas foram baseadas na priorização de atividades com menor comprometimento orçamentário e que fosse alinhado ao controle dos gastos e monitoramento do consumo médio da unidade hospitalar.

> *Um dos aspectos que a gente anda muito bem é custos, a gente conseguiu reduzir custos. Fomos o sétimo mais econômico [...] priorizamos determinadas atividades e de modo geral é o custo realmente que tem um peso maior.* (GD12).

> *A gente tentou fazer um controle das coisas, fez uma racionalização das compras. Então, baseado no estoque, na farmácia, no que a gente tem, isso foi implantado para utilizar melhor os recursos públicos.* (GD10).

> *Nós estamos tentando organizar a questão da gestão interna, subdividir em administração de RH e administração financeira para que possamos ter mais cuidado com aplicação do recurso. Nós trabalhamos hoje com o Tribunal de Contas do Estado, Auditoria do SUS e Ministério Público, que realmente cobram a aplicação devida e com transparência.* (GD02).

Houve ainda preocupação com a otimização na utilização dos recursos financeiros, havendo reorganização interna voltada ao aprimoramento da alocação dos recursos e atendimento às exigências dos órgãos de regulação do Estado.

Delineamento da complexidade do financiamento hospitalar com gestão indireta

As mesmas categorias foram analisadas nas entrevistas dos dirigentes das unidades hospitalares sob gestão indireta, identificando semelhanças e divergências em relação aos desafios mencionados. Na primeira categoria de análise, o núcleo de sentido subfinanciamento também esteve presente na fala dos gestores do modelo, e é percebido como um dos maiores problemas, exigindo deles flexibilidade nos enfrentamentos.

> *Eu acho que hoje as unidades são geridas com muita criatividade, porque sem dinheiro realmente não tem muita coisa a fazer, enfrentando as dificuldades que tem no dia a dia. A questão financeira para mim, é a mais grave! Os hospitais hoje têm sobrevivido, na verdade, mais por mágica, porque não tem o que você fazer sem dinheiro.* (GI11).

Nessa perspectiva, já que o valor repassado é estabelecido via contrato de gestão, os administradores se sentem impossibilitados, *"[...] porque não existe uma forma de você*

gerenciar sem captação, eu não tenho como captar mais recursos para poder melhorar tal setor, por exemplo!" (GI11). Embora esse valor seja o planejado e pactuado entre o contratante e contratado da gestão indireta, levando a acreditar que existe uma incongruência entre o planejamento orçamentário do contrato e o perfil assistencial a ser cumprido pelo serviço.

A questão dos atrasos nos repasses financeiros também foi muito presente na fala dos gestores indiretos. Existe a garantia do recebimento, mas não quando ele ocorrerá, assim como sugere GI09 quando diz que:

> *[...] como prestador do Estado temos a garantia do recebimento, não temos do prazo, da data. Então assim, esses repasses eles deveriam acontecer mensalmente, mas a gente sabe que em alguns meses tem atraso.* (GI09).

A demora na transferência da verba pode durar até três meses; e segundo os(as) gestores(as), as OS não possuem suporte financeiro para suprir as necessidades da unidade durante todo esse período. Com isso, surgem os atrasos internos, no pagamento de fornecedores e recursos humanos, por exemplo, gerando, por conseguinte, insegurança na instituição.

> *Então, nós estamos com fornecedores em atraso, os médicos eram para ter recebido, não tem previsão de receber. Isso vai gerando uma insegurança, uma instabilidade na instituição, que não é o cerne do contrato. O estado deveria ter assiduidade nos repasses.* (GI03).

Oposta a essa realidade encontra-se a gestão indireta por PPP, que não sofre com atrasos no recebimento dos recursos, pois o modelo de pagamento da prestação dos serviços favorece a gestão. O atraso no repasse é fator que também gera outra problemática: o corte de recursos por não cumprimento de metas contratuais.

> *Dentro da modelagem da PPP o direcionamento do recurso ele é muito bem feito, então assim o trânsito do recurso entre a fonte pagadora e a fonte receptora ele é bem desenhado, é rápido, ele não sofre interferências outras, é de outros fluxos do tesouro estadual, essa transferência direta é dentro de uma alça curta, mais curta possível. Assim o recurso ele vem a tempo e hora.* (GI01).

> *[...] esse é o grande desafio, está tudo ligado ao financeiro! Aqui temos um valor fixo e as metas de produção, se você atinge até 91% das metas você recebe o valor cheio, se cai para 89% já começa o percentual de corte. Se tivesse regularidade dos repasses, aí não teria problema nenhum.* (GI02).

O cumprimento das referidas metas é observado trimestralmente e se classificam em qualitativas e quantitativas, de modo que *"Cada uma com uma pontuação e se não atingida ou pelo menos não justificada quando não atingida, acarretam em punição financeira"* (GI02), medida julgada como um ponto negativo. Em contrapartida, quando as metas são ultrapassadas, não ocorre incremento no valor dos recursos, como explicado.

> *[...] se eu cumprir 150, 200 não recebo a mais por isso. O repasse não aumenta, o crédito que a gente fica é na moral mesmo, de ter conseguido uma gestão que atendeu além do contratualizados. Eficiência na utilização do recurso público.* (GI09).

> *[...] dificuldade grande é de efetivamente ressarcir aquilo que é feito, por que? O contrato foi pensado para uma contraprestação financeira equivalente a uma unidade que tivesse 90% de ocupação, vivemos com superior a 100% desde o dia 1 de funcionamento do hospital. Transitamos por 112, 114, 115, 116% de ocupação e isso leva a uma necessidade de ressarcimento. [...] Necessidade de ressarcimento, que a gente chama de reequilíbrio econômico financeiro.* (GI01).

[...] nós estamos com valores que acumulam um déficit hoje de quase dezoito milhões de reais. Isso está nos deixando preocupados' e GI01 reforça 'esse reequilíbrio econômico financeiro hoje está num delay muito grande. A gente recebe valores que estão a mais de um ano para trás desse reequilíbrio, então isso dificulta. (GI06).

Segundo esses gestores, entretanto, o referido equilíbrio amenizaria o problema do *deficit* financeiro, já que pressupõe reajuste no valor pago pelo serviço prestado, com repactuação das metas contratuais. Contudo, esse fato não é uma realidade.

Prosseguindo com a categoria de análise autonomia financeira, as falas permitiram reconhecimento de dois núcleos de sentido, quantitativamente diferente da GD, mas com significados semelhantes. O primeiro foi autonomia financeira parcial, tendo em vista que os gestores alegaram ter autonomia em alguns aspectos,

Bem, a autonomia é na questão da prestação do serviço. Autonomia para mexer na estrutura física, na aquisição de equipamentos a gente não tem. Isso é atribuição exclusiva da Sesab. (GI09).

Não, a tomada de decisão aqui dentro no momento é minha! Mas, foi como falei, a gente não pode comprar, a gente administra mais a gente não compra. (GI10).

Com relação ao núcleo autonomia financeira total, alguns entrevistados informaram que a possuem; entretanto, está vinculada à prestação de contas com o ente contratante que é o Estado. Ademais, outra exigência, também citada pela GI, é a necessidade de cumprimento de metas e uma espécie de tutela à autonomia, Como se percebe nas falas adiante:

[...] aqui, uma coisa que a gestão do hospital tem é autonomia! (GI01).

Nós temos autonomia, agora ela é policiada, certo? Temos que fazer uma prestação de contas mensal, no relatório de informação hospitalar! (GI02).

A Sesab não interfere em nada. Ela nos cobra metas, mas como vamos fazer é problema nosso, ela não exige que a gente faça de um jeito A ou B, nós definimos. Autonomia total, inclusive com relação a contratação de pessoas. (GD06).

Ao analisar a categoria processo decisório, assim como na gestão direta, os núcleos de sentidos se concentraram em enfrentamento dos problemas financeiros e redução de custos. Para enfrentamento dos problemas financeiros, gerados principalmente pelo atraso nos repasses e defasagem contratual, a tática mais citada foi o empréstimo bancário, utilizado para garantir o pagamento de recursos humanos e prestadores de serviço em tempo.

Para gente, na condição de obras sociais, conseguimos gerir isso através de empréstimos. Então, conseguimos alocar outros recursos e vamos conseguindo fazer esse jogo financeiro, mantendo a estrutura e o serviço funcionando sem atraso de profissional. Então, mesmo com os atrasos nos repasses por parte do estado, a instituição não atrasa nem pagamento de salário, nem pagamento de fornecedor. (GD09).

[...] nós estamos implantando um programa, temos que dar uma enxugada em quase quinhentos mil reais de despesa mensal e vamos conseguir. Vamos desativar uma série de ações que existem aqui para não mexer com a assistência direta ao paciente, porque chegou um ponto insustentável. (GD06).

Como relatado acima, sobre a redução de custos, entende-se como sendo necessária a sua realização por parte dos gestores que buscam se organizar internamente. Um exemplo foi a elaboração de um programa baseado na priorização de ações estratégicas.

Discussão

A leitura e análise das entrevistas permitiram identificação de aspectos comuns e diversos da complexidade do financiamento da rede

hospitalar da Bahia, de 2007 a 2014. Sobre a categoria recursos financeiros, os modelos de GD e GI se assemelharam quanto ao sofrimento com o subfinanciamento e atraso nos repasses, apontados como um dos maiores problemas da gestão. O financiamento insuficiente é um dos inúmeros conflitos que dificultam o cumprimento dos objetivos dos hospitais de forma qualificada, sendo necessário vencê-lo[25].

Já sobre as diferenças, a GD enfrentou as restrições de gastos, enquanto a GI buscou cumprimento de metas para não ter cortes em seu orçamento e também apontou para a necessidade de reequilíbrio econômico financeiro dos contratos. O contrato de gestão é um instrumento de controle das entidades, fixação de responsabilidades e metas públicas, contendo uma parte fixa e outra variável, condicionadas aos cumprimentos de metas de produção e qualidade respectivamente[26].

> Esse mecanismo de repasse é coerente com a lógica da organização do SUS, pois o provedor de serviços, o hospital, passa a trabalhar na perspectiva da realização dos serviços que tragam a melhor resolubilidade, e não mais na lógica da remuneração pela tabela SUS[27(254)].

Esse modelo se diferencia da administração direta, pois o não cumprimento das metas implica cortes nos repasses financeiros, criando assim um estímulo à eficácia e à eficiência, mas descontentamento nos(as) gestores(as), que referiram que muitos problemas, principalmente gerados pela falta de infraestrutura, estavam fora da sua governabilidade.

Sobre o reequilíbrio financeiro, fala que é um conjunto de mecanismos jurídicos que permitem restabelecer o equilíbrio original entre os encargos do contratado e a retribuição do contratante, favorecendo ambas as partes. Observa ainda que esse reequilíbrio pode ser gerado pelo aumento da inflação ou por acontecimentos previstos e imprevistos[28].

Com relação à categoria de análise autonomia financeira, a GD oscilou entre não ter autonomia, ter parcialmente e ter total autonomia. O que chama a atenção é o fato de, no mesmo modelo de gestão, haver opiniões tão distintas sobre o mesmo aspecto, podendo ser provocadas pelas diferentes concepções dos(as) gestores(as) sobre o termo autonomia financeira. Para a gestão indireta, a existência de autonomia financeira foi clara, sendo limitada apenas por questões previstas em contrato, como a necessidade de prestar contas e a impossibilidade de alterar a estrutura física das unidades e fazer aquisições de equipamentos, sendo estas responsabilidades do Estado.

O estudo apresentou que entre as unidades hospitalares, com modelos de gestão distintos, a autonomia financeira se estabelece em maior grau para GI e menor para GD. Essa evidência converge com outras pesquisas, quando afirmam que em um extremo, com menor autonomia, estão os estabelecimentos com administração direta, e no mais autônomo, as entidades empresariais, equivalentes à GI, segundo natureza jurídica. A baixa autonomia conferida à GD, em relação à GI, é uma questão central no SUS[26].

Por último, na categoria processo decisório, os modelos foram semelhantes com relação à necessidade de reduzir custos e ao enfrentamento de problemas financeiros, mas, é importante ressaltar que as táticas utilizadas para isso foram distintas entre eles e descritas anteriormente nos resultados. Com a atual situação do financiamento hospitalar, faz-se necessário controlar e reduzir custos dentro do possível. Contudo, essa redução não deve comprometer a qualidade do serviço prestado, "o que é adequado, racional e inteligente é gastar o necessário para se assegurar uma assistência de boa qualidade"[28(844)].

Para GD, também foi identificada a questão da otimização na alocação dos recursos, objetivando empregá-los da melhor forma e responder devidamente aos órgãos de controle.

Considerações finais

O estudo apresentado permitiu reconhecimento dos marcos normativos do financiamento do SUS, da CFB/1988 até os dias atuais. No decorrer dessa linha do tempo, foi possível constatar que o Sistema sempre enfrentou sérios desafios com relação ao seu financiamento. Baseado em dados empíricos, cumpriu-se o objetivo de identificar e analisar os desafios desse financiamento, relacionado especificamente com a capacidade de gestão direta e indireta dos serviços hospitalares da rede própria do SUS. Para tanto, adotou-se o caso SUS Bahia, entre 2007 e 2014. Foi oportuno o estabelecimento de categorias de análises comuns aos dois modelos de gestão, contudo, os núcleos de sentidos que emergiram das falas ora apresentaram semelhanças, ora diferenças.

A partir do referencial teórico da capacidade de gestão, segundo o TFM, a gestão por operações foi elemento-chave para reconhecer a responsabilidade gestora e criativa dos administradores hospitalares com GD e GI. Eles sempre apontaram busca de diversas estratégias para enfrentamento dos problemas financeiros, na intenção de minimizar prejuízos assistenciais à população. Fato que, de certo modo, relaciona-se com a responsabilidade do gestor com a eficiência e eficácia do serviço prestado, levando em consideração a preocupação em empregar corretamente os recursos públicos, com o emprego de medidas para reduzir custos e otimizar a alocação deles.

Quanto ao cumprimento de metas contratuais pactuadas, somente as falas dos gestores por GI as apontaram como essenciais, principalmente por elas serem parte estruturante dos contratos de gestão e de concessão, efetuando-se como ferramentas de controle do Estado sobre a OS e a PPP. Com ela, portanto, exige-se alcance de metas qualitativas e quantitativas, sob pena de descontos nos repasses, caso não sejam cumpridas.

Assim, o estudo apresenta relevância analítica, levando a acreditar o quão importante é a gestão criativa e responsável financeiramente, para enfrentar as complexidades impostas pelo financiamento à capacidade de gestão hospitalar na rede própria do SUS Bahia. Como todo estudo, este também tem limites. Nesse sentido, aponta-se a necessidade de novas investigações que aprofundem o planejamento e execução orçamentária na atenção hospitalar. ■

Referências

1. Coelho TCBC, Scatena JHG. Financiamento do SUS. In: Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 271-286.

2. Mendes A, Funcia FR. O SUS e seu financiamento. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; 2016. p. 139-168.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: atenção hospitalar [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2017 maio 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf.

4. Santos TBS, Sales SO, Vieira SL, et al. Contornos da Administração Pública e repercussões no Âmbito Hospitalar: problemáticas, objetos e perspectivas. In: Teixeira CF, organizadora. Observatório de Análise Política em Saúde: abordagens, objetos e investigações. Salvador: Edufba; 2016. p. 397-430.

5. Teles AS, Coelho TCBC. Evolução do Financiamento da Saúde no Brasil. In: Teles AS, Coelho TCBC. Financiamento da Saúde: abrindo a caixa preta. Feira de Santana: UEFS; 2016. p. 24-34.

6. Santos RJM, Luiz VR. Transferências federais no financiamento da descentralização. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; 2016. p. 169-204.

7. Barros, MED, Piola SF. O Financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; 2016. p. 101-138.

8. Brasil. Constituição (1988). 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 [internet]. [acesso em 2017 maio 18]. Diário Oficial da União. 15 dez 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.

9. Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. SUS Legal: Conasems, Conass e Ministério pactuam novo modelo de repasse de recursos do SUS [internet]. Brasília, DF: Conanems; 2017 [acesso em 2017 maio 18]. Disponível em: http://www.conasems.org.br/sus-legal-conasems--conass-e-ministerio-pactuam-novo-modelo-de--repasse-do-sus.

10. Funcia FR. Nota introdutória sobre a nova portaria da CIT que trata das transferências do SUS fundo a fundo [internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2017 [acesso em 2017 maio 18]. Disponível em: http://cebes.org.br/2017/01/nota-introdutoria-sobre-a-nova--portaria-da-cit-que-trata-das-transferencias-sus--fundo-a-fundo.

11. Marques RM, Piola SF, Ocké-Reis CO. O financiamento do SUS numa perspectiva futura. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; 2016. p. 247-258.

12. Carvalho DMT. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. Ciênc. Saúde Colet. [internet] 2007 jul-ago [acesso em 2017 maio 20]; 12(4):879-892. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400010.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo- se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) [internet]. [acesso em 2017 maio 20]. Diário Oficial da União. 30 dez 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html.

14. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Hospitais Estaduais [internet]. [acesso em 2018 fev 22]. Salvador: Secretaria da Saúde; [data desconhecida]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/atendimento-ao-cidadao/hospitais.

15. Teixeira C, Silveira P. Glossário de análise política em Saúde. Salvador: Edufba, 2016.

16. Santos TBS. Modelos Alternativos de Gestão na Atenção Hospitalar do SUS Bahia [tese]. [Salvador]. Universidade Federal da Bahia; 2014. 217 p.

17. Revista Baiana de Saúde Pública. Plano Estatual de Saúde, 2008-2011 [internet]. 2009 [acesso em 2018 fev 22]; 33(1):13-87. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33nsupl1/a001.pdf.

18. Revista Baiana de Saúde Pública. Plano Estatual de Saúde, 2012-2015 [internet]. 2012 [acesso em 2018 fev 22]; 36(1):1-165. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36nSupl_1/a3491.pdf.

19. Revista Baiana de Saúde Pública. Plano Estatual de Saúde, 2016-2019 [internet]. 2016 [acesso em 2018 fev 22]; 40(3):1-124. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Plano-Estadual-de-Saude_Revista40-Sup3-2016-PES2016-2019.pdf.

20. Barreto LD, Freire RC. Tendências da atenção hospitalar no SUS da Bahia: uma análise de 2006 a 2009. Rev Baiana de Saúde Pública. 2011 abr-jun; 35(2):334-347.

21. Machado JP, Martins M, Leite IC. O mix público--privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. Saúde debate. 2015 dez; 39(esp):39-50.

22. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

23. Gil AC. Estudo de caso: fundamentação científica, subsídios para coleta e análise de dados, como redigir o relatório. São Paulo: Atlas; 2009.

24. Matus C. Los cinturones del gobierno. Caracas: Fondo Editorial Altadir; 1997.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: atenção hospitalar [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2018 fev 26]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf.

26. Ferreira Junior WC. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. Rev. Administração Pública [internet]. 2003 fev [acesso em 2018 abr 22]; 37(2):243-264. Disponível em: http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6486.

27. Medeiros RM. O reequilíbrio econômico-financeiro do contrato administrativo de prestação de serviço de limpeza [monografia] [internet]. Rio de Janeiro: Escola de Administração Judiciária; 2005. 46 p. [acesso em 2018 abr 22]. Disponível em: http://www.tjrj.jus.br/c/document_library/get_file?uuid=11297ce8-237a-4070-a485-8323dcdfd8dd.

28. Rehem R. Os hospitais e a nova realidade. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2007 [acesso em 2018 abr 20]; 12(4):840-848. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v12n4/03b.pdf.

O financiamento federal da Atenção Básica segundo regiões: transferências para municípios brasileiros, 2008 a 2016

Federal funding of Primary Health Care by region: The transfers to Brazilian municipalities

Amana Santana de Jesus[1], Ana Luiza Queiroz Vilasbôas[2]

RESUMO O presente estudo teve como objetivo descrever a distribuição das transferências federais para Atenção Básica no Brasil via repasse aos municípios, segundo regiões, entre os anos de 2008 e 2016. Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo, cuja fontes de dados incluíram os sítios eletrônicos do Fundo Nacional de Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foram calculadas frequência simples e relativas que permitiram a descrição e análise dos dados. O financiamento federal para a Atenção Básica dos municípios aumentou em 27% em valores reais no período estudado. Todas as regiões registraram aumento no volume dos repasses federais. O Bloco da Atenção Básica foi o segundo em volume de recursos financeiros alocados para a maioria das regiões brasileiras. Os municípios das regiões Norte e Nordeste apresentaram as maiores médias de valor per capita destinadas à Atenção Básica, respectivamente R$ 94,80 e R$ 116,70. Assim, observou-se uma ampliação de recursos destinados à Atenção Básica, sugerindo uma política de priorização deste nível de atenção por parte do Ministério da Saúde, ocorrida de forma mais significativa nas regiões mais pobres do País.

PALAVRAS-CHAVE Financiamento da assistência à saúde. Atenção Primária à Saúde. Alocação de recursos para a atenção à saúde.

ABSTRACT *The purpose of this study was to describe the distribution of federal transfers to Primary Health Care in Brazil, by onlending to municipalities, according to regions, between 2008 and 2016. This is a descriptive and quantitative study whose data sources included the sites of Fundo Nacional Saúde and the Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Simple and relative frequencies were calculated to allow the description and data analysis. Federal funding for Primary Health Care of municipalities raised during the studied period (27%). Likewise, all regions showed an increase in the volume of federal transfers. The Primary Care Block was the second in volume of financial resources allocated to most brazilian regions. The municipalities from the North and Northeast regions presented the highest averages of per capita value for Primary Care, respectively R$ 94.80 and R$ 116.70. Thus, there was an increase in resources allocated to primary health care, suggesting a policy of prioritizing this level of care by the Nacional Department of Health, which occurred more significantly in the poorest regions of the country.*

KEYWORDS *Healthcare financing. Primary Health Care. Health care rationing.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *amana.santana@gmail.com*

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *analuvilas@gmail.com*

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), constituído como um sistema universal e descentralizado, opera sob responsabilidade dos três entes federados, que compartilham seu financiamento. Desde o seu surgimento, sucederam-se alterações em fontes de receitas, impostos e contribuições sociais, na busca de garantir recursos estáveis e suficientes para seu funcionamento. As condições de financiamento do SUS influenciaram diretamente o processo de descentralização da política de saúde no Brasil, e a política de Atenção Básica (AB) ilustra bem essa questão[1].

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde integrou o campo da proteção social no País, juntamente com a previdência e a assistência social. Assim, seu financiamento foi definido pela vinculação de impostos e contribuições do Orçamento da Seguridade Social (OSS), inicialmente prevista a vinculação de 30% destes recursos. Todavia esse percentual não foi cumprido devido às restrições ao financiamento de políticas públicas à época da crise econômica. Entre 1997 e 2007, vigorou um novo tributo denominado Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que, em seu período de vigência, representou 30% do total de recursos federais para a saúde. Não obstante, a destinação dos seus recursos não se deu exclusivamente para a saúde[2].

O processo de descentralização de ações e serviços de saúde iniciou-se no Brasil, de fato, com a implementação das Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOB 1/93, NOB 1/96) que definiram critérios para transferência de recursos financeiros e de infraestrutura da União para estados e municípios[3]. A NOB 93 criou a modalidade de repasse fundo a fundo, com transferências federais feitas de forma regular e automática na perspectiva de fortalecer o processo de municipalização[4]. Entre os avanços introduzidos pela NOB 96, destaca-se a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), pelo qual se destinavam os recursos de ações e serviços de assistência básica para os municípios de gestão plena da AB, um grande avanço, pois atribuía valores per capita para AB, marcando uma redistribuição mais equitativa de recursos[5-7].

Sinais de uma maior estabilidade do financiamento da saúde iniciaram-se com a expedição da Emenda Constitucional (EC) 29, criada em 2000, a qual estabelecia o volume mínimo a ser aplicado à saúde anualmente pela União, estados e municípios. A regulamentação dessa emenda só ocorreu em 2012, por meio da promulgação da Lei Complementar nº 141, que avançou na definição das despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)[8]. Em 2015, houve a promulgação a EC 86, que definiu o escalonamento dos recursos do orçamento da União destinados à saúde nos cinco anos seguintes ao da sua promulgação. Assim, a aplicação mínima em saúde a partir do primeiro ano seria de 13,2%; 13,7%; 14,1%; 14,5%; e, 15% da receita corrente líquida[9].

As transferências intergovernamentais são fundamentais para o financiamento do SUS dos municípios e estados brasileiros. Nas diferentes regiões do País, as transferências provenientes dos estados e União correspondem às principais fontes de receitas correntes municipais vinculadas à saúde[1,10].

Novas regras para o financiamento da saúde foram estabelecidas por intermédio da Portaria nº 204, de 2007, que definiu as transferências de recursos federais na forma blocos de financiamento, a saber: AB; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS[11] e Investimentos na rede de serviços de saúde, criado em 2009[12]. Nessa modalidade de financiamento, o Bloco da Atenção Básica (BLATB) é constituído por dois componentes: o Piso de Atenção Básica Fixo (PAB fixo), que se refere a um valor fixo per capita a ser destinado às ações de assistência básica da população, e o Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), que inclui distintos

incentivos financeiros federais a partir da adesão a programas e estratégias[11].

Ao se considerar que o governo federal é o principal agente definidor da política de saúde no Brasil, nos últimos anos, observam-se esforços no sentido de mudanças no modelo de assistência à saúde por meio da priorização da AB, especialmente com os incentivos financeiros para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs)[13]. O destaque para a AB também pode ser observado mediante despesas do Ministério da Saúde. Entre os anos de 1998 e 2003, do total de despesas do Ministério, a parcela da AB ampliou de 15,68% para 25,68%[4]. Ademais, os programas de AB, representados pelo PAB Variável, são considerados uma das transferências mais dinâmicas e predominantes na última década[1].

A distribuição dos recursos federais para a expansão das ações de AB tem favorecido as regiões e segmentos populacionais com maiores necessidades de saúde[14]. Embora as políticas de incentivos financeiros tenham promovido a expansão dessas ações, ainda existem problemas e contradições. As políticas determinadas pelo Ministério da Saúde muitas vezes desconsideram a grande heterogeneidade dos municípios brasileiros, não sendo flexíveis para adequação às condições locais[15].

Na literatura, há registro de trabalhos sobre o financiamento da Atenção Básica à Saúde, destacando-se aqueles que tratam da política de financiamento da AB das três esferas federativas, com ênfase em programas específicos, a exemplo do PSF, PAB, Pacs[13,15-21]. Outros tratam do desempenho municipal da alocação de recursos na AB utilizando o parâmetro da eficiência técnica[22] e da alocação equitativa dos recursos federais do SUS para AB[23].

O conhecimento sobre a distribuição de recursos federais entre diferentes estados e regiões do País pode contribuir para a delimitação de proposta sobre critérios alocativos mais equânimes para a saúde[14]. Assim, o presente estudo objetiva descrever a distribuição das transferências de recursos federais para AB no Brasil via repasse aos municípios, segundo regiões, entre os anos de 2008 e 2016. Para isso, comparou-se a proporção dos recursos federais transferidos para AB em relação aos demais blocos de financiamento, e se descreveu a distribuição total e per capita dos recursos transferidos para AB no período estudado.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo, que teve como fonte de dados o sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Os dados de estimativa populacional foram obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O FNS é o gestor financeiro dos recursos federais destinados ao SUS. Em seu sítio eletrônico, são disponibilizadas informações relativas ao custeio e investimento no âmbito do SUS, por meio de consultas de pagamentos, convênios, entre outros dados, para estados e municípios[24]. A coleta dos dados secundários foi realizada no FNS mediante o tipo de consulta intitulada 'Consulta de pagamento consolidada', que disponibiliza o total de repasse federal por blocos de financiamento paras os municípios brasileiros segundo unidade federativa e ano. Consideraram-se os dados da coluna 'valor total' da busca.

Os anos de 2008 a 2016 foram escolhidos como recorte temporal por se tratar de dois períodos de vigência do Plano Plurianual de Ação (PPA) – de 2008 a 2011 e de 2012 a 2015 – e pela disponibilidade dos dados nas fontes oficiais públicas do FNS e IBGE. A inclusão do ano de 2016 deve-se à mudança na gestão federal que pode ter alterado a composição das transferências de recursos para os municípios.

Para fins de análise, os dados de transferências federais, por meio dos blocos de financiamento, foram desagregados segundo as cinco regiões geográficas: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Com a finalidade de comparar os dados na série temporal selecionada, os valores absolutos foram deflacionados utilizando o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), para o ano base de 2016, último ano do estudo, indicados nas tabelas e gráficos como 'valor real'. Os dados foram tabulados em planilhas do Microsoft Excel® segundo ano de transferência e classificados segundo bloco de financiamento e região. Foram calculadas frequência simples e relativas que permitiram a descrição e análise dos dados. O cálculo do valor per capita para a AB segundo região foi obtido pela divisão do valor total de recursos do BLATB (PAB Fixo e Variável) transferidos pelo Ministério da Saúde aos municípios segundo a população total de cada uma das cinco regiões geográficas e do total do País.

Resultados

O financiamento federal para todos os blocos de financiamento dos municípios brasileiros evoluiu entre os anos de 2008 e 2016, com um crescimento significativo, em valor nominal, de aproximadamente 123,9%, passando de cerca de R$ 22 bilhões para R$ 50 bilhões respectivamente. No entanto, nota-se que, em valores reais, esse crescimento se reduz para 28,7%, passando de cerca de R$ 41 bilhões para R$ 53 bilhões *(tabela 1)*.

Tabela 1. Transferências federais para municípios segundo bloco de financiamento, valor nominal e real, 2008 e 2016

Blocos de	2008			2016		
Financiamento	Nominal	Real	%	Nominal	Real*	%
BLATB	6.833.686.815,82	14.020.187.060,69	30.4	16.705.601.078,48	17.804.828.961,22	33.2
BLMAC	14.117.584.465,18	24.964.734.489,43	62.8	28.070.580.768,11	29.917.623.859,83	55.8
BLVIG	863.091.033,74	1.526.241.160,50	3.8	2.112.070.169,84	2.251.044.302,53	4.2
BLAFT	574.361.831,33	1.015.668.838,77	2.6	1.018.247.459,26	1.085.248.101,35	2.0
BLGES	50.746.946,82	86.414.924,27	0.2	34.347.937,94	36.608.030,88	0.1
BLINV	0,00	0,00	0.0	2.322.893.184,92	2.475.739.463,57	4.6
OUTROS	48.500.000,00	85.764.798,20	0.2	76.284.361,78	81.303.869,73	0.2
Total	**22.487.971.092,89**	**41.699.011.271,85**	**100**	**50.340.024.960,33**	**53.652.396.589,12**	**100**

Fonte: Elaboração própria. FNS, 2017.

*Valores deflacionados para 2016 segundo o INPC.

BLATB - Bloco de Atenção Básica

BLMAC - Bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

BLVIG - Bloco de Vigilância em Saúde

BLAFT - Bloco de Assistência Farmacêutica

BLGES - Bloco de Gestão do SUS

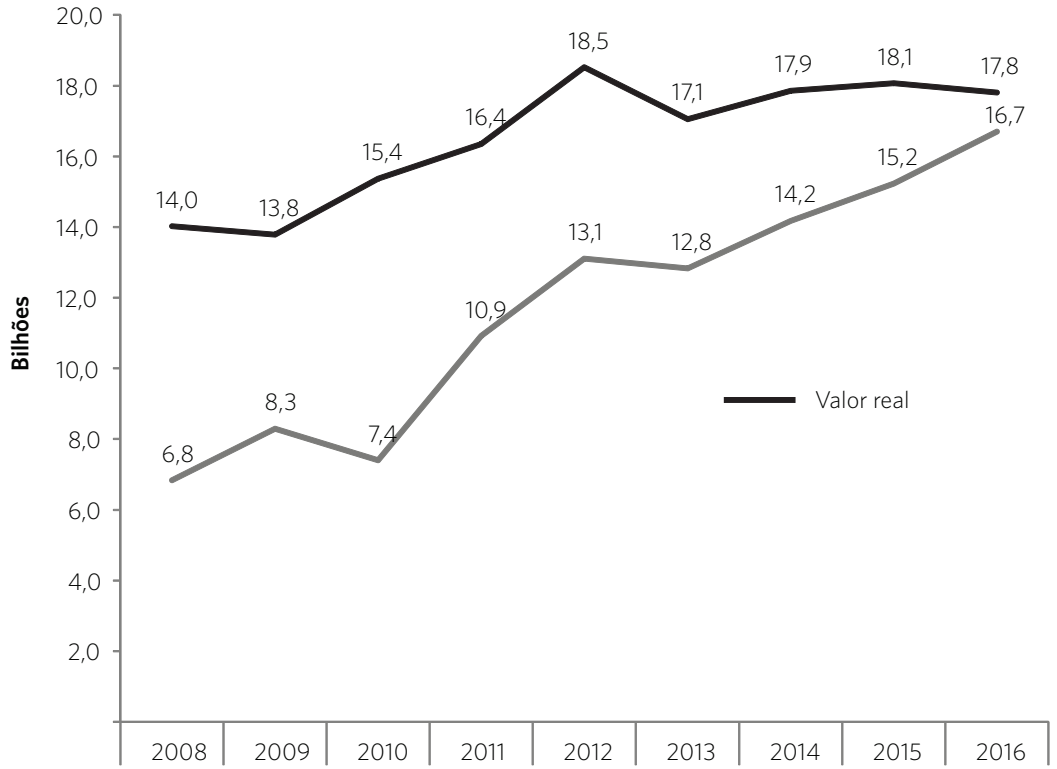
BLINV - Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde.

Ao analisar o BLATB, em 2008, este representou 30,4% do total alocado, configurando-se como o segundo maior bloco de alocação dos recursos federais para municípios, logo após o Bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (BLMAC) (62,8%). No último ano analisado (2016), esse comportamento se manteve, e o BLATB representou 33,2% do total.

Sobre a evolução do financiamento do BLATB, em valores deflacionados, nota-se que os recursos federais transferidos para

AB aumentaram ao longo dos anos, registrando um crescimento de 27%, partindo de R$ 14.020.189.068,69, em 2008, para R$ 17.804.830.977,22, em 2016. Destaca-se que o crescimento mais expressivo ocorreu de 2011 para 2012, cujos repasses aumentaram em 6% (*gráfico 1)*. Entre os anos de 2008 e 2012, essas transferências totalizaram R$ 105.492.491.114,62 em valor nominal e R$ 148.822.619.313,53 em valor real.

Gráfico 1. Evolução do financiamento federal para AB no Brasil em valores reais e nominais, 2008 a 2016 (em bilhões)

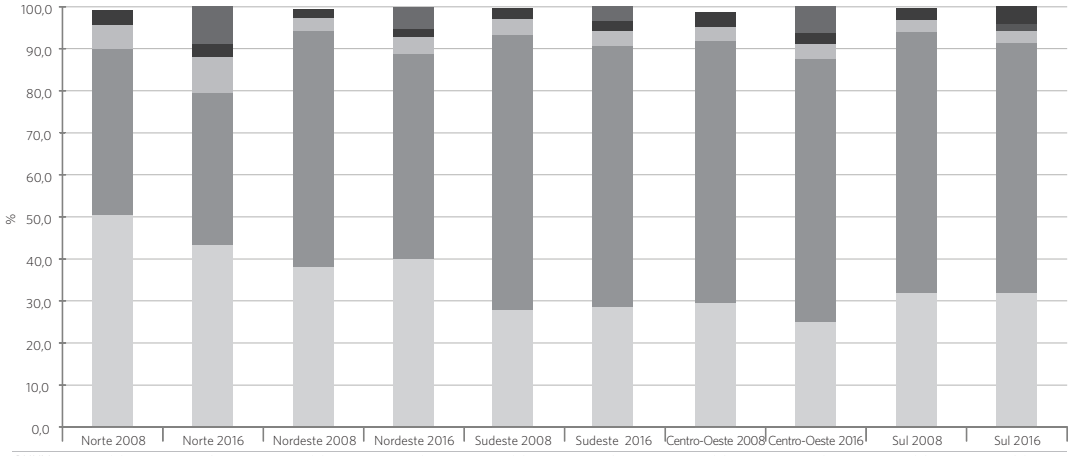


Fonte: Elaboração própria. FNS, 2017.

Ao desagregar os dados segundo regiões geográficas, observa-se que predominam nas regiões brasileiras o financiamento da Média e Alta Complexidade (MAC), em detrimento dos demais blocos de financiamento, o que pode se relacionar com o modelo assistencial hegemônico no SUS, o denominado médico-assistencial privatista, em que os procedimentos individuais centrados no atendimento especializado e hospitalar são valorizados em detrimento das ações de AB. Apenas na região Norte o volume transferido para a AB ultrapassou o volume destinado à MAC, representando 50,7%, em 2008, e 43,5%, em 2016, do total transferido para os blocos de financiamento. Em seguida, os municípios da região Nordeste receberam a segunda maior proporção de recursos federais destinados à AB, 39,5% em 2016. Destaca-se que o Nordeste foi a única região que registrou aumento da proporção do financiamento da AB quando comparados os anos de 2008 e 2016 em relação aos demais blocos de financiamento *(gráfico 2)*.

Por outro lado, as regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentaram o percentual mais baixo de recursos federais para o BLATB, 28,7% e 25,2% respectivamente em 2016.

Gráfico 2. Percentual de recursos federais destinados aos blocos de financiamento, segundo região geográfica, 2008 e 2016



	Norte 2008	Norte 2016	Nordeste 2008	Nordeste 2016	Sudeste 2008	Sudeste 2016	Centro-Oeste 2008	Centro-Oeste 2016	Sul 2008	Sul 2016
BLINV	0,0	8,7	0,0	5,2	0,0	3,4	0,0	5,9	0,0	3,9
BLGES	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1
BLAFT	3,4	2,9	2,0	1,9	2,4	2,1	3,4	2,2	2,4	1,7
BLVIG	5,8	8,7	3,3	4,1	3,8	3,9	3,7	4,2	3,0	3,0
BLMAC	39,3	36,1	56,0	49,2	65,4	61,8	61,9	62,4	61,8	59,4
BLATB	50,7	43,5	38,3	39,5	28,0	28,7	29,6	25,2	32,4	31,9

Fonte: Elaboração própria. Portal do Fundo Nacional de Saúde[24].

BLINV - Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde.

BLGES - Bloco de Gestão do SUS

BLAFT - Bloco de Assistência Farmacêutica

BLVIG - Bloco de Vigilância em Saúde

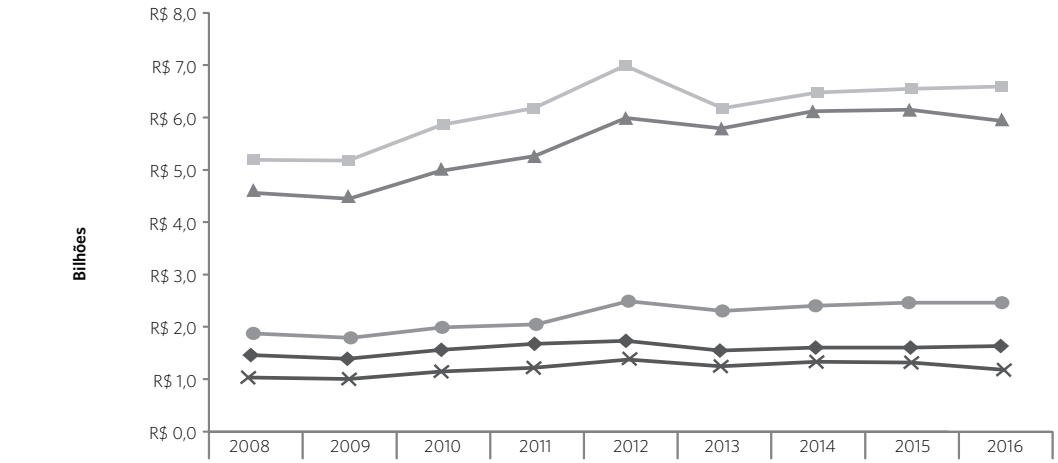
BLMAC - Bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

BLATB - Bloco de Atenção Básica

No tocante à evolução do financiamento da AB, todas as regiões registraram aumento no volume dos repasses federais no período de 2008 a 2016. Destacam-se as regiões Nordeste e Sudeste, cujos volumes reais transferidos para o BLATB foram os maiores no período estudado. Por serem as regiões mais populosas do Brasil, esse resultado pode estar relacionado com o efeito da base populacional, utilizada como critério de distribuição dos recursos da AB para o PAB fixo. A Portaria nº 1.409 (2013) determina que, para o cálculo do valor mínimo do PAB fixo, os critérios adotados incluem dois aspectos, uma pontuação que varia de 0 a 10, com base em indicadores se–lecionados (Produto Interno Bruto – PIB Per Capita, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com Bolsa Família, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica); e a base populacional a partir da estimativa da população municipais do IBGE, distribuindo os municípios em quatro grupos. O valor mínimo para os municípios do Grupo I é de R$ 28,00 por habitante (hab.) ao ano; para o grupo II, R$ 26,00 hab./ano; o grupo III corresponde a R$ 24,00 hab./ano e para o grupo IV, R$ 23,00 (hab./ano)[25].

Os municípios da região Nordeste receberam o maior volume de investimento federal para os serviços da AB. Os repasses aumentaram de R$ 5.193.793.218,94 em 2008 para R$ 6.569.111.330,46 em 2016 (26,5%). Também, a região Sudeste registrou um crescimento expressivo no financiamento da AB de 31.4%, partindo de R$ 4.538.728.867,36 em 2008 para R$ 5.962.839.319,84 em 2016 (*gráfico 3)*.

Gráfico 3. Evolução do volume de recursos federais transferidos para AB dos municípios, segundo região geográfica, 2008 a 2016 (em bilhões)



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Norte	R$ 1.426.9	R$ 1.372.4	R$ 1.519.4	R$ 1.656.5	R$ 1.729.5	R$ 1.546.5	R$ 1.584.4	R$ 1.597.2	R$ 1.597.7
Nordeste	R$ 5.193.7	R$ 5.170.1	R$ 5.814.4	R$ 6.180.9	R$ 6.996.5	R$ 6.180.2	R$ 6.459.5	R$ 6.564.2	R$ 6.569.1
Sudeste	R$ 4.538.7	R$ 4.454.9	R$ 4.958.9	R$ 5.254.4	R$ 5.976.1	R$ 5.787.3	R$ 6.117.5	R$ 6.180.2	R$ 5.962.8
Centro-Oeste	R$ 1.024.7	R$ 999.872	R$ 1.120.7	R$ 1.211.4	R$ 1.343.6	R$ 1.229.3	R$ 1.289.4	R$ 1.283.1	R$ 1.201.0
Sul	R$ 1.835.9	R$ 1.781.9	R$ 1.955.1	R$ 2.049.2	R$ 2.473.6	R$ 2.312.2	R$ 2.405.0	R$ 2.440.7	R$ 2.474.0

Fonte: Elaboração própria. FNS, 2017.

Ademais, a região Sul, que correspondeu ao terceiro maior volume de repasse federal para o BLATB, apresentou crescimento mais expressivo no período (34,8%). Ainda que a região Norte represente aquela de maior percentual de recursos federais transferidos para AB municipal, em termos de volume real, é a segunda menor região a receber financiamento para AB, após a região Centro-Oeste. Nesse octênio, não houve oscilações significativas das transferências para a AB em ambas as regiões. Em 2012, foi registrado o volume mais significativo do período, de R$ 1.729.593.711,76 na região Norte e de R$ 1.343.627.051,46 para o Centro-Oeste.

A distribuição per capita dos recursos transferidos para AB ampliou-se nos anos estudados, partindo de R$ 73,90 em 2008 para R$ 86,40 em 2016. Logo, registrou-se uma média per capita de transferências federais para AB de R$ 85,20 no período. Os anos de 2012 e 2015 registraram valores per capita mais elevados no período, R$ 95,50 e R$ 100,50 respectivamente. Destaque-se que tal variação no valor per capita total para a AB está diretamente relacionado com os repasses federais para programas específicos, a exemplo do Pacs, Estratégica Saúde da Família (ESF), Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso da Atenção Básica (PMAQ), Saúde Bucal e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf), que correspondem ao PAB Variável. Tais transferências dependem da capacidade municipal de adesão a tais programas.

Ao desagregar os valores per capita investidos na AB segundo regiões geográficas, ressalta-se que as regiões Norte e Nordeste foram as únicas que registraram valores acima da média nacional em todos os anos estudados. Das cinco regiões, apenas na região Norte ocorreu uma redução do valor per capita transferidos para a AB no período *(tabela 2)*.

Tabela 2. Transferências federais para AB: distribuição per capita dos valores repassados aos municípios segundo região geográfica, 2008 a 2016 (em valores reais)*

Regiões Geográficas	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Norte	94.2	89.4	95.7	102.9	106.0	91.1	92.0	91.4	90.2
Nordeste	97.8	96.9	109.5	115.5	129.8	110.8	115.0	159.9	115.4
Sudeste	56.6	80.8	61.7	64.9	73.3	68.5	71.9	72.1	69.0
Sul	66.8	64.3	71.4	74.3	89.2	80.3	82.9	83.5	84.0
Centro-Oeste	74.8	72.0	79.8	85.0	93.2	82.0	84.7	83.1	76.7

Fonte: Elaboração própria. População-IBGE-Estimativa de população - 2013. FNS, 2017.
*Valores deflacionados para 2016 segundo o INPC.

O Nordeste caracterizou-se como a região que recebeu o maior volume per capita de recursos federais para AB no período de 2008 a 2016, com uma média de R$ 116,70. Ademais, de 2008 para 2016, houve um aumento de 18% no valor per capita para os habitantes dos municípios nordestinos.

A região Norte apresentou uma média per capita de R$ 94,80 nesses oito anos. No entanto, de todas as regiões, apenas nela registrou-se uma redução (4,3%) do valor per capita transferido para a AB no período. O Centro-Oeste apresentou a terceira maior média per capita do período analisado, correspondente a R$ 81,20. Entre os anos de 2008 e 2016, houve um aumento de apenas 2,5% do valor per capita dos recursos transferidos para AB nessa região.

Observa-se que o Sudeste, apesar de ter se destacado pelo volume total de recursos federais transferidos para AB, quando analisado o valor per capita, ocupou a última posição entre as cinco regiões de 2008 a 2016. Registrou-se uma média per capita de R$ 68,30. No entanto, é importante destacar que, no período, houve um crescimento de 22% dos recursos federais per capita repassados pela União. A região Sul registrou uma média per capita de R$ 77,40 ano no período estudado e se destacou por apresentar um significativo incremento real investidos na AB, correspondente a 25,9%.

Discussão

No período de 2008 a 2016, o financiamento federal para os blocos de financiamento aumentou gradativamente, alcançando um crescimento de 28,7% em valor real. Igualmente, o financiamento para AB dos municípios aumentou ao longo dos anos, registrando um crescimento de 27%. O BLATB foi o segundo maior bloco de alocação de financiamento federal no período estudado, atrás do BLMAC. Isso retrata, nas regiões brasileiras, uma predominância do financiamento da MAC em detrimento dos demais blocos de financiamento, com exceção da região Norte, onde a alocação de recursos para AB foi predominante ao longo do período. Os maiores volumes de recursos federais para AB foram registrados nas regiões mais populosas, Sudeste e Nordeste. Ademais, houve um aumento da distribuição per capita dos recursos para AB no Brasil, com destaque para as regiões mais pobres, Nordeste e Norte, que receberam o maior volume per capita de recursos federais para AB no período de 2008 a 2016.

Alocação de recursos federais para Atenção Básica à Saúde

Caracterizada como a maior arrecadadora de impostos e contribuições, a esfera federal é responsável pela formulação e execução da política econômica brasileira. Logo,

a importância desses recursos cria uma relação de dependência dos demais entes para com a União. Explica-se, a partir disso, a relevância da participação das transferências federais no processo de descentralização do SUS, o que pode gerar uma influência direta na indução de políticas e programas nos estados e municípios, a exemplo das políticas e programas federais da AB[6].

O Ministério da Saúde, a partir da segunda metade da década de 1990, tem investido em instrumentos visando reorientar a reorganização da lógica assistencial do SUS nos municípios, com o marco da expansão da política de AB. No tocante a esses instrumentos, cita-se a implantação do PAB e, especialmente, o PAB Variável que ilustra esse processo; uma vez que os recursos são transferidos por meio de incentivos para adesão aos diversos programas federais, estes passavam a ser fontes complementares de receitas municipais[10].

No presente estudo, observou-se uma variação do valor per capita para AB entre as regiões, o que provavelmente está relacionado com o grau de adesão dos municípios a programas induzidos pelo governo federal, com destaque para o PSF e o Pacs. O aumento da alocação de recursos para o PAB Variável ocorreu com vistas à expansão dos incentivos financeiros repassados para a implantação do PSF locais. Esse processo de expansão do PSF se desenvolveu ao longo dos anos 2000[13,15].

As transferências federais do BLATB cresceram em 123,52% de 2007 a 2015, dados similares ao encontrado no presente estudo referente ao período de 2008 a 2016, que correspondeu a um incremento de 123,9%, ambos em valor nominal. Esses autores apontam que BLATB foi o único que aumentou a participação no total de valores repassados no período, com a justificativa da política de priorização da AB dada pelo Ministério da Saúde[6]. Destaca-se, também, um pequeno aumento na alocação para a AB entre os anos de 2011-2015, referente à política do Ministério da Saúde de fortalecimento de ações, programas ou estratégias, mediante incentivos. A maior parte dos recursos do PAB Variável, a partir das transferências federais para municípios, correspondeu à ESF e ao Pacs[13,26].

No tocante às prioridades alocativas do governo federal por níveis de atenção, assim como foi priorizado o financiamento da AB, no período de 1997 a 2001, aumentou também a participação do Ministério da Saúde nas despesas de MAC (de 28% para 61%). Ao comparar os gastos desses blocos, há uma prevalência de alocação de recursos para a MAC em comparação ao PAB Fixo, entre 1995 e 2012, com destaque para um crescimento expressivo do valor per capita relativo à MAC, partindo de R$ 121,60 para R$ 174,50, o que não ocorreu com os recursos per capita destinados para o PAB Fixo, que correspondeu a R$ 22,40 para R$ 22,60 no mesmo período[13]. Este último caracterizado como valor fixo transferido fundo a fundo para os municípios, baseia-se pelo critério populacional e contribui para o processo de municipalização da AB. Esses dados vão ao encontro dos achados do presente estudo, que destacam a predominância de alocação de recursos federais para o BLMAC em detrimento do BLATB e dos demais blocos (vigilância em saúde; assistência farmacêutica; gestão do SUS e investimentos na rede de serviços de saúde), no período de 2008 a 2012.

Distribuição regional das transferências federais para Atenção Básica à Saúde

O Brasil é um país marcado por expressivas desigualdades regionais resultantes do processo histórico de conformação política e econômica[27]. Atualmente, o território brasileiro é constituído por 5.570 municípios completamente distintos em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social e capacidade de arrecadação tributária. Isso significa que há diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde ao longo do território[6,28].

A partir desse cenário marcado pela diversidade sociocultural, desigualdade socioeconômica e singularidade epidemiológica que distinguem as regiões brasileiras, o Ministério da Saúde tem assumido o compromisso de tornar as bases de financiamento das políticas de saúde mais equitativas. A Lei Complementar nº 141/2012, que também estabelece os critérios de rateio dos recursos para a saúde, determina que a distribuição dos recursos da União para a saúde dos estados, Distrito Federal e municípios deve considerar aspectos como as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde[8], determinados também no art. 35 da Lei Orgânica da Saúde.

Estudos têm mostrado discrepâncias regionais no financiamento da AB no Brasil. O principal componente das transferências federais do SUS está voltado para a média e alta complexidade nas diversas regiões do País, com a exceção das regiões Norte e Nordeste, onde se destacam recursos para AB[10]. Ao comparar a distribuição percentual da população e dos blocos de financiamento, nota-se que as transferências federais destinadas à AB das regiões Nordeste e Norte registraram, no ano de 2014, uma proporção de recursos superior à distribuição da população, sugerindo um efeito redistributivo das transferências, o que também foi evidenciado neste estudo[2]. Em 1999, essas regiões apresentaram valores per capita para AB expressivamente superiores às demais, R$ 17,21 e R$ 16,15 respectivamente, quando o per capita médio nacional foi de R$ 14,20[14].

Dados de um estudo sobre metodologias de alocação equitativa dos recursos federais do SUS para procedimentos da AB, em 2005, apontam que os municípios das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram um PAB per capita inferior à média nacional de R$ 27,00, correspondentes a médias regionais de R$ 22,82, R$ 24,06 e R$25,14 respectivamente. Por outro lado, os municípios das regiões Norte e Nordeste registram valores muito superiores, apresentando as duas regiões médias de R$ 33,89 e R$ 31,52 respectivamente. Ademais, 97,2% dos municípios nordestinos apresentaram um PAB per capita mais alto do que a média brasileira, enquanto no Sul, 94,9% dos municípios ficaram com valor inferior à média nacional[23]. Da mesma forma, em 2011, as despesas federais per capita para AB mais elevadas permaneceram destinadas aos municípios da região Nordeste, justificado pela maior participação dos munícipios desta região nos programas ministeriais como o Saúde da Família[29].

Ao comparar os dados deste estudo com os achados referentes ao ano de 2005, cabe registrar o aumento significativo dos valores per capita para a AB no Brasil, saindo de R$ 27,00 em 2005 para R$ 100,50 em 2015. Do mesmo modo, ocorreu com a média per capita para o PAB das cinco regiões, as regiões Nordeste e Norte ampliaram de R$ 31,52 e R$ 33,89 para R$ 159,90 e R$ 91,40 em 2015 respectivamente. Além disso, para os municípios das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, que, em 2005, as médias per capita da AB eram R$ 22,82, R$ 24,06 e R$25,14, ampliou em 10 anos para R$ 72,00, R$ 83,50, R$ 83,10 respectivamente[23].

Dessa forma, observa-se que a expansão da ESF se deu de forma mais significativa nas regiões mais carentes, a exemplo das regiões Norte e Nordeste, onde estão concentrados os municípios mais pobres do país. De outro modo, na região Sudeste, as despesas federais com atenção ambulatorial de MAC são expressivamente mais altas do que nas demais, pela condição de sua distribuição de oferta. Assim, fatores como o processo de implantação e expansão do PSF e a menor capacidade de oferta de serviços do SUS de maior complexidade são algumas das justificativas para essa discrepância regional10,27.

A política de incentivos federais reverberou no aumento de poder da União na determinação da política nacional de saúde, especialmente no campo da AB. Embora

tenha sido um movimento com vistas à transformação do modelo assistencial por meio da expansão das ações e serviços desse nível de atenção, é preciso observar que essas transferências federais condicionadas podem dificultar a implantação de uma política de AB baseada nas necessidades de saúde locais, especialmente em municípios menores que não possuem receitas próprias suficientes para financiar a despesa não coberta pelo Ministério da Saúde[13].

Apesar de serem insuficientes para cobrir integralmente os custos dos programas ministeriais aderidos pelos municípios, esses incentivos, repassados pelo PAB Variável, subsidiam o custo de oferta, auxiliando no financiamento dos programas executados no âmbito local. Destaque-se que há uma complementariedade de mecanismos dos recursos federais repassados com a contrapartida de recursos próprios municipais para o financiamento da AB[30].

Considerações finais

Segundo os dados do FNS, as transferências de recursos federais para os municípios, sob a forma de blocos de financiamento, ampliou gradativamente entre 2008 e 2016, registrando um crescimento, em valores reais, de 28,7% no final do período. Da mesma forma, o financiamento federal para a AB dos municípios brasileiros evoluiu no período estudado, indicando uma política de priorização da AB por parte do Ministério da Saúde.

Cabe ainda frisar que movimentos como a aprovação da Emenda Constitucional 95, que estabelece o teto para os gastos públicos da saúde, intensifica o contexto de subfinanciamento do SUS. Logo, tem-se um modelo de financiamento inadequado para atender às necessidades de saúde dos distintos municípios e estados brasileiros, o que reflete, consequentemente, na operacionalização e qualidade da assistência básica a saúde.

Diante desse quadro, é imprescindível o acompanhamento da política de financiamento da saúde pública mediante estudos que detalhem as alocações financeiras entre diferentes estados e regiões, bem como as despesas com saúde, a fim de contribuir para a delimitação de uma distribuição de forma equânime.

Por entender a complexidade da assistência no nível da AB e pelo seu papel de porta preferencial dos usuários no SUS, sugerem-se estudos desagregados por unidades federativas que caracterizem as tendências de financiamento triparte para AB, com a finalidade de compreender o impacto dos recursos financeiros na assistência, definir incrementos na atenção primária dos municípios e contribuir para o controle social do SUS.

Almeja-se, independentemente da situação econômica em que o País se encontra, que o desenvolvimento econômico esteja a serviço do desenvolvimento social, e não o inverso, devendo a saúde ser considerada prioridade nos gastos públicos de um país tão desigual como o Brasil. ■

Referências

1. Dain S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. Ciênc Saúde Colet [internet]. 2007 [acesso em 2017 mar 18]; 12(supl):1851-1864. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700008&lng=pt&tlng=pt.

2. Piola SF, Barros ME. Financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Marques SFP, Piola SF, Roa A, organizadores. Sistema de Saúde no Brasil: Organização e financiamento. Rio de Janeiro: Abres; Ministério da Saúde; OPAS/OMS; 2016. p. 101-38.

3. Pinto I, Teixeira C, Solla J, et al. Organizações do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: Paim J, Almeia-Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 231-44.

4. Ugá MAD, Marques R. O financiamento do SUS: Trajetória, contexto e constrangimentos. In: Lima NT, Gerschman S, Edler F, organizadores. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 193-233.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 06 nov 1996. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde e disciplina as relações entre as três esferas de gestão do Sistema [internet]. Diário Oficial da União. 6 nov 1996 [acesso em 2017 fev 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html.

6. Santos RJM, Luiz V. Transferências federais no financiamento da descentralização. In: Marques SFP, Piola SF, Roa A, organizadores. Sistema de Saúde no Brasil: Organização e financiamento. Rio de Janeiro: Abres, Ministério da Saúde, OPAS/OMS; 2016. p. 169-204.

7. Aquino RA, Medina GM, Nunes CA, et al. Estratégia Saúde da Família e Reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 353-71.

8. Brasil. Lei Complementar no 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos [internet]. Diário Oficial da União 16 jan 2012 [acesso em 2017 ago 20]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm.

9. Brasil. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. [internet]. Diário Oficial da União. 18 mar 2015 [acesso em 2017 set 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm?TSPD_101_R0=e35fc52855d6a4a8fd18845ac821ffc9ix0000000000000000769269b3ffff0000000000000000000000000005ae6902400a-4d790a5.

10. Lima LD, Andrade CL. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. Cad Saúde Pública. 2009; 25(10):2237-2248.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de Janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle [internet]. Diário Oficial da União. 31 jan 2007 [acesso em 2017 mar 18]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria n° 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de

financiamento relativos a transferência [internet]. Diário Oficial da União. 23 abr 2009 [acesso em 2017 mar 28]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html.

13. Mendes Á, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. Saúde debate [internet]. 2014 [acesso em 2017 jun 05]; 38(103):900-916. Disponível em: http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.20140079.

14. Ugá MA, Piola SF, Porto SM. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciênc. Saúde Colet. 2003;8(2):417-437.

15. Marques RM, Mendes Á. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2003 [acesso em 2017 jun 06];8(2):403-15. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n2/a07v08n2.

16. Solla JJSP, Reis AAC, Soter APM, et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. Rev Bras Saúde Matern Infant [iInternet]. 2007 [acesso em 2017 ago 12]; 7(4):495-502. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519--38292007000400018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

17. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil : notas sobre a regulação e o financiamento federal. Cad Saúde Pública. 2010; 26(4):693-705.

18. Rosa MRR, Coelho TCB. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2011 [acesso em 2017 abril 2]; 16(3):1863-1873. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300021&lng=pt&tlng=pt.

19. Portela GZ, Ribeiro JM. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2011 [acesso em 2017 abril 2]; 16(3):1719-1732. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232011000300009.

20. Sobrinho JEL, Espírito Santo ACG. Participação dos entes federados no financiamento da saúde bucal de atenção básica: Estudo no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco. Saúde e Soc. 2013; 22(4):994-1000.

21. Melamed C, Costa NR. Brazilian federal financing innovations in Basic Health. Ciênc. Saúde Colet. 2003; 8(2):383-401.

22. Gonçalves MA, Maia L, Dias AT, et al. Uma análise da mudança de produtividade da alocação de recursos públicos na atenção básica da saúde em municípios da região sudeste brasileira. Rev. Ciências Adm. 2012; 14(34):60-74.

23. Mendes Á, Leite MG, Marques RM. Discutindo uma metodologia para a alocação equitativa de recursos federais para o sistema único de saúde. Saúde Soc. [internet]. 2011 [acesso em 2017 abril 12]; 20(3):673-690. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300013.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Portal do Fundo Nacional de Saúde. Competências, características, missão e forma de gestão do Fundo Nacional de Saúde [internet]. 2014 [acesso em 2017 fev 2]. Disponível em: http://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.409, de 10 de julho de 2013. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito F [Internet]. Diário Oficial da União. 11 jul 2013 [acesso em 2017 mar 18]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1409_10_07_2013.html.

26. Mendes Á, Rozsá FF. O SUS e seu financiamento. In: Marques SFP, Piola SF, Roa A, organizadores. Sistema de Saúde no Brasil: Organização e financiamento. Rio de Janeiro: Abres; Ministério da Saúde; OPAS/OMS; 2016. p. 139-68.

27. Albuquerque MV, Viana ALD, Lima LD, et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2017 [acesso em 2017 ago 6]; 22(4):1055-1064. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401055&lng=pt&tlng=pt.

28. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS [internet]. Brasília, DF: Conass; 2003 [acesso em 2017 set 28]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf.

29. Machado CV, Lima LD, Andrade CLT. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. 2014; 30(1):187-200.

30. Arias VD. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. Cad. Saúde Pública [internet]. 2011 [acesso em 2017 ago 12]; 27(6):1201-1212. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600017&lng=pt&tlng=pt.

Ressarcimento ao SUS: uma análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde por portadores de planos de saúde

SUS refund: an analysis of the profile of utilization of the Unified Health System by carriers of private health insurance

Jéssica Aguiar[1], Luís Eugênio de Souza[2]

RESUMO Este artigo tem como objetivo descrever o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) pelas operadoras de planos de saúde, segundo o volume de procedimentos e os valores correspondentes. A pesquisa se baseou em publicações da Agência Nacional de Saúde (ANS) no tocante ao volume de utilização de serviços do sistema público por beneficiários de planos de saúde e em dados coletados no Datasus da quantidade e do valor totais de internações e procedimentos, com base nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e nas Autorizações de Procedimento de Alto Custo (Apac), no período de 1999 a 2015. Esses dados foram comparados com os dados de utilização do SUS por usuários com planos de saúde. Observou-se que, em média, 36% dos procedimentos utilizados por portadores de planos de saúde foram cobrados, entre 2001 e 2015. Do total de notificações cobradas, em média, 40% foram pagas, o que representou R$ 1,2 milhão acumulado no período. O procedimento mais utilizado e mais dispendioso foi a hemodiálise II, com mais de 39 mil procedimentos (máximo de três sessões por semana) realizados em 2015. Em conclusão, pode-se afirmar que os portadores de planos de saúde utilizam do SUS, principalmente, serviços de alto custo e que o ressarcimento pago é de apenas 21,3% do valor identificado.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Saúde suplementar. Compensação e reparação.

ABSTRACT *This paper aims to describe the reimbursement to the Unified Health System (SUS) by health insurance companies, according to the volume of procedures and the corresponding values. The present descriptive study consulted the National Supplementary Health Agency (ANS) publications regarding the volume of use of the public system by beneficiaries of health insurances and their respective values. Datasus data were also collected referred to hospitalizations (Hospital Inpatient Authorization – AIH) and High Cost Procedures (Apac), from 1999 to 2015, in order to compare data with the SUS utilization by health insurances holders. As a result, it was observed that on average 36% of the procedures used by health plan carriers were charged between 2001 and 2015. Of the total charged notifications, 40%, on average, have been paid, which represented R$ 1.2 million accumulated in the period. The most used and most expensive procedure was hemodialysis II, with more than 39 thousand procedures (maximum of three sessions per week) performed in 2015. In conclusion, it can be said that those with private health insurances use the SUS to do especially high-cost services and the refund paid is only 21.3% of the identified amount.*

KEYWORDS *Unified Health System. Supplemental health. Compensation and redress.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *jessicaaguiar@hotmail.com*

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *luiseugenio@ufba.br*

Introdução

No Brasil, os planos privados de saúde são regulados pela Lei nº 9.656/98[1]. Além dela, existe a Lei nº 9.961/00[2] que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia especial do Ministério da Saúde com a função de regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades da assistência suplementar.

Entre os institutos regulatórios criados por essas leis, cabe ressaltar o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), previsto no art. 32 da Lei nº 9.656/98[1], que estabelece que os valores gastos com procedimentos realizados no SUS em pacientes cobertos por planos privados de saúde devem ser devolvidos ao Sistema pelas operadoras, desde que o serviço prestado esteja previsto no contrato.

Tal instituto é de suma importância, pois visa ao controle do mercado, evita o enriquecimento sem causa das operadoras, protege os consumidores de práticas abusivas por parte dos planos de saúde e previne o descumprimento dos contratos celebrados por parte das operadoras[3,4].

Vale registrar que tal instituto não é inovador, pois, em 1975, já existia uma norma do Instituto Nacional de Previdência Social que tinha objetivos semelhantes e previa a restituição dos atendimentos realizados por beneficiários de 'convênios de empresa' na rede financiada pelo Instituto. Essa norma, contudo, não chegou a ser implantada[4].

Desde a sua instituição, o ressarcimento foi questionado quanto à violação dos dispositivos constitucionais[4], à ilegitimidade da realização da cobrança pela ANS e da inscrição das operadoras no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (Cadin), à retroatividade da lei, aos valores para cobrança pela Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (Tunep) e à indefinição de sua natureza jurídica (imposto, contribuição ou multa). Estes questionamentos fizeram parte da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 1.931/1998[5].

Como consequência da ADI nº 1.931/98, em 2001[5], foi publicada a Medida Provisória (MP) nº 2.177-44/01 que alterou o caput e os §§ 2º, 4º, 5º, 6º e 8º do art. 32 da Lei nº 9.656/98[6]. Essa MP culminou na aprovação da Lei nº 12.469, de 2011, que incluiu o § 9º e alterou os §§ 1º, 3º e 7º do art. 32[7].

A alteração proposta no caput do artigo confere legitimidade à ANS para editar normas que regulam o instituto do ressarcimento. O § 1º sofreu alterações significativas, buscando sanar os questionamentos quanto à legalidade da Tunep e do direcionamento dos valores do ressarcimento[6].

O questionamento da legitimidade da ANS em cobrar o ressarcimento foi embasado no § 2º, que relacionava o processo de cobrança ao Ministério da Saúde. Com a alteração proposta, foi legitimada a ANS para a realização das cobranças[6].

Relativo à tabela de pagamento, o texto original do § 1º determinava que o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) aprovaria a tabela cujos valores não poderiam ser superiores à tabela praticada pelo SUS e pelos planos e operadoras. O texto atual define que a regra de valoração utilizada será aprovada e divulgada pela ANS. Para esclarecer os limites de valores, foi acrescentado o § 8º, definindo que os valores cobrados não seriam inferiores aos cobrados pelo SUS nem superiores aos praticados pelos planos e operadoras. Esses parágrafos validaram a criação da Tunep pela ANS e a tornaram um instrumento legal[7].

A alteração nos §§ 3º e 4º relacionou-se a prazos e acréscimos de juros de mora, sendo que o prazo para o pagamento dos valores foi reduzido de 30 para 15 dias[6,7].

Os §§ 5º e 6º foram acrescidos para afastar o questionamento da inscrição das operadoras de planos de saúde no Cadin em caso de inadimplência.

A inclusão do § 7º autorizou a ANS a definir o processo de glosa e impugnação[6].

A conclusão do julgamento da ADI nº 1.931/98 se deu no dia 7 de fevereiro de 2018,

quando o Supremo Tribunal Federal (STF) considerou constitucional o ressarcimento ao SUS[8].

Com essa base legal, o processo administrativo do ressarcimento começa pelo cruzamento dos dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e Autorizações de Procedimento de Alto Custo (Apac) do SUS com o banco de dados de beneficiários de planos da ANS. Em seguida, são filtrados os procedimentos, de acordo com a cobertura prevista no contrato do beneficiário do plano de saúde, para identificar casos passíveis de ressarcimento[3].

Por fim, a ANS compila o resultado desse cruzamento por três meses e notifica os atendimentos possivelmente realizados pelos beneficiários de determinada operadora por meio de um Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), que é seguido da emissão de uma Guia de Recolhimento da União (GRU). Todo o processo do ressarcimento ocorre on-line[9].

Ao receber um ABI e a GRU correspondente, a operadora pode efetuar o pagamento referente ao procedimento identificado, solicitando ou não o parcelamento do valor. Alternativamente, pode discordar da cobrança, instaurando um processo administrativo de defesa na ANS, que tramita por duas instâncias[9].

Na primeira instância, a operadora apresenta seus argumentos contra o ressarcimento solicitado em um protocolo de impugnação. Caso seja indeferido seu pedido de impugnação da cobrança, a operadora pode recorrer a uma segunda instância, em que são apresentados recursos para decisão proferida em primeira instância na ANS[3].

Em caso de não pagamento, tendo sido indeferida a impugnação, as empresas são inscritas na Dívida Ativa da União e no Cadin[3].

Até dezembro de 2007, o ressarcimento embasava-se na Tunep. Em 2008, o cálculo para o ressarcimento passou a ser embasado nos valores dos procedimentos do SUS multiplicados pelo Índice de Valoração do Ressarcimento (IRV)[9].

Os valores relacionados com o ressarcimento são recebidos pela ANS e repassados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), servindo como recursos extras para o SUS[3].

O volume de atendimentos no SUS de beneficiários de planos de saúde é significativo, tendo chegado a um total de 3.056.291 atendimentos desde 2000 até março de 2016, cerca de 200 mil atendimentos por ano. Excluindo-se os pedidos de impugnação ainda em análise e os pedidos deferidos, resta um total de 1.593.910 atendimentos considerados passíveis de ressarcimento, somando um montante de R$ 2.616.649.261,30. Deste valor, 1,2 bilhão (46%) foi repassado ao FNS, R$ 623,2 milhões (24%) foram encaminhados para dívida ativa e R$ 793,4 milhões (30%) encontram-se judicializados ou em processo de encaminhamento para a dívida ativa[3].

Haja vista a quantidade expressiva de atendimentos de portadores de planos de saúde no SUS, é útil e relevante conhecer o perfil do consumo destes no Sistema. Assim, este trabalho tem como objetivos descrever o ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde, segundo o volume de procedimentos e os valores correspondentes, observando a quantidade de procedimentos e seus valores identificados, cobrados e pagos a título de ressarcimento ao SUS identificando os principais procedimentos do SUS utilizados pelos beneficiários dos planos de saúde e calculando a proporção de procedimentos realizados para beneficiários de planos de saúde que utilizaram serviços do sistema público no total de procedimentos registrados nas AIH.

Estratégica metodológica

Trata-se de uma pesquisa descritiva, em que foram consultadas as seguintes publicações da ANS: os 'Cadernos de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS' dos anos de 2005 e 2006 e o 'Boletim

Informativo: utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS' de 2016.

O principal instrumento foi o 'Boletim Informativo', publicado no ano de 2016, sendo que dele foram extraídas as seguintes informações: número de notificações identificadas de atendimento no SUS por beneficiários de planos de saúde, valor total de atendimentos identificados, quantidade de notificações cobradas, valor cobrado, *status* das notificações (não impugnados, em análise, deferidos e indeferidos), lista dos procedimentos ambulatoriais mais utilizados por beneficiários de planos de saúde, valores repassados ao FNS, valores inscritos na dívida ativa, evolução das impugnações por ABI e evolução do pagamento por ABI. Além disso, o Boletim traz dados sobre as quantidades de procedimentos e os valores identificados, cobrados e pagos pelos principais munícipios e os valores das notificações por estado.

Dos 'Cadernos de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS', publicados nos anos de 2005 e 2006, foram extraídos dados relacionados com as notificações identificadas, cobradas e pagas dos anos de 1999 a 2001 e dados que permitiram identificar os procedimentos associados às internações mais utilizados por beneficiários de planos de saúde, como: as listas de procedimentos mais utilizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, no período de 1999 a 2004, procedimentos mais utilizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, até 2005, e quantidade de internações no SUS de beneficiários por especialidade (AIH), de setembro de 1999 a dezembro de 2005.

Do trabalho de Silva[10], denominado 'Ressarcimento ao SUS: tendência histórica e causas da baixa efetividade na cobrança', publicado no ano de 2013, foi extraído uma comparação entre a tabela SUS, Tunep e a atual forma de cobrança do ressarcimento.

Ademais, foram obtidos dados para calcular a proporção de procedimentos realizados para beneficiários de planos de saúde que utilizaram serviços do SUS, no total de procedimentos registrados nas AIH, no Datasus, no Sistema de Informações Hospitalares do SUS por local de internação. Nesse sistema de informação, foram coletados dados de produção de AIH e valores das AIH no Brasil no período de 2001 a 2015.

Para analisar esses dados, foram consultadas normas reguladoras que influenciaram as mudanças de quantidades de notificações e seus respectivos valores, bem como foram realizadas comparações com dados constantes das seguintes publicações: 'Ressarcimento ao SUS: tendência histórica e causas da baixa efetividade na cobrança'[10], 'Qual é a Magnitude Do Gasto Tributário em Saúde?'[11], 'Mensuração dos Gastos Tributários em saúde – 2003-2006'[12], e 'O Sistema de Gestão do Ressarcimento ao SUS: análise de seu desempenho no período 2011-2014'[9].

Ainda rara fins de análise, foi determinado que o valor por procedimento é igual à divisão do valor total dos procedimentos identificados pela quantidade de procedimentos identificados. Este cálculo não foi realizado no ano de 2015, pois foi o ano em que se iniciou a cobrança de juros de mora, inviabilizando sua comparação com os anos anteriores.

Para fins de comparação, foi utilizada a proporção entre as quantidades e os valores de notificações identificadas, cobradas e pagas. Ademais, foi calculada a proporção do valor identificado como utilizado por beneficiários de planos de saúde em relação aos gastos do SUS com AIH. Também foi calculada a proporção do valor repassado ao FNS em relação ao valor pago de ressarcimento. Registre-se que os valores, em reais, são aquelas correntes, não tendo sido realizado nenhum processo de deflação.

Como se trata de informações de acesso público, não foi necessária submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados/discussão

O início da cobrança do ressarcimento deu-se em setembro de 1999, as etapas do ressarcimento eram regidas pela Resolução Normativa (RN) nº 05/00[13]. Assim, a identificação de procedimentos de setembro de 1999 até janeiro de 2001 foi denominada RE 05.

Nesse sentido, na RE 05, foram identificadas 168.131 AIH, correspondendo ao valor de R$ 229.605.807,31. Destas, foram cobradas 83.736 AIH (49,8% do total), somando um montante de R$ 110.876.891,07. Das AIH cobradas, foram pagas 20.107 (24%), apresentando um valor de R$ 22.932.393,44. Por fim, 51.807 AIH (61.9% das cobradas) venceram e não foram pagas, representando um montante de R$ 71.341.585,52[13].

Em relação aos valores, 48% do total identificado foi cobrado, 20,7% do valor cobrado foi pago e 64,3% do valor cobrado não foi pago. Os 15% restantes encontravam-se em parcelamento ou em processo judicial.

Com a publicação da RN 06, em março de 2001, passou-se a realizar as cobranças por ABI de forma trimestral[13]. Nesse sentido, a *tabela 1* apresenta os dados de ressarcimento desde o primeiro ABI, em 2001, até 2015.

Pode-se observar que nos três primeiros anos, a quantidade de procedimentos era relativamente pequena. Em 2004, o número de notificações aumenta aproximadamente 80%, voltando a se reduzir pela metade em 2006, chegando a zero no ano de 2009.

Como não houve mudanças nas regras que justificassem a variação na quantidade de notificações identificadas no período de 2001 a 2008, é possível supor apenas que tenha decorrido de variações informais nas práticas de controle da ANS.

Em 2010, ocorre um aumento de mais de sete vezes, comparado a 2008. Nos anos seguintes, as notificações continuaram a crescer, apresentando o maior volume em 2014.

Pode-se atribuir esse aumento à implantação de um sistema informatizado denominado Sistema de Extração Dinâmica de Dados (Sisrel), no ano de 2009, pela Instrução Normativa (IN) nº 37[14] com o objetivo de eliminar o uso do papel e tornar o processo mais rápido, barato e eficaz[10].

Essa instrução normativa, entretanto, foi revogada no ano de 2014, alterando também o sistema utilizado e o protocolo do ressarcimento, passando a valer a IN nº 54 que instituiu o Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS (Persus)[14].

Segundo a ANS, o Persus

> possibilitou uma análise mais eficiente, econômica e célere das impugnações e recursos encaminhados pelas operadoras, evitando a utilização excessiva de papel, erros de protocolo e as cobranças indevidas[14(14)].

E reduziu cerca de "80% do tempo de operacionalização da cobrança e/ou geração dos documentos de pagamento" [3(14)].

Outro fator que pode ter influenciado no aumento de identificação é a publicação da Lei nº 12.469/11, que alterou a Lei nº 9.656/98, principalmente os artigos que tratavam do ressarcimento. Com isso, muitos dos questionamentos sobre o ressarcimento foram sanados[5-7].

O aumento, a partir de 2011, também se deve à implantação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) pela Portaria GM/MS nº 940/11. A implantação ampliou a base de dados do SUS, melhorando e aumentando o registro de atendimento, influenciando diretamente na quantidade de notificações identificadas e na qualidade da informação fornecida às operadoras[9].

Apesar de, em 2015, ter havido uma redução de notificações de procedimentos realizados em internações hospitalares, nesse ano, a ANS passou a cobrar também as Apac[3].

Ao comparar a quantidade de atendimento no SUS de portadores de planos de saúde com a quantidade de AIH aprovadas, pode-se perceber que a utilização do SUS por portadores de planos de saúde é pequena, com uma proporção variando de 0,35% a 4% da

sua produção, excluindo-se o ano de 2009 para o qual não há registros. No entanto, é relevante ressaltar que os procedimentos utilizados por beneficiários de planos de saúde são, em geral, procedimentos mais dispendiosos.

Assim como a quantidade de procedimentos teve um aumento, pode-se verificar que os valores tiveram um aumento no mesmo padrão, com um aumento significativo a partir de 2010, possivelmente devido à implantação do Sisrel, sendo que o maior valor notificado foi no ano de 2014 (R$ 1.805 milhão), o mesmo ano da implantação do Persus.

Como foi apresentado na *tabela 1*, o ano de 2009 não apresenta valores de ressarcimento possivelmente devido à implantação do Sisrel[14]. Em relação aos valores cobrados de ressarcimento, é importante lembrar que, até 2007, as cobranças eram baseadas na Tunep, que tem valores maiores do que a tabela do SUS. No entanto, a partir de 2008, o ressarcimento passou a ser cobrado a partir dos valores dos procedimentos do SUS multiplicados pelo IRV[9].

Assim como a participação dos beneficiários de planos consome uma pequena parte da produção de serviços no SUS, os valores também são uma pequena porcentagem do que é gasto com internações hospitalares. Como se pode observar na *tabela 2*, os valores identificados para ressarcimento representam entre 0,69% e 8,11% do valor total de AIH aprovadas no SUS.

Apesar de não representar proporções significativas, os valores ressarcidos exercem uma forma de controle de mercado SUS[5] ao recompor o erário, evitando, assim, o enriquecimento sem causa por parte das operadoras[4].

É relevante lembrar que a saúde suplementar recebe subsídios do poder público, como, por exemplo, a renúncia fiscal, que estimula o crescimento de oferta privada e a expansão do mercado de planos de saúde[12].

Apenas no ano de 2011, os gastos com a renúncia fiscal chegaram a alcançar 22,5% do total de recursos aplicados pelo governo federal no SUS, correspondendo a aproximadamente R$ 16 bilhões. Ressalte-se que, desse valor, R$ 7,7 bilhões correspondem a deduções relacionadas com planos de saúde[11]. Estes quase R$ 8 bilhões corresponderam, segundo Ocké-Reis[11], a 9,18% do lucro das operadoras de planos privados.

Também é importante considerar que o financiamento do SUS é escasso diante das necessidades da população[15]. Ademais, principalmente com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que congelou o orçamento federal por 20 anos (com exceção do pagamento da dívida pública), essa renúncia

Tabela 1 Quantidade de atendimento de portadores de planos privados de saúde no SUS, número absoluto de AIH aprovadas no SUS, proporção de uso do SUS por beneficiários de planos de saúde, valor das notificações identificadas no processo de ressarcimento, valor total das AIH aprovadas e proporção do gasto do SUS com beneficiários de planos de saúde no período de 2001-2015

Notificações Identificadas		AIH Aprovadas	% do uso	Valor das notificações Identificadas (R$)	Valor total das AIH Aprovadas (R$)	% do gasto
2001	82.000	12.227.236	0,67	117.000.000	5.096.155.505	2,30
2002	80.000	12.233.702	0,65	170.000.000	5.406.391.841	3,14
2003	90.000	12.094.875	0,74	136.000.000	5.861.712.487	2,32
2004	163.000	11.953.856	1,36	236.000.000	6.581.213.334	3,59
2005	167000	11.861.494	1,41	241.000.000	6.956.764.584	3,46
2006	82.000	11.721.412	0,70	118.000.000	6.998.043.548	1,69
2007	92.000	11.739.258	0,78	130.000.000	7.617.769.442	1,71
2008	39.000	11.107.155	0,35	57.000.000	8.286.055.941	0,69

Tabela 1 (cont.)

2009	0	11.511.559	0,00	0	10.124.918.629	0,00
2010	278.000	11.724.834	2,37	478.000.000	10.740.754.368	4,45
2011	341.000	11.643.468	2,93	584.000.000	11.308.412.465	5,16
2012	393.000	11.439.889	3,44	754.000.000	11.656.121.322	6,47
2013	378.000	11.520.837	3,28	827.000.000	12.698.359.918	6,51
2014	494.000	11.612.715	4,25	1.085.000.000	13.370.407.626	8,11
2015	373.000	11.638.853	3,20	612.000.000	13.787.982.842	4,44
Total	5545000000	136491063852	4,06			

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar/SUS, Brasil[3].

fiscal representa menos investimento no SUS[16].

Cabe ressaltar que, com a mudança de cobrança da Tunep para a tabela SUS multiplicada pelo IVR, em 2008.

No entanto, ao observar o valor por procedimento, que é igual a razão do valor total de notificações identificadas pelo total de notificações identificadas (*tabela 1*), nota-se que o valor por procedimento do ano de 2007 foi igual a R$ 1.413,04 e no ano de 2008, R$ 1.461,54.

Nos anos seguintes, o valor por procedimento teve um aumento. Em 2010, o valor por procedimento foi igual a R$ 1.719,43, chegando a R$ 2.196,36 em 2014.

No entanto, segundo Silva[10], houve uma redução dos valores cobrados por procedimento após a mudança da tabela de cobrança. Possivelmente, essa redução foi implantada como uma medida para reduzir o número de demandas judiciais que questionavam os valores cobrados de ressarcimento.

Ao comparar os dados das notificações identificadas (*tabela 1*) com as notificações cobradas (*tabela 3*), pode-se observar que, em 2001 e 2010, houve as menores porcentagens (de aproximadamente 7%) de cobrança das notificações identificadas. É notório um aumento de cobrança a partir de 2011, possivelmente devido à publicação da Lei nº 12.469/11 e à implantação do Sisrel.

Em contrapartida, o ano de 2015 evidenciou mais notificações cobradas que notificadas, apresentando uma proporção de 118% de cobrança das notificações identificadas, seguido pelo ano de 2014, com uma proporção de 66% de cobrança das notificações identificadas. Esse valor maior no ano de 2015 se deve ao início das cobranças de juros[3].

Em média, no período todo, cerca de 40% das notificações apresentadas foram cobradas. Portanto, é possível inferir que a maior parte dos beneficiários de planos que procura o SUS realiza procedimentos que não estão previstos ou estão fora da área de abrangência de seus contratos.

Ao confrontar os dados de valor notificado (*tabela 1*) com os dados de valor cobrado (*tabela 2*), pode-se observar que o ano em que houve uma menor proporção de pagamento foi o primeiro ano, 2001, com apenas 5% de pagamento das notificações identificadas. Assim como foi relatado acima, foram também apresentados valores de pagamento no ano de 2009, sendo que não havia dados de valores de notificações, conforme mostra a *tabela 1*.

Também foi apresentada uma proporção alta para o ano de 2015, de 116% de pagamento das notificações identificadas, pelos menos motivos apresentados, seguido pelo ano 2007, que apresentou uma proporção de 44%.

Em média, 36% dos valores das notificações apresentadas foram cobrados, sendo que essa proporção é baixa devido ao ano de 2009 apresentar o número de notificações igual a zero.

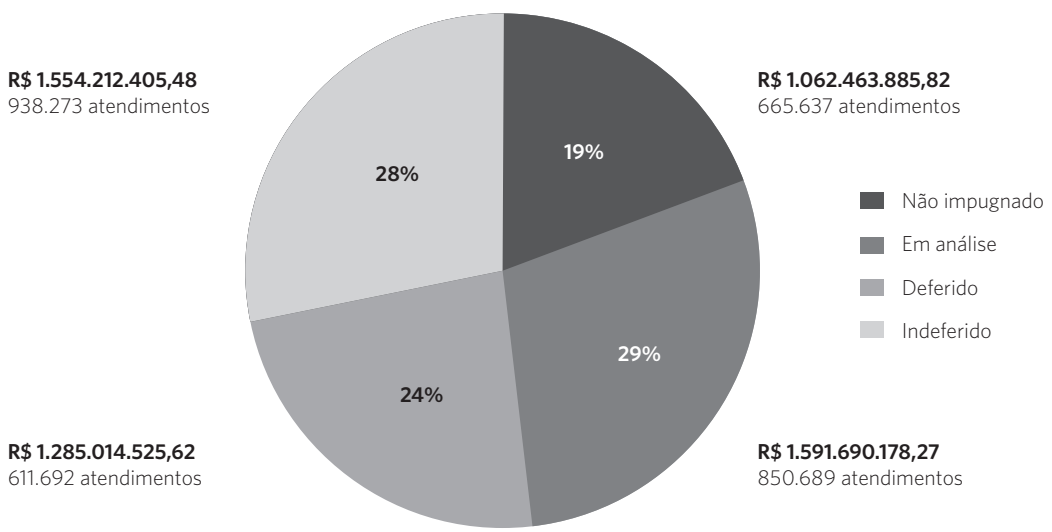
Tabela 2. Quantidade total e valor total de atendimentos realizados por usuários de planos de saúde cobrados por ano

Ano	Quantidade cobrada (Nº)	Valor cobrado (R$)
2001	5.494	6.030.000
2002	34.310	48.520.000
2003	26.338	37.650.000
2004	31.923	45.270.000
2005	40.273	56.940.000
2006	51.591	72.370.000
2007	41.121	57.260.000
2008	16.193	22.590.000
2009	8.127	11.610.000
2010	18.307	27.680.000
2011	124.101	195.260.000
2012	116.129	181.980.000
2013	214.420	343.890.000
2014	323.712	573.690.000
2015	439.485	708.990.000

Fonte: Brasil[3].

No entanto, o *gráfico 1* demonstra que, dos procedimentos passíveis de ressarcimento, apenas 19,3% não entraram com processo administrativo para questionar o pagamento; e 29% encontram-se em análise em primeira ou em segunda instância, sendo que 23,4% das notificações foram deferidas em processo administrativo, e 28,3%, indeferidas, mantendo o pagamento dos valores.

Gráfico 1. *Status* das notificações no período de 2001 a 2016



Fonte: Brasil[3].

A partir de 2015, mais precisamente da 54º ABI, a ANS também passou a identificar e a cobrar o ressarcimento de procedimentos ambulatoriais utilizados por portadores de planos privados de saúde[3].

De acordo com a ANS[3], a quantidade de procedimentos identificados mais que dobrou no período do último bimestre de 2014 para o primeiro bimestre de 2015. Além disso, é possível que o valor do ressarcimento aumente significativamente nos próximos anos, devido à inclusão dos procedimentos ambulatoriais que são mais dispendiosos.

Em relação à utilização do SUS por beneficiários nos estados brasileiros, pode-se observar que a identificação de notificações ocorre majoritariamente no estado de São Paulo (R$ 2.442,17 milhões), apresentando um montante quatro vezes maior que Minas Gerais (R$ 598,45 mil), que se encontra em segundo lugar. Do total, 64% das notificações identificadas são da região Sudeste. O estado de Roraima (R$ 2,6 milhões) representa o ente com menor quantia identificada[3].

A *tabela 3* apresenta os dados do ressarcimento em diversos municípios, com as quantidades e os valores de notificações identificadas, da cobrança e do pagamento/parcelamento.

Observa-se que, no total, 37% dos procedimentos identificados são cobrados. Sendo que os procedimentos que não foram cobrados foram aqueles filtrados e excluídos por conta da cobertura contratada pelo beneficiário ou por questões de carência, portanto, não são passíveis de ressarcimento[3].

Nesse sentido, é possível supor que os procedimentos mais dispendiosos não estão previstos no contrato dos beneficiários de planos de saúde. Assim, a maior parte dos beneficiários busca o SUS por não ter determinados procedimentos contratados com plano de saúde.

Da quantidade de notificações cobradas, 55% são pagas, correspondendo ao pagamento de 58% do valor cobrado.

Dos municípios apresentados, Fortaleza foi o aquele com a maior porcentagem de cobrança das notificações identificadas, com 52,9% delas. A menor porcentagem foi encontrada em Piracicaba, com 24,4% de cobrança das notificações identificadas.

Em relação à quantidade de notificações cobradas que foram pagas da 1º ABI até a 55º, o município de São José do Rio Preto apresentou a maior porcentagem, representando 88,6% desse pagamento. A menor porcentagem foi de Santos, com 28% de pagamento das notificações cobradas, o qual também apresentou a menor porcentagem de valor pago do valor cobrado, 31,1%.

São José do Rio Preto apresentou uma porcentagem de pagamento do valor identificado igual a 48,3%; e 98% do valor cobrado foi pago. A menor porcentagem de pagamento do valor identificado foi igual a 19,4%.

Tabela 3. Ressarcimento nos munícipios

Cidade	Notificações/Identificações		Cobrança (GRU)		Pago ou Parcelado	
	Valor (R$)	Nº	Valor (R$)	Nº	Valor (R$)	Nº
São Paulo	1.350.969.583,64	488.691	502.048.855	205.052	321.083.707	126.101
Belo Horizonte	257.421.217,11	114.488	105.541.912	55.033	46.342.883	22.781
Rio de Janeiro	241.538.371,31	140.895	108.832.702	68.453	67.510.447	42.226
Curitiba	195.272.368,77	82.894	60.762.589	31.132	28.136.403	12.813
Porto Alegre	173.607.102,84	61.823	50.721.317	22.267	23.497.097	9.723
Recife	151.357.432,32	68.432	49.325.703	25.508	26.999.068	12.262
Fortaleza	139.129.497,01	65.179	66.968.792	34.448	39.615.476	16.506

Tabela 3. (cont.)

Campinas	129.542.353,83	52.807	48.177.356	24.285	25.543.302	11.962
Ribeirão Preto	114.045.330,25	44.967	32.527.381	15.466	15.142.570	6.761
Salvador	96.939.262,57	51.642	40.550.814	22.917	25.093.363	12.627
Goiânia	60.092.552,00	28.339	22.534.894	11.968	12.898.901	6.957
Brasília	57.815.986,04	37.907	30.468.379	20.319	21.209.465	14.174
Bauru	51.833.295,81	20.733	17.246.395	7.313	9.735.152	3.586
Natal	50.007.626,85	22.274	18.073.148	8.530	10.645.090	4.597
Blumenau	47.758.924,08	8.763	11.136.239	3.631	8.962.697	2.330
São José do Rio Preto	47.307.886,90	17.580	11.758.706	5.218	5.916.449	2.304
Belém	47.096.598,50	26.083	17.698.953	9.808	6.023.034	2.887
Vitória	45.986.242,61	29.674	22.049.563	15.171	13.621.954	9.229
Campina Grande do Sul	44.377.822,60	7.412	10.383.240	2.350	5.852.351	1.169
Santos	41.552.413,52	26.652	13.248.909	8.505	4.119.681	2.379
Florianópolis	40.668.311,29	23.439	18.082.386	11.091	15.500.577	9.027
Barretos	40.253.273,46	17.852	11.643.388	6.036	5.783.592	2.890
Guarulhos	39.422.447,04	28.976	15.609.167	10.987	8.462.280	5.948
Uberlândia	39.062.455,40	18.620	13.461.479	7.258	6.696.764	3.497
Santo André	38.177.456,02	27.436	13.559.327	10.677	8.895.797	6.984
Juiz de Fora	35.527.929,98	17.010	8.773.565	4.930	5.297.017	2.692
Jau	34.330.976,58	9.384	9.392.231	3.280	5.244.584	1.706
Manaus	31.369.773,85	25.398	13.509.520	11.567	5.599.864	4.563
Joinville	30.174.844,55	14.132	13.174.145	6.796	10.908.849	5.534
Passo Fundo	29.924.014,56	8.132	7.829.385	3.065	5.383.192	2.265
Caxias do Sul	29.580.028,08	17.588	9.485.266	6.647	4.099.492	2.659
Londrina	27.057.863,85	12.083	6.917.779	3.560	2.816.889	1.537
São José dos Campos	26.388.226,14	15.093	8.536.451	6.213	4.169.805	2.873
Sorocaba	25.640.434,87	17.607	7.588.992	5.823	4.278.176	3.182
São Luís	25.296.916,86	17.001	11.230.752	7.379	4.769.644	3.288
Campo Grande	24.914.506,45	11.066	7.695.233	3.716	4.730.721	2.222
São Bernardo do Campo	23.438.306,11	20.865	8.540.986	8.282	5.536.820	5.326
Botucatu	22.113.648,33	9.265	7.205.397	3.475	5.090.995	2.394
Vila Velha	21.832.356,72	11.735	8.355.584	4.923	5.087.280	2.968
João Pessoa	21.715.632,40	13.108	9.347.707	6.182	7.395.075	4.558
São José	21.156.775,76	8.651	10.210.843	4.430	9.392.426	3.925
Piracicaba	20.973.936,77	8.479	4.059.756	2.069	2.016.460	969
Maceió	20.097.131,25	16.985	6.266.266	6.798	3.472.977	3.649
Maringá	19.926.963,50	11.130	4.007.399	2.909	1.951.845	1.476
Montes Claros	18.222.663,16	10.459	6.225.786	3.677	3.500.316	1.998

Tabela 3. (cont.)

Jundiaí	18.011.589,18	13.435	4.785.864	3.423	2.732.141	1.914
Divinópolis	17.545.461,83	10.153	6.442.909	3.852	3.709.569	2.013
Cariacica	16.717.040,19	2.983	5.104.018	1.204	4.014.625	760
Diadema	16.464.010,11	16.278	6.530.195	6.521	4.312.621	4.373
Teresina	15.994.610,05	10.353	5.917.938	3.956	3.823.963	2.418
Total	4.135.651.452,90	1.841.931	1.509.545.561	768.100	882.623.446	422.982

Fonte: Brasil[3].

Em relação ao pagamento, foi observado que, nos últimos ABI, o pagamento das cobranças está aumentando, variando de 73% de pagamento na 53º ABI a 81% de pagamento na 50º ABI.

> Embora, em termos absolutos, os valores pagos e parcelados no 54º ABI tenham crescido cerca de quatro vezes, quando comparado aos últimos quatro ABIs anteriores, o Índice de Efetivo Pagamento apresentou uma leve queda[3(20)].

Como não está disponível a evolução da cobrança e do pagamento de todo o período estudado, não é possível identificar fatores que possam ter influenciado no aumento do pagamento. No entanto, fazendo esse cálculo baseado na *tabela 3*, observa-se que, de 2001 a 2015, apenas 58% do valor cobrado foi pago, e 36,5% do valor identificado foi pago.

É possível que tanto as mudanças no protocolo de pagamento, tornando-o eletrônico, como as alterações nas leis durante o período e a possibilidade de inclusão de juros nos valores, mais recentemente, tenham contribuído para o aumento dos valores ressarcidos.

A fim de reduzir as impugnações intempestivas, a ANS[3] publicou a Norma Operativa nº 358/2014, que determinou a interposição de juros de mora mesmo durante os processos administrativos, considerando-se como marco inicial para a contagem a data do vencimento para pagamento do valor devido. Como resultado, foi possível notar uma redução das impugnações a partir da 54º ABI, que apresentou uma porcentagem de 82,4% na 50º ABI caindo para 63,9% na 54º ABI, chegando a 57,2% na 55º ABI[3].

Ao observar os valores inscritos na dívida ativa, segundo a ANS[3], o montante de R$ 623,2 milhões, ou 24% do valor cobrado, encontra-se inscrito na dívida ativa. Foi observado que, em 2010, foram inscritos na dívida ativa R$ 10,95 milhões; em 2011, R$ 35,90 milhões; e em 2012, R$ 110,10 milhões. Portanto, pode-se observar que os valores inscritos mais que triplicaram de um ano para o outro. A inscrição se manteve crescendo até o ano de 2014, apresentando um montante de R$ 195,45 milhões nesse ano, seguindo por uma redução de quase quatro vezes em 2015 (R$ 49,11 milhões). Em 2016, foi apresentado um montante de R$ 21,40 milhões, menos da metade do montante apresentado no ano anterior.

Para tratar do destino do ressarcimento ao SUS, até 2011, vigorou a Medida Provisória nº 2.177-44 que alterou o § 1º do art. 32, determinando que os valores seriam repassados à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria[6].

Segundo a ANS[17], os valores recebidos do ressarcimento ao SUS e transferidos são creditados no FNS à unidade prestadora do serviço ou à entidade mantedora, de acordo com o ato da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde.

Nesse sentido, os valores repassados, no período de 2000 a 2006, eram partilhados e destinados: ao FNS, a hospitais filantrópicos, a hospitais estaduais, a entes federativos, às

secretarias estaduais e municipais, hospitais universitários e unidades contratadas[17].

Contudo, com a publicação da Lei nº 12.469, em 2011, o destino do repasse foi alterado, passando a ser efetuado mediante crédito ao FNS[7]. De 2000 até 2010, os valores repassados diretamente ao FNS variaram de R$ 0 até R$ 21,19 milhões. Foi observado o aumento do repasse no ano de 2011, que teve um montante de R$ 76,18 milhões repassados ao FNS, chegando a R$ 399,85 milhões no ano de 2015.

Quanto à judicialização do ressarcimento ao SUS, a ANS[3] informa que aproximadamente R$ 793,4 milhões encontram-se judicializados ou em processo de inscrição na dívida ativa, até 2015, correspondendo a 30% do valor cobrado. No entanto, não foram encontrados dados sobre a variação de quantidade e valores que representem apenas as notificações que se encontram em julgamento no Poder Judiciário.

No que concerne aos principais procedimentos ambulatoriais do SUS utilizados por beneficiários de planos de saúde, encontra-se atualizada apenas uma lista, com atendimentos identificados nas 54º e 55º ABI, ou seja, nos dois primeiros trimestres de 2015, sendo os três primeiros da lista: Hemodiálise II (máximo 3 sessões por semana) – 39.209 atendimentos, correspondendo ao valor de R$ 131 milhões; Hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata avançados/supressão cirúrgica prévia (1ª linha) – 17.657, correspondendo ao valor de R$ 8 milhões; Quimioterapia de leucemia mieloide crônica em fase crônica – marcador positivo (2ª linha) – 1.306, correspondendo a aproximadamente R$ 8 milhões[3].

Segundo a ANS[3], a hemodiálise corresponde a cerca de 40% das Apac notificadas, sendo o procedimento mais utilizado e mais dispendioso.

Ao levar em consideração que cada ABI representa o consumo de três meses, observa-se o quanto os procedimentos ambulatoriais possuem um maior consumo do que as internações hospitalares, apresentando o somatório de 102.577 procedimentos no período de seis meses, elevando assim os gastos com pessoas que dispõem de planos de saúde[3].

Em relação aos procedimentos de internação hospitalar, os mais utilizados por portadores de planos de saúde no período de 1999 a 2004 estão relacionados com a obstetrícia. O procedimento mais utilizado foi o parto normal, representando 10,6% dos procedimentos identificados no período, seguido pela cesariana, com 6,3% dos procedimentos identificados, e curetagem pós-aborto, com 10,6% dos procedimentos identificados[13].

Ao observar a quantidade de procedimentos de 1999 até junho de 2006, nota-se que os mais utilizados permanecem ligados à especialidade obstétrica, psiquiatria e clínica médica.

Dos procedimentos identificadas, o parto normal permaneceu em primeiro lugar, representando 23% das notificações do total identificadas no período e 15% do total produzido do SUS. Em segundo lugar, a cesariana, com 14% das notificações do período e 5% da produção do SUS. Já em terceiro lugar, entre os mais recorrentes, estava a curetagem pós-aborto, apresentando 6% das notificações do período e 2% da produção do SUS[17].

Tabela 4. Procedimentos mais utilizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, até 2005

Procedimento	Atendimento Identificado	% em relação ao total identificado	Atendimento no SUS	% em relação ao total do SUS
Parto Normal	86.865	23,37%	10.213.830	14,97%
Cesariana	52.794	14,20%	3.542.637	5,19%
Curetagem pós-aborto	23.929	6,44%	1.399.499	2,05%
Insuficiência cardíaca	18.337	4,93%	2.192.030	3,21%
Tratamento em hospital psiquiátrico	16.130	4,34%	778.486	1,14%
Crise asmática	15.650	4,21%	2.098.991	3,08%
Diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica médica	12.560	3,38%	1.591.161	2,33%
Pneumonia em adulto	11.793	3,17%	559.725	0,82%
Intercorrências clínicas em paciente oncológico	10.552	2,84%	477.897	0,70%

Fonte: Brasil[3].

Apesar dos procedimentos relacionados com a obstetrícia serem os mais frequentes, a clínica médica foi a especialidade que teve o maior número de internações de usuários com planos de saúde, representando 30% das internações no período de 1999 a 2005. As demais especialidades são: obstetrícia, cardiologia, psiquiatria, oncologia e pediatria[13].

É importante ressaltar que o ressarcimento apenas é incidido nos procedimentos ambulatoriais e nos procedimentos de internação hospitalar. Ainda não são ressarcidos os procedimentos utilizados por beneficiários de planos de saúde na Atenção Básica (AB), portanto, o ressarcimento ainda não representa a restituição de todos os procedimentos utilizados por beneficiários de planos de saúde.

Devido à restrição de dados disponíveis, não é possível saber se há uma grande utilização da AB por parte dos beneficiários, no entanto, a inclusão do ressarcimento de procedimentos nela realizados representaria o ressarcimento de todo o gasto de beneficiários de planos privados no SUS.

Considerações finais

Observou-se que cerca de metade dos procedimentos identificados não é passível de ressarcimento, o que permite concluir que os portadores de planos de saúde estão buscando o SUS para ter acesso a procedimentos que não estão previstos em seus contratos ou estão fora da sua área de cobertura geográfica.

Em relação ao pagamento das notificações cobradas, verificou-se que apenas 55% delas foram pagas. Relativamente ao pagamento dos valores cobrados, se viu que apenas 58,5% deles foram pagos.

Quanto aos procedimentos mais utilizados, observou-se que os procedimentos ambulatoriais utilizados são de alto custo. Entre estes, destacou-se a hemodiálise II, que representou 40% das Apac identificadas nas 54º e 55º ABI e representando um montante de R$ 131 milhões. Os demais procedimentos ambulatoriais utilizados por beneficiários de planos de saúde estão relacionados com a oncologia, correspondendo a R$ 54 milhões.

Dos procedimentos realizados em

internações hospitalares, destacaram-se os procedimentos relacionados com a obstetrícia: parto normal, cesariana e curetagem pós-aborto, representando, respectivamente, 23,4%, 14,2% e 6,4% dos procedimentos identificados no período de 1999 a 2005.

É importante lembrar que ressarcimento ao SUS é pouco abordado em estudos científicos, apesar de ser um tema relevante. Novos estudos para avaliar o perfil do ressarcimento são necessários, haja vista a recente inserção da cobrança das Apac, que pouco pode ser analisada neste estudo. O perfil também pode apresentar alterações devido à crise que se instaurou no Brasil em 2015. Podem ainda ocorrer mudanças do perfil de pagamento e redução de recursos administrativos, devido à cobrança de juros de mora.

Além disso, será necessário observar os efeitos da recente conclusão do julgamento da ação direta de inconstitucionalidade[8], no levantamento de procedimentos, no pagamento das ABI e na quantidade de demandas judiciais.

Por fim, o ressarcimento tem-se apresentado como uma importante forma de regular a saúde suplementar e evitar enriquecimento das operadoras sobre o SUS, visto que o poder público fomenta a saúde suplementar. No entanto, o ressarcimento ainda não representa a restituição de todos os procedimentos utilizados por beneficiários de planos de saúde uma vez que muitos procedimentos não são contemplados pelos contratos. Pode-se prever, portanto, que se a proposta de 'planos populares' ou 'planos acessíveis'[18] vingar, a utilização de serviços do SUS por beneficiários de planos de saúde vai aumentar sem que seja passível de ressarcimento.■

Referências

1. Brasil. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União. 3 jun 1998.

2. Brasil. Lei nº 9.961/00, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União. 28 jan 2000.

3. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Boletim informativo: utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2016.

4. Scatena MAN. O Ressarcimento ao SUS: Análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período de contratação dos planos [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.

5. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1931-8 [internet]. Supremo Tribunal Federal 21 ago 2003 [acesso em 2016 set 30]. Disponível em: www.stf.jus.br/portal/inteiroTeor/obterInteiroTeor.asp?id=347335.

6. Brasil. Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de Agosto de 2001. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de as-

sistência à saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 24 ago 2001.

7. Brasil. Lei nº 12.469, 26 de agosto de 2011. Altera os valores constantes da tabela do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física e altera as Leis nº 11.482, de 31 de maio de 2007, 7.713, de 22 de dezembro de 1988, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.656, de 3 de junho de 1998, e 10.480, de 2 de julho de 2002. Diário Oficial da União. 26 ago 2011.

8. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Certidão de Julgamento [internet]. 2018. [acesso em 2018 ago 17]. Disponível em: http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=1741189.

9. Fernandes RBT. O Sistema de Gestão do Ressarcimento ao SUS: análise de seu desempenho no período 2011-2014 [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas; 2015.

10. Silva JLM. Ressarcimento ao SUS: tendência histórica e causas da baixa efetividade na cobrança [monografia]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2013.

11. Ocké-Reis CO. Qual é a Magnitude do Gasto Tributário em Saúde? In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Boletim de Análise Político-Institucional. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2014; (1):71-76.

12. Ocké-Reis CO, Santos FP. Mensuração dos Gastos Tributários em saúde - 2003-2006 [internet]. Brasília, DF: IPEA; 2011 [acesso em 2016 fev 24]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1637.pdf.

13. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2005.

14. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa nº 37, de 9 de junho de 2009. Dispõe sobre o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na Resolução Normativa nº 185, de 30 de dezembro de 2008. Diário Oficial da União. 9 jun 2009.

15. Santos L. Uma reflexão para a desjudicialização ou como lidar com essa questão no SUS. In: Anais do 6ª Seminário Internacional de Atenção Básica; 2012 jun 30. Rio de Janeiro; 2012.

16. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, 16 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. 16 dez 2016.

17. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS. Rio de Janeiro: ANS; 2006.

18. Barbosa RS. Plano de saúde "acessível", a salvação do mercado... Ou dos ricos. Carta Capital. 2018 mar 1. [acesso em 2018 maio 28]. Disponível em: https://www.cartacapital.com.br/blogs/brasil-debate/plano-de-saude-2018acessivel2019-a-salvacao-do-mercado-ou-dos-ricos.

A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016)

Health in the governments of Dilma Rousseff (2011-2016)

Camila Ramos Reis[1], Jairnilson Silva Paim[2]

RESUMO Desde a Constituição de 1988, houve avanços e desafios no Sistema Único de Saúde (SUS) que precisam ser debatidos e estudados. Justifica-se, portanto, a necessidade de investigar os principais fatos políticos em saúde produzidos no Brasil entre 2011 e 2016. O artigo teve como objetivo analisar fatos políticos em saúde nesse intervalo, considerando o desenvolvimento do SUS e os programas dos candidatos apresentados nas eleições de 2010 e 2014. Consiste em um estudo de caso de caráter exploratório e descritivo, por meio de análise documental, sobre fatos divulgados na mídia, em publicações e em *sites* oficiais de entidades de saúde. Foram destacados fatos positivos e negativos que ocorreram nesse período, tendo em conta a Reforma Sanitária Brasileira e a legislação do SUS. Embora o SUS tenha tido alguns avanços, como o investimento em recursos humanos, ciência e tecnologia, o processo de descentralização e a participação social, os obstáculos são extensos, impactando o desenvolvimento do sistema. O subfinanciamento persiste como um sério problema, com a influência do capital na saúde e do enfraquecimento do setor público. O movimento sanitário, juntamente com diversas entidades que defendem o direito à saúde, vem disputando projetos na defesa do SUS universal e igualitário.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Sistema Único de Saúde. Direito à saúde.

ABSTRACT *Since the Constitution of 1988, there have been advances and challenges in the Unified Health System (SUS) that must be studied and debated. This justifies the need to investigate the main political health facts produced in Brazil between 2011 and 2016. This paper aims to analyze political health facts during such period, considering the development of the SUS and the presidential candidates programs in the 2010 and 2014 elections. It consists of an exploratory and descriptive case study, using documentary analysis on facts published in the media, publications and official websites of health departments. We selected the positive and negative events that occurred during the analyzed period, based upon the Brazilian Health Reform and the SUS legislation. Although the SUS has made some progress, such as the investment in human resources, science and technology, the decentralization process and social participation continues to be an extensive obstacle, impacting in the system's development. Underfinancing persists as a serious problem, along with the capital influence on health and the weakness of the public sector. The health movement, along with several entities which defend the right to health, has been disputing projects in the defense of a universal and egalitarian SUS.*

KEYWORDS *Health policy. Unified Health System. Right to health.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
camila.ramos@ufba.br

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
jairnil@ufba.br

Introdução

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) formulou proposições para enfrentar a questão saúde e reorganizar o sistema de saúde brasileiro. Parte do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) expressou-se na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como ideia inicial a defesa do direito à saúde[1]. Em 1988, a saúde foi reconhecida pela Constituição da República como um direito de todos e dever do Estado. Entretanto, a implantação do SUS enfrentou obstáculos políticos e econômicos que se refletem na sua condução atual[2,3] e que precisam ser debatidos e estudados.

As investigações sobre a atuação de governos recentes na área de saúde têm apontado certas continuidades, tal como o subfinanciamento crônico que tem sido equacionado. Mendonça et al.[4] e Teixeira e Paim[5] analisaram as políticas de saúde do governo Lula, destacando que as ações executadas, embora coerentes com o programa de governo, mostravam-se contraditórias em relação a outras políticas públicas implementadas, especialmente as políticas econômicas. Apesar das conquistas observadas na saúde, cabe reconhecer que ela não foi prioritária nas ações do governo. Outras políticas sociais, como distribuição de renda, diminuição da pobreza e geração de emprego, tiveram mais destaque[6].

Outros estudos avaliam aspectos da conjuntura política, não só sinalizando alterações nas agendas em relação a governos anteriores, mas também apontando impasses, contradições e obstáculos para a garantia do direito à saúde[7-10]. Desse modo, foram observadas na revisão de literatura poucas investigações concernentes à análise política e à avaliação de políticas, com predomínio de ensaios, o que justifica o desenvolvimento de novas pesquisas[11,12] sobre o tema.

Algumas questões colocam-se para investigação, no sentido de examinar períodos que incluem diversas manifestações populares, eleições majoritárias, efeitos da crise mundial e o fortalecimento da oposição ao governo. O presente estudo, portanto, volta-se para a seguinte pergunta de pesquisa: quais foram os principais fatos políticos em saúde produzidos no Brasil entre 2011 e 2016?

O artigo tem como objetivo descrever os fatos políticos produzidos na área de saúde, durante os governos Dilma (2011-2016), discutindo possíveis relações com o desenvolvimento do SUS, com a legislação do setor e com os projetos defendidos por sujeitos coletivos.

Material e métodos

A pesquisa consiste em um estudo de caso[13] sobre fatos produzidos ao longo dos governos Dilma (2011-2016) e divulgados na mídia, em publicações oficiais e em *sites* do Ministério da Saúde.

Como estratégia de produção dos dados, utilizou-se a pesquisa documental, tomando como base documentos e notícias, tais como: a) Programas de governo (das eleições de 2010 e 2014); b) publicações oficiais (Diário Oficial, fundações, agências de saúde federais, legislações e *sites* do Ministério da Saúde); c) mídia (notícias sobre a saúde, fatos e acontecimentos do cenário político, divulgadas nas mídias em circulação, dando prioridade àquelas de abrangência nacional); d) *sites* de busca (Google, Scientific Electronic Library Online – SciELO, PubMed, Medline); e) entidades da saúde – discussões, entrevistas, posicionamentos, documentos produzidos pelas principais entidades e sujeitos envolvidos no processo da RSB, entre eles, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); f) Observatório de Análise Política em Saúde.

O registro de dados decorrente do

levantamento de documentos oficiais e matérias da mídia escrita foi armazenado em arquivos impressos e/ou digitalizados de acordo com o tipo de documento utilizado. Após o arquivamento, os dados foram analisados utilizando-se matrizes em Excel® e separados por tipo de documento. As matrizes foram organizadas da seguinte forma: a) matriz de coleta e registro das notícias obtidas no site Saúde na Mídia; b) matriz de coleta e registro das notícias dos sites das entidades de saúde e instituições do governo; c) matriz de coleta e registro do site Saúde Legis; d) matriz produzida a partir do levantamento dos fatos selecionados.

A partir dos instrumentos citados, os fatos/notícias foram classificados para a análise considerando os seguintes critérios: 1) de acordo com os cinco componentes de um sistema de saúde (infraestrutura, gestão, financiamento, organização e modelos de atenção)[12]; 2) considerando os tópicos apresentados pelos programas de governo da candidata Dilma Rousseff em 2010 e 2014.

Resultados

Nas eleições de 2010, o Partido dos Trabalhadores (PT) trouxe uma mulher, Dilma Rousseff, como candidata a presidente, cuja campanha foi baseada na popularidade do então presidente Lula, que naquele momento tinha altos índices de aprovação[14]. A candidata apresentou compromissos programáticos que demonstravam a intenção de continuidade do governo Lula[15], resgatando as transformações existentes no País nos oito anos do citado governo, prometendo continuar avançando[16] e reiterando essa questão em seu discurso de posse[17]. As políticas apresentadas não traziam inovação significativa nem explicitavam compromisso com a RSB, tampouco com o SUS. O ministro da saúde indicado reproduzia o falso dilema entre financiamento e gestão. Além disso, o cenário internacional apresentava um contexto adverso, com incertezas e recessões em alguns países da Europa, por conta da crise econômica que seguia desde 2008[18].

Em relação à política econômica, o governo Dilma realizou um programa buscando o crescimento econômico e o desenvolvimento do capitalismo brasileiro, com alguma transferência de renda, sem romper com os limites impostos pelo modelo econômico neoliberal, o chamado neodesenvolvimentismo[19]. Buscou realizar a redução do diferencial entre as taxas de juros doméstica e internacional, diminuir a dívida líquida do setor público, alcançar uma taxa de câmbio mais competitiva e conseguir a queda da taxa de desemprego[18].

Já as políticas sociais sofreram a influência do neodesenvolvimentismo e restringiram a agenda às políticas de transferência de renda com condicionalidades[19]. O Programa Bolsa Família apresentava resultados positivos, somado ao aumento real de salários, expansão do crédito, aumento de empregos, uma certa redistribuição de renda (em relação aos assalariados) e diminuição da pobreza[20].

Paim et al.[12] apresentaram uma análise da situação de saúde no início do governo Dilma, apontando avanços e desafios a serem enfrentados. Entre os avanços, estavam o processo de descentralização dos serviços de saúde para os municípios, ampliação do acesso aos cuidados de saúde, cobertura universal da vacinação e assistência pré-natal, além da expansão de recursos humanos e tecnologias em saúde. Porém, o SUS indicava alguns desafios, como o de garantir o acesso universal e equitativo, aumentar o financiamento e mudar o modelo de atenção[12,21].

Fatos produzidos no início do governo

Durante o governo Dilma, o foco foi a redução dos gastos públicos e a manutenção do subfinanciamento, com expansão e fortalecimento do setor privado[10]. Houve crescimento dos planos e seguros privados, incorporação de tecnologias de alto custo,

financeirização do setor[8] e continuidade da captura do SUS pelo setor privado[22].

Em 2011, foi estabelecida uma nova orientação política da atenção básica (a Portaria nº 2.488/2011)[23], com destaque para a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), flexibilizando determinadas normas com relação à organização e gestão do trabalho, especialmente no que diz respeito ao profissional médico. Ainda naquele ano, foi realizada a XIV Conferência Nacional de Saúde (XIV CNS)[24] e lançada pelo movimento sanitário a Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil, com propostas organizadas em cinco linhas de ação: 1) Saúde, Meio ambiente; Crescimento econômico e desenvolvimento social; 2) Garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade; 3) Investimentos – superar a insuficiência e a ineficiência; 4) Institucionalização e gestão do sistema de serviços de saúde; 5) Complexo econômico e industrial da saúde[25].

A lógica da focalização nas políticas de saúde foi mantida, com expansão de serviços de saúde em atenção primária. Com a Lei Complementar nº 141/2012 (LC-141), permaneceram os percentuais mínimos do orçamento para a saúde nos estados (12%) e nos municípios (15%) e foi mantida a fórmula de cálculo da participação da União centrada na variação do Produto Interno Bruto (PIB) nominal, ou seja, manteve o mesmo mecanismo de financiamento do SUS estabelecido 12 anos antes para o nível federal por meio da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29).

O subfinanciamento persistiu como um problema. Tal situação foi agravada quando o Legislativo e o Executivo impediram a aprovação de recursos adicionais para o SUS, rejeitando a destinação de 10% do orçamento federal para a saúde. Diante disso, a sociedade civil, mediante movimento denominado Saúde+10, articulou uma ampla mobilização e obteve mais de 2,5 milhões de assinaturas para uma emenda popular que garantisse o mínimo de 10% da receita bruta da União para a saúde[26]. No entanto, mesmo com todo o esforço, as bases do governo no Congresso inviabilizaram o projeto.

Ainda em 2011, foi instituída a Lei nº 12.527/2011, a chamada Lei do Acesso à Informação, que regulamenta o direito constitucional de acesso às informações públicas. Foram criados mecanismos que possibilitam o recebimento de informações públicas dos órgãos e entidades, sem necessidade de apresentar um motivo[27].

O Plano Brasil Maior foi instituído e dispunha de um conjunto de medidas de apoio à competitividade do setor produtivo brasileiro. Com ele, o governo estabeleceu sua política industrial, tecnológica, de serviços e de comercio exterior para o período de 2011-2014[28]. Além disso, deu continuidade à Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (2003-2007) e à Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP) (2008-2010)[29,30].

Também nesse primeiro ano de governo, foi lançado o Plano de Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com o objetivo de reduzir em 2% a taxa de mortalidade prematura por enfermidades como câncer, diabetes e por doenças cardiovasculares como infarto e Acidente Vascular Cerebral (AVC). Esse plano propôs parcerias com diversos setores e previa ações para dez anos[31].

Além disso, foram elaborados alguns programas e políticas, entre eles o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), criado pelo Ministério da Saúde em parceria com o da Educação, com o objetivo de estimular e valorizar o profissional de saúde que atua em equipes multiprofissionais na atenção básica e na Estratégia Saúde da Família, a fim de diminuir a desigualdade entre regiões ao levar os profissionais para locais mais carentes de serviços[32].

Foi implantada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do SUS, formulado o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica) e divulgado o Programa Nacional Telessaúde Brasil

Redes. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) também foi criada e gerou diversas manifestações pelo País, com questionamentos em relação à sustentabilidade da administração pública dos hospitais universitários e sobre os diferentes modelos de gestão e sua natureza pública[33].

No *quadro 1*, encontram-se resumidos os principais fatos políticos produzidos na saúde nos anos 2011 e 2012.

Quadro 1. Principais fatos políticos produzidos das eleições de 2010 às Jornadas de Junho de 2013

Organização	– Regulação do SUS (Decreto nº 7.508 / 2011); – Redefinição do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes – Port. nº 2.546/2011); – Rede de Atenção Psicossocial (Portaria GM/MS nº 3088/2011); – Rede Cegonha (Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011); – Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012); – Criação do Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS) – 2011; – Retomada da discussão sobre o Cartão SUS – 2011.
Infraestrutura	– Decreto nº 7.646/2011, que estabelece a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec); – Portaria nº 1.214/2012, que institui o Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (Qualifar/SUS).
Modelo de Atenção	– Plano de Enfrentamento das DCNT (2011-2023); – Redefinição do Nasf 1 e 2 e criação do Nasf 3 – Port. nº 3.124/2012; – Lei nº 12.401/2011, resultando na atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); – Proposta de Cobertura Universal da Saúde (2012).
Gestão	– Ampliação do elenco do Programa Aqui Tem Farmácia Popular; – Mudanças na Política Nacional de Atenção às Urgências (Portarias nº 1.600; nº 1.601; nº 2.026); – Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Portaria nº 2.488); – Programa Academia da Saúde (Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011); – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); – Provab (Portaria Interministerial nº 2.087/2011); – Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde; – Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Saúde (QualiSUS-Rede) (Portaria nº 396/2011); – Plano Brasil Maior (2011-2014), que inclui o complexo da saúde na agenda setorial; – Política Nacional de Alimentação e Nutrição do SUS (Portaria nº 2.715/2011); – Programa Brasil Carinhoso (2012); – Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (Portaria nº 506/2012); – Plano Nacional de Saúde 2012-2015; – Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) (2012); – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (saúde bucal na rede) (2012); – Regulação do mercado de medicamentos (anorexígenos e medicamento similar); – Regulamentação da Emenda Constitucional 29 (Lei Complementar nº 141/2012; – Criação da EBSERH (Lei nº 12.550).
Financiamento	– Saúde+10 (PL de Iniciativa Popular nº 321/2013).
Outros	– Movimento pela Auditoria Cidadã da Dívida (2012); – Mobilização para revisão da Lei de Patentes (Projeto de Lei – PL nº 5.402, de 2013) e para atualizar o tratamento das atividades de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) (PEC 290/2003); – Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil (2011); – XIV CNS (2012); – Lei do Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011).

As Jornadas de Junho e o Programa Mais Médicos

Em junho de 2013, tiveram início as manifestações conhecidas como Jornadas de Junho, quando brasileiros e brasileiras foram às ruas com diferentes pautas para a conformação de uma agenda ao poder público[34]. Os protestos foram convocados inicialmente pelo Movimento Passe Livre (MPL) motivados pelo aumento da passagem em São Paulo, sendo possível identificar diferentes fases: 1) protestos contra o aumento das tarifas de transporte ganhando visibilidade após repressão da polícia paulista; 2) apoio popular a partir das redes sociais, aumentando as manifestações com pautas progressistas e direitos sociais; 3) adesão de vários tipos de pautas e grupos políticos com interferência da grande mídia e 4) arrefecimento das manifestações com a atuação de *Black Blocs*[35,36].

Ao apresentar o Programa Mais Médicos como resposta às Jornadas de Junho, o governo atraiu de forma negativa a categoria médica e outros segmentos da sociedade. Apesar de a saúde não ter sido um dos temas centrais das manifestações, esta manteve-se como não prioritária até então pelo governo Dilma.

No final desse ano, o Congresso encaminhou a Proposta de Emenda Constitucional – PEC 358 que instituiu o orçamento impositivo, em que modificava o financiamento para a saúde, destinando 15% da receita corrente líquida, com um percentual a ser alcançado ao final de 5 anos o seu valor total, o contrário ao proposto pelos movimentos sociais com a proposta do Saúde+10[37]. Essa PEC foi aprovada parcialmente no primeiro semestre de 2014.

O Decreto nº 8.243/2014 referente à Política Nacional de Participação Social e ao Sistema Nacional de Participação Social, fortalecendo espaços de participação e articulando a administração pública federal com a sociedade civil[38], gerou muitas polêmicas, desde a preocupação com os riscos dessa política em governos conservadores até o reconhecimento do avanço de um modelo de gestão participativa[39].

As eleições de 2014 e os ataques ao SUS

Nas eleições de 2014, a saúde não foi considerada prioridade nos programas de governos dos candidatos à presidência[36]. No entanto, a palavra SUS apareceu mais na cena política, em comparação com a campanha de 2010, se bem que nenhum dos programas evidenciava estratégias para garantir a sua sustentabilidade[40].

Havia muitas semelhanças entre os programas dos candidatos, entre elas, a aproximação com o setor privado na saúde, seja pelas parcerias público-privadas, seja pelas estratégias de gestão e lógica de organização de serviços. Verificou-se certa influência das pautas de empresários da saúde contidas no 'Livro Branco'[41]. De outro lado, entidades ligadas ao MRSB apresentaram um documento intitulado 'Por um SUS de todos os brasileiros!' com propostas que objetivavam um Brasil mais igualitário e justo, com um sistema de saúde que garantisse os direitos dos brasileiros, defendendo reformas política e tributária, a revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal e a proposta do movimento Saúde+10[42].

A candidata Dilma Rousseff trouxe um projeto que basicamente atualizava o Programa Mais Médicos, acrescido do Mais Especialidades[43], enquanto o candidato Aécio Neves defendia a saúde para pobres e o fortalecimento do setor privado[44]. Nem no seu projeto de governo nem em seus discursos de vitória e de posse a presidente eleita admitiu a saúde como prioridade, tampouco apresentou estratégias para assegurar a sustentabilidade do SUS.

Cabe ressaltar que, na segunda metade do primeiro governo Dilma, ficaram evidentes diversos ataques ao SUS, sobretudo partindo do Congresso Nacional, entre eles: 1) a abertura do setor saúde ao capital estrangeiro; 2) o orçamento impositivo (PEC 358/2013); 3) a PEC 451/2014 propondo planos de saúde privados para todos os trabalhadores, exceto os empregados domésticos; 4) a tentativa de anistia para as multas das operadoras de planos de saúde, por meio da Medida Provisória – MP nº

627; 5) o rebaixamento do financiamento da seguridade social; 6) os cortes no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) resultando no fechamento de farmácias da modalidade rede própria; 7) a proposta de perdão de R$ 2 bilhões para empresas de planos de saúde[45], entre outros.

A PEC 451/14, de autoria do deputado Eduardo Cunha (Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB), alteraria o art. 7º da Constituição e pretendia incluir plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, para todos os trabalhadores, exceto os domésticos. Tal proposta significaria mais um retrocesso em relação a saúde como direito de cidadania, prevista na Constituição de 88, confrontando o capítulo referente à seguridade social[46].

No caso da MP nº 656/2014, esta tramitava na Câmara de Deputados com o objetivo de reajustar a tabela do Imposto de Renda. Entretanto, os deputados inseriram 32 temas diferentes à MP, entre eles a participação direta ou indireta do capital estrangeiro na saúde. A MP foi transformada em Projeto de Lei de Conversão nº 18, seguindo para sanção presidencial[47].

Apesar desses ataques contra o SUS, alguns com a conivência do Executivo, certas iniciativas propostas pelo governo poderiam ser ressaltadas: 1) Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade no Sistema Prisional; 2) Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; 3) Programa Mais Médicos[48]; 4) Normas para a redução do número de cesarianas e incentivo ao parto normal[49,50]; 5) Programa Nacional de Segurança do Paciente; 6) Política Nacional de Atenção Hospitalar; 7) Criação do Sistema de Negociação Permanente do SUS; 8) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança; 9) Política de Educação Permanente em Saúde; 10) Redefinida a Política Nacional de Promoção da Saúde; 11) Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com doenças raras (*quadro 2)*.

Segundo governo Dilma e descompromisso com o SUS

No segundo governo Dilma, os economistas Joaquim Levy e Nelson Barbosa foram indicados para os Ministérios da Fazenda e do Planejamento respectivamente. Essa opção foi considerada como uma mudança na política econômica para um modelo ortodoxo, com forte ajuste fiscal[51]. Foram anunciadas nesse período mudanças nas regras de pensões, aposentadorias e seguro desemprego, exibindo assim o contraste em relação às propostas apresentadas durante a campanha de 2014 e no discurso de posse, quando a candidata garantia que os direitos dos trabalhadores seriam mantidos[36].

Várias manifestações e notas lançadas em 2015 expressaram opiniões críticas a diversos fatos que aconteceram naquele ano[46,52-54]. No final de 2015, ocorreu a XV CNS em Brasília, com o tema 'Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas', sendo considerada por diversas entidades do MRSB como espaço importante para mobilização e envolvimento da sociedade civil sobre os rumos do SUS.

Diante da instabilidade política, as ruas voltaram a ser o palco das manifestações a favor e contra a presidente Dilma[36]. Nesse cenário, o Congresso Nacional assumiu grande protagonismo, com embates entre os representantes do Executivo e do Legislativo em meio a uma crise econômica e a uma crise política. A perda da base parlamentar da presidente gerou a abertura do pedido de *impeachment*, seguido da cassação do presidente da Câmara dos Deputados por quebra de decoro parlamentar. Já em 12 de maio de 2016, o pedido de afastamento da presidente Dilma foi aprovado pelo Senado Federal. A situação do Brasil, com o ajuste fiscal, penetração da ideologia liberal e dificuldade do governo em apresentar resposta adequada aos fatos, indicava uma mudança na correlação de força, trazendo impactos negativos para as políticas de saúde.

Quadro 2. Principais fatos políticos produzidos das Jornadas de Junho de 2013 ao *impeachment*

Organização	– Redefine os critérios e parâmetros sobre os estabelecimentos de saúde (Portaria nº 140/2014); – Sistema Nacional de Participação Social (SNPS).
Infraestrutura	– Fechamento de Farmácias na modalidade rede própria (fevereiro 2016).
Modelo de Atenção	– Dificuldades para o aborto legal (PL nº 5.069/2013); – Projeto Piloto visando à promoção do parto normal (2014).
Gestão	– Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (Portaria nº 529/2013); – Programa Mais Médicos (Lei nº 12.871/13); – Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (Portaria nº 3.390); – Programa de fortalecimento das entidades privadas filantrópicas e das entidades sem fins lucrativos que atuam na área da saúde (Prosus) (Lei nº 12.873/2013); – Criação do Sistema de Negociação Permanente do SUS (SINNP/SUS); – Programa de Desinstitucionalização (Portaria GM/MS nº 2840/2014); – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC); – Redefinição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) (2014); – Política de Educação Permanente em Saúde (Portaria nº 278/2014); – Redefinida a Política Nacional de Promoção da Saúde; – Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com doenças raras (Portaria nº 19.975); – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional; – Política Nacional de Participação Social (PNPS) 2014 (Decreto nº 8.243); – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC); – Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (2012); – Reconhecimento da constitucionalidade das OSs pelo Supremo Tribunal Federal (STF); – Reforma Ministerial; – Agenda Brasil (2015).
Financiamento	– Orçamento Impositivo (PEC 358/2013); – Cortes do PFPB com fechamento de farmácias da modalidade rede própria; – Planos de saúde privados para trabalhadores, exceto as trabalhadoras domésticas (PEC 451/2014/EC 86/2015); – Abertura do capital estrangeiro na saúde (MP nº 656/2014); – Anistia de multas das operadoras de planos de saúde (MP nº 627/2014); – Rejeição da Emenda Popular Saúde+10 (2014); – Planos de Saúde após aposentadoria (PL nº 7.052/2015); – Proposta Desvinculação de Receitas da União (DRU), dos estados (DRE), dos municípios (DRM) (2016); – Rebaixamento do financiamento da Seguridade Social; – Projeto Saúde+10 – Alteração da Lei Complementar nº 141(PLP 321 – Comissão de Legislação Participativa).
Outros	– Luta pelo direito à saúde (Manifestações de junho e julho de 2013); – Marcha dos Prefeitos a Brasília; – Plebiscito Nacional sobre a EBSERH; – Os vetos presidenciais ao ato médico; – Por um SUS de todos os brasileiros (Movimento da Reforma Sanitária Brasileira); – Porque defender o SUS – Diferenças entre Direito Universal e Cobertura Universal de Saúde; – Plebiscito Popular pela Constituinte; – Veto da presidenta Dilma à anistia de multas das operadoras e planos de saúde; – Entidades publicam Carta aberta em defesa da Política Nacional de Participação Social; – XV CNS; – Manifesto em defesa do SUS (2015); – Frente Brasil Popular; – Frente em Defesa do SUS (2015); – Tese do Cebes para a XV CNS; – Marcha em Defesa do SUS; – Pedido de Afastamento da Presidente Dilma; – Livro Branco: Brasil Saúde 2015; – Indicação de Marcelo Castro como ministro da saúde (2015); – Tríplice Epidemia (2016); – Implementação da Travessia Social (PMDB/2015); – Uma ponte para o Futuro (PMDB/2015).

Discussão e considerações finais

No início do governo Dilma, era possível identificar pelo menos três projetos em disputa na saúde: o mercantilista ou privatista, o revisionista ou racionalizador e o democrático ou da RSB[2]. Ao lado do 'projeto privatista', o 'projeto revisionista' (racionalizador) ganhou força no primeiro governo da presidente, destacando-se na atenção básica e na atuação focalizada dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A ênfase em medidas racionalizadoras parecia reforçar esse projeto, tendência que se estendeu durante as negociações da regulamentação da Emenda Constitucional 29 (EC-29), efetivada com a aprovação da Lei Complementar – LC nº 141/2012. O 'projeto democrático' (RSB) não foi priorizado, sendo apenas debatido e defendido pela sociedade civil, particularmente pelas entidades e instituições vinculadas ao movimento sanitário.

Houve recuo governamental, após as Jornadas de Junho de 2013, voltando o crescimento das taxas de juros. Diante das manifestações ocorridas, verificou-se uma fragilização do governo e um crescimento da direita, podendo ser identificados na perda de apoio parlamentar e na desestabilização de pautas importantes no Congresso. Diante desse cenário, com a Lava Jato e os ataques ao ex-presidente Lula, as forças a favor do golpe atuaram para desconstruir políticas implementadas por ele e os setores que ele representava. Era evidente que o combate à corrupção era apenas um disfarce diante das reais intenções por trás do golpe[55].

No governo Dilma II, intensificaram-se a perda de apoio da base parlamentar e da mídia, e as manifestações públicas, sobretudo vinculadas a segmentos da classe média. Dessa forma, dois projetos disputavam a política durante aquele período: 1) Uma ponte para o futuro[56] (Plano Temer), com a proposta do novo regime fiscal e reformas com o objetivo de reduzir os gastos sociais, favorecendo o setor privado e 2) Por um Brasil Justo e Democrático[57], que propunha ações de curto e longo prazo criticando as medidas de ajuste fiscal, recomendando a retomada do crescimento, preservando o emprego e revertendo a recessão econômica[58].

A aprovação da Lei permitindo a abertura ao capital estrangeiro nas ações e cuidados à saúde indicava uma vitória da coalizão de interesses de hospitais privados, empresas farmacêuticas e operadoras de planos de saúde[59]. Demonstrava a atuação do Legislativo em defender os interesses do mercado na saúde e na agilidade em desmontar os direitos sociais[60].

No que diz respeito ao financiamento da saúde nesse período, é possível identificar a falta de garantia de estabilidade dos recursos necessários para manter um SUS público e de qualidade para todos os cidadãos. Nos últimos anos, embora tenha aumentado o financiamento, percebe-se uma redução na participação da União na despesa pública, crescendo a participação dos Estados e Municípios.

Quanto à infraestrutura, continuou insuficiente em relação às necessidades da população, embora com alguns avanços, mediante a implantação e implementação de projetos/políticas importantes, como a valorização da atenção básica e a expansão de serviços. No entanto, ainda é preciso enfrentar a questão da valorização dos trabalhadores e a distribuição desigual de instalações, equipamentos e pessoal da saúde[61] para que se tenha um melhor acesso ao sistema, garantindo assim a integralidade da atenção. Além disso, é necessário reduzir a dependência da saúde ao setor privado, a exemplo dos serviços de alta e média complexidade e Serviços de Apoio Diagnostico e Terapêutico (SADT).

O investimento em tecnologia e informação foi uma das estratégias utilizadas no governo Dilma, com a criação de planos e desenvolvimento do complexo industrial da saúde. Todavia, um dos desafios que persistem é o de articular todos os componentes que estruturam os serviços de saúde e os interesses econômicos a eles atrelados,

tornando indispensável resolver o problema do subfinanciamento[62].

A prestação de serviço no SUS ainda é centrada no modelo médico assistencial hospitalocêntrico, negligenciando os determinantes sociais e enfatizando a demanda espontânea. Entretanto, foram desenvolvidas algumas ações para qualificação desse componente, principalmente em relação à assistência farmacêutica, ao parto natural e ao combate da tríplice epidemia e à sífilis.

Já a organização do SUS tem sido cada vez mais dependente do setor privado. Embora tenham sido desenvolvidas ações no que diz respeito à criação das redes e da regulação do SUS, persistiram pontos negativos, como o desabastecimento de insumos e vacinas[63]. A organização e a regulação do SUS têm sofrido influência de grupos de interesses, enquanto as estruturas adotadas têm sido insuficientes para promover mudanças na gestão[61]. Mesmo reconhecendo muitos problemas nesse componente do sistema, cabe sublinhar algumas políticas específicas lançadas, assim como o avanço na descentralização/regionalização do SUS. Contudo, com o crescimento da mercantilização, houve um aumento de outras formas de gestão como as Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), Parcerias Público-Privadas (PPP) e criação da EBSERH, intensificando a precarização do trabalho, aumentando a rotatividade dos profissionais de saúde e comprometendo a sustentabilidade do SUS.

Ao analisar os fatos produzidos nos períodos do governo de Dilma Rousseff, percebe-se que o desenvolvimento da RSB e do SUS ficou condicionado pela sua base de sustentação política[64]. O desenvolvimento da RSB durante o primeiro governo Dilma apresenta uma leitura semelhante à realizada até 2006[66]. Embora o processo da RSB tenha sofrido diversas derrotas durante os governos Dilma, ele persiste[10]. A atuação das entidades ligadas ao movimento sanitário que lutaram contra a perda de direitos conquistados demonstram certa continuidade. Nesse sentido, pode-se constatar a atuação de diversos sujeitos, que se dedicaram para consolidar a RSB e ultrapassar sua 'reforma parcial'[66], embora os ataques tenham sido muitos. Há esperanças porque mesmo diante de tantas perdas de direitos o MRSB foi capaz de se articular e de mobilizar aqueles que acreditam em um país com menos desigualdade.

Por fim, cabe mencionar que a análise realizada neste estudo tornou possível responder às perguntas de investigação centradas no 'quê' e no 'como'. No entanto, cumpre ressaltar que para responder ao 'porquê' da produção desses fatos, faz-se necessário avançar teórica e metodologicamente em outros estudos para a análise de conjunturas políticas. ■

Referências

1. Paim JSP, Almeida Filho N. Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva e o SUS. In: Paim JSP, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 203-209.

2. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: Matta GC, Lima JCF. Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 91-122.

3. Kruger TR. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. Rev. Katál. 2014 jul-dez; 17(2):218-226.

4. Mendonça ACO, Dias CPF, Araújo MS, et al. Políticas de Saúde do Governo Lula: Avaliação dos primeiros meses de gestão. Saúde debate. 2005 maio-ago; 29(70):109-124.

5. Teixeira CF, Paim JS. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. Saúde debate. 2005 set-dez; 29(71):268-283.

6. Gadelha CAG, Costa LS. Saúde e Desenvolvimento Nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. 2012. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD. Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 61-90.

7. Machado CV, Baptista TWF, Lima LD. Apresentação: Política de Estado, Projetos de Governo e Saúde. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD. Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 13-27.

8. Bahia L. O prazo de validade do SUS. Cad. Saúde Pública. 2013 out; 29(10):1940-1942.

9. Costa AM. Saúde é desenvolvimento. In: Sader E. 10 anos de pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO Brasil; 2013. p. 239-252.

10. Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Pública. 2013 out; 29(10):1927-1953.

11. Pinto ICM, Vieira-Da-Silva LM, Baptista TVF. Ciclo de uma política de Saúde: problematização, construção da agenda. Institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: Paim JSP, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 69-81.

12. Paim JS, Travassos C, Almeida C, et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet. 2011 maio.

13. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

14. Dilma Rousseff é a primeira mulher eleita presidente do brasil [internet]. G1.globo.com. 2010 out 31 [acesso em 2017 out 10]. Disponível em: https://tinyurl.com/39u9xoq.

15. Os 13 compromissos programáticos de Dilma Rousseff para debate na sociedade brasileira [internet]. Brasília, DF: 2010 [acesso em 2017 set 3]. Disponível em: https://tinyurl.com/yddpuezz.

16. Resolução sobre as Diretrizes de programa 2011/2014 [internet]. In: IV Congresso Nacional do Partido dos Trabalhadores. Brasília, DF: 2010 [acesso em 10 set 2013]. Disponível em: https://tinyurl.com/y72cuysj.

17. Brasil. Presidência da República. Discurso de posse Presidente Dilma Rousseff. Brasília, DF: Presidência da República; 2011 [acesso em 2017 set 3]. Disponível em: https://tinyurl.com/y862euw7.

18. Cagnin RF, Prates DM, Freitas MCP, et al. A gestão macroeconômica do governo Dilma (2011-2012). Novos Estudos. 2013 nov [acesso em 2017 dez 20]; 97:169-185. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/nec/n97/11.pdf.

19. Boito A. As bases políticas do neodesenvolvimentismo. In: Fórum Econômico FGV. 2012. São Paulo: FGV; 2012 [acesso em 2017 dez 20]. Disponível em: https://tinyurl.com/ybqjxao9.

20. Singer A. Os sentidos do Lulismo: reforma gradual e pacto conservador. São Paulo: Cia das Letras; 2012. 280 p.

21. Bahia L. A saúde em Banho-Maria. In: Becker BK, Mendes C, Buarque C, et al. Os anos Lula: contribuições para um balanço crítico 2003-2010. Rio de Janeiro: Garamond; 2010.

22. Viana ALD. Longos dias tem cem anos. Cad. Saúde Pública. 2013; 29(10):1942-1944.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 [internet]. Diário Oficial da União [acesso em 2017 dez 10] 21 out 2011. Disponível em: https://tinyurl.com/h2ma9v8.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório 14 Conferência nacional de saúde [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2017 dez 10]. Disponível em: https://tinyurl.com/yb3hk367.

25. SUS igual para todos: Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil: 5 diretrizes para uma política de saúde 5 estrelas para pobres ou ricos [internet]. Brasília, DF: Abrasco; 2011 [acesso em 2017 set 15]. Disponível em: https://tinyurl.com/ycfududz.

26. Brasil. Congresso Nacional. Projeto de Lei de Iniciativa Popular nº 321/2013 sobre o Projeto Saúde +10. Altera dispositivos da Lei Complementar no 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências. Diário Oficial da União. ago 2013 [acesso em 2017 set 15]. Disponível em: https://tinyurl.com/yasyakak.

27. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no 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 União. 18 nov 2011 [acesso em 2017 dez 17]. Disponível em: https://tinyurl.com/7qcfg64.

28. Brasil. Governo Federal. Plano Brasil Maior: Inovar para competir. Competir para crescer: Plano 2011-2014 [internet]. Brasília, DF: Governo Federal; 2011 [acesso em 2017 set 15]. Disponível em: https://tinyurl.com/y9cozvlg.

29. Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial. Plano Brasil Maior: Inovar para competir, competir para crescer. Balanço executivo 2011-2014 [internet]. Brasília, DF: ABDI; 2011 [acesso em 2017 dez 17]. Disponível em: https://tinyurl.com/y7q9b365.

30. Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social. Relatório Anual 2011 [internet]. Rio de Janeiro: BNDES; 2011 [acesso em 2017 dez 17]. Disponível em: https://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/empresa/RelAnual/ra2011/relatorio_anual2011.pdf.

31. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022 [internet]. Brasília, DF: MS; 2011 [acesso em 2017 dez 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.

32. Ministério da Saúde. Unasus [internet]. Brasília, DF: c2017 [acesso em 2017 dez 20]. Disponível em: https://www.unasus.gov.br.

33. Sodré F, Littike D, Drago LMB, et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? Serv. Soc. Soc. 2013 abr-jun; 114:365 380.

34. Basilino L, Godoy R, Navarro C. O junho de 2013 [internet]. Le Monde Diplomatique. 2013 jul 2 [acesso em 2018 jan 10]. Disponível em: http://diplomatique.org.br/o-junho-de-2013/.

35. Singer A. Brasil, junho de 2013: classes e ideologias

cruzadas. Novos Estudos. 2013; 32(3):23-43.

36. Magno LD, Paim JS. Dos clamores das ruas aos rumores do Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. RECIIS. 2015; 9:1-14.

37. Piola S. A PEC 358/13 e a falta que o Gilson de Carvalho nos faz [internet]. Rio de Janeiro: Abrasco; 2015 [acesso em 2015 fev 15]. Disponível em: https://tinyurl.com/y75mkcdk.

38. Delduque MC, Dallari SG, Alves SMC. Decreto que institui a Política Nacional de Participação Social: impactos na saúde. Cad. Saúde Pública. 2014 set; 30(9):1-3.

39. Yunes B. Decreto sobre participação social na gestão pública é discutido em reunião do CNS [internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2014 [acesso em 2013 fev 15]. Disponível em: https://tinyurl.com/yao6wpt5.

40. Bahia L, Scheffer M. A saúde nos programas de governo dos candidatos a Presidente da República do Brasil nas eleições de 2014: notas preliminares para o debate [internet]. Rev. Disc. Programa Pós-Graduação Hist. UFJF. 2016 jan-jun; 2(3):1-53 [acesso em 2016 jul 31]. Disponível em: https://tinyurl.com/y9htx7fm.

41. Associação Nacional de Hospitais Privados. Livro Branco: Brasil Saúde 2015: a sustentabilidade do Sistema de Saúde brasileiro [internet]. Brasília, DF: ANHP; 2015 [acesso em 2016 set 23]. Disponível em: https://tinyurl.com/y9jhr9xz.

42. Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Associação Brasileira de Economia em Saúde, Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde, et al. Por um SUS de todos os brasileiros: Propostas do Movimento da Reforma Sanitária para o debate nacional [internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2014 [acesso em 2017 nov 20]. Disponível em: https://tinyurl.com/y7mo9df9.

43. Programa do Governo Dilma Rousseff. Mais mudanças, mais futuro [internet]. Brasília, DF: [editora desconhecida]; 2014 [acesso em 2018 maio 22]. Disponível em: http://www.pt.org.br/wp-content/uploads/2014/07/Prog-de-Governo-Dilma-2014-INTERNET1.pdf.

44. Dominguez B. Uma agenda para a Saúde. Radis. 2014; 141 [acesso em 2017 nov 20]. Disponível em: https://tinyurl.com/yb674awt.

45. Anistia a multas de planos de saúde. Radis. 2014; 140 [acesso em 2018 jan 20]. Disponível em: https://tinyurl.com/yagndmye.

46. Nota: PEC 451 viola o direito à saúde e promove a segmentação do SS [internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2015 [acesso em 2018 jan 15]. Disponível em: https://tinyurl.com/y72349xa.

47. Mathias M. As ameaças ao SUS: Interesses empresariais fecham o cerco ao SUS [internet]. Rio de Janeiro: Carta Maior; 2015 [acesso em 2018 jan 20]. Disponível em: https://tinyurl.com/ya4uyat.

48. Ferreira L. Mais Médicos reduziu encaminhamentos a hospitais em pelo menos 20% [internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2014 [acesso em 2018 jan 15]. Disponível em: https://tinyurl.com/yb2ns7za.

49. Alencar TOS. A Reforma Sanitária Brasileira e a questão medicamentos/assistência farmacêutica [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2016. 439 p.

50. Reis CR, Paim JS. A saúde no período dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). In: Anais do 3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde - Estado e democracia: O SUS como direito Social. Natal, 2017.

51. Costa O. A transição de Dilma. Brasil Econômico [internet]. Ponto Final; 2014 [acesso em 2018 jan 15]. Disponível em: https://tinyurl.com/yb4fpd5q.

52. Nota Entidades: "Capital estrangeiro – Veta Dilma". Rio de Janeiro: Abrasco; 2015 [acesso em 2017 nov 20]. Disponível em: https://tinyurl.com/yam5xfwf.

53. Nota: Pelo SUS com financiamento mais justo!

- Não aos dispositivos da PEC 358/2013 que alteram o financiamento federal do SUS [internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2015 [acesso em 2018 jan 15]. Disponível em: https://tinyurl.com/y8jbdutl.

54. Abrasco. Pesquisa Clínica é coisa séria – participe da mobilização contra a flexibilização de normas e pelo controle social. Rio de Janeiro: Abrasco; 2015 [acesso em 2018 jan 15]. Disponível em: https://tinyurl.com/y7djt9rr.

55. Souza J. A radiografia do golpe: entenda como e por que você foi enganado. Rio de Janeiro: LeYa; 2016.

56. Fundação Ulysses Guimarães. Uma Ponte para o Futuro. Brasília, DF: FUG; 2015 [acesso em 2017 jan 15]. Disponível em: https://tinyurl.com/y7f5dmy4.

57. Plataforma Política Social. Por um Brasil Justo e Democrático. [S. l.]: Plataforma Política Social; 2015 [acesso em 2016 jan 15]. Disponível em: https://tinyurl.com/yddchnrq.

58. Souza LE. A travessia anti-social de Temer. Salvador: Observatório de Análise Política Social: 2016 [acesso em 2018 jan 15]. Disponível em: https://tinyurl.com/yced7rfb.

59. Scheffer M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. Cad Saúde Pública. 2015; 31(4):663-666.

60. Costa AM, Pêgo RA, Saddi FC, et al. Saúde no poder legislativo: objeto, investigação e tendências. In: Teixeira CF. Observatório de Análise Política em Saúde: abordagens, objetos e investigações. Salvador: Edufba; 2016.

61. Paim JS. SUS: Desafios e Perspectivas. Rev. Conass. 2011; 1(1):33-36.

62. Gadelha CAG, Braga PSC. Dinâmica econômica e estado de bem-estar social no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2016; 32(sup2):1-13.

63. Reis CR, Alencar T. Análise do processo da Reforma Sanitária Brasileira no período de 2007 a 2016 – Resultados Alcançados em 2016. Salvador: Oaps; 2017.

64. Magno LD. Dos clamores das ruas aos rumores do Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil [dissertação]. Salvador: UFBA; 2015. 110 p.

65. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

66. Paim JS. Sujeitos da antítese e os desafios da práxis da Reforma Sanitária Brasileira. Saúde debate. 2017; 41(esp3):255-264.

Financiamento do Sistema Único de Saúde: uma revisão da literatura

Financing of the Unified Health System: a literature review

Raisa Santos de Sousa[1], Catharina Leite Matos Soares[2]

RESUMO O trabalho buscou caracterizar a produção científica sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde, no período de 1988 a 2016, a partir da busca em diferentes bases de dados. Os artigos analisados se caracterizaram principalmente por realizarem críticas às diversas formas de financiamento já implantadas pelo sistema de saúde desde sua instituição. Outros mostraram a evolução dos gastos em determinadas áreas caracterizadas como indispensáveis, como a Atenção Básica e a Média e Alta Complexidade. Em destaque nos artigos, encontram-se a Emenda Constitucional 29, citada em praticamente todos os estudos, e a questão da gestão dos recursos.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Financiamento da assistência à saúde. Gastos em saúde.

ABSTRACT *The paper sought to characterize the scientific production on the financing of the Unified Health System, from 1988 to 2016, based on the search in different databases. The articles analyzed were mainly characterized by criticizing the various forms of financing already implemented by the health system since its institution. Others showed the evolution of spending in certain areas characterized as indispensable, such as Primary Care and Medium and High Complexity. In the articles, Constitutional Amendment 29 stands out, quoted in almost all studies, as well as the issue of resource management.*

KEYWORDS *Unified Health System. Healthcare financing. Health expenditures.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
raisa7c@hotmail.com

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
catharinamatos@gmail.com

Introdução

No contexto da democratização da sociedade brasileira e da saúde[1], foi instituído, em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal, buscando assegurar o direito à saúde como dever do Estado[2], abrangendo desde consultas ambulatoriais até transplante de órgãos. O SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, garantindo acesso integral, universal e gratuito a toda a população brasileira[3].

Marcado como a maior política de inclusão social da história do País, o ele apresenta números impressionantes como, por exemplo, os mais de 6 mil hospitais, mais de 2 bilhões de procedimentos ambulatoriais por ano, aproximadamente 10 milhões de procedimentos de quimioterapia além de possuir programas que são referência internacional, como o Programa Nacional de Imunizações, o Programa de Controle do Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids) e o Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos[4].

Ao considerar o tamanho da clientela, 70% da população brasileira que depende do sistema, pode-se observar a dimensão da sua responsabilidade social[5]. Apesar de seus avanços, o SUS apresenta desde sua criação diversos desafios que colocam em risco sua viabilidade e que impedem o cumprimento da garantia do direito à saúde pública e de qualidade a toda a população[3], entre eles a garantia do seu financiamento.

O Estado brasileiro falha ao não evoluir ainda no debate de construir um modelo de financiamento capaz de sustentar o SUS, de suportar pressões de custos e evitar a redução progressiva da rede de atendimento[5]. Desde a sua criação, o ele passou por diversas medidas para financiar ações e serviços de saúde. Ao longo dos seus 27 anos, Leis, Emendas Constitucionais, Proposta de Emenda Constitucional (PEC), Pacto, Projeto, entre outros, foram formuladas a fim de garantir o desafio do financiamento efetivo da saúde.

No que tange ao financiamento, a Constituição Federal de 1988 (CF/88)[6] afirma que o SUS será financiado com recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes. Até que a regra de financiamento para a União fosse explicitada por lei complementar, a saúde deveria ficar com 30% desse OSS, entretanto este repasse nunca ocorreu[7]. Diversas tentativas de projetos de Emendas Constitucionais foram desenvolvidas, até que, em 1997, o governo instituiu a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)[8], em que a arrecadação seria adicionada aos recursos da saúde. Entretanto, até sua extinção, em 2007, o valor recolhido não significou aumento efetivo dos recursos[5].

No ano de 1990, foram publicados dois marcos importantes para a saúde no Brasil. A Lei nº 8.080/90[9] instituiu o SUS e regulamentou, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde e a Lei nº 8.142/90[10] que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. Sobre especificamente financiamento, a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90) trouxe para a União uma combinação de critérios para estabelecimento de valores a serem transferidos aos outros entes federados, são estes os critérios como perfil demográfico, epidemiológico, desempenho técnico, econômico e financeiro anterior, caraterísticas da rede pública, previsão do plano quinquenal e ressarcimento do atendimento prestado a outros entes.

A Lei nº 8.142/90 tratou sobre a alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, do repasse de forma regular e automática para municípios, estados e Distrito Federal. Ademais, para receber tais recursos, os municípios, os estados e o Distrito Federal deveriam contar com: Fundo de Saúde; Conselho de Saúde, Plano de Saúde, Relatório de Gestão, Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e Comissão

de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)[11].

Com a ausência de regulamentação, entretanto, do art. 35 da Lei nº 8.080/90 citada anteriormente e a não operacionalização das regras transitórias previstas na Lei nº 8.141/90, a alocação de recursos passou a obedecer às normas operacionais[12], que foram utilizadas para definir estratégias que reorientavam a operacionalização do sistema[13].

Nas Normas Operacionais Básicas (NOB) nº 01/1991 e 01/1992, as transferências passaram a ser realizadas como ressarcimento aos serviços prestados, e não propriamente de forma regular e automática[12]. Já a NOB nº 01/1993 criou a transferência regular e automática, fundo a fundo, para estados e municípios habilitados de acordo com a condição de gestão, notadamente na forma de gestão semiplena[13].

A NOB nº 01/1996, no intuito de aumentar a possibilidade de os municípios se habilitarem à gestão descentralizada, implantou novas condições de gestão para estados e municípios: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema de Saúde[14]. Essa NOB também descentralizou os recursos, pois possibilitou que estes pudessem ir para outras áreas do Ministério da Saúde (Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Fundação Nacional de Saúde e Assistência Farmacêutica), evitando assim a restrição sobre os recursos da assistência à saúde. Outras importantes mudanças foram a criação do critério populacional (Piso da Assistência Básica, que depois foi modificado para Piso da Atenção Básica – PAB) e o incentivo a adesão sobre outras atividades ou programas estratégicos pelo Ministério da Saúde[12].

Na segunda metade da década de 1990, precisamente em 1996, houve vários problemas relacionados com a disputa de recursos do OSS, entre saúde e previdência. Como resposta a isso, foi criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) com a finalidade de somar recursos para a saúde, independentemente daqueles definidos pela CF/88. Todavia, Mendes e Funcia[15] apontam em seu trabalho que não houve significado quanto à ampliação de recursos, pois houve a retirada de parte de outras fontes no setor saúde. Dain16 acrescenta que a contribuição não gerou aumento, visto que foi acompanhada pela substituição de outras fontes, ou seja, quando o dinheiro da nova contribuição entrava, proporcionalmente havia redução da participação de outras contribuições.

Ao considerar que a CF/88 determinou que por lei complementar fossem definidos os percentuais que a União, os estados e os municípios aplicariam na área da saúde, no ano de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional (EC) 29[17], determinando a vinculação de percentuais mínimos de recursos orçamentários da União, estados, Distrito Federal e municípios. Por essa EC, a aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde seria de 12% do valor dos impostos arrecadados pelos estados, 15% do valor dos impostos arrecadados pelos municípios; e para a União, o valor aplicado em saúde no ano anterior acrescido da variação do Produto Interno Bruto (PIB).

Em 2006, foi criado o Pacto pela Saúde, um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência, efetividade e qualidade[18]. O Pacto pela Saúde instituiu os blocos de financiamento como modificação sobre a forma de transferência de recursos federais para estados e municípios, assim, foram criados cinco grandes blocos de financiamento – Atenção Básica (AB), Média e Alta Complexidade da Assistência (MAC), Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS[18]. Em 2007, os blocos de financiamento foram regulamentados pela Portaria GM/MS nº 204/2007[19]. Vale ressaltar que, em 2009, foi incluído pela Portaria nº 837/2009 o bloco de investimentos na rede de serviços de saúde, destinado exclusivamente às despesas de capital[7]. Já em 2012, foi regulamentada a EC 29 pela Lei Complementar nº 141/1220, a qual regulamentou o § 3º do art. 198 da CF/88

dispondo sobre os valores mínimos a serem aplicados pela União, estados, Distrito Federal e municípios anualmente.

Destaca-se a relevância dessa lei, que estabelece o que serão considerados despesas com ações e serviços públicos de saúde, ou seja, ela define o que pode ou não ser financiado com recursos destinados à saúde, destacando-se ainda os percentuais mínimos a serem aplicados exclusivamente à saúde, além de trazer critérios sobre a transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle dos gastos em saúde[20].

O Movimento Saúde+10, no ano de 2013, foi apoiado por vários segmentos da sociedade brasileira, que teve como objetivo coletar assinaturas para um Projeto de Lei de Iniciativa Popular que assegurasse o repasse integral de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde, alterando a Lei Complementar nº 141/2012. Foram coletadas 2,2 milhões de assinaturas auditadas, e foi apresentado o Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLC nº 321/2013) ao Congresso Nacional[21].

Em 2015, em contraponto ao Movimento Saúde +10, a maioria dos deputados e senadores do Congresso Nacional aprovou a PEC nº 358/2013, agora EC nº 863. Sobre os recursos sobre a saúde, a emenda trouxe que a União aplicaria um montante não inferior a 15% da receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro[22].

Em 2016, foi aprovada a PEC 241 que estabeleceu um teto para o crescimento das despesas do governo federal. Por um lado, ela foi considerada necessária para reduzir a dívida pública do País e tirar a economia da crise fiscal, por outro, foi vista como uma proposta extrema que poderia ameaçar direitos sociais. Na prática, o teto consistiria no valor gasto no ano anterior corrigido pela inflação (desvalorização do dinheiro) acumulada no último ano, ou seja, a PEC congela as despesas, porque o poder de compra do montante será sempre o mesmo[23]. Essa PEC foi aprovada no final de 2016 e passou a ser a EC 95.

Por fim, em 2017, o Projeto SUS Legal foi criado com a perspectiva de ser um novo modelo de repasse de recursos federais do SUS, substituindo os repasses que eram realizados por meio de seis blocos temáticos (Portaria GM, MS nº 204/2007), os quais passam a ser feitos em duas modalidades: custeio e investimento. Ademais, o projeto pretende 'enxugar' as mais de 17 mil portarias relacionadas com o SUS, sendo 707 portarias normativas. A transferência será realizada em conta financeira única que não permite transferência para outras contas, e o recurso só poderá ser gasto no que tiver previsto no planejamento[24].

Essas mudanças no financiamento, ao longo do tempo, produziram efeitos nos sistemas e serviços de saúde em todas as esferas de governo. Reunir as evidências produzidas podem revelar seus elementos positivos e negativos, bem como trazer possíveis explicações para o subfinanciamento constante.

Dessa forma, o presente trabalho sistematiza a literatura produzida acerca do financiamento em saúde, à luz dos marcos normativos, buscando responder à seguinte pergunta: quais as contribuições dos marcos normativas acerca do financiamento para o sistema de serviços de saúde brasileiro?

Destarte, o presente trabalho buscou caracterizar a produção científica sobre o financiamento do SUS, no período de 1988 a 2016, identificando convergências e divergências entre os trabalhos encontrados e descrevendo possíveis efeitos dos diversos marcos normativos do financiamento nos sistemas estaduais e municipais de saúde.

Metodologia

Uma revisão de literatura foi realizada sobre o financiamento da saúde em três diferentes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e o banco de Teses & Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), utilizando

como descritor 'financiamento da saúde'. Inicialmente, foram encontrados 85 artigos em português, selecionados para o estudo, sendo que o maior número de artigos foi encontrado no SciELO, seguido da BVS e por último, do banco de teses e dissertações da Capes (*tabela 1*). Esse material foi complementado com a produção do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), apenas na seleção de trabalhos que trataram da EC 95, abordando a austeridade fiscal.

Tabela 1. Distribuição de pesquisas/estudos sobre o financiamento da saúde segundo base de dados

Base de dados	Quantidade	%
Biblioteca Virtual em Saúde	18	21,17
Catálogo de Teses & Dissertações – Capes	10	11,76
SciELO	57	67%
Total	85	100%

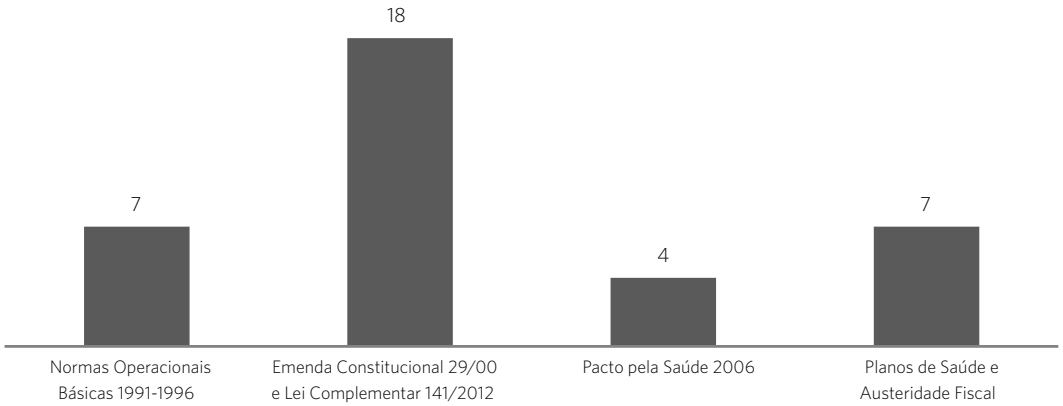
Fonte: Elaboração própria, 2017.

Após a seleção preliminar dos 85 artigos, foram excluídos aqueles duplicados, chegando a um total de 57 artigos. Na sequência, foi realizada a leitura mais analítica sobre os resumos, sendo excluídos artigos que não cabiam à pesquisa por possuírem resumos incompletos e textos completos indisponíveis para averiguação. Ao final, trabalhou-se com 30 artigos.

Após a seleção, os resumos foram lidos e processados conforme planilha Excel® (*apêndice 1*), contendo os seguintes campos: a) Ano; b) Título do trabalho; c) Tipo de Estudo; d) Objetivos; e) Metodologia; f) Resultados; g) Referência completa. Após esse processamento, os textos foram lidos na íntegra, e os resultados dos estudos foram acrescidos na matriz.

Para fins de análise, utilizou-se na linha do tempo (*figura 1*) os marcos normativos do financiamento da saúde, considerando os seus efeitos para o financiamento no SUS, particularmente nos sistemas municipais e estaduais de saúde. Todos os resumos foram lidos e classificados conforme a linha do tempo. A análise do material empírico permitiu o agrupamento dos resumos em 4 quatro principais grupos (*gráfico 1*), quais sejam: 1) NOB, dos quais foram elencados 7 artigos correspondentes; 2) EC 29 e Lei Complementar nº 141 contando com 18 artigos correspondentes; 3) Pacto pela Saúde com 4 artigos correspondentes; 4) Planos de Saúde e Austeridade Fiscal com 7 artigos correspondentes sobre a austeridade. Foi utilizado como material empírico a produção do Ipea intitulada 'Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?' para ser utilizado sobre a análise do contexto atual da economia brasileira.

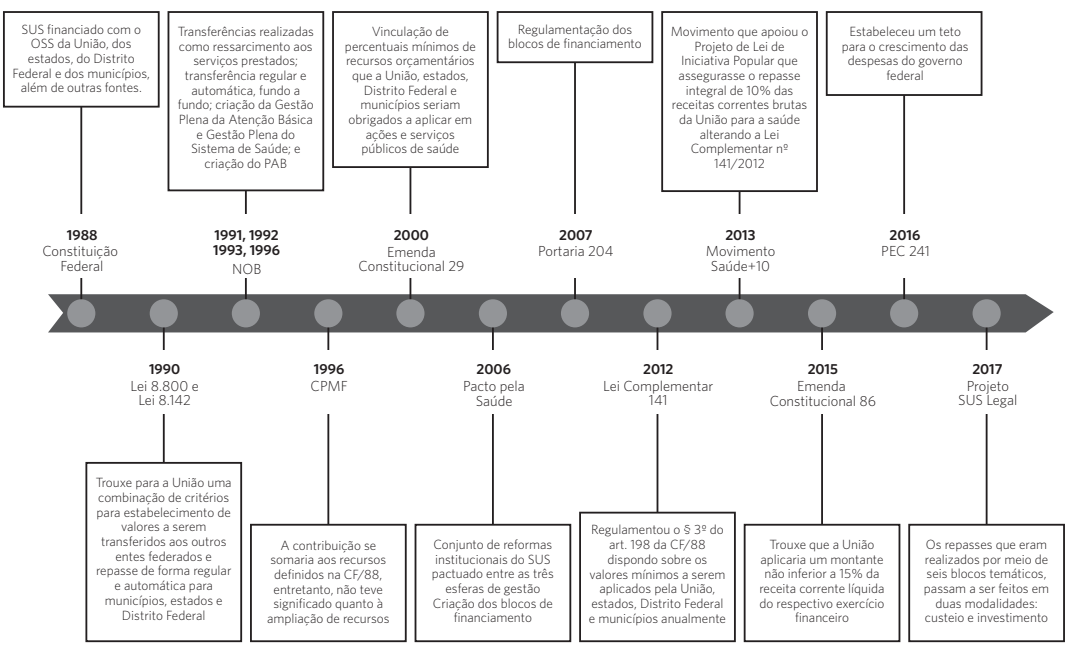
Gráfico 1. Relação dos marcos normativos encontrados nos artigos da pesquisa



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Após o ordenamento dos artigos referentes às normativas, pode-se analisar as colunas da matriz (*apêndice 1*) dos objetivos aos resultados realizando a interlocução do conteúdo dos artigos com as normativas sobre o financiamento da saúde no Brasil, buscando convergência e divergência entre eles bem como os efeitos dessas normativas nos sistemas municipais e estaduais de saúde.

Figura 1. Série histórica dos fatos mais relevantes sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde desde a Constituição Federal de 1988 até os dias atuais



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Resultados e discussão

Financiamento da saúde no período das Normas Operacionais de atenção à saúde

Dos artigos selecionados para este estudo, 19% relacionaram-se com as NOB de atenção à saúde, com diferentes focos de estudo.

Entre os artigos encontrados que trataram das NOB, o estudo de Mendes e Santos[25] buscou analisar a extensão dos gastos municipais, evidenciando a contribuição dos recursos municipais no financiamento do sistema, além de identificar o gasto dos municípios habilitados à condição de gestão semiplena. Os resultados deste trabalho identificaram que nos municípios habilitados em gestão semiplena houve elevação do financiamento federal. Entretanto, apenas como fonte adicional de recursos do gasto local em saúde.

Araújo[26] também buscou descrever as mudanças no financiamento das ações em um município habilitado em gestão plena do sistema municipal. O autor reuniu evidências de que houve a retração da participação do Estado no financiamento da saúde, a partir de então.

Já Souza[27] explorou as divisões de responsabilidades entre os níveis de governo. Suas conclusões mostraram que as NOB 91, 92 e 93 não apresentaram grandes avanços no sistema de saúde no Brasil. Esse mesmo autor destaca que, entre as NOB, apenas a NOB 96 trouxe efetivamente mudanças na implementação do SUS.

No que tange à NOB 96, o trabalho Melamed e Costa[28] vislumbrou o estudo sobre as estratégias adotadas pela gestão federal e estadual com foco na destinação dos recursos à AB e ao Programa Saúde da Família (PSF). Nessa investigação, observou-se que inicialmente a nova política se caracterizou como bem-sucedida. Os dados de implementação do PAB demostraram que os municípios de menor capacidade instalada para a oferta de atenção ambulatorial básica foram os mais favorecidos pelos novos mecanismos de transferência propostos pelas NOB e que também foram alocados crescentes volumes de recursos direcionados aos programas Pacs (Programa Agente Comunitários de Saúde) e PSF durante o período analisado.

Sobre essa temática, também Solla et al.[29] discutiram o papel nas NOB e a implantação do PAB enquanto marco para ampliação dos investimentos na AB. Concluem os autores que as NOB trouxeram avanços em sua particularidade para o financiamento do SUS, destacando-se os crescentes volumes de recursos direcionados ao aumento da cobertura do PSF e ao Pacs.

Pereira[30] se empenhou em analisar a organização dos fundos municipais de 19 capitais brasileiras, no período das NOB, para fins de recebimento de recurso. O autor observou que a criação dos fundos fortaleceu o controle social e a gestão dos recursos financeiros. Indicou-se, ademais, que a criação deles possibilitou o desenvolvimento da capacidade municipal de gestão dos recursos, uma vez que proporcionou a visualização das fontes dos recursos transferidos e aplicados, entre outros. Também se observou a relevância de revisar leis, principalmente sobre o desenvolvimento de ações que melhorem a aplicação dos recursos atendendo à realidade local.

Financiamento da atenção à saúde no contexto da Emenda Constitucional 29 e da Lei Complementar nº 141

Dos artigos selecionados, 50% relacionaram-se com as normativas que definem percentuais mínimos de recursos orçamentários para a União, estados, Distrito Federal e municípios, notadamente a EC 29 e a Lei Complementar nº 141 que a regulamentou. Esses documentos definem o que cada esfera de governo deveria aplicar em ações e serviços de saúde.

Na literatura selecionada por esta investigação, foram encontrados trabalhos envolvendo diferentes perspectivas analíticas sobre o período desses marcos legais. Os

trabalhos de Teles[31] e o de Santos Neto[32] buscaram analisar o gasto público do SUS; já Santo e Tanaka[33], além de enfocar o gasto público em saúde, buscaram identificar a participação de tais despesas dos diversos entes federativos.

Santos[34] e Leite, Lima e Vasconcellos[35], concentrados na gestão dos recursos, respectivamente, analisaram o processo da tomada de decisão da gestão estadual de determinado município e buscaram examinar a composição, a direção e a gestão dos recursos na área da saúde.

Sobre a relevância da proposta da norma, Solla e colaboradores[29] buscaram compreender a importância da EC 29, enquanto instrumento legal relevante para incremento de investimentos dos três níveis de governo na saúde. Enquanto Feliciano[36] buscou responder se o crescimento da receita orçamentária municipal per capita tem gerado maior investimento em saúde e maior oferta de serviços públicos.

Ao buscar compreender os resultados da implantação da EC 29, pode-se citar Lira[37], Lima e Andrade[38] e Mendes e Marques[39]. Os três trabalhos abordaram o tema sobre diferentes perspectivas. O primeiro analisou a equidade no que concerne à distribuição dos recursos financeiros destinados às ações e serviços descentralizados do SUS; o segundo buscou aferir os resultados das regras que definem os recursos vinculados à saúde nos orçamentos municipais e o último, nessa ordem, analisou o financiamento do nível da AB à saúde, com ênfase na expansão dos recursos alocados para a Estratégia Saúde da Família (ESF).

No que se refere à equidade do financiamento em saúde, houve divergências entre os resultados analisados. Para alguns estudos, a alocação dos recursos entre os entes não foi suficiente para garantir a equidade[37]. Corrobora isso a investigação de Teles[31], cujos resultados dos trabalhos mostraram que os municípios economicamente mais ativos receberam mais recursos. Em contraponto, Solla et al.[29] trouxeram outra perspectiva sobre o assunto, em que afirmaram que essa modalidade foi capaz de possibilitar um financiamento diferenciado para municípios mais pobres do País de forma positiva.

Ao analisarem mais especificamente a participação da esfera federal no financiamento da saúde, Solla et al.[29] consideraram que a União contribuiu positivamente para o financiamento da AB em seu orçamento. Em oposição a esses achados, Lira[37] apontou a lógica das disparidades sobre as regiões, identificou que o incentivo federal para a AB não foi suficiente para modificá-la; além disso, as transferências federais acabam por favorecer a MAC de municípios com maior capacidade instalada.

Como exemplo de haver uma problemática em tal assunto discutido, pode-se citar Santo e Tanaka[33] que identificaram que a baixa da cobertura do PSF e o crescimento da produção de procedimentos de MAC estão interligados. Concluíram os autores que os recursos acabam por ser direcionados para a reprodução do modelo médico-assistencial tradicional. Para Feliciano[36], a União deveria ser mais protagonista no financiamento da saúde.

De volta à discussão sobre a disparidade dos municípios, Mendes e Marques[39] dizem que municípios menores não contam com recursos próprios suficientes para financiar as despesas não cobertas pelo financiamento federal. Para Teles[31], os municípios privilegiados economicamente são mais favorecidos, havendo, portanto, desigualdade na distribuição dos recursos. Entretanto, Lima e Andrade[38] observaram, mas em oposição a Mendes e Marques[39], que há entraves relacionados com as questões internas da política de saúde, principalmente, frutos do sistema mais geral de repartição de competências e partilha de receitas públicas não ligadas exclusivamente ao setor da saúde, para o financiamento nos municípios de grande porte.

Apesar dos diversos estudos apontarem a fragilidade dos municípios, em se tratando do seu próprio financiamento, Santos Neto[32] apresentou uma evolução na aplicação de suas receitas, em que observou que muitos

municípios aplicaram uma porcentagem bem acima do mínimo exigido pela EC 29, ou seja, mais de 15% do total de impostos arrecadados.

Entretanto, Feliciano[36] assim como Leite, Lima e Vasconcelos[35] trazem reflexões pertinentes, nas quais apontaram que é necessária a reflexão sobre até que ponto um município terá a capacidade de gerir a saúde de seu território, uma vez que há uma clara dificuldade de autonomia e controle social.

O ente estadual, por sua vez, mostra-se coadjuvante neste processo. Santos[34] apresenta uma crítica contundente a essa questão, em que o autor identifica que há falta de empenho do ente estadual em financiar as ações e serviços de saúde. O trabalho de Leite, Lima e Vasconcelos[35] corrobora essa crítica. Para os autores, o financiamento do sistema de saúde se faz basicamente sobre as transferências federais e receitas municipais, com uma parcela pequena de participação do ente estadual.

Financiamento da atenção à saúde no contexto do Pacto pela Saúde

Dos artigos selecionados, 11% relacionaram-se com o Pacto pela Saúde, apresentado em 2006. Vale lembrar que o Pacto pela Saúde instituiu os blocos de financiamento.

Dois trabalhos enfatizaram sua análise no bloco do financiamento da AB. O de Vasconcellos[40] buscou analisar as bases de financiamento federal e estadual no campo da AB dos municípios do estado da Bahia, evidenciando os conflitos presentes após a implantação do Pacto pela Saúde, bem como as incertezas que cerceiam seu financiamento. Outrossim, Mendes e Marques[41] analisaram o financiamento da AB à saúde, com ênfase na expansão dos recursos alocados para a ESF.

Ao trazer uma crítica ao Pacto, Vasconcellos[40] afirma que os problemas enfrentados pela AB desde os primórdios do sistema não foram diminuídos mesmo após a instituição do bloco da AB pelo Pacto. Mendes e Marques[41] complementam a pouca contribuição do Pacto pela Saúde para a AB ao identificarem os baixos valores repassados para a ESF, bem como do PAB Fixo e valor per capita. Essa situação leva os municípios a se utilizarem dos próprios recursos para equilibrar essa lacuna segundo os autores.

Sobre a autonomia, Moreira, Ferre e Andrade[42] observaram em seu estudo que apesar da descentralização de responsabilidades e do aporte de recursos, os recursos predefinidos pelo ente federal por meio dos blocos reduzem a autonomia dos municípios. Reforçando tal argumento, Duarte[43] afirma que as estratégias vinculadas às redes temáticas aprofundaram as características de distribuição espacial desigual. Como sugestão, dois trabalhos fazem observações pertinentes sobre a revisão das normativas no geral: Mendes e Marques[39] sugerem que seria de grande relevância rediscutir a inclusão de outros itens que não fazem parte dos blocos, ou seja, não restringir as ações e serviços ao nível de complexidade; já Vasconcellos[40] sugere que, para possibilitar uma maior autonomia dos gestores com os gastos sobre os repasses, é necessário rediscutir os critérios e as formas da alocação dos recursos.

Apesar das diversas mudanças que o Pacto pela Saúde apresentou em seu desenho com os blocos de financiamento e descentralização da gestão financeira, houve convergências, nos artigos encontrados, sobre as problemáticas que essa modalidade de financiamento trouxe, principalmente, sobre a autonomia de gestão dos recursos aplicados pela União[42,43].

Perspectivas do financiamento no contexto do setor privado e austeridade fiscal

Dos artigos selecionados, 19% foram classificados para compor a temática sobre austeridade fiscal e sobre o setor privado de saúde, considerando o contexto atual de mudanças de governo ocorridas em 2016 e posterior revisão de várias políticas públicas, inclusive o financiamento.

Porto, Uga e Moreira[44] analisaram a utilização de serviços de saúde segundo seu sistema de financiamento, seja por meio do SUS, planos e seguros, seja por pagamento direto. Segundo os autores, o sistema de saúde brasileiro, apesar das diversas problemáticas existentes desde sua implantação, é ainda o principal financiador tanto da AB quanto da MAC, participando, portanto, de todos os níveis de complexidade.

O trabalho de Costa[45] busca compreender as relações entre o financiamento do SUS, a renúncia fiscal com despesas com saúde e o crescimento do mercado brasileiro de planos de saúde. Afirma no seu trabalho que há claramente apoio para a iniciativa privada via benefícios tributários. Entretanto, a fim de disciplinar os gastos, o governo acaba por conter os gastos sociais com a finalidade de manter um equilíbrio fiscal.

Já Mendes e Weiller[46] analisaram a dimensão da renúncia fiscal na saúde, identificando-a como um dos obstáculos para assegurar o financiamento do direito universal à saúde. Apresentando uma crítica contundente, esses autores alertam que é inevitável que as entidades envolvidas com a árdua construção e idealização do SUS se façam presentes nos momentos sensíveis às políticas sociais. Exigem que sejam controlados os subsídios dados ao setor privado e se manifestam para que, nos momentos de crise, essas políticas sejam as primeiras a sofrer cortes de gastos.

Segundo Vieira[47], em artigo publicado pelo Ipea, em 2016, as medidas de austeridade fiscal (redução do gasto com políticas sociais) reduzem a qualidade das condições de saúde de uma população, o que torna essas medidas absolutamente desnecessárias para um país. Conclui o autor afirmando que a recente crise econômica não pode justificar o desmonte do sistema de saúde brasileiro.

Soares e Santos[48], ao compararem os gastos com saúde no Brasil e outros países, levando em consideração o PIB e a receita corrente bruta, ao analisarem as características brasileiras, observam que não deram conta de atender ao sonho da Reforma Sanitária Brasileira, revelando que o subfinanciamento do SUS é um fato.

Finalmente, sobre o âmbito dos Poderes Executivo e Legislativo, Vieira[49] discutiu as implicações de decisões e discussões para o financiamento do SUS. Esse ponto é reforçado por Mendes e Weiller[46], ao dizerem que, infelizmente, a saúde pública se direcionou para uma lógica de mercado.

Discussão

O trabalho evidenciou que no período das NOB o sistema sofreu avanços, destacando-se os crescentes volumes de recursos direcionados ao aumento da cobertura do PSF e ao Pacs. Principalmente pela criação dos fundos, que fortaleceu o controle social e a gestão de recursos financeiros, possibilitando a visualização das fontes dos recursos transferidos e aplicados. Durante toda a linha do tempo sobre o financiamento da saúde, é notável observar a relevância que a criação dos fundos levou ao sistema de saúde brasileiro, possibilitando a gestão dos recursos, que é prerrogativa básica para um sistema efetivo e eficiente na saúde[25-29].

Sobre a EC 29 e a Lei Complementar nº 141, os estudos trazem a discussão sobre até que ponto um município usufrui ou não de mais recursos e até que ponto a União também é participante dessa discrepância. Chamando atenção para a Lei Complementar nº 141/2012, que inovou ao trazer critérios para alocação de recursos, leva também à reflexão sobre o comprometimento dos três níveis de governo no financiamento do SUS, à luz dos princípios da equidade, ou seja, quem arrecada mais deveria colaborar mais. Tais normativas, mesmo definindo percentuais de alocação de recursos nas diferentes esferas de governo para a saúde, não foi capaz de promover equidade no financiamento à saúde, embora alguns autores defendam que

os municípios foram beneficiados. Outras evidências mostram que o financiamento federal corresponde à 'boa vontade' política em diferentes conjunturas[29,31-33, 35-38,41].

No contexto do Pacto pela Saúde, houve convergências sobre a contribuição de sua implantação sobre a AB, também que uma predefinição dos recursos pelo ente federal reduz a autonomia dos municípios, havendo assim a sugestão de rediscutir as formas e critérios de alocação de recursos. Tal discurso remete à atualidade. No ano de 2017, o governo federal criou o Projeto SUS Legal com a premissa de implantar um novo modelo de repasse de recursos, retirando os seis blocos de financiamento e os transformando em apenas dois: custeio e investimento. Problematiza-se o fato de tais mudanças serem positivas para o financiamento da saúde, uma vez que haveria uma certa obrigatoriedade de investimento e de custeio em diversas áreas graças aos blocos de financiamento[40-43], garante o desenvolvimento de programas importantes para o SUS.

Sobre os planos de saúde, os estudos apontam o claro apoio à iniciativa privada por meio de benefícios tributários via renúncia fiscal, fazendo também uma importante observação sobre as entidades envolvidas com a Reforma Sanitária Brasileira, que devem se fazer presente sobre essa realidade. O financiamento brasileiro, além de sofrer o subfinanciamento e prejudicar-se pelas renúncias fiscais, serve de justificativa para a crise econômica, que, por sua vez, justifica (para o governo) os cortes de gastos do sistema de saúde, levando assim à discussão sobre a austeridade fiscal; nessa situação em que há a contenção dos gastos para manter o equilíbrio fiscal. É importante salientar que a contenção dos gastos sociais não resolve a problemática da crise, mas a agrava no sentido de gerar mais adoecimento para a população e menos acesso ao sistema de saúde[44,46-49].

Considerações finais

O conhecimento produzido pelo País sobre seu financeiro se caracteriza principalmente por criticar as diversas formas de financiamento já implantadas pelo sistema de saúde brasileiro. Em contraponto, diversas foram também as evoluções dos gastos em determinadas áreas caracterizadas como indispensáveis, como a AB e a MAC. O PSF se destacou como um grande percursor da AB de qualidade no País, por isso, foi objeto de grande parte dos estudos. Em destaque, o grande marco do financiamento no sistema foi, sem dúvida, a EC 29, que foi citada em praticamente todos os estudos analisados.

Analisar os efeitos do financiamento no sistema de saúde brasileiro não se caracteriza como uma tarefa simplista pela complexidade desta temática. É indispensável considerar contextos, realidades, momento político, características individuais, entre outros.

Duas décadas de normativas se passaram a fim de buscar uma melhor alternativa de financiamento, e talvez ainda não haja uma forma efetiva para tal. As divergências entre os estudos mostraram o quão é custoso avaliar uma normativa sob diversas perspectivas.

É inerente questionar qual seria a opção mais coerente de maior efetividade dentro do contexto brasileiro para resolver as tantas problemáticas dentro do sistema, isto leva às discussões que se movem para além do contexto saúde, perpassando pelas crises econômicas e perfis de morbimortalidade da população. ■

Referências

1. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. Hist. Ciênc. Saúde–Manguinhos. 2014 jan-mar; 21(1):15-35.

2. Teles AS, Coelho TCB, Ferreira MPS. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. Saúde Soc. [internet]. 2016 set [acesso em 2017 mar 28]; 25(3):786-799. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300786&lng=pt&nrm=iso.

3. Rosa T. Desafios do SUS: o que esperar para os próximos anos de gestão? Rev. Consensus [internet]. 2015 [acesso em 2017 mar 29]; (14). Disponível em: http://www.conass.org.br/consensus/desafios-sus-o-que-esperar-para-os-proximos-anos-de-gestao/.

4. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Estud. Av. [internet]. 2013 [2017 mar 29]; 27(78):27-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=en&nrm=iso.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Financiamento público de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

6. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

7. Santos RJM, Luiz VR. Transferências federais no financiamento da descentralização. In: Marques RM, Piola S, Roa AC, organizadores. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde; 2016. cap. 6.

8. Brasil. Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira. Brasília, DF: Senado Federal; [data desconhecida] [acesso em 2017 mar 29]. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf.

9. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 20 set 1990 [acesso em 2017 fev 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

10. 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 dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 31 dez 1990 [acesso em 2017 fev 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

11. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: CONASS; 2007.

12. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde. Brasília, DF: Conass; 2011.

13. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília, DF: Conass, 2003.

14. Carvalho GCO. Financiamento Público Federal do Sistema único de Saúde, 1988-2001. São Paulo: PaperCrom; 2002.

15. Mendes A, Funcia FR. O SUS e seu financiamento. In: Marques RM, Piola S, Roa AC, organizadores. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde; 2016. p. 144-151.

16. Dain S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2007 nov [2017 fev 10]; 12(supl.):1851-1864. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700008&lng=en&nrm=iso.

17. Brasil. Constituição Federal (1988). Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União. 14 set 2000.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, DF: MS; 2006.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União. 31 jan 2007.

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

21. Saúde Mais Dez. Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública. Brasília, DF, [data desconhecida] [acesso em 2017 mar 28]. Disponível em: http://www.saudemaisdez.org.br/index.php/2012-10-10-19-14-46/manifesto.

22. Scaff FF. Surge o orçamento impositivo à brasileira pela Emenda Constitucional 86 [internet]. Conjur. 2015 mar 24 [acesso em 2017 maio 26]. Disponível em: http://www.conjur.com.br/2015-mar-24/contas-vista-surge-orcamento-impositivo-brasileira-ec-86.

23. Fagundez I. Aprovada na Câmara, PEC 241 segue para o Senado: entenda as polêmicas do texto [internet]. BBC Brasil. 2016 out 16 [acesso em 2017 mar 28]. Disponível em: http://www.bbc.com/portuguese/brasil-37603414.

24. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. SUS Legal: Ministério apresenta detalhes do novo modelo de repasse de recursos do SUS [internet]. Conasems. 2017 fev 2 [acesso em 2017 mar 26]. Disponível em: http://www.conasems.org.br/sus-legal-ministerio-apresenta-detalhes-do-novo-modelo-de-repasse-de-recursos-do-sus/.

25. Mendes NA, Santos SBS. Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas. Saude Soc. [internet]. 2000 dez [acesso em 2018 fev 14]; 9(1-2):111-125. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902000000100009&lng=pt&nrm=iso.

26. Araújo AB. Avaliação dos efeitos da descentralização do sistema municipal de saúde sobre o financiamento do hospital geral de Coaraci – Bahia. Salvador: UFBA; 2014.

27. Souza RR. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo [dissertação]. Rio de Janeiro: UERJ; 2002.

28. Melamed C, Costa NR. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2003 [2018 fev 14]; 8(2):393-401. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200006&lng=pt&nrm=iso.

29. Solla JJSP, Reis AAC, Soter APM, et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [internet]. 2007 dez [acesso em 2018 fev 14]; 7(4):495-502. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000400018&lng=pt&nrm=iso.

30. Pereira BLS. Os fundos municipais de saúde: uma análise dos municípios das capitais brasileiras [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília, DF; 2013. 61 p.

31. Teles AS. Financiamento do Sistema Único de Saúde no Estado da Bahia [dissertação]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2015. 129 p.

32. Santos Neto JÁ, Mendes NA, Pereira AC, et al. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2017 abr [acesso em 2018 fev 15]; 22(4):1269-1280. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401269&lng=pt&nrm=iso.

33. Santo ACGE, Tanaka OY. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2011 mar [acesso em 2018 fev 15]; 16(3):1875-1885. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300022&lng=pt&nrm=iso.

34. Santos FAS, Gurgel Junior GD, Pacheco HE, et al. A regionalização e financiamento da saúde: um estudo de caso. Cad. Saúde Colet. [internet]. 2015 out-dez [acesso em 2018 fev 15]; 23(4):402-408. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000400402&lng=pt&nrm=iso.

35. Leite VR, Lima KC, Vasconcelos CM. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2012 jul [acesso em 2018 fev 15]; 17(7):1849-1856. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700024&lng=pt&nrm=iso.

36. Feliciano M. Orçamento municipal, despesa com saúde e oferta de serviços públicos em Pernambuco [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2014. 116 p.

37. Lira AML. A instância estadual e o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva da equidade regional: estudo do caso do Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2010. 140 p.

38. Lima LD, Andrade CLT. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. Cad. Saúde Pública [internet]. 2009 out [acesso em 2018 fev 15]; 25(10):2237-2248. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001000014&lng=pt&nrm=iso.

39. Mendes A, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. Saúde Debate [internet]. 2014 dez [acesso em 2018 fev 15]; 38(103):900-916. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400900&lng=pt&nrm=iso.

40. Vasconcellos SC. A problemática do financiamento da atenção básica nos municípios no período do Pacto pela Saúde (2006-2010): o caso do Estado da Bahia [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013 [acesso em 2018 fev 15]. Disponível em: 10.11606/D.6.2013.tde-11112013-161424.

41. Mendes A, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. Saúde Debate [internet]. 2014 dez [acesso em 2018 fev 15]; 38(103):900-916. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400900&lng=pt&nrm=iso.

42. Moreira LMC, Ferre F, Andrade EIG. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2017 abr [acesso em 2018 fev 15]; 2017 abr; 22(4):1245-1256. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401245&lng=pt&nrm=iso.

43. Duarte LS. Desenvolvimento desigual e a regionalização do SUS: uma análise territorial dos recursos finan-

ceiros para as redes de atenção à saúde no Estado de São Paulo (2009 2014) [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016. 260 p.

44. Porto SM, Uga MAD, Moreira RS. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998-2008. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2011 set [acesso em 2018 16 fev]; 16(9):3795-3806. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000015&lng=pt&nrm=iso.

45. Costa DMF. Planos de saúde e SUS: uma análise das relações entre o financiamento público e o crescimento do mercado de planos de saúde [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2010. 94 p.

46. Mendes A, Weiller JAB. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. Saúde Debate [internet]. 2015 jun [acesso em 2018 fev 16]; 39(105):491-505. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200491&lng=pt&nrm=iso.

47. Vieira FS. Nota Técnica Ipea nº 26 - Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas. Brasília, DF: IPEA; 2016.

48. Soares A, Santos NR. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. Saúde debate [internet]. 2014 [acesso em 2018 fev 16]; 38(100):18-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100018&lng=pt&nrm=iso.

49. Vieira FS. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2016; 40:187-199.

Apêndice 1. Matriz-síntese de artigos

Ano	Artigo	Tipo	Objetivos	Metodologia	Resultados	Obs.

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Práticas de planejamento e programação na Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão integrativa

Practices of planning and programming in Primary Health Care in Brazil: a literature review

Juliana Santos de Oliveira[1], Cristiane Abdon Nunes[2], Ana Luiza Queiroz Vilasbôas[3]

RESUMO O planejamento no setor saúde surge em decorrência da necessidade de organização dos processos de trabalho, haja vista as modificações que foram ocorrendo nas condições de vida e trabalho dos indivíduos, o que, por sua vez, originou novas demandas para os serviços de saúde. O presente estudo teve como objetivo identificar e analisar a produção científica sobre as práticas de planejamento e programação desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, no período de 1990 a 2016, e discutir os limites e desafios enfrentados para desenvolvimento dessas práticas. Trata-se de uma revisão de literatura realizada nas bases de dados BVS e PubMed. Foram encontrados 1.791 artigos, dos quais 18 compuseram a amostra final do estudo após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Os artigos foram analisados com base no referencial teórico da teoria do processo de trabalho em saúde. Observa-se uma predominância de estudos em que os gestores são os sujeitos dirigentes do processo de planejamento. Além disso, os resultados demonstram práticas de planejamento que são voltadas para a organização dos serviços de APS assim como aquelas que se relacionam com a reorganização dos processos de trabalho dos profissionais que compõem as equipes.

PALAVRAS-CHAVE Planejamento em saúde. Programação. Atenção Primária à Saúde.

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
julissoliveira@gmail.com

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação da Atenção Básica (Grab) – Salvador (BA), Brasil.
abdoncris@gmail.com

[3] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação da Atenção Básica (Grab) – Salvador (BA), Brasil.
analuvilas@gmail.com

ABSTRACT *Planning in the health sector arises due to the need to organize the work processes, given the changes that have occurred in the living and working conditions of the individuals, which in turn has given rise to new demands for health services. The present study aims to identify and analyze the scientific production on the planning and programming practices developed within the scope of Primary Health Care (PHC) in Brazil from 1990 to 2016, as well as to discuss the limits and challenges faced in order to develop those practices. This is a literature review carried out in the BVS and PubMed databases. The articles were analyzed based on the theoretical framework of the theory of the work process in health. A total of 1.791 articles were found, of which 18 articles made up the final sample of the study. The results demonstrate planning practices that are focused on the organization of PHC services as well as those related to the reorganization of the work processes of the professionals that make up the teams.*

KEYWORDS *Health planning. Programming. Primary Health Care.*

Introdução

As práticas de planejamento vêm sendo alvo de sucessivos debates na área da saúde, especialmente na saúde coletiva, acompanhando a necessidade de apropriação dessa temática por esse campo científico, ao passo que modificações importantes foram ocorrendo a partir do processo de democratização da saúde. Anteriormente à década de 1970, os temas de planejamento assim como de políticas relacionadas à saúde restringiam-se a aspectos como orçamento, legislação sanitária e organização[1].

Para Matus[2], planejar é uma necessidade expressa pelo homem e pela sociedade. Segundo ele, o planejamento pode ser entendido como um processo social, uma vez que interage com atores que influenciam o curso de um plano, ainda que de forma inconsciente. Nesse sentido, o planejamento é definido como um cálculo situacional, articulado e sistemático que precede e preside a ação. Dessa forma, o planejamento relaciona-se com a ação e apresenta um horizonte de temporalidade, ou seja, tem a ver com o que se deseja alcançar no futuro[2].

De acordo com Teixeira, o planejamento compreende um "processo de racionalização das ações humanas"[3(17)], que norteia intervenções sobre as necessidades de saúde da população, considerando uma determinada realidade e contemplando as fases de definição, execução e acompanhamento dessas ações. Nesse sentido, o entendimento do planejamento enquanto processo possibilita a esse a capacidade de adequar-se a variadas situações, conferindo-lhe, portanto, um caráter dinâmico. Para Paim[4], o planejamento é uma forma de pensar antecipadamente aquilo que se deseja executar, apresentando-se como uma alternativa ao improviso.

Ao compreender o planejamento nas suas diversas dimensões, Vilasbôas e Paim destacam que em uma dimensão técnica "o planejamento consiste na transformação de um objeto em um produto"[5(1240)], voltado para um propósito que se deseja atingir e vinculado a um determinado contexto. Dessa forma, percebe-se a partir dessas definições que o planejamento propõe a perspectiva de alcance de um determinado objetivo ou resultado.

Especialmente no setor saúde, o planejamento surge em decorrência da necessidade de organização dos processos de trabalho, haja vista as modificações que foram ocorrendo nas condições de vida e trabalho dos indivíduos, o que, por sua vez, originaram novas demandas para os serviços de saúde[3]. Nesse sentido, as práticas de planejamento estão incorporadas e fazem parte dos processos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)[6].

Dentre as metodologias difundidas para inserção do planejamento na área da saúde, ressalta-se o método Centro de Estudos do Desenvolvimento da Organización Panamericana de la Salud (Cendes-OPS), uma das primeiras propostas elaboradas, no início dos anos 1960 na América Latina, sob coordenação da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Esse método propunha a transposição de conhecimentos da área da economia para o setor saúde, a partir da construção de um diagnóstico de saúde, o qual deveria ser capaz de retratar a situação do processo saúde-doença em um dado território, possibilitando, dessa forma, a estruturação de indicadores de saúde. Apesar das críticas, o método Cendes-OPS trouxe contribuições importantes para o campo do planejamento em saúde, uma vez que foi capaz de influenciar as orientações metodológicas da programação no SUS, especialmente no que diz respeito à pactuação da oferta de serviços[3].

A programação em saúde pode ser entendida tanto como um modelo de atenção, nesse caso quando os serviços funcionam a partir da lógica dos programas, como pode ser compreendida também como uma etapa do planejamento, uma vez que por meio desta é possível organizar e distribuir no território os serviços necessários àquela população. Essa conformação mostra, portanto,

a relação que é estabelecida entre o planejamento e as políticas de saúde, e desse com as práticas dos profissionais, evidenciando a sua relevância na organização dos serviços[7].

Um exemplo da programação em saúde enquanto um modelo de atenção foi experimentado no Brasil, no estado de São Paulo, na década de 1970, a partir da integração da medicina previdenciária com as unidades de saúde pública, como forma de expansão da cobertura assistencial[7]. Essa foi uma proposta de articulação entre os serviços de saúde pensada para atender a uma necessidade local.

Posteriormente, com a criação da Lei nº 8.080, em 1990, o planejamento foi normatizado no SUS, devendo ocorrer de forma ascendente e estar expresso nos planos de saúde. Os planos de saúde estabelecem diversas ações que devem ser desempenhadas pelos três níveis de gestão do SUS, que devem adequar as atividades a cada área correspondente de abrangência. Essas ações são fundamentais ao processo de elaboração das atividades a serem executadas. Cabe destacar nesse processo a relevância que assume a atuação dos conselhos de saúde, que atuam propondo estratégias de aperfeiçoamento da política de saúde assim como desempenhando a função de controle[8,9].

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), um dos componentes da rede de atenção à saúde, as equipes de saúde da família também devem desenvolver seu trabalho adotando o planejamento como orientados. A estas competem a programação e implementação de atividades de saúde que visam atender as necessidades da população adstrita, além de contribuir para o processo de elaboração do planejamento local[10]. Essas responsabilidades colocam a APS como um relevante espaço para o desenvolvimento de práticas de planejamento e programação, uma vez que o trabalho deve ser realizado o mais próximo da comunidade.

A partir do exposto, a presente investigação tem como objetivo identificar e analisar a produção científica sobre as práticas de planejamento e programação desenvolvidas no âmbito da APS no Brasil, no período de 1990 a 2016, e discutir os limites e desafios enfrentados para o desenvolvimento dessas práticas. A APS é entendida como uma relevante estratégia de organização da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS, justificando, portanto, a importância do estudo nessa área.

Material e métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura cujo objeto de estudo são as práticas de planejamento e programação desenvolvidas no âmbito da APS no Brasil. A revisão integrativa é um método de pesquisa que

> [...] tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado[11(759)].

Foi realizado um levantamento da produção científica sobre o tema nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e US National Library of Medicine – National Institutes of Health (PubMed), publicada no período de 1990 a 2016. A escolha deste intervalo de tempo deu-se considerando o processo de normatização das práticas de planejamento e programação em saúde a partir da Lei nº 8.080/908 e outras normas que se seguiram, reforçando essa necessidade no sistema de saúde. A consulta às bases de dados para busca foi feita no período de setembro a dezembro de 2017.

Para a seleção dos estudos, foram utilizados os seguintes unitermos identificados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): planejamento em saúde (*health planning*), programação (*programming*) e atenção primária à saúde (*primary health care*). Os unitermos foram combinados para cada base de dados consultada. Estudos em inglês foram traduzidos para português.

Os critérios de inclusão adotados foram artigos empíricos desenvolvidos no Brasil, disponíveis na íntegra e de forma gratuita, nos idiomas português e inglês. Os artigos de opinião, editoriais, relatos de experiência, documentos técnicos, normativos e artigos que não abordassem o tema ou que discutissem práticas de planejamento do cuidado em uma perspectiva clínica foram excluídos.

Para seleção dos artigos, seguiu-se três etapas: a primeira consistiu na leitura dos títulos e verificação se atendiam aos critérios de inclusão; na segunda etapa ocorreu a leitura dos resumos dos artigos e na terceira, a leitura completa do artigo, de forma a extrair os dados necessários para o estudo. Os dados foram coletados utilizando uma matriz de sistematização das informações, contendo os seguintes tópicos: autor, ano de publicação, idioma, base de dados, periódico de circulação, qualis da revista, título, objetivo, tipo de estudo, principais resultados, conclusão, impressões do pesquisador, agentes ou sujeitos das práticas, objeto, meios ou instrumentos de trabalho e produtos.

A análise dos artigos foi realizada em dois momentos: no primeiro, buscou caracterizar os artigos quanto ao ano de publicação, periódico, qualis da revista, idioma, e tipo de abordagem (qualitativa, quantitativa ou mista). Já o segundo momento consistiu em extrair dos estudos as informações que permitiram identificar as práticas de planejamento e programação na APS no Brasil, de acordo com as categorias de análise previamente identificadas. Por fim, foram discutidos os limites e desafios para o desenvolvimento dessas práticas abordados nos estudos. Para tanto, foi utilizado uma adaptação do referencial teórico proposto por Vilasbôas e Paim[5] que trabalha com as categorias da teoria do processo de trabalho em saúde a partir da produção de Mendes-Gonçalves, conforme *quadro 1*.

Quadro 1. Categorias de análise das práticas de planejamento e programação em saúde na Atenção Primária à Saúde

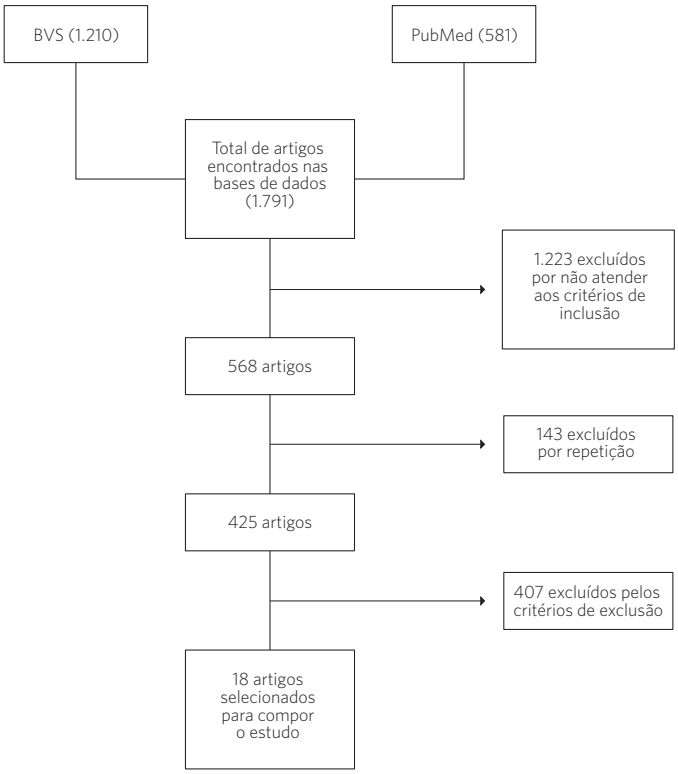
Categorias de Análise das Práticas de Planejamento e Programação	
Agentes ou Sujeitos das Práticas	Pessoa, grupamento humano ou instituição com capacidade de ação
Objeto	Práticas de saúde voltadas para o planejamento e programação realizadas nas unidades de saúde da atenção primária
Meios ou Instrumentos de trabalho	Tecnologia não material: saberes específicos de cada profissional
	Tecnologia material: instrumentos e equipamentos utilizados
Produtos	Modo de organização das práticas de saúde

Fonte: Adaptado de Vilasbôas e Paim[5]; Matus[2].

Resultados e discussão

Foram encontrados nas bases de dados selecionadas 1.791 artigos. Desses, 568 atenderam aos critérios de inclusão, sendo que 143 apresentaram-se duplicados. Aplicando-se os critérios de exclusão, foram eliminados 407 artigos. Ao final, 18 artigos foram selecionados para compor o estudo, conforme descrito na *figura 1*.

Figura 1. Fluxograma que sistematiza o processo de seleção dos artigos incluídos na revisão sistemática



Caracterização dos estudos

Foram encontrados 7 artigos na base de dados PubMed e 8 na BVS. Quanto ao idioma, 16 estavam em português, 1 em inglês e 1 disponível em inglês/português. Considerando o ano de publicação, houve variação entre 1 e 3 artigos publicados por ano (*tabela 1*).

Tabela 1. Caracterização dos estudos quanto ao ano de publicação

Ano de Publicação	Nº de artigos
2000	1
2003	2
2009	1
2010	2
2011	2
2012	3
2013	3
2014	2
2016	2
Total	**18**

Fonte: Matriz de sistematização de informações do estudo, 2017. Elaboração própria.

Em relação ao periódico de circulação, foram encontrados 4 artigos publicados no 'Cadernos de Saúde Pública', 2 nos periódicos 'Ciência e Saúde Coletiva', 'Interface', 'Revista de Saúde Pública' e 'Saúde e Sociedade' e 1 nos demais periódicos (*tabela 2*).

Tabela 2. Caracterização dos estudos quanto ao periódico de circulação

Periódico	**Nº de artigos**
Acta Scientiarum	1
Caderno de Saúde Pública	4
Ciência e Saúde Coletiva	2
Interface	2
Physis	1
Revista Mineira de Enfermagem	1
Rev Panam Salud Publica	1
Rev Saude Publica	2
Rev Enfermagem	1
Revista Brasileira de Educação Médica	1
Saúde e Sociedade	2
Total	**18**

Fonte: Matriz de sistematização de informações do estudo, 2017. Elaboração própria.

Quanto ao qualis das revistas, 8 artigos foram publicados em revistas de qualis B1, seguidos de 7 em revistas A2 e de 1 em revistas de qualis B2, B3 e B4 respectivamente. Houve predominância de estudos de abordagem qualitativa (*tabela 3*).

Tabela 3. Caracterização dos estudos quanto ao tipo de abordagem

Tipo de estudo	**Nº de artigos**
Quantitativa	1
Qualitativa	13
Mista	4
Total	**18**

Fonte: Matriz de sistematização de informações do estudo, 2017. Elaboração própria.

Práticas de planejamento e programação na Atenção Primária à Saúde

Para identificação e compreensão das práticas de planejamento e programação voltadas para organização das ações de saúde no âmbito da APS no Brasil, partiu-se da definição apresentada por Teixeira[3] em que o planejamento é conceituado como um conjunto de propostas de ação que tem como

finalidade intervir sobre uma determinada realidade, produzindo mudanças. Desse modo, buscou-se reconhecer nos estudos analisados práticas que expressassem proposições ante situação de saúde e que tivessem como foco a intervenção nas unidades de saúde no contexto da APS.

Especialmente no Brasil, a década de 1980 foi considerada como um período propício, do ponto de vista político, para incorporação das práticas de planejamento e programação na esfera da gestão nas secretarias municipais e estaduais de saúde. Nesse contexto, dois momentos são propostos para execução do planejamento em saúde[3]:

> O processo de planejamento em saúde implica, a nosso ver, no desenvolvimento de dois momentos articulados: formulação da Política (construção da Agenda estratégica) contendo a identificação dos Problemas prioritários de alcance geral (sistêmicos) e elaboração do Plano propriamente dito. O desenvolvimento desse processo no âmbito do SUS pressupõe a definição da base territorial e o reconhecimento da existência das diversas esferas de gestão, por conta do modelo macro-organizacional que contempla, como se sabe, os níveis federal, estadual e municipal[3(51)].

Ao analisar essas práticas a partir da identificação dos atores sociais ou agentes responsáveis pela condução dessas ações, observa-se uma predominância de estudos em que os gestores, sejam eles de secretarias municipais, estaduais ou de uma unidade básica de saúde, são os sujeitos dirigentes do processo de planejamento, contando ainda com o apoio dos profissionais que compõem as equipes que atuam nos serviços de APS na execução dessas práticas[12-20]. Outros artigos apresentam, além dos gestores e profissionais, o envolvimento dos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o controle social como sujeitos participantes desse processo[21-28]. Desse modo, percebe-se que apesar da relevância e da contribuição do controle social no processo de elaboração de propostas de organização dos serviços em unidades de saúde da APS esse ator social nem sempre participa dessas discussões, ficando as decisões ainda centralizadas nos gestores e profissionais dos serviços.

O objeto do planejamento e da programação de saúde na APS são as próprias práticas de saúde, que são realizadas no intuito de atender a uma necessidade exposta pela população que procura esses serviços. Nesse sentido, os artigos abordam objetos diversificados: o modelo de atenção à saúde[21], a população em situação de exclusão social[12], as características da população da área de abrangência de uma UBS e da demanda atendida[13], a atenção à saúde do idoso nas UBS[14], a qualidade dos serviços prestados nas UBS[22], o processo de trabalho dos profissionais que atuam na APS[17,19,20,23,24], a gestão da assistência farmacêutica[15], a capacidade de alcance das metas propostas pelas ações programáticas[25], as necessidades de saúde relacionadas com o ambiente e ao trabalho da comunidade no território[26,28], a atenção aos pacientes portadores de doenças cardiovasculares[18] e a prevenção ao uso de drogas na APS[27].

O processo de trabalho, segundo Mendes-Gonçalves[29], constitui-se em uma atividade exercida pelo homem, a partir da transformação de um objeto em produto, utilizando, para isso, os meios ou instrumentos de trabalho. Assim, o objeto de trabalho é um dos componentes dessa teoria, sendo compreendido como algo que sofrerá uma modificação. Especialmente na área da saúde, esse objeto relaciona-se com as próprias necessidades humanas de saúde. Sobre esse objeto incide a ideia da transformação, que consecutivamente culmina no alcance de uma determinada finalidade.

Diante desse processo, pode-se levar em consideração as relações que se estabelecem entre o objeto e as técnicas que norteiam a construção do planejamento em saúde. Dessa forma, o passo inicial para a sua formulação consiste na definição da realidade

sobre a qual se deseja intervir: o diagnóstico. Nessa etapa, os atores sociais identificam os problemas e os explicam, para seguir então com a definição dos objetivos. Os objetivos, portanto, relacionam-se com os problemas ora detectados[2]. Nesse contexto, pode-se dizer que os objetos das práticas de planejamento e programação, ou seja, aqueles aspectos que sofrerão intervenção, dizem respeito aos problemas que foram percebidos na etapa do diagnóstico. Os objetivos da intervenção estarão, dessa forma, expressos em forma de propostas que visem modificar a realidade desses problemas.

Desse modo, a prevenção ao uso de drogas, a atenção aos pacientes portadores de doenças cardiovasculares, a atenção à saúde do idoso, a qualidade dos serviços prestados, assim como os demais, constituem-se em objetos das práticas de planejamento uma vez que esses aspectos demandam alguma intervenção por parte do ator social inserido nesse contexto, como forma de modificação da situação.

Os meios ou instrumentos são também um dos componentes do processo de trabalho. Eles expressam uma relação histórica com o trabalho, o qual se define pelas "relações sociais que os trabalhadores estabelecem entre si"[30(91)], o que, por sua vez, determina as técnicas mais adequadas a serem desenvolvidas nesse contexto relacional. Ou seja, os instrumentos expressam elementos importantes no estabelecimento das relações sociais para a realização do trabalho. Diante disso, eles podem ser então compreendidos como um elo que possibilita a aproximação e transformação entre as características do objeto com a finalidade do próprio trabalho[30].

Baseados na contribuição de Mendes-Gonçalves[29], os instrumentos podem ser divididos em materiais e não materiais. Os materiais referem-se ao uso de equipamentos, materiais de consumo, entre outros. Os não materiais apresentam-se sob a forma de saberes que possibilitam uma articulação entre os sujeitos e os instrumentos materiais, desenvolvidos.

Nos artigos estudados, nota-se o uso de instrumentos que podem se apresentar como conhecimentos e técnicas utilizadas pelos dirigentes na organização das práticas de saúde (saber operante) ou que são decorrentes do próprio ato de planejar a organização dessas práticas (saber prático)[5]. Foram observados estudos que utilizaram instrumentos que requerem conhecimentos estruturados voltados para a realização de uma técnica que conduza o processo de transformação do objeto, tais como: elaboração de um projeto de reorganização de um modelo de saúde, criação de um aplicativo com informações sobre a produção das UBS, metodologia de avaliação da qualidade nos serviços de APS, entre os demais[13-15,18,21,22,25]. O saber prático foi utilizado em outros estudos[12,17,19,20,23,24,26-28], sendo caracterizado por uma expressa interação que se desenvolve entre os trabalhadores no alcance do produto, decorrentes do próprio ato de planejamento das práticas de saúde.

Merhy e Franco[31], ao analisar o trabalho em saúde e suas dimensões tecnológicas, propõem outra contribuição na análise dos instrumentos de trabalho. O sistema de classificação baseia-se em três categorias: as tecnologias leves, que dizem respeito às relações que se estabelecem na produção do vínculo entre os sujeitos e que só se realizam em ato, ou seja, no momento de realização do trabalho; as tecnologias leve-duras, que se referem ao saber técnico estruturado; e, por fim, as tecnologias duras, que se utilizam de máquinas e equipamentos na transformação do objeto de trabalho em produto.

Nos estudos encontrados, nota-se uma variação em relação aos tipos de instrumentos utilizados, podendo ser analisados tanto do ponto de vista do uso de tecnologias leves no processo de organização das práticas de planejamento em saúde, o que requer a aproximação e envolvimento dos sujeitos para o alcance dos produtos, quanto na perspectiva de utilização das tecnologias duras, a partir da incorporação de equipamentos nesse processo.

Por fim, o último componente do processo de trabalho são os produtos. Estes podem ser

caracterizados como a forma de organização das práticas de saúde, baseados nos princípios do SUS[5]. No âmbito do planejamento, esses produtos podem ser entendidos sob a forma de objetivos a serem alcançados, expressos em alguns planos como metas.

Assim, os artigos apresentam produtos que se relacionam com a organização dos serviços[13-15,17,18,21,22,25,26,28] e outros que têm como finalidade a reorganização de processos de trabalho entre os profissionais que compõem as equipes nos serviços de APS[12,19,20,23,24,27].

Destacam-se ainda dois artigos nos quais não foi possível identificar as categorias analíticas, uma vez que os resultados do estudo demonstram que as ações de planejamento não são realizadas[32], e outro em que essas práticas ocorrem de forma incipiente[16].

Depreende-se dos resultados que os artigos encontrados demonstram uma produção ainda incipiente de estudos voltados para as práticas de planejamento e programação em saúde na APS, haja vista o período de tempo considerado, que inclui uma série histórica de mais de dez anos.

A APS compreende um nível que compõe o sistema de serviço de saúde, entendido como porta principal do sistema, uma vez que deve ordenar o seu funcionamento. Segundo Starfield[33], a atenção primária é uma pilar que determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. Além disso, organiza e racionaliza os recursos tanto básicos quanto os especializados. Assim, requer que as práticas de planejamento e programação sejam realizadas de forma a garantir tal ordenamento dentro do sistema.

Limites e desafios na implementação das práticas de planejamento e programação na Atenção Primária à Saúde

A análise dos artigos encontrados neste estudo possibilitou identificar alguns limites que se apresentam perante a implementação das práticas de planejamento no âmbito da APS, como a institucionalização de reuniões entre os profissionais que compõem a equipe de saúde na APS para discussão de processos de trabalho que impactam na organização desses serviços assim como a não incorporação das necessidades de saúde locais nos planos de saúde em nível regional, o que, por sua vez, minimiza os problemas vivenciados pela comunidade[19].

Alguns artigos[21,26,27] demonstraram que a execução de ações intersetoriais constitui-se em um desafio a ser superado pelas equipes que atuam no nível da APS, especificamente quando se trata da sua relevância diante do processo de execução das práticas de planejamento. Além disso, aspectos como baixa participação da comunidade e a insuficiência de recursos, especialmente na Estratégia Saúde da Família, são exibidos também como pontos limitantes[15,27].

Outros elementos podem ser considerados no processo de planejar as ações voltadas para a APS, como as informações do próprio território onde estão localizados esses serviços, ou seja, identificar as necessidades expostas pela comunidade e que devem ser atendidas pelas unidades de saúde ali presentes. Nesse sentido, a incorporação de recursos tecnológicos nesses ambientes torna-se uma importante ferramenta de gestão, uma vez que permite ora obter conhecimentos de situações que acontecem no cotidiano das pessoas que vivem na localidade e que podem estar relacionadas com as necessidades de atendimentos nas unidades de saúde[13,15], ora como um instrumento que possibilita a gestão de processos de trabalho que ocorrem na APS[15,20].

Novas formas de organização das ações nos serviços que levem em conta as diversidades que existem entre os indivíduos também são um aspecto a ser considerado. A disponibilização da oferta de ações de APS, que possibilite o acesso a grupos vulneráveis, como população em situação de rua, é uma discussão importante e necessária a ser

realizada nas unidades de saúde, devendo, portanto, ser implementadas soluções que revertam tal condição[12,27].

Considerações finais

Este estudo teve como objetivo apresentar uma revisão de literatura, identificando práticas de planejamento e programação que são realizadas no intuito de promover uma melhor organização das ações desenvolvidas nas unidades de saúde da APS. Nesse sentido, observou-se uma produção incipiente de artigos que retratam esses aspectos.

Em relação às práticas que são desenvolvidas, nota-se que essas estão voltadas para organização dos próprios serviços que são ofertados nas unidades de saúde de APS e também para a reorganização de processos de trabalho entre os profissionais que compõem essas equipes.

Além disso, foi possível identificar por meio dessas práticas de planejamento produtos que se concretizam mediante a formulação de planos intersetoriais, implantação de programas de cuidados voltados para atenção cardiovascular e de saúde do idoso, criação de colegiado gestor nas unidades, entre outros, que são relevantes no sentido de propiciar uma melhor organização dos serviços nas unidades de APS, possibilitando assim resolutividade desse nível no sistema de saúde.

Novos estudos são necessários no sentido de confirmar ou refutar algumas das considerações realizadas, acreditando que o presente estudo não teve a pretensão de abarcar toda a literatura produzida sobre o tema. ■

Referências

1. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Rev Saúde Pública [internet]. 2006 [acesso em 2016 out 2]; 40(esp):73-78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000400011&script=sci_abstract&tlng=pt.

2. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília, DF: Ipea; 1993.

3. Teixeira CF. Enfoques teóricos-metodológicos do planejamento em saúde. In: Teixeira CF. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: Edufba; 2010. p. 19-75.

4. Paim JS. Planejamento em saúde para não especialistas. In: Campos GWS. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006. p. 767-782.

5. Vilasbôas ALQ, Paim JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. Cad. Saúde Pública [internet]. 2008 jun [acesso em 2016 out 31]; 24(6):1239-1250. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600005.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. 1. ed., rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

7. Schraiber LB, Vilasbôas ALQ, Nemes MIB. Programação e organização das práticas: possibilidades de integração entre ações individuais e coletivas no Sistema Único de Saúde. In: Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: teoria e prática. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook. 2014. p. 83-93.

8. Brasil. 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. 20 set 1990.

9. Brasil. Lei nº 8142, 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. Diário Oficial da União. 31 dez 1990.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, 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. Diário Oficial da União. 22 set 2017.

11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm [internet]. 2008 out-dez [acesso em 2016 nov 1]; 17(4):758-764. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018.

12. Carneiro N, Silveira C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. Cad Saúde Pública [internet]. 2003 [acesso em 2017 dez 5]; 19(6):1827-1835. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14999348.

13. Tomasi E, Facchini LA, Osorio A, et al. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. Rev Saúde Pública [internet]. 2003 dez [acesso em 2017 dez 10]; 37(6):800-806. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000600017&lng=en&nrm=iso.

14. Ferreira AB, Minanni CA, Paganini CBL, et al. Programa de atenção particularizada ao idoso em unidades básicas de saúde. Saúde Soc. [internet]. 2009 [acesso em 2018 jan 22]; 18(4):776-786. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400020&lng=en&nrm=iso.

15. Costa KS, Nascimento JM. HORUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. Rev Saúde Pública [internet]. 2012 [acesso em 2017 out 17]; 46(1):91-99. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700013&lng=en&nrm=iso.

16. Cavalcanti YW, Lira Júnior R, Delmondes LN, et al. Oral health planning in João Pessoa municipality, Paraíba State: Dental surgeons as protagonists of Basic Care. Acta Sci. Health Sci [internet]. 2012 [acesso em 2018 jan 18]; 34(2):221-225. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-795783.

17. Shimizu HE, Martins T. O apoio institucional como método de análise-intervenção na Atenção Básica no Distrito Federal, Brasil. Interface [internet]. 2014 [acesso em 2017 ago 12]; 18(1):1077-1087. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000501077&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

18. Hoepfner C, Franco SC, Maciel RA, et al. Programa de apoio matricial em cardiologia: qualificação e diálogo com profissionais da atenção primária. Saúde Soc. [internet]. 2014 [acesso em 2018 jan 16]; São Paulo, 23(3):1091-1101. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000301091&lng=en&nrm=iso.

19. Cardoso JR, de Oliveira GN, Furlan PG. Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil. Cad. Saúde Pública [internet]. 2016 [acesso em 2017 out 1]; 32(3):1-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300706&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

20. Nakamura CA, Leite SN. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2016 [acesso em 2017 ago 12]; Rio de Janeiro, 21(5):1565-1572. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501565&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

21. Carvalho SR, Campos GW. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. Cad. Saúde Pública [internet]. 2000 [acesso em 2017 out 12]; 16(2):507-515. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200021&lng=en&nrm=iso.

22. Volpato LF, Meneghim MC, Pereira AC, et al. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD). Cad. Saúde Pública [internet]. 2010 [acesso em 2017 ago 12]; 26(8):1561-1572. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000800010&lng=en&nrm=iso.

23. Rocha LP, Cezar Vaz MR, Cardoso LS, et al. Processos grupais na estratégia saúde da família: um estudo a partir da percepção das enfermeiras. Rev. Enferm [internet]. 2010 [acesso em 2017 ago 12]; 18(2):210-215. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-18718.

24. Silveira MR, Sena RR, Oliveira SR. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. Rev. Min. Enferm. [internet]. 2011 [acesso em 2017 ago 12]; 15(2):196-201. Disponível em: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/25.

25. Silva RCF, Barreto VHL, Vasconcelos EMR. Análise da capacidade de aliar ações padronizadas e singulares na APS. Rev. bras. educ. med. [internet]. 2012 [acesso em 2017 ago 12]; 36(1):13-19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000300003&script=sci_abstract&tlng=pt.

26. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro FF, et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2013 [acesso em 2017 ago 12]; 18(8):2253-2262. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800009&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

27. Costa PHA, Mota DCB, Cruvinel E, et al. Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. Rev Panam Salud Pública [internet]. 2013 [acesso em 2017 ago 12]; 33(5):325-331. Disponível em: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000500003&lng=en&nrm=iso.

28. Pessoa VM, Rigotto RM, Arruda CAM, et al. Pesquisa-ação: proposição metodológica para o planejamento das ações nos serviços de atenção primária no contexto da saúde ambiental e da saúde do trabalhador. Interface [internet]. 2013 [acesso em 2017 ago 12]; 17(45):301-314. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414--32832013000200005&lng=en&nrm=iso.

29. Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de trabalho em saúde. Fundação Oswaldo Cruz [internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008 [acesso em 2017 ago 12]. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html.

30. Mendes-Gonçalves, RB. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico. In: Ayres JR, Santos L, organizadores. Saúde, sociedade e história. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 55-114.

31. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. Fundação Oswaldo Cruz [internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008 [acesso em 2017 ago 12]. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html.

32. Addum FM, Serra CG, Sessa KS, et al. Planejamento local, Saúde Ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. Physis [internet]. 2011 [acesso em 2017 ago 12]; 21(3):955-977. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103--73312011000300011&lng=en&nrm=iso.

33. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 19-29.

Aplicações da metodologia do marco lógico na gestão em saúde: revisão integrativa

Applications of the logical framework methodology in health management: integrative review

Elen Gabriele Serafim Santos Franco[1], Ana Luiza Queiroz Vilasbôas[2]

RESUMO O marco lógico é uma ferramenta aplicada à saúde para a análise de formulação de políticas e programas, tendo na gestão maior aplicabilidade. O presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura sobre a metodologia do marco lógico na gestão em saúde e suas aplicações. Os resultados evidenciam que o maior número de publicações das revistas é de origem brasileira (90,62%), há uma quantidade extensa de artigos publicados, sendo que, em sua maioria, são compostos por estudos de avaliabilidade (50%) e por pesquisas de natureza qualitativa (87,5%). Os estudos são, em grande parte, recentes (51,56%); e o tema que apresenta maior predominância é o de avaliabilidade de programas e ações, correspondendo a 46,38%. Assim, fica evidenciado que a utilização do marco lógico na gestão em saúde tem permitido a compreensão dos processos que envolvem a avaliabilidade de programas, tanto no que se refere às ações descritas quanto na infraestrutura e gestão.

PALAVRAS-CHAVE Estudos de avaliação como assunto. Metodologias de avaliação. Gestão em saúde.

ABSTRACT *The logical framework is a tool applied to health for the analysis of policy and program formulation, having a greater applicability in the management. The present study aims to conduct a integrative review of the literature on the logical framework methodology in health management and its applications. The results show that the largest number of publications in the journals are of Brazilian origin (90.62%), there is an extensive amount of published articles, most of which are composed of evaluability studies(50%)and of studies of a qualitative nature (87.5%). The studies are mostly recent (51.56%), and the most prevalent theme is the evaluation of programs and actions, corresponding to 46.38%. Thus, it is evidenced that the use of the logical framework in health management has allowed the understanding of the processes that involves the evaluation of programs, both in what refers to the described actions, as in infrastructure and management.*

KEYWORDS *Evaluation studies as topic. Assessment methodologies. Health management.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *elengabrielef@gmail.com*

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *analuvilas@gmail.com*

Introdução

O planejamento em saúde surgiu na América Latina nos anos 1960, quando foi elaborado o método denominado Centro de Estudos do Desenvolvimento/Organización Panamericana de la Salud (Cendes-OPS)[1]. O objetivo principal dessa abordagem metodológica era programar ações e procedimentos de saúde levando em consideração os recursos existentes, com ênfase na busca da eficiência econômica, como: o uso ótimo dos recursos humanos, materiais e financeiros das organizações públicas de saúde[2,3].

Em meados dos anos 1970 e durante os anos 1980, foram produzidas abordagens metodológicas com racionalidade estratégica[1,3] que influenciaram a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo bastante heterogêneo; instrumentos de gestão foram desenvolvidos para promover processos de decisões satisfatórios, de forma a permitir a fomentação da gestão participativa[4].

De todo modo, é importante observar que o desenvolvimento do SUS vem exigindo dos gestores uma melhor apropriação de ferramentas de planejamento, avaliabilidade e avaliação das ações de programas e políticas de saúde, no que se refere tanto ao seu aspecto de notoriedade quando de eficiência e efetividade de execução das ações. Uma das ferramentas que contribuem para isso é o marco lógico[5].

O marco lógico e/ou enfoque lógico, ou ainda matriz lógica, é uma ferramenta utilizada para o desenvolvimento e avaliação de um projeto, programa ou política de saúde[6]. Esse instrumento de avaliabilidade é capaz de apresentar as relações entre atividades planejadas, recursos necessários e impactos esperados, por meio da explicitação da teoria de um programa[4].

Desse modo, o marco lógico, desenvolvido para ser utilizado na estruturação de projetos e programas não só por promover a avaliabilidade de um programa ou projeto, mas por se configurar como uma ferramenta de gestão é eficiente e eficaz na avaliação em saúde.

Nesse sentido, este estudo tem como questão norteadora: como a metodologia do marco lógico na gestão em saúde e suas aplicações têm sido discutidas nas literaturas científicas? Para respondê-la, foi traçado como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura sobre a metodologia do marco lógico na gestão em saúde e suas aplicações.

Metodologia

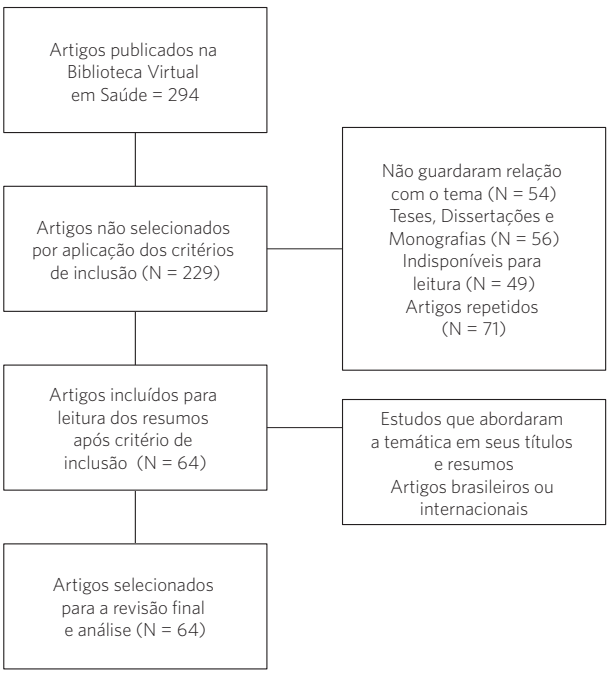
Foi realizada uma revisão integrativa da literatura científica sobre a metodologia do marco lógico na gestão em saúde e suas aplicações. Esse método de pesquisa permite sintetizar e agregar os resultados obtidos da literatura selecionada sobre o tema em estudo, seguindo os critérios de abrangência – qualidade no que se abrange –, e sistematização dos elementos classificados[7].

A fonte de busca contemplou a Biblioteca Virtual em Saúde. Os descritores empregados foram: marco lógico *AND* gestão *AND* saúde; enfoque lógico *AND* gestão *AND* saúde; quadro lógico *AND* gestão *AND* saúde; marco lógico *AND* saúde; quadro lógico *AND* saúde; enfoque lógico *AND* saúde. Foram utilizados como critérios de inclusão: estudos, publicados sob a forma de artigos científicos, que abordassem a temática em seus títulos e/ou resumos, que, após a seleção na Biblioteca Virtual em Saúde, fossem publicados em português, inglês e/ou espanhol. Como critérios de exclusão, consequentemente, foram descartados os artigos que não contemplaram em seus títulos e/ou resumos o conteúdo de interesse, os que se repetiam, além de teses, dissertações e monografias.

Foram encontrados 294 estudos, sendo que destes, encontravam-se 71 repetidos, 56 monografias e teses e dissertações, 49 não estavam disponíveis, 54 não contemplavam em seus títulos e/ou resumos a abordagem ao assunto na lógica da gestão, sendo utilizados 64 artigos.

Os artigos foram desmembrados quanto aos locais de origem das revistas publicadas, tipos de pesquisa, sujeitos envolvidos nos estudos, classificação dos periódicos relacionados com o Qualis Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), ano de publicação do estudo e tema relacionado com a avaliação em saúde.

Figura 1. Fluxograma contendo a seleção dos artigos selecionados para a revisão da literatura.



Fonte: Elaboração própria.

Para análise, os dados referentes ao atendimento do objetivo, assim como os resultados encontrados nos artigos selecionados, foram dispostos em uma planilha Excel® para a síntese do conhecimento produzido e caracterização bibliométrica dos estudos incluídos na revisão.

Resultados

Indicadores bibliométricos

O número de estudos encontrados associados ao modelo lógico foi excessivo. Chama-se atenção para uma vasta quantidade de dissertações, teses e monografias encontradas durante a busca na Biblioteca Virtual em Saúde referentes à temática quando comparado à variável de artigos utilizados nesta pesquisa.

A distribuição dos 64 artigos selecionados segundo alguns indicadores bibliométricos, como continente de origem da realização da pesquisa, periódico científico, temas abordados e ano de publicação, bem como realização dos estudos, será exposta a seguir.

Os artigos selecionados foram publicados em revistas nacionais e internacionais, pertencentes ao continente americano (*tabela 1*). O maior número de publicações foi em revistas da América Latina, sendo que a maioria era da América do Sul, especificamente, as nacionais obtiveram maior destaque (89,70%), quando comparadas com América do Norte e América Central (ambas com 1% de artigos publicados).

Tabela 1. Distribuição dos artigos segundo o local de origem da revista científica

Continente	País	Nº de artigos	%
América do Norte	Estados Unidos	01	1,56
América Latina	Não consta	01	1,56
América do Sul	Brasil	58	90,62
	Colômbia	03	4,69
	Chile	01	1,56
Total		64	100,0

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da BVS.

Os 64 artigos selecionados, quando agrupados segundo o periódico de publicação, apresentaram dispersão considerável, sendo, por esse motivo, sintetizados na tabela segundo quantidade mínima de dois artigos por periódico.

A distribuição dos artigos selecionados, segundo revista científica, com pelo menos 2 artigos publicados (*tabela 2*) abrangeu 62,5% das publicações. A 'Revista Brasileira de Saúde de Saúde Materno Infantil' foi a que obteve maior número de artigos publicados sobre o tema (12 artigos), correspondendo a 30% do total de artigos, seguida pela revista 'Cadernos de Saúde Pública' (8 artigos), representando 20% do total, acompanhada pelas revistas 'Ciência e Saúde Coletiva' e 'Physis', com cinco publicações cada uma, correspondendo a 12,5%. Quanto ao país de origem dos periódicos, o Brasil foi o que obteve maior número de revistas publicadas (*tabela 2*), correspondendo a 95% do total de revistas com mais de 2 artigos.

É importante salientar que a maior parte das revistas apresenta qualidade científica satisfatória segundo os critérios Qualis Capes para a área de saúde coletiva, sendo que três estavam classificadas como A2 (duas do Brasil e uma dos Estados Unidos); duas como B1(Brasil), duas como B2 (Brasil) e apenas uma se encontrou classificada como C (Brasil).

Tabela 2. Distribuição dos artigos selecionados segundo revista científica, com pelo menos 2 artigos publicados, por país de origem do periódico e classificação Qualis Capes*

Revista/Periódico	Nº	%	País de origem/continente	Qualis Capes
Brasileira de Saúde Materno Infantil	12	30,0	Brasil	B1
Cadernos de Saúde Pública	8	20,0	Brasil	A2
Cadernos Saúde Coletiva	2	5,0	Brasil	B2
Ciência e Saúde Coletiva	5	12,5	Brasil	B1
Panamericana de Salud Pública	2	5,0	Estados Unidos	A2
Physis	5	12,5	Brasil	C
Revista de Enfermagem da USP	4	10,0	Brasil	A2
Saúde em Debate	2	5,0	Brasil	B2
Total	40	100,0	-	

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da BVS e do Qualis Capes, 2018.

*Revistas ou periódicos que apresentaram mais de um artigo foram desagregados por países de origens.

Quando classificados segundo o tipo de estudo realizado, os artigos, em sua maioria, caracterizaram-se como pesquisas avaliativas. Isso se dá porque a metodologia do marco lógico empregada nos estudos em questão é uma ferramenta bastante utilizada como uma metodologia de avaliabilidade (*tabela 3*).

Tabela 3. Distribuição dos artigos segundo o tipo de estudo de acordo com a classificação dos autores, podendo pertencer a outra classificação de estudo por possuir mais de uma etapa metodológica

Tipos de estudos	Nº de estudos
Estudo de caso	07
Estudo ecológico	01
Estudo retrospectivo	01
Estudo de intervenção	09
Estudo metodológico	02
Estudo transversal	02
Revisão de literatura	01
Estudo de avaliabilidade	32
Estudo descritivo	09
Total	64

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da BVS, 2018.

No que se refere à natureza da pesquisa, a maioria dos artigos selecionados foi qualitativa, como pode ser verificado na *tabela 4* abaixo.

Tabela 4. Distribuição dos artigos segundo o tipo de pesquisa de acordo com a classificação dos autores

Tipos de pesquisa	Nº de estudos
Pesquisa qualitativa	56
Pesquisa quantitativa	02
Pesquisa qualiquantitativa	06
Total	64

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da BVS, 2018.

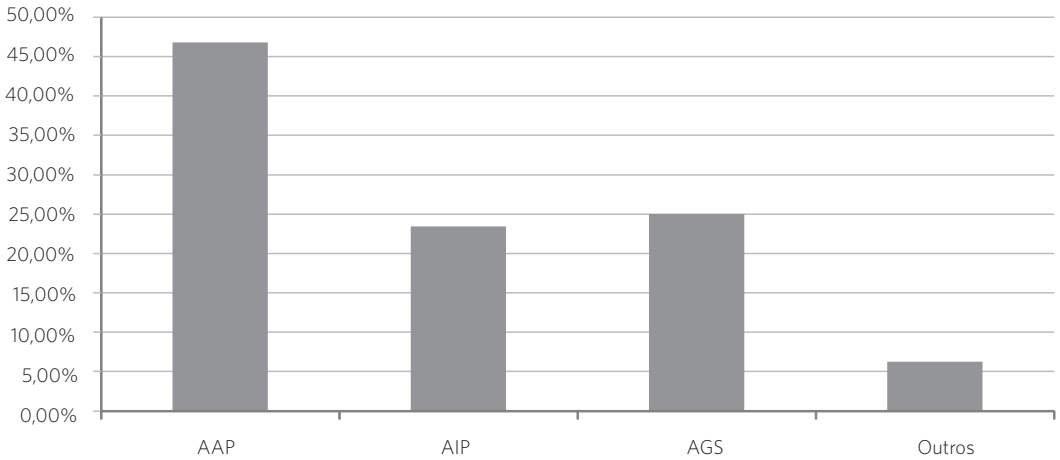
Quando classificados pelo título ou objeto principal dos estudos, os artigos foram classificados no gráfico seguinte de acordo com as seguintes siglas: Avaliação/Avaliabilidade de Ações e ou Programas (AAP); Avaliação/Avaliabilidade de Implantação ou Implementação de Programas (AIP); Avaliação/Avaliabilidade da Gestão em Saúde (AGS); Outros(o).

Um numeroso percentual de artigos fazia

referência à Avaliação/Avaliabilidade de Ações ou Programas (46,8%), correspondendo a um total de 30 artigos; 23,43% dos artigos traziam referência avaliação/Avaliabilidade de Implantação ou Implementação de programas ou ações, correspondendo a 12; 25% dos artigos faziam referência específica à gestão em Saúde, correspondendo a 16 artigos; e apenas 6,25% dos artigos foram classificados como Outros (*gráfico 1*).

É importante salientar que a classificação em 'outros' não exclui a relação com a avaliabilidade, porém não se associa diretamente com as categorias citadas, como é o caso do estudo que realiza a análise da matriz lógica quanto a seus pontos fortes e fracos, uma autoavaliação da matriz lógica; assim como a descrição dos componentes de um modelo lógico[8,9].

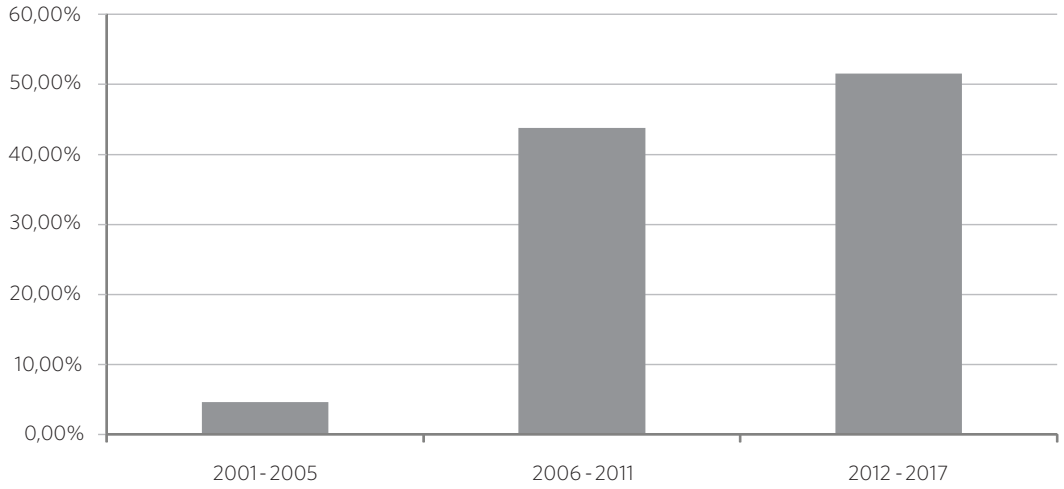
Gráfico 1. Distribuição dos artigos segundo tema abordado. Avaliação de ações e/ou programas (AAP); Avaliação de Implantação ou implementação (AIP); Avaliação da Gestão em Saúde (AGS); Outros(o)



Fonte: Elaboração própria, com base em dados da BVS, 2018.

Não houve um recorte temporal do ano de publicação do artigo ou realização do estudo. Assim, há uma dispersão temporal dos artigos a partir do ano 2000, com predominância de artigos atuais (2012-2017), correspondendo a 51,56%. Quando o intervalo de tempo foi de 2006 a 2011, 43,75% dos artigos tiveram publicação nesse período, enquanto apenas 4,68% das publicações foram no período de 2001 a 2005.

Gráfico 2. Número de artigos classificados por ano de publicação do estudo

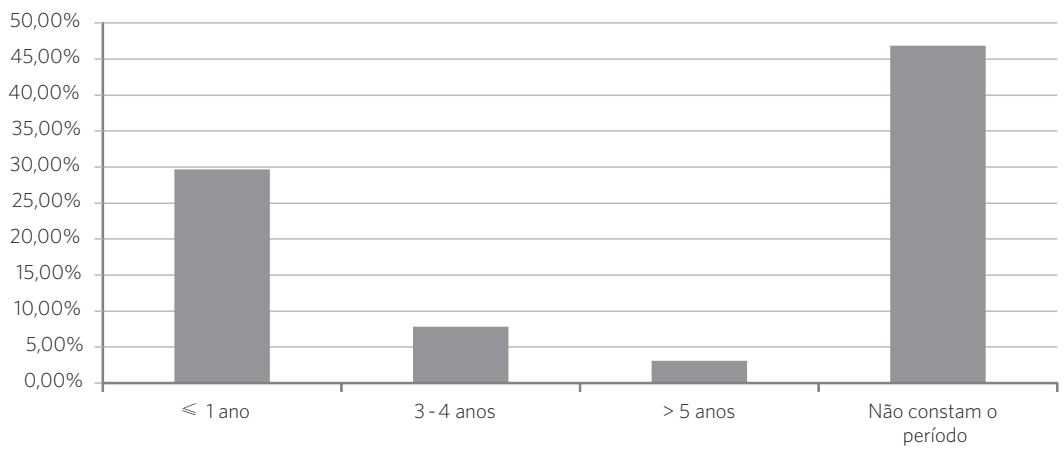


Fonte: Elaboração própria, com base em dados da BVS, 2018.

Quanto ao número de artigos classificados segundo o período, percebe-se (*gráfico 3*) que há uma quantidade considerável de artigos que não constam o período de realização da pesquisa (46,87%). Àqueles em que se teve a realização em período menor ou igual a um ano, correspondem a 29,68%, sendo que foi maioria em relação aos demais intervalos de tempo. Dos artigos, 7,8% foram realizados em um período de 3 a 4 anos, enquanto apenas 3,12% foram em um período superior a 5 anos.

É importante relatar que o período em que se trata o *gráfico 3* não corresponde à quantidade de anos, e, sim, ao período em que se começou o estudo até o seu término. Ou seja, o período previsto entre um e dois anos, por exemplo, não significa que foram realizados especificamente em dois anos, mas, sim, entre o período de um ano e outro, mesmo que não tenha sido no ano seguinte, como é o caso do estudo realizado de Miranda e Osorio-de-Castro[10], iniciado em 2009 e revisto em 2011.

Gráfico 3. Número de artigos classificados por período de realização do estudo



Fonte: Elaboração própria, com base em dados da BVS, 2018.

Quanto à classificação por sujeito da pesquisa, o maior número de publicações envolveu a categoria 'gestores e profissionais', correspondendo a 28,57%, seguida pela categoria 'profissionais', correspondendo a 15,87%, 'gestores' correspondendo a 15,88% e 'profissionais e usuários' apresentando 11,11%. Os demais envolvidos na pesquisa obtiveram meios de 10% nas publicados, como revela a *tabela 5* abaixo.

Tabela 5. Número de artigos classificados segundo sujeitos da pesquisa

Sujeitos	Nº de artigos	Porcentagem (%)
Gestores	10	15,88
Profissionais	10	15,88
Gestores e profissionais	18	28,58
Serviços e gestores	04	6,34
Gestores e usuários	02	3,17
Usuários	04	6,34
Gestores, usuários e profissionais	04	6,34
Gestores, usuários e serviços	01	1,60
Profissionais e usuários	07	11,11
Serviços e profissionais	02	3,17
Serviços	02	3,17
Total	64	100,0

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da BVS, 2018.

Sistematização dos principais resultados dos estudos de avaliabilidade

Pela extensão de artigos selecionados, houve a necessidade de agrupá-los de acordo com os principais resultados relacionados com a temática sobre a avaliabilidade da gestão em saúde. Assim, os artigos aqui descritos são os que foram categorizados anteriormente (*gráfico 1*). Abaixo, segue matriz de sistematização (*quadro 1*).

Percebe-se que entre os artigos relacionados com a temática da gestão em saúde há uma predominância dos estudos referentes à avaliabilidade/pré-avaliação de políticas, assim como à análise da vigilância epidemiológica, utilizando-se do marco lógico/modelo lógico. É possível observar nos seguintes estudos produzidos essa predominância (estudos de avaliabilidade ou de pré-avaliação), como é o caso desses, realizados por Bezerra et al.[11], Natal et al.[12]. Para estes autores, a pré-avaliação de uma política que se utiliza de instrumentos como o marco lógico, porque este subsidia a análise de dimensões e critérios, (*quadro 1*).

Outros estudos, no entanto, utilizam o termo 'avaliação' para expressar o mesmo sentido de análise, relacionados ainda com a gestão em saúde, como é o caso dos estudos produzidos por Costa et al.[13] e Nickel, Lima e Silva[14] e Oliveira et al.[15]. Além destes, outros estudos foram citados por utilizarem a construção do marco lógico na gestão, no que se refere ao desenvolvimento de modelos que atendem às necessidades de saúde, com o é o caso dos estudos produzidos por Ferraro, Costa e Vieira-da-Silva[16], Correr, Otuki e Soler[17] e Romero et al.[18].

Quadro 1. Matriz de sistematização ou análise dos resultados referentes à abordagem a artigos com a temática da Avaliação da Gestão em Saúde

Autores (ano)	**Principais resultados**
Bezerra et al., 2012	Neste estudo de pré-avaliação da Política Nacional de Gestão Estratégica e participativa da gestão do SUS, a construção do modelo lógico deu-se a partir de uma metodologia também participativa, em que se constou da presença dos próprios formuladores e executores da política em âmbito federal. Não se constituiu como uma tarefa fácil, sendo considerado um instrumento útil para a gestão participativa, fomentando a mudança nos componentes indesejáveis.
Correr, Otuki e Soler, 2011	Tais autores abordam a assistência farmacêutica, cuidado e gestão clínica do medicamento. Estruturou o modelo lógico de modo que incorporasse a gestão clínica do medicamento à gestão técnica da assistência farmacêutica, ficando evidente por meio da sua análise a efetividade da gestão clínica do cuidado. Sendo, assim, considerada uma ferramenta de gestão.
Costa et al., 2015	Neste trabalho em que se teve como objetivo a avaliação do desempenho estadual da vigilância em saúde, o modelo lógico de saúde foi adaptado ao modelo multidimensional de avaliação. O estudo faz referência ao modelo multidimensional como apropriado para avaliar o desempenho da vigilância em saúde, não fazendo referência específica ao modelo lógico no que diz respeito à avaliação de forma dissociável.
Ferraro, Costa e Vieira-da-Silva, 2009	Em seu estudo sobre a descentralização da vigilância sanitária e validação de uma imagem-objetivo, o modelo lógico permitiu a seleção de níveis, critérios e dimensões expostos em uma matriz. Nesta, há a descrição da situação esperada, podendo inclusive ser avaliado o grau de implantação como: 'incipiente', 'parcialmente incipiente' e 'implantada'. Ressalta ainda, que a utilização de estudos avaliativos pode servir como meio de validação de resultados.
Leite et al., 2013	Tal estudo produzido visa desenvolver um modelo de enfrentamento à doença cônica. Os autores consideram o modelo lógico facilitador da atuação dos profissionais, porém estes não devem se limitar ao que é expresso no modelo. A gestão do cuidado é mais abrangente, sendo recomendado que seja desenvolvido outros modelos de decisão.
Nakata e Silva, 2014	Um modelo lógico da assistência farmacêutica foi empregado com a finalidade de realizar um estudo de avaliabilidade. Para a sua formulação, houve discussão com o gestor e técnicos responsáveis. A partir da formulação do modelo lógico e das outras etapas metodológicas, conclui-se que, no que se refere ao modelo lógico e à gestão em saúde, houve uma satisfação no uso dessa metodologia, podendo haver possíveis readaptações e consensos.
Natal et al.,2010	Em seu estudo relacionado à avaliabilidade da rede de formação de recursos humanos, os seguintes autores afirmam que o estudo de avaliabilidade é desenvolvido e construído por uma série de procedimentos que antecedem a avaliação em si, permitindo que esta aconteça com mais facilidade posteriormente. O marco lógico foi estabelecido após análise documental, o que possibilitou estabelecer componentes, além da identificação de problemas.
Nickel, Lima e Silva, 2008	Neste estudo cuja finalidade é apresentar um modelo de avaliação da atenção à saúde bucal, os autores utilizaram a matriz lógica como modelo de avaliação da gestão, sendo considerado um instrumento aplicável com portes populacionais e características sociais diferenciadas. Consideram-na, além disso, como uma ferramenta aplicada na primeira etapa de uma avaliação. A matriz evidenciada apresentou juízos de valor segundo os critérios e dimensões utilizados.
Oliveira et al., 2015	Tais autores apresentaram a avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) de Santa Catarina. O modelo lógico foi discutido em oficinas e foi orientado por marcos legais e teóricos. Foi apontado com relação à avaliabilidade que o modelo lógico permitiu a apresentação à explicitação da plausibilidade dos componentes do Samu. Ocorreu o mapeamento das áreas prioritárias. Por meio do modelo lógico, foi possível constatar que há uma maior necessidade de investimento no Samu.
Reis, Cesse e Carvalho, 2010	O presente estudo de avaliabilidade destaca consensos referentes ao papel do gestor na atenção à saúde no SUS. A matriz de avaliação apresentou três níveis de análise (governo, gestão e assistência), revelando-se um instrumento de eficiência no que se refere avaliação da regionalização da assistência no SUS.

Quadro 1. (cont.)

Osorio-de-Castro et al, 2015	O referente estudo, que objetivou o fornecimento de um modelo de assistência farmacêutica para situações de desastre, apresentou seus resultados expressos em um modelo lógico, no qual uma avaliação estruturada foi realizada. O modelo lógico facilitou o trabalho dos profissionais por ser um modelo de avaliação, porém outros modelos podem ser incorporados à prática de trabalho.
Bezerra et al., (2009)	Para tais atores que focam seu estudo na vigilância epidemiológica e risco osteomuscular em uma indústria de alimentos, o marco lógico é um fundamento teórico que serve de investigação formativa. Identifica as necessidades centrais, sendo responsável pela avaliação e diagnóstico dos instrumentos utilizados pela indústria de alimentos. Sua sistematização facilita a compreensão do trabalho e das linhas de produção.

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da BVS, 2018.

Discussão

Em relação ao que é apontado pelos autores referente ao marco lógico na gestão em saúde, a maior parte dos estudos selecionados o apontou, ou ainda o modelo lógico, como uma ferramenta de avaliabilidade para a gestão em saúde, seja pela possibilidade de avaliar políticas, seja pela facilidade de desenvolver um modelo de gestão.

Pereira[8] traz em seu estudo a abordagem à matriz lógica quanto aos pontos fortes e fracos da sua utilização na elaboração de projetos. Para o autor, ela é uma ferramenta útil para tal processo, porém, por si só, afirma que tal instrumento não garante o sucesso de um projeto. Faz-se necessário, aliado a isso, o planejamento estratégico.

Assim como Pereira[8], em estudos realizados por Romeiro et al.[18] e Andrade et al.[19], tem-se que a compreensão do marco lógico/modelo lógico se processa como uma ferramenta útil, designada para subsidiar o planejamento, implantação e avaliação de programas. O modelo/marco lógico permite a estruturação de componentes essenciais, o que acaba por permitir uma avaliação efetiva, apontando adequação ou não de determinado programa ou projeto[19].

As pesquisas qualitativas desenvolvidas, apontaram que o marco/modelo lógico é uma ferramenta de avaliabilidade capaz de definir indicadores e componentes fundamentais para a gestão, assim como para a formulação de políticas e programas[21-23]. O estudo de Cavalcanti et al.[4] afirma que a utilidade do modelo lógico está relacionada com a possibilidade de agregar o planejamento e avaliação das ações previstas.

Outros estudos de natureza qualitativa, como o de Coelho et al.[20]; Bezerra et al.[24]; Cunha, Cavalcante e Costa[9]; Azevedo et al.[25]; Macêdo et al.[26]; Domingues et al.[27] e Felisberto et al.[28]; estabelecem avaliação ou avaliabilidade de programas ou ações. Compreendendo, assim, que o modelo lógico tem seu papel fundamentado na análise dos componentes abordados nos estudos, seja na avaliação de programas específicos de saúde, seja na avaliação de setores envolvidos nas políticas de saúde.

Já os estudos quantitativos e os mistos têm em comum a singularidade de dimensionar o grau de implantação de determinadas políticas, agregando de forma ampla o sentido da avaliabilidade como um instrumento norteador e estabelecedor de parâmetros. Pereira; Rocha e Uchôa[8,29], em seus estudos de natureza qualiquantitativa, estabeleceram uma comparação entre o grau de implantação dos componentes do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos e a avaliação de uma campanha de eliminação da sífilis, trazendo como similaridades o estabelecimento de

parâmetros, como implantação.

Outros estudos similares a esses relacionam o sentido de efetividade de medicamentos, assistência farmacêutica, assim como o grau implantação da vigilância epidemiológica em uma secretaria municipal de saúde[5,17,30-32]. É importante salientar que, nesses estudos, há uma necessidade de construção conjunta do marco lógico em equipe, seja ela formada por profissionais e serviço, seja formada por gestores, profissionais, serviço e usuários.

Ainda, partindo dessa lógica, os estudos abordados nesta revisão apresentaram, além da participação dos diferentes segmentos sociais e vínculo com o serviço (parcela considerável), a explanação do marco/modelo lógico construído e desmembrado por componentes[33-35].

Gestores e profissionais foram a categoria com maior participação na elaboração do marco/modelo lógico, sendo que a aplicabilidade desse modelo foi baseada na avaliação de serviços de atendimento, desempenho da vigilância em saúde, identificação e caracterização da Política Nacional de Gestão Estratégica[15,21,36].

A revisão narrativa de Correr, Otuki e Soler[17], referente à assistência farmacêutica e ao cuidado em saúde, configura a estruturação do marco/modelo lógico voltado para a compreensão da gestão clínica do medicamento. Esse serviu para evidenciar os principais problemas relacionados com a gestão clínica, proporcionando o conhecimento dos fatores positivos e lacunas extraídas por meio dessa análise.

Os marcos/modelos lógicos explanados nos estudos foram formulados, em sua maioria, após o desenvolvimento de entrevistas, como é o caso do estudo produzido por Lima e Silva[37], Engel-Cox et al.[38], Figueiró et al.[39]. Essas, geralmente foram conduzidas e aplicadas por grupos de profissionais, usuários ou gestores entre si, sendo utilizadas para subsidiar a reflexão de práticas desenvolvidas.

Além desses estudos, outros vêm apontando que o modelo lógico ou matriz lógica se configura como uma ferramenta de avaliabilidade indispensável no processo de avaliação em saúde, não se restringindo avaliação de programas e ações, tendo abordagem também no que se refere à avaliação de estratégias incorporadas para o alcance de metas[14,37,40,41].

Considerações finais

A aplicabilidade do marco lógico na gestão em saúde norteia a identificação de falhas, assim como permite a identificação dos pontos fortes e fracos dos componentes envolvidos, garantindo o aumento do grau de conhecimento e prática dos sujeitos.

Esse funciona como uma representação gráfica da estrutura dinâmica do objeto de estudo, subsidiando a compreensão dos fatores envolvidos, já que apresenta uma linguagem relativamente fácil, o que permite maior articulação entre os envolvidos na sua formulação, favorecendo a identificação de variáveis de relevância.

Como uma ferramenta de gestão, tem subsidiado discussões positivas no que se refere ao planejamento em saúde. Isso porque seu detalhamento permite a identificação de recursos que poderiam/deveriam ser mobilizados e não foram, assim como atividades e estratégias voltadas para o alcance de objetivos, dando margem à previsão de recursos, execução e avaliação de ações, para o alcance de objetivos.

Por esses motivos, o marco/modelo lógico deve ser incorporado à prática do sanitarista especialista em planejamento e gestão em saúde sempre que houver a necessidade de realizar uma pré-avaliação da implantação de determinado serviço de saúde, política, ação ou programa de saúde, ou que deseje ampliar ou descrever uma política de saúde, ação setorial, serviço de saúde, entre outros. ■

Referências

1. Teixeira CF. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências [internet]. Salvador: Edufba; 2010 [acesso em 2017 mar 18]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/livro_planejamento_em_saude_carmem_teixeira.pdf.

2. Rivera FJU, Artimann E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. Ciênc Saúde Colet [internet]. 2010 ago [acesso em 2017 mar 30]; 15(5):1-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500002.

3. Nações Unidas. Comissão Econômica para América Latina e o Caribe [internet]. Santiago de Chile: Cepal; 2017 [acesso em 2017 jun 31]. Disponível em: http://www.cepal.org/pt-br/about.

4. Cavalcanti PCS, Gurgel Junior GD, Vasconcelos ALR, et al. Um modelo lógico na rede cegonha. Physys [internet]. 2013 [acesso em 2018 fev 20]; 23(4):1297-1316. Disponível em: http://http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312013000400014&script=sci_abstract&tlng=pt.

5. Rover MRM, Vargas-Pelaez CM, Manzini F, et al. Modelo Teórico e Lógico para avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Rev Gestão Saúde [internet]. 2016 [acesso em 2018 fev 20]; 7(1):191-210. Disponível em: http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22075/15769.

6. Curso Líderes. Matriz de marco lógico: uma ferramenta de elaboração de projetos- Banco Mundial [internet]. In: Curso Líderes; 29 nov-10 dez 2004. Salvador: Banco Mundial; 2004 [acesso em 2018 fev 20]. Disponível em: http://www.disaster-info.net/lideres/portugues/04/pdfs/marco_%20logico_banco_mundial.pdf.

7. Gomes DM, Oliveira MIC, Fonseca SC. Avaliação da testagem anti-HIV no pré-natal e na assistência ao parto no Rio de Janeiro, Brasil. Rev Bras Saúde Mater Infant [internet]. 2015 out-dez [acesso em 2017 nov 8]; 15(4):413-423. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000400413&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

8. Pereira MS. A utilização da matriz lógica em projetos sociais. Pesqui Prát Psicossociais [internet]. 2015 [acesso em 2017 mar 28]; 10(2):327-339. Disponível em: http://seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/Pereira/1046.

9. Cunha NV, Cavalcanti MLT, Costa AJL. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em Jardim Catarina – São Gonçalo (RJ), 2010. Cad Saúde Colet [internet]. 2012 [acesso em 2017 ago 29]; 20(2):177-187. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_177-187.pdf.

10. Osorio-de-Castro CGS, Chaves GC, Ruiz AM, et al. A proposal for an evaluation model of pharmaceutical services for malária. Cad Saúde Pública [internet]. 2009 set [acesso em 2017 jun 8]; 25(9):2075-2082. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900021.

11. Bezerra LCA, Alves CKA, Reis YAC, et al. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política Participa-SUS. Ciênc Saúde Colet [internet]. 2012 abr [acesso em 2017 set 7]; 17(4):883-900. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400011.

12. Natal S, Samico I, Oliveira LGD, et al. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Cad Saúde Colet [internet]. 2010 [acesso em 2017 set 9]; 18(4):560-571. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_560-571.pdf.

13. Costa JMBS, Cesse EAP, Samico IC, et al. Avaliação do

desempenho estadual da vigilância em saúde de Pernambuco. Physis [internet]. 2015 [acesso em 2017 dez 2]; 25(4):1141-1163. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-04-01141.

14. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Cad Saúde Pública [internet]. 2008 fev [acesso em 2017 set 9]; 24(2):241-246. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/01.pdf.

15. Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. Cad Saúde Pública [internet]. 2005 [acesso em 2017 nov 26]; 21(6):1901-1910. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102--311X2005000600040.

16. Ferraro AHA, Costa EA, Vieira-da-Silva LM. Imagem--objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. Cad Saúde Pública [internet]. 2009 out [acesso em 2017 jun 31]; 25(10):2201-2217. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X200900100001.

17. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. Rev Pan--Amaz Saúde [internet]. 2011 [acesso em 2017 dez 2]; 2(3):1-10. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/53%20-%20CORRER%20C%20J%20Assist%C3%ABncia%20Farmac%C3%AButica%20integrada%20ao%20processo%20de%20cuidado%20em%20sa%C3%BAde%20gest%C3%A3o%20cl%C3%ADnica%20do%20medicamento.pdf.

18. Romeiro C, Nogueira J, Tinoco S, et al. O modelo lógico como ferramenta de planejamento, implantação e avaliação do programa de Promoção da saúde na estratégia de saúde da família do Distrito Federal. Rev Bras Ativ Fís Saúde [internet]. 2013 [acesso em 2018 fev 20]; 18(1):132-142. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/114389/mod_resource/content/1/Modelo%20L%C3%B3gico%20-%20Experi%C3%AAncia%20de%20Bras%C3%ADlia.pdf.

19. Andrade AF, Lima MM, Monteiro NP, et al. Avaliação das ações da Fonoaudiologia no NASF da cidade do Recife. Audiol Commun Res [internet]. 2014 jan-mar [acesso em 2017 set 3]; 19(1):52-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312014000100010.

20. Coelho AA, Martiniano CS, Brito AWG, et al. Atenção à tuberculose: estudo de avaliabilidade. Rev Latino-Am Enfermagem [internet]. 2014 set-out [acesso em 2017 set 3]; 22(5):792-800. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00792.pdf.

21. Bezerra TC, Falcão MLP, Goes PSA, et al. Avaliação de programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores. Trab. Educ. Saúde [internet]. 2016 abr [acesso em 2017 nov 5]; 14(2):445-472. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200445.

22. Viana DL. Gestão do trabalho em saúde: revisão da literatura por meio de scoping review [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.

23. Mendonça BCA, Toscano JJO, Oliveira ACC. Do diagnóstico à ação: experiências em promoção da atividade física programa Academia da Cidade Aracaju: promovendo saúde por meio da atividade física. Rev Bras Ativ Fís Saúde [internet]. 2009 [acesso em 2017 maio 14]; 14(3):211-216. Disponível em: http://rbafs.emnuvens.com.br/RBAFS/article/viewFile/776/785.

24. Bezerra LCA, Freese E, Frias PG, et al. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. Cad Saúde Pública [internet]. 2009 abr [acesso em 2017 ago 2]; 25(4):827-839. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt#back.

25. Azevedo BAS, Vanderlei LCM, Mello RJV, et al. Avaliação da implantação dos Serviços de Verificação de Óbito em Pernambuco, 2012: estudo de casos múl-

tiplos. Epidemiol Serv Saúde. 2016 jul-set [acesso em 2017 nov 8]; 25(3):595-606. Disponível em: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000300595.

26. Macedo VC, Bezerra AFB, Frias PG, et al. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. Cad Saúde Pública [internet]. 2009 ago [acesso em 2017 nov 26]; 25(8):1679-1692. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102311X2009000800004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

27. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Leal MC. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. Rev Bras Saúde Mater Infant [internet]. 2012 [acesso em 2017 ago 16]; 12(3):269-280. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292012000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

28. Felisberto E, Freese E, Alves CKA, et al. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. Rev Bras Saúde Mater Infant [internet]. 2009 set [acesso em 2017 nov 6]; 9(3):339-357. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292009000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

29. Rocha BNGA, Uchoa SAC. Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade. Physis [internet]. 2013 [acesso em 2017 nov 8]; 23(1):109-127. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n1/07.pdf.

30. Lavôr DCB, Pinheiro JS, Gonçalves MJF. Avaliação da implantação da estratégia de tratamento diretamente observado para tuberculose em um município de grande porte. Rev Esc Enferm USP [internet] 2016 [acesso em 2017 dez 15]; 50(2):245-252. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0247.pdf.

31. Souza PP, Miranda ES, Castro CGSO. Preparação da assistência farmacêutica para desastres: um estudo em cinco municípios brasileiros. Ciênc Saúde Colet [internet]. 2014 set [acesso em 2017 set 9]; 19(9):3731-3742. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000903731.

32. Azevedo SB, Leal LP, Lima MLLT, et al. Saúde auditiva infantil: prática dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP [internet]. 2014 [acesso em 2017 dez 15]; 48(5):865-873. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-865.pdf.

33. Galvao ND, Yokoo EM, Santos MA, et al. Vigilância epidemiológica no plano de intensificação das ações de controle de malária no estado de Mato Grosso: estudo de caso. Ciênc Saúde Colet [internet]. 2008 dez [acesso em 2017 fev 2]; 13(6):1933-1944. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000600029.

34. Gutierrez-Ossa JA, Manrique-Hernandez RD. Estructuración y formulación de la política pública farmacéutica regional y territorial en Colombia. Rev Gerenc Polít Salud [internet]. 2015 [acesso em 2017 maio 12]; 14(29):41-59. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v14n29/v14n29a04.pdf.

35. Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP, Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. Rev Panam Salud Pulica. 2009; 26(5):377-384.

36. Costa MC, Formigli VL. Avaliação da qualidade de serviço de Saúde para adolescentes. Rev Saúde Pública [internet]. 2001 [acesso em 2017 dez 9]; 35(2):177-184. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034--89102001000200012&script=sci_abstract&tlng=pt.

37. Lima LRF, Silva LMV. Ampliação do acesso à atenção oftalmológica: um estudo sobre a avaliabilidade da campanha "De Olho na Visão", Goiás, 2004. Ciênc Saúde Colet [internet]. 2008 [acesso em 2017 nov

26]; 13(sup.2):2059-2064. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900010.

38. Engel-Cox J, Houten B, Phelps J, et al. Modelo conceitual de indicadores de desempenho abrangentes para a melhoria da saúde humana e do meio ambiente. Ciênc Saúde Colet [internet]. 2009 abr [acesso em 2017 set 30]; 14(2):519-531. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200020.

39. Figueiró AC, Sóter AP, Braga C, et al. Análise da lógica de intervenção do Programa Nacional de Controle da Dengue. Rev Bras Saúde Mater Infant [internet]. 2010 nov; 10(supl.1):S93-S106. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500009.

40. Rivera FJU, Artimann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. Ciênc Saúde Colet [internet]. 1999 [acesso em 2018 jan 20]; 4(2):355-365. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200010&lng=pt&nrm=iso.

41. Silva RN, Guarda FB, Hallal PC, et al. Disponibilidad del Programa Academia de la Salud en el Municipio de Recife, Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública [internet]. 2017 [acesso em 2017 mar 1]; 33(4):1-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000405005&script=sci_abstract&tlng=es.

Apêndice 1. Matriz de sistematização dos artigos científicos

Autores	Título	Periódico	Ano de publicação	Ano de realização	Local de estudo	Língua	Objetivo geral	Metodologia	Principais resultados	Conclusão	*Link*

Fonte: Elaboração própria.

Rede de Atenção Psicossocial em Salvador (BA): plano de intervenção para o Distrito Sanitário Itapuã

Psychosocial Care Network in Salvador (BA): an intervention plan for the Itapuã district

Juliana Bastos Santos Figueira[1], Catharina Leite Matos Soares[2]

RESUMO Na década de 1970, os movimentos reformistas brasileiros deram início à estruturação de um novo modelo de atenção para saúde mental, pautado no cuidado integral e na inclusão social dos sujeitos com alguma necessidade de saúde mental. Para tanto, propôs-se a organização de uma Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Esta tem como premissa o estabelecimento de pontos de atenção integrados, que vão da atenção básica à especializada, sob a forma de poliarquia, em que os Centros de Atenção Psicossocial exercem a função de ordenadores do cuidado. Contudo, os municípios enfrentam uma série de dificuldades para a sua implantação, como: falta de profissionais qualificados, saturação dos serviços especializados, *deficit* de profissionais nas áreas de psicologia e psiquiatria, dificuldade de acolhimento desses usuários, entre outros. A situação de Salvador, mais especificamente do Distrito Sanitário (DS) Itapuã, não diverge dos demais locais do Brasil. Com isso, o presente trabalho teve como propósito elaborar um plano de intervenção para o fortalecimento da Raps do DS Itapuã. Adotou-se como referencial teórico e ferramenta o Planejamento e Programação Local em Saúde, descrevendo os momentos explicativo, normativo e estratégico, os quais darão subsídios para execução do momento tático-operacional pela equipe distrital.

PALAVRAS-CHAVE Planejamento em saúde. Planejamento estratégico. Serviços de saúde. Saúde mental.

ABSTRACT *In the seventy's, the reform movements in Brazil began the organization of a new care model for mental health. That was based on the integral care and social inclusion of the person with any mental health needs. For that, it was proposed the organization of a Psychosocial Care Network (Portuguese acronym: Raps). The Raps has as premise the establishment of integrate spaces of care, which assist the person from primary to specialized health, structed in a polyarchy way, where the Psychosocial Care Centers (Portuguese acronym: Caps) organize the mental health attention. But municipalities in Brazil face a lot of difficulties for the Raps implantation, such as: lack of qualified professionals, overload of specialized services, deficit of mental health professionals (psychologists and psychiatrists), difficulties in the reception of the users, among others. The situation in Salvador, specifically in the district of Itapuã, it's not different from the other places in Brazil. Based on that, this paper's objective is to create an intervention plan for the structure of the Raps in Itapuã's district, using as theory and tool the Planning and Local Health Programming. This paper describes three moments: explanation, normative, and strategic, which will be the base for the execution of the last moment, called operational, by the district professionals.*

KEYWORDS *Health planning. Strategic planning. Health service. Mental health.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
julianabsfigueira@riseup.net

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
catharinamatos@gmail.com

Introdução

O cuidado em saúde mental esteve centrado nos hospitais psiquiátricos e santas casas de misericórdia, com sua abordagem estritamente biomédica e de exclusão social do sujeito, durante anos. Como crítica a essa realidade, iniciou-se, na década de 1970, o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB) e de Luta Antimanicomial, enfatizando a necessidade de participação dos atores sociais e o direito à cidadania dos sujeitos portadores de transtornos mentais[1-4].

Somente em 2001, o marco legal da saúde mental[5] foi aprovado. Após dez anos, estabeleceu-se a Rede de Atenção Psicossocial (Raps)[6] com a finalidade de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde, considerando, além dos componentes sanitários, os componentes afetivos, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer que permeiam as relações entre os sujeitos[7].

Na Raps, o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) funciona como um local de referência para o cuidado intensivo, além de possibilitar inclusão desses sujeitos na comunidade e ordenar do cuidado em saúde mental[6-9]. Além deles, são entendidos como constituintes da rede: a atenção básica em saúde, a atenção de urgência e emergência, a atenção residencial, atenção hospitalar, as estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial[10].

Segundo o livro 'Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS'[11], houve ampliação dos serviços de saúde mental no ano 2013, bem como do repasse ministerial para a saúde mental no Brasil. Contudo, o documento atém-se à ampliação da rede, não se aprofundando nas dificuldades encontradas para a implantação dos serviços pelos municípios, as quais se constituem como um dos grandes entraves para o funcionamento da rede.

Estudos que abordam a rede de saúde mental como objeto apontam dificuldades para a sua institucionalização. De acordo com Brêda et al.[12], para a reinserção do usuário no mundo 'real', as dificuldades relacionam-se com o grau de capacitação dos profissionais e com o constante rodízio profissional do Caps em Alagoas.

Já Macedo et al.[13], no seu trabalho, apontam a regionalização dos serviços de saúde mental como um dos principais desafios atuais da Raps. Segundo os autores, a existência de vazios assistenciais, a desigualdade socioeconômica entre as regiões e a diversidade territorial configuram-se ainda como um entrave para a descentralização e regionalização desses serviços.

Segundo Azevedo[14], no município de Salvador, capital do estado da Bahia (BA), são dificuldades enfrentadas pelos serviços: a ausência de imóveis municipais para expansão da rede, a escassez de recursos humanos qualificados, a ausência de regulação para os pacientes originados de outros municípios e a dificuldade de comunicação entre os pontos da rede. Refere ainda a falta de preparo dos profissionais e a insuficiência da rede de referência à saúde mental[15].

Os problemas identificados por Azevedo[14] e outros identificados pelo Plano Municipal de Saúde[15] na cidade se desdobram em ações para a 'Implantação da Rede de Atenção Psicossocial no município de Salvador', que, por sua vez, desmembra-se em ações para os Distritos Sanitários (DS).

Dessa forma, o presente trabalho apresenta uma proposta de intervenção para o DS Itapuã, visando fortalecer implantação da Raps nesse território.

Material e métodos

Foi desenvolvido um plano de intervenção para o DS de Itapuã, do município de Salvador, com foco da Raps e partindo da experiência do campo de atuação do Programa de Residência em Saúde Coletiva com ênfase em planejamento e gestão em saúde, do Instituto de Saúde Coletiva com a Secretária Municipal de Saúde de Salvador.

Adotou-se como metodologia o Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS) proposto por Teixeira[16], o qual é dividido em quatro momentos: análise da situação de saúde, definição de políticas (objetivos do plano), construção dos módulos operacionais e gerenciamento da programação. No presente trabalho, não se elaborou a programação orçamentária, pois esta foge das competências distritais, limitando-se à elaboração dos indicadores de monitoramento e avaliação da execução da proposta de ação.

A análise da situação de saúde é dividida em diagnóstico da situação de saúde, levantamento e priorização dos problemas de saúde; e explicação dos problemas[16,17]. Para o diagnóstico da situação de saúde, focou-se na saúde mental, com a construção do perfil epidemiológico e sociodemográfico da população, bem como no perfil dos serviços de saúde presentes nesse território, utilizando informação disponíveis nos sistemas oficiais de informação (Tabnet Salvador e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES), considerando a série histórica de cinco anos (2011 a 2016), para os dados epidemiológicos e sociodemográficos, e o ano de 2017 para os serviços de saúde.

Identificaram-se e priorizaram-se os problemas de saúde mental elencados na 'Oficina distrital de identificação e priorização dos problemas de saúde', promovida pelo distrito em julho de 2017, a qual contou com dez participantes entre profissionais de saúde, gestores e usuários no Grupo de Trabalho (GT) direcionado à saúde mental. Nesta, foram registrados oito problemas de saúde, dos quais três foram classificados como problemas do estado de saúde, e cinco como problemas referentes ao sistema e serviços de saúde. Outros grupos também elencaram problemas relacionados com a saúde mental, assim, totalizaram-se oito problemas do sistema e serviços de saúde.

Em decorrência do objeto da residência, foram considerados apenas os problemas do sistema e serviços de saúde. A definição dos problemas a serem sistematizados tomou como base o triângulo de governo[18], compreendido como a articulação de três variáveis – projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo –, as quais avaliarão a capacidade de governar de uma instância de governo16, visando selecionar os problemas sobre os quais o DS teria autonomia para execução.

Matus[18] define projeto de governo como a proposta de ação do ator; capacidade de governo como a capacidade técnica para conduzir as ações e superar as dificuldades; por fim, governabilidade é o maior ou menor número de variáveis controladas pelo ator.

Os problemas elencados foram elucidados a partir da construção de uma árvore explicativa, levando em consideração documentos normativos, Lei nº 10.216, de abril de 2001[5], e a Portaria nº 3.088 de dezembro de 2011[19]; documentos de referência para o planejamento em saúde do município de Salvador, o Plano Municipal de Saúde (PMS) 2014-2017[15], o Plano Plurianual de Saúde (PPA) e a Programação Anual de Saúde (PAS), dos anos de 2016 e 2017; e documentos produzidos pela gestão distrital: Programação Operativa Anual do Distrito Sanitário Itapuã 2016 e 2017, o Relatório Anual de Gestão (RAG) 2016, atas das reuniões do GT de saúde mental produzidas no ano de 2016 e 2017 e a relatoria da Oficina de Rede de Atenção à Saúde: Construção da Rede de Saúde Mental no Distrito Sanitário Itapuã (2016).

Com base na etapa anterior, foi construída a Programação Operativa para Saúde Mental, pensando em ações a serem executadas no período de quatro anos da gestão municipal, seguida dos indicadores de monitoramento e avaliação das ações. Essa etapa pressupôs a elaboração da análise de viabilidade e o desenho de estratégias para superação das dificuldades apontadas. Vale destacar que o presente projeto de intervenção é uma proposta, não avançando para o momento de operacionalização, segundo Matus[18], o tático-operacional. O documento final foi apresentado à coordenação distrital e referência técnica distrital com o objetivo de viabilizar a inserção de ações da Programação Operativa Distrital de 2018.

Resultados

Análise da situação de saúde mental no Distrito Sanitário Itapuã, Salvador (BA)

O DS Itapuã compõe as 12 unidades executivas de Salvador. Ele é formado por 36 bairros do município de Salvador, sendo os de maior densidade populacional: Itapuã, Mussurunga, São Cristóvão e Bairro da Paz. Seus limites territoriais são os distritos Cajazeiras, Boca do Rio e Pau da Lima e os municípios de Lauro de Freitas e Simões Filho[16].

Nos últimos cinco anos, a população do DS Itapuã apresentou um crescimento gradativo, atingindo 274.772 habitantes em 2016, com densidade demográfica de 3.041 hab./km², uma das menores entre os distritos de Salvador. Nesse ano, 52% da sua população era feminina e na faixa etária de 20 a 29 anos.

No período de 2011 a 2016, a taxa de natalidade (entre 1,2 e 1,4/1.000 habitantes/ano) e o ritmo de envelhecimento da população (34,5/100 habitantes) se mantiveram estáveis. Já a taxa de fecundidade sofreu um aumento de 2011 a 2014, apresentando redução após este período, sendo em 2016 de 3,9 nascidos vivos/100 habitantes.

A taxa de óbitos, considerando o capítulo V da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10), referente às mortes relacionadas com transtornos mentais, é considerada baixa se comparada com outras causas de óbito que atingem essa população, correspondendo a 1% dos óbitos totais no período.

Com relação aos dados de produção ambulatorial da atenção básica, no ano de 2015, foram encontrados os valores referentes ao atendimento médico ou de enfermagem em saúde de seis unidades da atenção primária do distrito. Nesse período, o número de atendimentos em saúde mental representou 1,4% dos atendimentos, observando-se um aumento no percentual de atendimentos de 2013 a 2015, o que pode ser relacionado com a melhoria do registro dessa informação, bem como com a melhoria do acompanhamento desses usuários na Atenção Primária à Saúde (APS).

Com relação aos problemas do estado de saúde, relacionados com a saúde mental, os profissionais durante oficina destacaram o aumento no abuso de substâncias psicopáticas, sobretudo entre os jovens, o aumento do número de casos de transtornos mentais na população geral e o aumento no risco de suicídio em adolescentes.

Com relação aos equipamentos de saúde do DS Itapuã, a atenção primária é formada por nove unidades, sendo três unidades básicas tradicionais e seis unidades com Estratégias Saúde da Família (ESF); destas, quatro são apoiadas por dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). A atenção especializada conta com um Caps tipo II e com uma residência terapêutica feminina vinculada a este, além de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e um Centro de Especialidade Odontológica (CEO). O distrito conta ainda com o apoio de cinco Centros de Referência Psicossocial (Cras).

Dos profissionais com formação em saúde mental, destacam-se: quatro psicólogas que realizam atendimento clínico-ambulatorial na APS, já os Nasf possuem o suporte de psicólogas e terapeutas ocupacionais, que realizam atendimento compartilhado com as ESF. Na atenção especializada, o CEO possui três cirurgiões-dentistas especializados no cuidado a pacientes com necessidades especiais; já o Caps, com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), possui 38 profissionais de nível médio e superior. Entre os profissionais de saúde, o maior percentual é de técnicos de enfermagem e psicólogos clínicos, em que ambos representam 10,5% dos profissionais.

Entre as dificuldades apontadas por esses profissionais estão: a ausência de espaço para a realização de terapia de grupo na APS, a alta demanda por atendimento psicoterápico,

a ausência de profissionais que realizem o acompanhamento de crianças e adolescentes e o acompanhamento de usuários com transtornos leves pela atenção especializada.

De acordo com a relatoria da oficina distrital, apontaram-se oito problemas relacionados com os sistemas e serviços de saúde, a saber: *deficit* no provimento de psicólogos no DS Itapuã; *deficit* no provimento de psiquiatra nos Caps do DS Itapuã; sub-registro dos procedimentos em saúde mental realizados na ficha Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS); insuficiência na oferta de processos de qualificação para profissionais da Raps; fragilidade na gestão dos mecanismos de conexão dos pontos de atenção da Raps; Baixa oferta de serviços da Raps em conformidade com os parâmetros do Ministério da Saúde; insuficiência de ações de prevenção de agravos relacionados com a saúde mental, dirigidas para população em geral; e inexistência de uma unidade de saúde de referência para dispensação de medicação para saúde mental no DS Itapuã.

O debate sobre saúde mental no DS Itapuã teve início com a organização do GT de saúde mental em 2015; o qual é formado por representantes das unidades de saúde, por representantes do Nasf e pelas psicólogas da rede, além da referência distrital.

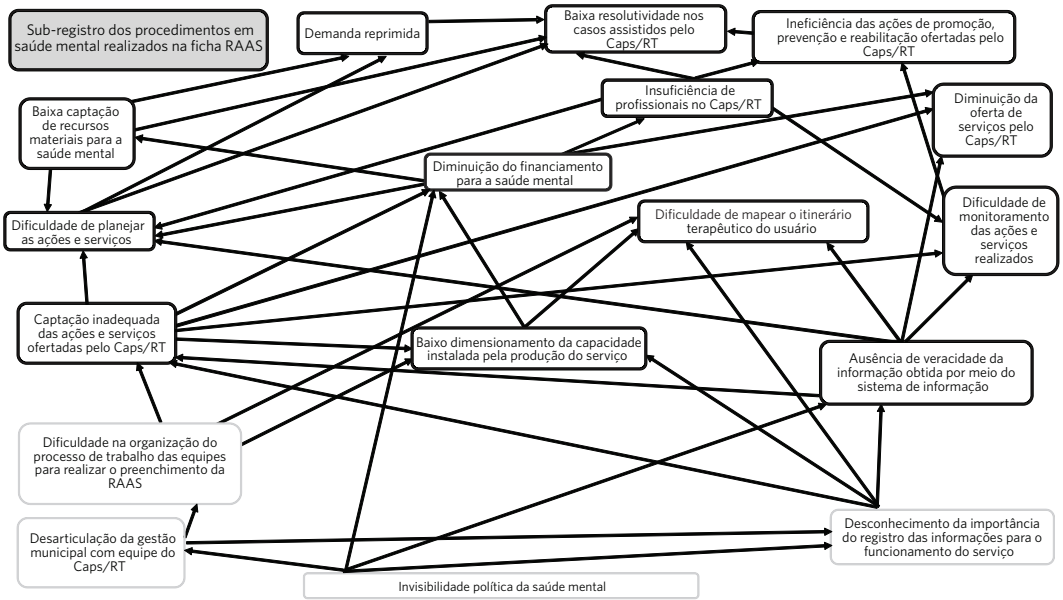
Em 2016, o GT se consolidou enquanto espaço para discussão da saúde mental, desenvolvendo ações voltadas para a educação permanente, programação e desenvolvimento do grupo 'Loucos por Cinema' e outras ações voltadas para saúde mental. De acordo com o RAG de 2016, concluíram-se 75% das ações programadas pelo distrito, sendo apontadas como dificuldades a alta demanda pelo atendimento e a baixa oferta do serviço.

Explicação dos problemas dos serviços de saúde: elaboração da árvore explicativa

Com base no triângulo de governo, elaborou-se uma matriz de análise que distribui os problemas de acordo com a capacidade de governo e a governabilidade distrital, destacando-se a inserção da saúde mental na agenda distrital como inclusão do tema no projeto de governo distrital.

No presente momento, o problema da baixa oferta de atividades de qualificação foi considerado como fora da capacidade de governo pelo distrito, pela ausência de autonomia distrital para execução destas atividades. Já a inexistência de unidade de saúde para a dispensação de medicamentos foi considerada como fora da governabilidade, mas dentro da capacidade de governo, pois ele dispõe de estrutura e farmacêutico para realização da dispensação, contudo depende da autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para sua efetivação. Os demais problemas foram considerados como não pertencentes a ambos os grupos por depender diretamente de iniciativas da SMS.

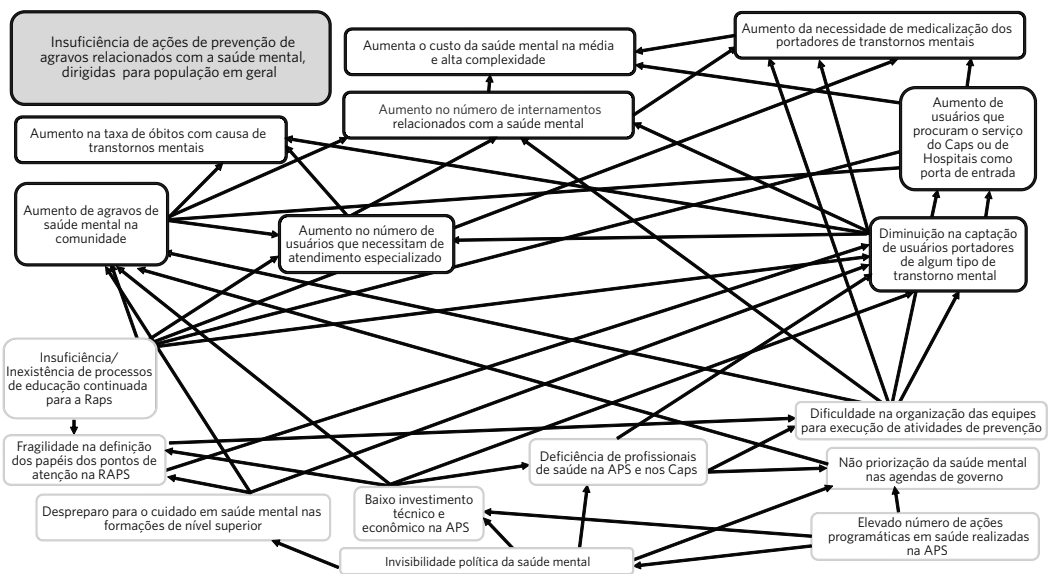
Figura 1. Árvore explicativa para o problema – Sub-registro dos procedimentos em saúde mental realizados na ficha Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS)



Nota:
Em cinza, está sinalizada a causa que poderia se desdobrar em objetivos específicos / Em preto, as consequências / A caixa preenchida é o problema.

Com isso, foram selecionados para construção das árvores explicativas e da programação operativa: a) Sub-registro dos procedimentos em saúde mental realizados na ficha RAAS (*figura 1*) e b) Insuficiência de ações de prevenção de agravos relacionados com a saúde mental (*figura 2*).

Figura 2. Árvore explicativa para o problema – Insuficiência de ações de prevenção de agravos relacionados com a saúde mental



Nota:
Em cinza, está sinalizada a causa que poderia se desdobrar em objetivos específicos / Em preto, as consequências / A caixa preenchida é o problema.

Propostas de intervenção: definição das ações, análise de viabilidade, desenho de estratégias, elaboração dos módulos operacionais, quadro de metas e indicadores

A proposta de intervenção será descrita por meio das matrizes de programação especificadas por Teixeira[16]. Com isso, foram propostos dois objetivos gerais: qualificar os procedimentos em saúde mental registrados na ficha RAAS pelos profissionais do DS Itapuã e ampliar as ações de prevenção de agravos relacionadas com a saúde mental para população do DS Itapuã, os quais correspondem aos problemas explicados anteriormente. A partir destes, foram elaborados três quadros: o primeiro descreve a análise de viabilidade para as ações propostas para cada objetivo (*quadro 1*); o segundo descreve a operacionalização das ações, com suas respectivas atividades, responsáveis e períodos, correspondendo às ações propostas (*quadro 2*); já no último encontra-se o quadro de indicadores e metas para as ações inicialmente propostas (*quadro 3*).

Quadro 1. Matriz de análise da viabilidade das ações correspondente aos problemas do sistemas e serviços de saúde: sub-registro dos procedimentos em saúde mental realizados na ficha Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) e insuficiência de ações de prevenção de agravos relacionados com a saúde mental

Objetivo Geral: qualificar os procedimentos em saúde mental registrados na ficha RAAS pelos profissionais do DS Itapuã			
Ação	Facilidades	Dificuldades	Estratégias
Implantar Projeto de reestruturação do processo de trabalho das equipes com foco no preenchimento da RAAS	Os turnos para registro das informações nos sistemas oficiais compõem a rotina dos trabalhadores em saúde, com base no preconizado nas normas do Sistema Único de Saúde (SUS). Interesse da gestão distrital e dos profissionais de saúde na realização de ações direcionadas à estruturação da Raps.	Resistências dos profissionais de saúde para modificações nas rotinas de trabalho já estabelecidas. Cultura, das instâncias de governo, de implantação de projetos de maneira verticalizada. Não reconhecimento da importância do registro adequado da informação para o desenho do perfil epidemiológico da população e realização de atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos direcionadas a esta.	Realização de atividades de educação permanente com foco nas dificuldades apontadas que culminam no não preenchimento da RAAS. Participação de representantes dos profissionais de saúde no processo de elaboração da proposta. Implantação processual, tendo início com a realização de um piloto, a fim de identificar as fragilidades do projeto. Criar espaços de oficinas para pactuação, escuta e elaboração conjunta do projeto.
Realizar oficinas de educação permanente com foco no registro da informação	Interesse da gestão distrital e dos profissionais de saúde na realização de ações direcionadas à estruturação da Raps.	Abordagem repetitiva e informativa de temas relacionados com a saúde mental, desconsiderando os conhecimentos adquiridos pelas profissionais. Grande número de atividades executadas pelos profissionais, em geral, gerando choque entre as agendas.	Levantamento das dificuldades e temas de interesse a serem abordados nos encontros. Aplicação de instrumento reconhecimento dos conhecimentos adquiridos da RAAS no primeiro encontro. Realização de encontros dinâmicos com momentos de explanação e aplicação do conteúdo aprendido. Divulgação prévia do cronograma de atividades das oficinas.
Objetivo Geral: ampliar as ações de prevenção de agravos relacionadas com a saúde mental para população do DS Itapuã			
Ação	Facilidades	Dificuldades	Estratégias
Elaborar agenda anual de atividades de prevenção direcionadas à saúde mental	Interesse da gestão distrital e dos profissionais de saúde na realização de ações direcionadas à estruturação da Raps. Existência de espaços compartilhados, tais como: grupos de idosos, gestantes e sábado do homem, os quais podem ser aproveitados pelas equipes.	Resistência dos profissionais de saúde para modificações nas rotinas de trabalho já estabelecidas. Tendência de verticalização das ações pelas instâncias gestoras da Secretária Municipal de Saúde. Ausência de recursos materiais e humanos para a execução das atividades de prevenção de agravos e promoção da saúde.	Participação de representantes dos profissionais de saúde no estabelecimento do número mínimo de atividades por unidade de saúde. Permissão da autonomia das unidades de saúde para elaborar suas agendas respeitando as pactuações prévias. Divulgação prévia das atividades elaboradas pelas equipes sendo elas acompanhada dos recursos necessários à sua execução, para pleiteio na Secretária Municipal de Saúde.

Quadro 1. (cont.)

	Consiste em um problema do serviço de saúde elencado nas oficinas de construção do PMS 2018-2021		
Elaborar material guia para estruturação da Raps	Experiência do Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (NUGTES) distrital na estruturação de cartilhas e guias para orientação de profissionais e usuários.	Existência de grande número de materiais ministeriais dispersos, os quais não atendem às demandas dos profissionais das unidades. Burocracia da SMS para aprovação e circulação do material, sobretudo impresso.	Estruturação de momentos para compartilhamento processual do material no GT Saúde Mental. Validação do instrumento com outros profissionais, além daqueles que compõem o GT de Saúde Mental. Circulação digital do material nas unidades de saúde. Divulgação do material na sessão 'Loucos por cinema'.
Realizar oficinas de educação permanente com foco na estruturação da Raps	Experiência do NUGTES distrital e da Área técnica de saúde mental na organização de atividades de educação permanente. Interesse da gestão distrital e dos profissionais de saúde na realização de ações direcionadas à estruturação da Raps.	Abordagem repetitiva e informativa de temas relacionados com a saúde mental, desconsiderando os conhecimentos adquiridos pelas profissionais. Grande número de atividades executadas pelos profissionais, gerando choque entre as agendas. Incapacidade da gestão distrital de realizar as oficinas com todos os profissionais. Grande número de atividades executadas pelos profissionais, em geral, gerando choque entre as agendas.	Levantamento das dificuldades e temas de interesse a serem abordados. Aplicação de instrumento de avaliação dos conhecimentos adquiridos da Raps. Durante as oficinas, incentivar os participantes e gerentes das unidades a realizarem a multiplicação do conteúdo trabalhado. Utilizar o momento da sessão 'Loucos por cinema' para divulgação da oficina e das referências das unidades para multiplicação do conteúdo. Divulgação prévia do cronograma de atividades das oficinas.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 2. Matriz operacional correspondente às árvores explicativas de sub-registro dos procedimentos em saúde mental realizados na ficha Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) e insuficiência de ações de prevenção de agravos relacionados com a saúde mental

Objetivo Geral: qualificar os procedimentos em saúde mental registrados na ficha RAAS pelos profissionais do DS Itapuã				
Objetivo específico	Ação	Atividade	Responsáveis	Período de execução
Reestruturar o processo de trabalho das equipes para preenchimento da RAAS	Implantar Projeto de reestruturação do processo de trabalho das equipes com foco no preenchimento da RAAS	Mapeamento dos membros da equipe que realizam o preenchimento da RAAS	Área Técnica de Saúde mental	ago. a set./2018
		Construção da proposta de reestruturação das equipes para o preenchimento da RAAS	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES/Representantes dos profissionais	mar. a mai./2019
		Realização de Oficina de validação da proposta preliminar de reestruturação	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES/Representantes dos profissionais	jun./2019
		Aplicação da proposta em uma equipe piloto	Gerente do Caps/ profissionais	jun. a ago./2019
		Realização de Oficina trimestral de avaliação do projeto piloto	Área Técnica de Saúde mental/ NUGTES/Gerente do Caps/ profissionais	set./2019
		Readequação da proposta piloto	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES/Representantes dos profissionais	set. a nov./2019

Quadro 2. (cont.)

Reestruturar o processo de trabalho das equipes para preenchimento da RAAS	Implantar Projeto de reestruturação do processo de trabalho das equipes com foco no preenchimento da RAAS	Realização de Oficina de implantação Projeto de reestruturação do processo de trabalho das equipes com foco no preenchimento da RAAS	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES/Representantes dos profissionais	dez./2019
		Realização de avaliação semestral do projeto	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES	jun./2020; dez./2020
Promover atividades de educação permanente com foco no preenchimento da RAAS	Realizar oficinas de educação permanente com foco no registro da informação	Levantamento dos tópicos importantes para o conhecimento da Raps e RAAS pelos profissionais	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES/ Residência de PPG-ISC--UFBA/ GT Saúde Mental	abr./2018
		Definição e divulgação do cronograma de atividades de educação permanente	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES	nov./2018
		Realização de Oficinas de educação permanente sobre a qualidade do registro da RAAS	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES/Gerente Caps/profissionais	jan. a jun./2019
		Avaliação dos encontros e da necessidade da abordagem de novos temas	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES/Gerente Caps/profissionais	dez./2019; jun./2020; dez./2020; jun./2021; dez./2021
Objetivo Geral: ampliar as ações de prevenção de agravos relacionadas com a saúde mental para população do DS Itapuã.				
Objetivo específico	Ação	Atividade	Responsáveis	Período de execução
Ampliar as atividades de prevenção em Saúde mental realizada nas unidades	Elaborar agenda anual de atividades de prevenção direcionadas à saúde mental	Definição do número mínimo de atividades anuais realizadas pelas unidades com base no número de equipes de saúde	Área Técnica de Saúde Mental/GT de Saúde mental	fev./2018
		Construção da Agenda anual de prevenção em saúde mental	Gerente das unidades de saúde/ CEO/Caps/Profissionais de saúde	mar. a abr./2018
		Compartilhamento das agendas das unidades no espaço do GT de Saúde Mental	Área Técnica de Saúde Mental/ representantes das unidades	abr./2018
		Monitoramento da Agenda proposta pelas unidades	Área Técnica de Saúde Mental	abr./2018; ago./2018; dez/2018
Promover atividades de qualificação profissional para estruturação da Raps	Elaborar material guia para estruturação da Raps	Levantamento dos tópicos importantes para o conhecimento da Raps pelos profissionais e RAAS	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES/ Residência de PPG -ISC--UFBA/ GT de Saúde Mental	abr./2018
		Estruturação do desenho metodológico do material Guia da Raps	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES/Residência de PPG-ISC--UFBA	abr. a mai./2018
		Validação do desenho metodológico do material no GT de Saúde Mental	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES/Residência de PPG-ISC--UFBA	jun./2018
		Apresentação bimensal do material produzido a equipe distrital envolvida e representantes dos profissionais	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES/Residência de PPG-ISC--UFBA	set./2018
		Validação do material com aos profissionais das unidades de saúde, incluindo ACS	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES/Residência de PPG-ISC--UFBA	out./2018
		Alteração do material conforme observações levantadas no momento de validação	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES/Residência de PPG-ISC--UFBA	out. a nov./2018
		Apresentação do material produzido pelo DS Itapuã na SMS	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES	nov./2018
		Aprovação do material produzido pela SMS	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES	jan./2019

Quadro 2. (cont.)

Promover atividades de qualificação profissional para estruturação da Raps	Elaborar material guia para estruturação da Raps	Circulação do material aos profissionais	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES	jan./2019
		Divulgação do material nas sessões 'Loucos por Cinema'	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES	2019
		Alteração do material conforme observações levantadas no momento de validação	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES/Residência de PPG-ISC--UFBA	out. a nov./2018
		Apresentação do material produzido pelo DS Itapuã na SMS	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES	nov./2018
		Aprovação do material produzido pela SMS	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES	jan./2019
		Circulação do material aos profissionais	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES	jan./2019
		Divulgação do material nas sessões 'Loucos por Cinema'	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES	2019
	Realizar oficinas de educação permanente com foco na estruturação da Raps	Levantamento dos temas a serem trabalhados nas oficinas	Área Técnica de Saúde Mental/GT Saúde Mental	ago./2018
		Definição da proposta metodológica das oficinas de estruturação da Raps	Área Técnica de Saúde Mental/GT Saúde Mental/NUGTES	set./2018
		Divulgação do cronograma dos encontros	Área Técnica de Saúde Mental	dez./2018
		Organização dos recursos operacionais (materiais e humanos) para realização das oficinas	Área Técnica de Saúde Mental	jan./2019
		Realização das oficinas	Área Técnica de Saúde Mental/ NUGTES	mar. a dez./2019
		Avaliação trimestral da execução das oficinas, destacando suas dificuldades e facilidades de operacionalização	Área técnica de Saúde mental/ GT Saúde Mental/NUGTES	abr./2019; ago./2019; dez./2019

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 3. Matriz de objetivos, metas e indicadores de acompanhamento correspondente às matrizes de programação para os problemas Sub-registro dos procedimentos em saúde mental realizados na ficha Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) e insuficiência de ações de prevenção de agravos relacionados com a saúde mental

Objetivo Geral: qualificar os procedimentos em saúde mental registrados na ficha RAAS pelos profissionais do DS Itapuã				
Ação	Meta	Indicador	Fonte de Verificação	Periodicidade
Implantar projeto de reestruturação do processo de trabalho das equipes com foco no preenchimento da RAAS	1 equipe piloto com o projeto implantado	Nº de equipes com piloto implantado/preconizado x 100	Livro ata do Caps com a data implantação	dez./2019
	100% dos profissionais do Caps realizando os turnos para o preenchimento da RAAS	Nº de profissionais realizando preenchimento da RAAS/ total de profissionais x 100	Livro ata do Caps	Semestral no ano de 2020
Realizar oficinas de educação permanente com foco no registro da informação	90% das oficinas preconizadas realizadas	Nº de oficinas realizadas/nº de oficinas preconizadas na proposta metodológica	Lista de presença das oficinas	Trimestral no ano de 2019

Quadro 3. (cont.)

Objetivo Geral: ampliar as ações de prevenção de agravos relacionadas com a saúde mental para população do DS Itapuã.				
Ação	Meta	Indicador	Fonte de Verificação	Periodicidade
Elaborar agenda anual de atividades de prevenção direcionadas à saúde mental	100% das unidades com agenda anual elaborada	Nº de unidades com agenda construída/total de unidades x 100	Ata do GT de Saúde Mental	Anual: 2º trimestre
	60% das unidades cumprindo a agenda pactuada	Nº de unidades cumprindo a agenda/ total de unidades x 100	Lista de presença da atividade	Anual: 3º trimestre
Elaborar material guia para estruturação da Raps	Produção de um material pelo distrito	1 material guia da Raps divulgado	Material divulgado	Anual: 1º trimestre
Realizar oficinas de educação permanente com foco na estruturação da Raps	90% das oficinas preconizadas realizadas	Nº de oficinas realizadas/nº de oficinas preconizadas na proposta metodológica	Lista de presença das oficinas	Trimestral no ano de 2019

Fonte: Elaboração própria.

Considerações finais

O plano de intervenção proposto visou pensar a estruturação da Raps no DS Itapuã como um projeto contínuo e elaborado em parceria com os profissionais da gestão distrital, das unidades de saúde e usuários, sendo passível de revisão e adequações com base nas avaliações e monitoramentos das ações. Dessa forma, ressalta-se a importância da criação de processos participativos que permitam o diálogo entre os diferentes atores e o reconhecimento da importância das práticas de planejamento das ações em saúde.

Enquanto produto da residência de saúde coletiva com ênfase em planejamento e gestão em saúde, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), este plano de intervenção possibilita a integração entre ensino e serviço, retomando a ideia de práxis, e a produção de tecnologias pensadas para realidade de um território, englobando suas dinâmica e complexidade, além de entender a complexidade dos atores envolvidos no processo da saúde universal, integral e participativa. Ademais, representou na imersão de práticas de estruturas de planejamento para intervenção dos problemas localizados nos serviços de saúde. ■

Referências

1. Nunes MO, Campos RO. Prevenção, Atenção e Controle em Saúde Mental. In: Paim, JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: Teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 501-512.

2. Fagundes Junior HM, Desviat M, Silva PRF. Reforma psiquiátrica no Rio de Janeiro: Situação atual e perspectivas futuras. Ciênc. Saúde Colet. 2016; 21(5):1449-1460.

3. Shneider AR. A construção da rede de atenção em saúde mental de um município do sul do Brasil. Barbaróí. 2008; 28:124-135.

4. Zambenedetti G, Perrone CM. O processo de construção de uma rede de saúde mental: desafios e potencialidades no processo de reforma psiquiátrica. Physis. 2008; 18(2):277-293.

5. Brasil. Lei no 10. 2016, 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. Diário Oficial da União. 6 abr 2001.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: MS; 2004.

7. Ribeiro JM, Dias AI. Política e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. Ciênc. Saúde Colet. 2011; 16(12):4623-4633.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 366/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União. 19 fev 2002.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Atenção Psicossocial e Unidades de acolhimento Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios: Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, DF: MS; 2015.

10. Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 3.088, de 28 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. Diário Oficial da União. 28 dez 2011.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília, DF: MS; 2014.

12. Brêda M, Ribeiro MC, Silva PP, et al. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Alagoas: a opinião do usuário. Rev. RENE. 2011; 12(4):817-824.

13. Macedo JP, Abreu M, Fontenele M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Saúde Soc. 2017; 26(1):155-170.

14. Azevedo MS. O cuidado a saúde mental em rede em um distrito sanitário de Salvador, BA: discussões e desafios para a integração de Serviços [dissertação]. Salvador: UFBA; 2010. 142 p.

15. Salvador. Secretária Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde: 2014-2017. Salvador: Secretária Municipal de Saúde; 2014.

16. Teixeira C. Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: Edufba; 2010.

17. Vilasbôas ALQ. Planejamento e programação das ações de vigilância à saúde no nível local do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

18. Matus C. Los 3 cinturones del gobierno: gestión, organización e reforma. Caracas: Fundação Altadir; 1997.

19. Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 3.088, de 28 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. Diário Oficial da União. 28 dez 2011.

Promovendo a saúde mental em Guanambi: um diálogo necessário ao cuidado integral

Promoting mental health in Guanambi: a necessary dialogue for integral care

Jamara Pereira de Oliveira Batista[1], Rita de Cássia de Sousa Nascimento[2]

RESUMO Apenas a existência dos Centros de Atenção Psicossocial não é suficiente para assistir à demanda de saúde mental, é necessário que os diversos níveis de atenção à saúde constituam uma rede interligada utilizando o princípio de corresponsabilidade. Assim, esse projeto de intervenção buscou desenvolver estratégias de articulação entre os serviços de uma Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Centro de Atenção Psicossocial do município de Guanambi, sudoeste da Bahia, enquanto rede de atenção ao paciente em sofrimento psíquico, qualificando o acesso e promovendo integralidade do cuidado em saúde. Espera-se que essas equipes percebam a importância e os benefícios do apoio matricial e sintam-se mais capacitadas para lidar com esse público, que o acesso dos usuários com transtorno mental ao sistema de saúde seja facilitado, que as famílias destes se sintam acolhidas e melhorem sua compreensão e aceitação da patologia.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Integralidade em saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT *The mere existence of the Psychosocial Care Centers is not sufficient to assist the mental health demand, it is necessary that the different levels of health care constitute an interconnected network using the principle of co-responsibility. Thus, this intervention project seeks to develop strategies for articulation between the services of a Family Health Strategy, the Family Health Support Center, and the Psychosocial Care Center of the municipality of Guanambi, in the southwest of Bahia, as a network for the care of patients in psychic suffering, qualifying access and promoting integrality of health care. It is hoped that these teams will realize the importance and benefits of matrix support and feel more empowered to deal with such public, that the access of users with mental disorder to the health system be facilitated, that the families of these people are welcomed and improve their understanding and acceptance of the pathology.*

KEYWORDS *Mental health. Integrality in health. Family Health Strategy.*

[1] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) – Salvador (BA), Brasil.
jammaraoliveira@gmail.com

[2] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) – Salvador (BA), Brasil.
nascimento.rita@gmail.com

Introdução

Falar sobre transtornos mentais no senso comum, de modo geral, é uma questão cercada de preconceitos. Pelo fato de raramente serem discutidos, muitas pessoas acreditam tratar-se de um assunto insignificante, mas, ao contrário disso, eles são bem mais frequentes do que pensam.

De acordo com Coutinho et al., tais transtornos

> [...] são responsáveis por uma morbidade significativa em todo o mundo, atingindo, aproximadamente, 700 milhões de pessoas de todas as idades, culturas e nível socioeconômico, representando um terço do total de casos de doenças não transmissíveis[1(1876)].

Com a Reforma Psiquiátrica, ocorreram algumas mudanças na assistência à saúde mental, em que o padrão hospitalocêntrico foi reorientado para uma nova forma de atenção descentralizada, multidisciplinar e com enfoque na reabilitação psicossocial. Apesar de os pacientes com esses distúrbios ainda passarem por alguma exclusão social, isolamento e serem encarados como pessoas sem capacidade de interação social, a Reforma resultou no surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps)[2].

Compreende-se, entretanto, que apenas a existência dessa nova tecnologia (Caps) não é suficiente para assistir a esse tipo de demanda. É indispensável que os vários níveis de atenção à saúde constituam uma rede interligada que atenda à saúde mental utilizando o princípio de corresponsabilidade[3]. Nesse momento, por Redes de Atenção à Saúde (RAS), considera-se um aglomerado de dispositivos de saúde associados por metas comuns que realizam ações interdependentes e possibilitam uma assistência completa e continuada[4].

No que tange à saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) busca assegurar essa articulação e agregação dos serviços no território melhorando a assistência[5], já que, de acordo com a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, a pessoa em sofrimento psíquico deve ser tratada de uma forma que favoreça sua recuperação por meio da sua inserção na família, no trabalho e na comunidade[6].

Nesse sentido, associa-se a esse enredo a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada também para reestruturar a prática assistencial, substituindo a modalidade que se baseava na cura da doença e na hospitalização[7]. Incorporada no cotidiano da população, a ESF atua como primeiro contato do sistema de saúde e, portanto, representa um elo importante no cuidado longitudinal de casos em que haja sofrimento mental.

Embora necessária, a integração entre esses campos de atuação ainda não é uma situação concreta em grande parte dos municípios brasileiros, pois, apesar da notável presença de pacientes com transtorno mental nos territórios adscritos das Equipes de Saúde da Família (EqSFs), essas constantemente relatam dificuldades para identificá-los e acompanhá-los na comunidade[3,8-12].

É o que se verifica entre a EqSF Gizelda Cardoso Almeida de Barros e o Caps II Beija-Flor, no município de Guanambi, na Bahia, em que a demanda psiquiátrica não é identificada na primeira unidade, e os profissionais demonstram resistência em procurá-la, referem dificuldade de interação, medo, despreparo e, às vezes, acreditam que essa atividade não faz parte de suas atribuições.

Poucos pacientes psiquiátricos ainda buscam a ESF, mas desacompanhados. Tal conduta prejudica o atendimento já que os trabalhadores desconhecem seu comportamento, diagnóstico médico e as medicações em uso. Dessa forma, a continuidade da assistência é comprometida, uma vez que os usuários não têm responsabilidade ou mesmo consciência do que precisam fazer diante da prescrição de tratamentos, encaminhamentos e/ou solicitação de exames complementares durante as consultas médicas.

O nível de conhecimento dos profissionais

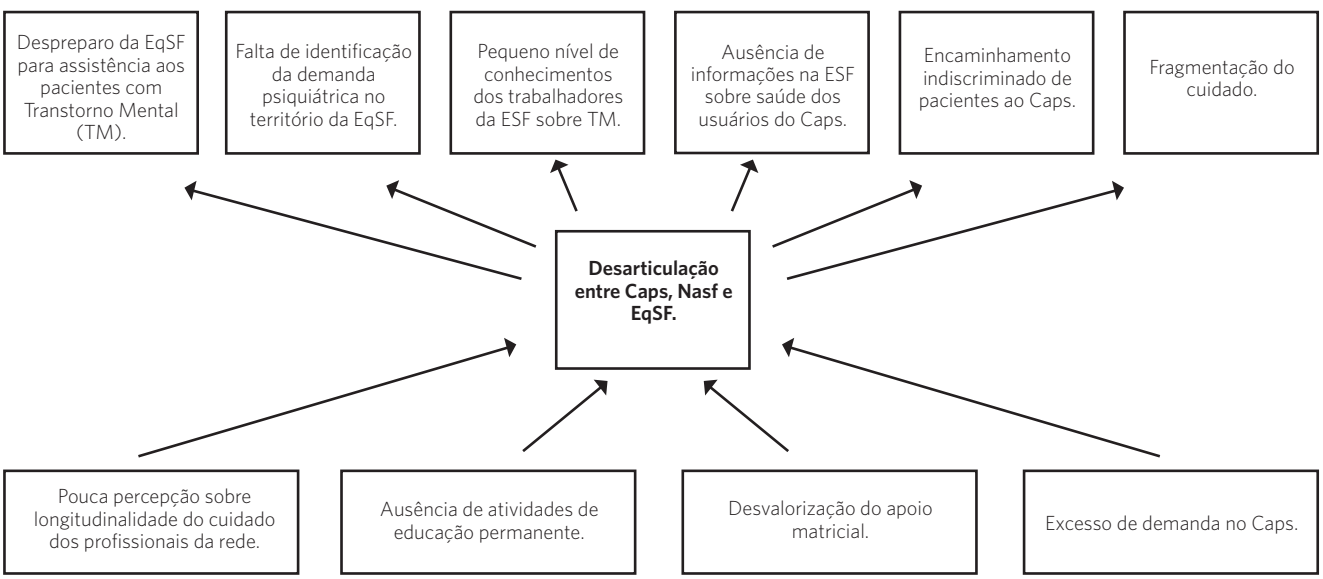
da ESF sobre o cuidado em saúde mental é pequeno, e o atendimento não é planejado, mas ocasionalmente improvisado e restrito à medicalização, por isso o relacionamento entre esses sujeitos se desenvolve apenas quando o paciente chega à unidade[13,14]. Por essa deficiência, os trabalhadores da unidade básica muitas vezes são considerados rigorosos.

Para o melhor manejo da saúde mental na atenção primária, é necessário um trabalho compartilhado de suporte às EqSFs pelos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). A corresponsabilização dos casos aumenta a capacidade resolutiva da equipe local, estimula a interdisciplinaridade e a aquisição de novas competências. Além disso, a educação permanente deve ser o dispositivo fundamental para a organização dessas ações[14].

Apesar de ser apoiada por um Nasf, a EqSF ainda se sente insegura e/ou incapacitada para atender o público de saúde mental que existe no seu território, principalmente diante da ausência de algumas informações extremamente necessárias sobre a saúde do paciente com distúrbios psiquiátricos acompanhado pelo serviço especializado. O encaminhamento ao Caps é bastante realizado, mas não há retorno, o que dificulta o acompanhamento da atenção básica.

Dessa maneira, a desvalorização do apoio matricial, a ausência de atividades de educação permanente em saúde mental e a pouca percepção sobre longitudinalidade do cuidado dos profissionais da rede resultam em despreparo profissional da EqSF para assistir os pacientes com transtorno mental, falta de identificação da demanda psiquiátrica no seu território, ausência de informações sobre a saúde mental dos usuários do Caps na unidade básica, encaminhamento indiscriminado desses pacientes ao serviço especializado e fragmentação do cuidado (*figura 1*).

Figura 1. Árvore de problemas que originaram o projeto de intervenção



Nesse contexto, torna-se relevante a articulação entre os pontos de atenção citados, uma vez que essa integração proporcionará troca de conhecimento entre as equipes e, possivelmente, facilitará a descrição, manejo e atenção da clientela com transtornos mentais. Nessa lógica, torna-se fundamental estreitar o relacionamento entre a EqSF e o Caps e ainda fortalecer a atuação do Nasf enquanto ponto de atenção da Raps.

Ao considerar esse contexto, este projeto de intervenção considerou como objetivo geral: desenvolver estratégias de articulação entre os serviços da EqSF, Nasf e Caps enquanto rede de atenção ao paciente em sofrimento psíquico, qualificando o acesso e promovendo integralidade do cuidado em saúde. Como objetivos específicos destacaram-se: promover o despertar dos profissionais de saúde quanto à importância da longitudinalidade do cuidado em saúde mental com vistas à integralidade; fortalecer o vínculo entre os trabalhadores da ESF, Nasf e Caps, valorizando o apoio matricial.

Material e métodos

Durante o período de Residência em Saúde da Família iniciado em abril de 2015 na ESF Gizelda Cardoso de Barros Almeida, percebeu-se, mediante conversas informais com alguns profissionais da unidade, a necessidade de melhor compreender o problema em discussão, pois, cotidianamente, a insegurança permeava a sua ação, dando-lhes a sensação de inércia diante da ausência de diálogo com o serviço especializado.

Ante a recorrência dessas reflexões, pensou-se na possibilidade de desenvolver ações que contribuíssem positivamente para a situação descrita, por meio de um projeto de intervenção que será realizado em seis etapas distintas na ESF citada, com a participação do Nasf I e do Caps II Beija-Flor, no município de Guanambi.

Assim, inicialmente, realizou-se uma revisão da literatura para aquisição de maior aporte teórico sobre o assunto, quesito imprescindível para elaboração do projeto que tem como objetivo desenvolver estratégias para estreitar o relacionamento entre esses serviços enquanto rede de atenção ao paciente em sofrimento mental, qualificando o acesso e promovendo a integralidade do cuidado em saúde.

O projeto será desenvolvido de acordo com as seguintes etapas:

A) Articulação entre gestores

– Apresentação do projeto de intervenção, agendamento de novos encontros a fim de definir datas para realização das etapas do projeto e seus respectivos responsáveis, envolvendo o Departamento de Atenção Básica (DAB) local e as coordenações do Caps, Nasf e ESF.

– Orientação aos líderes para que repassem a problemática e proposta de melhoria aos liderados e tragam as opiniões destes, dentro do tempo determinado.

B) Reuniões com os trabalhadores da ESF

– Serão promovidas três reuniões com os profissionais dos setores mencionados: na primeira, tem-se o intuito de sensibilizá-los sobre a importância da assistência aos pacientes com transtorno mental, apontando-lhes condutas e/ou orientações fundamentais nesse processo; na segunda reunião, serão abordados os principais distúrbios mentais que acometem os indivíduos e/ou aqueles mais comuns na cidade e o terceiro encontro se destinará aos aspectos relacionados com a família e/ou responsáveis pelo usuário.

C) Identificação de usuários no território

– Realização de Visita Domiciliaria (VD) pelos profissionais de saúde da ESF, quais

sejam, Agente Comunitário de Saúde (ACS), enfermeiro, dentista, médico e técnico de enfermagem acompanhado de um apoiador matricial do Nasf ou Caps em pelo menos uma VD.

– Durante essa atividade, a EqSF conhecerá sua demanda bem como investigará a existência de outras comorbidades associadas, que necessitem de tratamento e/ou acompanhamento.

– O mapa do território da unidade será utilizado para dividir as VD entre os profissionais, tendo em vista a ausência de ACS em algumas microáreas.

D) Educação para saúde

– A EqSF será orientada a incluir os pacientes identificados na etapa anterior, em suas atividades, grupos de saúde e/ou programas rotineiros para que eles não sejam apenas assistidos pelo Caps, mas tenham outras patologias e/ou condições de saúde atendidas na unidade básica.

– As interconsultas, quando necessárias, e os grupos de atividades em saúde terão participação dos profissionais do Nasf.

– Os trabalhadores da ESF serão incentivados a participar das atualizações, palestras e cursos em saúde mental disponibilizados pelo programa Telessaúde bem como daqueles oferecidos pelo DAB.

E) Registro das atividades

– Ao longo de todas as etapas, serão utilizadas fichas de atividades do sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB); visita domiciliar, atendimento individual, cadastro domiciliar e territorial,atendimento odontológico individual, atividade coletiva, atendimento domiciliar, visita domiciliar; que deverão ser preenchidas pelos respectivos profissionais responsáveis pela sua realização. No que se refere a essa fase específica, nesse momento, as fichas serão digitadas no programa on-line; e, ao término, os dados registrados serão capazes de fornecer relatórios sobre as atividades realizadas.

F) Avaliação

– Durante todos os períodos, serão utilizados indicadores de monitoramento a fim de avaliar o cumprimento das atividades, anotação em prontuário clínico no caso de Projeto Terapêutico Singular (PTS), atendimento compartilhado e/ou visita domiciliária conjunta, atas das discussões dos encontros para educação permanente e listas de presença e/ou relatórios para as atividades coletivas compartilhadas.

– Ao término do projeto, será realizada uma avaliação geral com a presença de todos os envolvidos para verificar os pontos positivos e negativos, objetivos alcançados, resultados, bom como divulgá-los, além de repactuar metas, se necessário. Essa avaliação também investigará os limites, fragilidades e desafios encontrados e ainda, diante dos benefícios, analisará a possibilidade de realização do projeto em outras EqSFs.

Resultados esperados

Após implantação desse projeto de intervenção, espera-se que as EqSFs, Nasf e do Caps percebam a importância e os benefícios do apoio matricial, tornando-o uma atividade frequente. Quanto aos profissionais da unidade básica de saúde, que eles se sintam mais capacitados para lidar com a saúde mental e diminuam o encaminhamento indiscriminado de pacientes ao Caps.

Almeja-se ainda que os profissionais da ESF conheçam sua comunidade psiquiátrica, desenvolvam e fortaleçam o vínculo,

organizem sua agenda para atrair essa demanda à unidade de saúde e promovam integração social juntamente com o Nasf. Espera-se que a melhora do acolhimento influencie a adesão dos pacientes em sofrimento psíquico às atividades propostas na ESF, potencializando o cuidado integral no território.

Pretende-se que o acesso dos usuários do Caps ao sistema de saúde seja facilitado, que as famílias destes se sintam acolhidas, melhorem sua compreensão e aceitação do transtorno no seio familiar, contribuindo para a terapêutica, e que as atividades realizadas na ESF contribuam para o convívio social desses pacientes e diminuam o medo e a exclusão social da comunidade. De maneira geral, busca-se a integração entre as redes de cuidados de saúde mental e da Atenção Primária à Saúde do município de Guanambi.

Considerações finais

A sociedade tem a cultura de segregar as pessoas com transtornos mentais e menosprezar a assistência à saúde desses indivíduos. Foi desafiador construir um projeto de intervenção na área de saúde mental, mas a grande necessidade local impulsionava a escrita. Nesse período, adquiriu-se um olhar ampliado sobre o paciente psiquiátrico bem como reflexões a respeito das práticas de saúde reducionistas.

Ao levar em consideração que a integralidade do cuidado produz transformações na vida das pessoas, ressalta-se a importância de compreender que esse princípio implica não enxergar apenas o distúrbio psíquico como necessidade, mas perceber que o indivíduo possui sonhos, família, trabalho, medos, expectativas bem como outras necessidades que precisam de atenção.

Sabe-se que o trabalho articulado facilita a integralidade e aumenta a resolutividade dos casos, por isso, acredita-se que não é suficiente apenas criar serviços de saúde mental, mas é necessário articular as propostas já existentes. As medidas sugeridas pela intervenção são simples, promissoras e apontam para novas possibilidades de um cuidado humanizado.

Elas são conhecidas pela maioria dos profissionais envolvidos, o que facilita a execução do projeto. Mesmo assim, primordialmente, é necessário que haja entendimento dos trabalhadores sobre a existência do problema e suas consequências para o trabalho e para o cuidado. O envolvimento deles nas atividades já representa um grande avanço para o sucesso do plano.

Colaboradores

Jamara Pereira de Oliveira Batista contribuiu significativamente para a concepção e o planejamento; contribuiu significativamente para a elaboração do projeto e revisão crítica do conteúdo; participou da aprovação da versão final do manuscrito.

Rita de Cássia de Sousa Nascimento contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento; participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Coutinho LMS, Matijasevich A, Scazufca M, et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study(SPAH). Cad Saúde Pública. 2014 [acesso em 2015 mar 20]; 30(9):1875-1883. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n9/0102-311X-csp-30-9-1875.pdf.

2. Oliveira FB, Guedes HKA, Oliveira TBS, et al. Saúde Mental e Estratégia Saúde da Família: uma articulação necessária. Psych online Brasil. 2009 [acesso em 2016 jun 20]; 14(9). Disponível em: http://www.polbr.med.br/ano09/art0909.php.

3. Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME et al. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. Cad Saúde Pública. 2009 [acesso em 2016 jun 20]; 25(9):2033-2042. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/17.

4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Colet. 2010 [acesso em 2016 nov 16]; 15(2):2297-2305. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf.

5. Brasil. Ministério da Saúde. 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 (PACS). Diário Oficial da União. 21 out 2011.

6. Brasil. Ministério da Saúde. 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. Diário Oficial da União. 6 abr 2001.

7. Mielke FB, Olchowsky A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação e apoio matricial. Rev Bras Enferm. 2010 [acesso em 2016 set 9]; 63(6):900-907. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/05.pdf.

8. Bezerra IC, Bessa Jorge MS, Gondim APS, et al. Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá: processos de medicamentalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na atenção primária. Interface. 2014 [acesso em 2016 dez 23]; 18(48):61-74. Disponível em: www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/9300.

9. Bonfim IG, Bastos ENE, Góis CWL, et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. Interface. 2013 [acesso em 2016 dez 19]; 17(45):287-300. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n45/aop1013.pdf.

10. Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, et al. Parceria entre Caps e PSF: o desafio da construção de um novo saber. Ciênc Saúde Colet. 2009 [acesso em 2016 jun 19]; 16(1):1483-1492. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a21v14s1.

11. Maia JLF. Análise da importância da Estratégia Saúde da Família na assistência à Saúde Mental [trabalho de conclusão de curso] [internet]. Corinto: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011 [acesso em 2016 jun 23]. 26 p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2948.pdf.

12. Moura RFS, Silva CRC. Saúde mental na atenção básica: sentidos atribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde. Psicol Ciênc Prof. 2015 [acesso em 2016 dez 23]; 35(1):199-210. Disponível em: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=744560&indexSearch=ID.

13. Santana TFMC, Pereira MAO. A organização do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF). Rev Simbio-Logias. 2013 [acesso em 2015 set 22]; 6(8):111-116. Disponível em: http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/a_organizacao_do_cuidado_em_saude_mental_na_estrategia.pdf.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União. 24 jan 2008.

Atenção Básica e Vigilância em Saúde: os desafios da prática no território

Primary Health Care and Health Surveillance: the challenges of the practice in the territory

Maria Gabriele de Almeida[1], Liliana Santos[2]

RESUMO Em 2009, a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador elaborou o Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica, porém, só em 2016, houve a possibilidade de implantação nos Distritos Sanitários. O objetivo deste trabalho foi analisar as ações propostas para integrar Vigilância em Saúde e Atenção Básica em um Distrito Sanitário em Salvador (BA), no que tange à efetiva integração presente nas ações. Trata-se de um relato de experiência que pretende descrever o caminho metodológico percorrido para a implantação do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica e uma reflexão acerca dessa integração no território. As ações propostas pelas equipes das unidades não se constituem como uma integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica de fato, todavia são de grande validade quando se pensa na reorganização dos serviços e enfrentamento da sífilis no território. Conclui-se que alcançar a integração das ações de Vigilância em Saúde e Atenção Básica ainda se constitui como um desafio, visto que é necessário um conjunto articulado de ações que estejam em sintonia e ocorrendo de maneira sistemática.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Vigilância em saúde pública. Planejamento em saúde.

ABSTRACT *In 2009, the Health Department of Salvador developed the Integration Plan between Health Surveillance and Primary Care, however only in 2016, there was the possibility of implementation on the Sanitary Districts. This study analyzes the actions proposed to integrate Health Surveillance and Primary Care in a Sanitary District in Salvador (BA), regarding the effective integration presented in the actions. It is an experience report that intends to describe the methodological path taken to implement the Integration Plan between Health Surveillance and Primary Care and to make a consideration on this integration in the territory. The actions proposed by the health unit teams do not constitute an integration between Health Surveillance and Primary Care, but they are of great value when thinking about the reorganization of services and combating syphilis in the territory. It is concluded that achieving the integration of Health Surveillance and Primary Care actions is still a challenge, since it an articulated set of actions that are in tune and occurring in a systematic way is necessary.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Public health surveillance. Health planning.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *mariia.gabriele@hotmail.com*

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *lilianapsico@gmail.com*

Introdução

A Vigilância em Saúde (VS) é compreendida como um conjunto articulado de ações, incluindo a vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância em saúde ambiental e sistemas de informações, redefinindo as práticas de saúde a partir de um território delimitado, propondo intervenções eficazes dos problemas identificados na análise de situação de saúde, garantindo a integralidade do cuidado[1].

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, define a organização da Rede de Atenção à Saúde e a saúde da família como estratégia fundamental. Assim, a Atenção Básica (AB) se constitui como a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), organizando a rede e o fluxo de serviços[2]. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo de reorganização da AB, centrada na família, no vínculo e na corresponsabilidade comunidade/profissionais de saúde[3].

Nesse sentindo, para pensar em um modelo de atenção levando em consideração o seu conceito ampliado, é necessário que as mudanças propostas sejam integradas e efetivas no contexto do SUS. A ESF emerge com o propósito de um novo modelo assistencial para o País[4] e como forma prioritária para a reorganização da AB no Brasil[5]. Ela trabalha com o modelo de VS que tem como objetivo:

> A análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde[6].

Com o objetivo de fortalecer o Sistema de Vigilância em Saúde para reduzir a morbimortalidade de doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como a exposição a fatores de risco associados com a saúde e ampliar a acessibilidade e melhorar a eficiência da saúde, serviços de água e saneamentos, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, com financiamento do Banco Mundial, em 2005, elaborou o Projeto Vigisus II. Este é divido em três componentes (Componente A – Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde; Componente B – Saúde indígena; Componente C – Gerenciamento do projeto), em que o subcomponente 4.A, 'Fortalecimento institucional da capacidade de gestão em Vigilância em Saúde dos estados e municípios', define como indicador para os estados e municípios o Plano de Integração das Atividades de Atenção Básica e Vigilância em Saúde[7].

Diante do exposto e da complexidade do munícipio de Salvador, em 2009, foi disparada pela Coordenadoria de Saúde Ambiental/Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica (Cosam/Viep) a elaboração do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica, construído com a participação da Coordenadoria de Recursos Humanos, Coordenadoria de Atenção e Promoção a Saúde, Assessoria Técnica, Distrito Sanitário (DS) Barra/Rio Vermelho, DS Brotas, DS Itapagipe e DS Liberdade, com a colaboração do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia[7].

Para construção da proposta do plano, escolha da metodologia das oficinas, critérios de priorização dos DS, termos e referências e matrizes de trabalho, foram realizadas reuniões técnico-operacionais com atores envolvidos e comprometidos com o processo. O grupo optou por construir o plano de forma participativa, envolvendo o nível central da Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Salvador e DS. Duas oficinas foram realizadas: a primeira nos dias 16 e 17 de junho de 2009, com integrantes da VS e AB do nível central; e a segunda com técnicos dos DS, ocorrida nos dias 14 e 15 de julho de 2009[7].

Com a conclusão do plano, ainda em 2009, não foi possível a sua implantação. Compreendendo a importância de fortalecer

a integração dessas ações, em 2016, a SMS retomou a proposta de implantação do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica nos 12 DS, propondo a realização de um piloto a partir de um problema identificado no território.

No Distrito Sanitário Cabula/Beirú (DSCB), a proposta foi abraçada pela coordenação do Distrito e desenvolvida pelas residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em planejamento e gestão em saúde, que tinham como campo de prática a sede do DSCB. Contou com o apoio da equipe distrital e professoras do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

A experiência vivenciada como residente no DSCB estimulou o interesse em desenvolver o trabalho de conclusão de residência na área, acrescentando as situações expostas, reconhecendo-as como um nó critico a ser enfrentado. Diante das considerações, a seguinte questão norteadora foi elaborada: as ações propostas pelas unidades de saúde do DSCB para integrar VS e AB, de fato, promovem essa integração? No intuito de responder a esse questionamento, buscou-se, objetivo geral, analisar as ações propostas para integrar VS e AB no DSCB no que tange à efetiva integração presente nas ações. Como objetivos específicos, pretendeu-se descrever o processo de construção do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica no DSCB e analisar as ações propostas pelo DSCB para integrar VS e AB.

Este trabalho assume relevância na área de planejamento e gestão em saúde na medida em que foram utilizadas metodologias de planejamento em saúde durante o processo de implantação. Além disso, oferece informações relevantes para os profissionais de saúde e subsidia a produção do conhecimento na perspectiva acadêmica.

Métodos

Trata-se de um relato de experiência que pretende descrever o caminho metodológico percorrido para a implantação do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica no DSCB e uma reflexão das ações propostas para a integração no território.

Os estudos de caso como estratégias de pesquisa caracterizam-se como investigações a partir das experiências vividas, dentro de um contexto real bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar[8,9].

Optou-se por construir um processo participativo envolvendo a equipe distrital, gerentes e profissionais das unidades, com a realização de 4 grandes momentos ao longo do ano de 2016. Ainda como parte do processo, nos meses de setembro e outubro, foram realizadas oficinas em 18 unidades, sendo que 5 delas não foram contempladas devido à ausência e/ou ao afastamento médico da gerência no período e/ou por serem serviços de emergência.

Durante todas as etapas, utilizou-se como documento norteador o projeto elaborado pelo nível central da SMS.

Para analisar as ações propostas, serão utilizadas três categorias que foram definidas no Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica como diretrizes que visam facilitar o processo de integração entre VS e AB. São elas: a) planejamento, programação, monitoramento e avaliação; b) organização do processo de trabalho e integração dos territórios; c) formação e educação permanente em saúde e controle social.

Resultados e discussão

Vigilância em Saúde e Atenção Básica: traçando caminhos no DSCB

O primeiro passo para a realização do projeto deu-se com a apropriação do material enviado pelo nível central da SMS e, juntamente com a supervisora de campo da residência, com a discussão de conceitos-chave e compreensão da importância de integrar as duas áreas.

Optou-se por construir um processo participativo envolvendo a equipe distrital, gerentes e profissionais das unidades do DSCB, com a realização de quatro grandes momentos e visitas as unidades ao longo do ano de 2016.

O primeiro e o segundo momento ocorreram nos dias 19 e 26 de julho de 2016, no auditório da Escola Municipal Alto da Cachoeirinha Nelson Maleiro, localizada no bairro do Cabula VI. As oficinas contaram com a participação da equipe distrital (coordenação, subcoordenação, chefias e técnicos da vigilância epidemiológica e ações básicas, representantes da vigilância sanitária), tiveram como objetivo discutir o conceito de VS e sua articulação com a AB e traçar diretrizes para a implementação do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica no DSCB.

No dia 19 de julho, realizaram-se a leitura, em pequenos grupos, e a discussão da entrevista com José Carvalho de Noronha e Gerson Oliveira Penna, disponível no número 16, ano VIII, da 'Revista Brasileira de Saúde da Família'. O texto aborda conceitos sobre AB, VS e o que a diferencia da vigilância epidemiológica, no que consiste a integração entre VS e AB e quais os desafios a serem enfrentados. Vale ressaltar que os entrevistados eram, na época, respectivamente, o Secretário de Atenção à Saúde e o Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Após o momento de leitura e discussão da referência bibliográfica escolhida, foi realizada uma apresentação resgatando o histórico e a proposta do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica e analisada a viabilidade de a equipe do DSCB se envolver com o projeto. Também foram pactuados os objetivos para o próximo encontro.

O segundo momento ficou reservado para dar continuidade ao trabalhado realizado no dia 19 de julho, pensando coletivamente que possíveis estratégias poderiam ser utilizadas para sensibilização e envolvimento dos profissionais da AB.

Foi realizada uma 'chuva de ideias' de ações estratégicas para implantação do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica e envolvimento dos profissionais da AB no processo; em seguida, as ideias foram agrupadas por núcleos de sentido, e chegou-se ao consenso que três etapas eram necessárias: sensibilização das equipes; elaboração do problema a ser enfrentado e delineamento das ações. Também ficou estabelecida uma proposta de calendário das atividades a serem realizadas tanto com a equipe distrital quanto com profissionais das unidades de saúde do DS.

O terceiro momento ocorreu no dia 30 de agosto de 2016 no Auditório Anexo do Hospital Geral Roberto Santos. Além do público participante dos dois primeiros momentos, contou-se com a presença de representantes do Conselho Distrital de Saúde, gerentes e profissionais das unidades de saúde do território. Os objetivos foram: discutir o conceito de VS e sua articulação com a AB; apresentar a proposta do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica; priorizar o problema de saúde do DSCB para ser trabalhado ao longo do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica.

Para a escolha do problema de saúde a ser trabalho na proposta da integração, utilizou-se a Matriz de Priorização de Problemas de Saúde da População que provém do método Cendes-OPS (Centro de Estudos do Desenvolvimento/ Organización Panamericana de la Salud)[10]. Foi eleita a sífilis como o problema de saúde a ser trabalho na proposta da integração das ações. Pactuou que, nos meses de setembro e outubro de 2016, as residentes realizassem visitas às unidades para escuta e planejamento das ações do maior número de pessoas da equipe.

O agendamento das visitas era realizado a partir do contato com a(o) gerente da unidade ou profissional de referência que teve participação ativa nas oficinas, solicitando que mobilizasse um maior número de profissionais de diversas categorias para contribuir para o momento.

Nessa etapa, foram agregadas novas pessoas ao projeto. Por esse motivo, era realizado o resgate do processo de construção do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica no DSCB. Após o esclarecimento de possíveis questionamentos sobre a proposta, era feito um levantamento e escuta das causas e consequências da sífilis no território de abrangência da unidade e, a partir daí, construída a matriz de ações que integrem a VS na AB para enfrentamento dessa Doença Sexualmente Transmissível com a ação propriamente dita, facilidades e dificuldades para realização e ação complementar, caso existisse. Durante essa etapa, foi estimulada a autonomia das equipes, sugerindo que ações propostas estivessem ao alcance de reais possibilidades de execução e que incorporassem no cotidiano das atividades já desenvolvidas.

Foram realizadas visitas a 18 unidades de saúde do DSCB. Vale destacar que não foram realizadas oficinas em cinco unidades do DS justificadas pela ausência e/ou afastamento médico da gerência no período e/ou por serem serviços de emergência.

No dia 21 de novembro de 2016, ocorreu o quarto momento no Auditório Anexo do Hospital Geral Roberto Santos, em que se contou com a participação da equipe distrital, representantes do Conselho Distrital de Saúde, gerentes e profissionais das unidades de saúde do território.

A programação do turno foi dividida em três partes. Na primeira, foi realizado um resgate do histórico do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica no DSCB; logo após, uma apresentação e discussão das causas e consequências da sífilis no território levantadas a partir das visitas as unidades e, por último, a socialização das ações propostas pelas equipes para enfrentamento do problema eleito.

As ações construídas com as equipes durante as visitas as unidades foram apresentadas para o público participante em três categorias que foram organizadas segundo o seu núcleo de sentido. Esse momento permitiu que os participantes visualizassem as ações elaboradas por outras unidades do DS, permitindo que incorporassem ou aprimorassem a partir das experiências exitosas.

A categoria 'educação em saúde' contemplou ações, como: a realização de sala de espera abordando a temática da sífilis; a abordagem da temática da sífilis no Sábado do Homem com disponibilização de teste rápido; a realização de atividades educativas contínuas com adolescentes nas escolas; a elaboração de material educativo e distribuição com orientação; a disponibilização de preservativos nas unidades em local acessível para os usuários; a orientação sobre o uso adequado do preservativo; a realização do Dia D da Sífilis, Semana da Sífilis e Dia do Adolescente; a abordagem da temática da sífilis durante o planejamento familiar e nas reuniões de encaminhamento para laqueadura e abordagem da temática da doença no grupo de gestante.

Em relação ao 'processo de trabalho', as equipes definiram como ações prioritárias a sensibilização dos profissionais das unidades, para que, em todos as consultas, solicitem o exame de diagnóstico para sífilis; a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a doença; o treinamento e sensibilização da categoria médica sobre a doença; o treinamento de um número maior de profissionais para realização de teste rápido; a contratação de profissionais; a adaptação do instrumento de controle de dispensação da medicação/penicilina; a realização de relatório informando ao DS a dificuldade dos usuários vinculados à unidade da realização do exame confirmatório (VDRL – Venereal Disease Research Laboratory); a restruturação das ações vinculadas ao Programa Saúde na Escola; e o estabelecimento de parcerias entre as unidades do território, em especial aos Centros de Atenção Psicossocial – Caps/Unidades.

Relacionadas com a 'prevenção do agravo', as equipes definiram pela realização de teste rápido na área de abrangência da unidade

durante as ações na comunidade; solicitação de sorologias durante as consultas e realização da marcação da coleta de material para o VDRL no momento do resultado do teste rápido.

As equipes ainda consideraram importante divulgar a rede de apoio laboratorial para realização do VDRL e ampliar os postos de coleta para tal exame.

Refletindo sobre as ações desenvolvidas: os desafios da integração

Para alcançar a integração da VS com a AB, é necessário um conjunto de componentes que se integrem, permitindo a realização de análises da situação de saúde para orientar o desenvolvimento do trabalho.

Foram escolhidas três categorias que visam facilitar a integração, necessitando que ocorram de forma simultânea e integrada nos serviços de saúde.

O planejamento, programação, monitoramento e avaliação são ferramentas de extrema importância para que ocorra a integração entre VS e AB. Quando ocorrem de maneira sistemática e articulada, favorecem a reorganização do processo de trabalho, visando à melhoria da qualidade de vida da população[11]. Dessa maneira, o alcance dos objetivos é potencializado e reduz possibilidade de ocorrer imprevistos.

Nos serviços, observa-se uma fragilidade nesses processos, não valorizando o potencial de melhoria que essas ferramentas apresentam, desde o processo de trabalho até a promoção da saúde da população. Reflexo da formação profissional cartorial e do modelo hegemônico ainda predominante.

Ter a AB, por meio da ESF, como estratégia de reorientação dos modelos assistenciais implica alterações no processo de trabalho em saúde. Existe uma necessidade de ruptura da lógica do trabalho biomédico, centrado na doença e no indivíduo, para pensar no trabalho de maneira integrada entre as diversas áreas técnicas e categorias profissionais.

Segundo Franco e Merhy[12], o trabalho em saúde é um trabalho vivo, pois o produto, que, nesse caso, é o processo de saúde/doença, ocorre no desenvolvimento do ato, estabelecendo um vínculo entre profissional/usuário.

Propor um processo de trabalho na AB é necessário para desenvolver com os trabalhadores a ideia de equipes interdisciplinares, com a valorização dos diversos saberes e práticas estimulando o desenvolvimento de ações que integrem o território com parcerias intersetoriais que possam favorecer a promoção da saúde da comunidade[2].

Segundo Ceccim[13], a educação permanente em saúde é uma estratégia fundamental para a mudança nos processos de trabalho. No Brasil, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, promulgada em 20 de agosto de 2007, propõe a articulação da integração ensino/serviço/comunidade, considerando as especificidades regionais e os conhecimentos prévios adquiridos[14]. Assim, o controle social é inerente ao processo de formação profissional.

O fortalecimento das instâncias colegiadas de controle social na comunidade é de fundamental importância para o processo de consolidação do SUS. No que tange à temática da integração da VS e AB, a população é fundamental no processo de identificação do perfil epidemiológico para propor ações que realmente reflitam a realidade do território.

Conclusões

O trabalho apresentado, conforme já pontuado, é uma experiência vivida no campo durante a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Planejamento e Gestão em Saúde. Foram enfatizadas questões práticas e teóricas sobre a integração entre as ações desenvolvidas por VS e AB.

As ações propostas pelas equipes das unidades do DSCB não se constituem como, de fato, uma integração entre VS e AB. Pode-se caracterizá-las como atividades isoladas de

prevenção, educação em saúde e de mudanças no processo de trabalho, porém, na sua essência, não conseguem articular toda a equipe, envolver, de fato, a comunidade nos processos decisórios e pensar na lógica da VS. No entanto, são de grande validade quando se pensa na reorganização dos serviços e no enfrentamento da sífilis no território.

Alcançar a integração das ações de VS e AB ainda se constitui como um desafio para consolidação delas, visto que é necessário um conjunto articulado de ações que estejam em sintonia utilizando ferramentas de planejamento, programação, monitoramento e avaliação de forma sistemática e com atuação do controle social nos processos decisórios, na organização do processo de trabalho bem como na formação e educação permanente em saúde como forma de articular o conhecimento tecnocientífico com as dimensões do cotidiano, foco e a integração do território como base para subsidiar as análises de situação de saúde e a promoção da saúde como uma ação transversal.

Por fim, para que ocorra a integração entre VS AB, é preciso muito mais do que alterações nos processos de trabalho das equipes da ESF, é necessário decisão política, esforço dos gestores do SUS e mudanças nos modos de pensar e propor saúde. ■

Referências

1. Vilasbôas ALQ, Teixeira AF. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. Revista Brasileira de Saúde da Família [internet]. 2007 out-dez [acesso em 2017 mar 28]; 8(16):63-67. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia16.pdf.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica; 2012.

3. Brasil Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde; 1997.

4. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Revista Latino-am Enfermagem [internet]. 2005 nov-dez [acesso em 2018 jan 22]; 13(6): 1027-34. Disponível em: http://www.redalyc.org/html/2814/281421850016/.

5. Brasil. Ministério da Saúde. 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. 24 out 2011.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 dez 2009.

7. Salvador. Plano de integração entre vigilância em saúde e atenção básica. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde; 2009.

8. Yin RK. Introdução. In: Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2001. p. 19-35.

9. Ventura MM. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. Revista SOCERJ [internet]. 2007 set-out [acesso em 2017 mar 26]; 20(5):383-386. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf .

10. Teixeira C, Vilasbôas ALQ, Jesus WLA. Proposta metodológica para o planejamento no Sistema Único de Saúde. In: Teixeira C, organizadora. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA; 2010. p. 51-75.

11. Noronha JC, Penna GO. Entrevista. Revista Brasileira Saúde da Família [internet]. 2007 out-dez [acesso em 2017 mar 28]; 8(16):4-9. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia16.pdf.

12. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva [internet]. 2012 [acesso em 2018 fev 19]. Disponível em: http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034.

13. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2005 [acesso em 2018 fev 19]; 10(4): 975-986. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf .

14. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS. Brasília, DF: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2009.

Qualificação da Atenção Básica e os efeitos na adesão dos indivíduos que convivem com hipertensão/diabetes

Primary Care qualification and the effects on adherence of individuals living with hypertension/diabetes

Bernardina Silva dos Santos[1], Ludmilla Monfort Oliveira Sousa[2]

RESUMO Este estudo teve por objetivo relatar a experiência vivenciada no trabalho desenvolvido com o grupo de pessoas portadoras de hipertensão e diabetes, acompanhado pela Equipe de Saúde da Família Simão Fitterman, bem como os efeitos das mudanças no processo de trabalho sugeridas pela residente e realizadas com o apoio de toda a equipe. Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa na modalidade de relato de experiência. A partir da observação da realidade, identificou-se que a equipe estava ofertando à comunidade uma assistência fragmentada a esse grupo prioritário; assim, após diversas reuniões com toda a equipe, foram executadas algumas intervenções, reconhecendo as atividades educativas como uma ferramenta essencial para promoção da autonomia, autocuidado e corresponsabilização do usuário e equipe na produção do cuidado. As intervenções aconteceram de abril/2015 até agosto/2016; foi identificada uma mudança satisfatória, desde o aumento do número de usuários acompanhados na unidade até a satisfação dos usuários pela garantia do atendimento pela equipe de saúde, melhora no controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, o que possibilitou a redução de riscos relacionados com complicações do diabetes e da hipertensão, além de promover o fortalecimento do trabalho em equipe.

PALAVRAS-CHAVE Doença crônica. Qualidade da assistência à saúde. Saúde da família.

[1] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) – Salvador (BA), Brasil.
bernardinassantos@gmail.com

[2] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) – Salvador (BA), Brasil.
ludmilla.sesab@gmail.com

ABSTRACT *This study aims to report on the experience of the group of people with hypertension and diabetes, accompanied by the Simão Fitterman Family Health Team and the effects of changes in the work process suggested by the resident and carried out with the support of all the team. This is a descriptive study of a qualitative nature in the experience report modality. From the observation of reality, it was identified that the team was offering the community a fragmented assistance to this priority group; thus, after several meetings with the whole team, some interventions were performed, recognizing the educational activities as an essential tool to promote autonomy, self-care and co-responsibility of the user and the team in the production of care. The interventions took place from April/2015 until August/2016; a satisfactory change was identified, like the increase in the number of users accompanied at the unit, the satisfaction of users with the guarantee of attendance by the health team, the improvement in the control of blood pressure and glycemic levels, which made possible the reduction of risks related to complications of diabetes and hypertension, and the promotion of the strengthening of teamwork.*

KEYWORDS *Chronic disease. Quality of health care. Family health.*

Introdução

O Diabetes *Mellitus* (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica, submetidas à diálise[1]. A proposta da Residência em Saúde apresenta uma perspectiva teórica pedagógica convergente com os princípios e diretrizes do SUS, promovendo não só o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, mas também possibilitando um processo de Educação Permanente em Saúde (EPS)[2].

Um dos grandes desafios é a disponibilidade de profissionais preparados para responder às necessidades sociais de saúde de grupos populacionais pelos quais as Equipes de Saúde da Família (EqSF) devem ser responsáveis. O residente também atua como um sujeito fomentador, despertando novas perspectivas de atuação ante as situações – problema identificado pela equipe multiprofissional; essa troca possibilita o aprendizado e a mudança de práticas obsoletas ou pouco eficazes, viabilizando o exercício da ação-reflexiva no cotidiano das equipes.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira[3]. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o DM representam um dos principais fatores de risco para esse agravamento, por estarem relacionadas com o surgimento de outras doenças crônicas não transmissíveis, que trazem repercussões negativas para a qualidade de vida. Visando a um acompanhamento constante, e devido ao aumento dos agravos em pacientes portadores de doenças cardiovasculares, foi criado, em 2002, um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*, sendo este denominado Hiperdia[4].

No que diz respeito à morbidade, as doenças cardiovasculares continuam liderando o *ranking* de agravos que mais acometem a população adulta no Brasil e no mundo. De acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) (2015), das 968 famílias cadastradas pela equipe 007 na Unidade de Saúde da Família (USF) Simão Fitterman, considerando a população adulta acompanhada, cerca de 17,3% são pessoas portadoras de hipertensão, e 5,15% são pessoas portadoras de diabetes. Assim, foi proposta neste trabalho uma intervenção nas ações dirigidas ao público de pessoas portadoras de hipertensão e/ou diabetes, objetivando melhoria na qualidade da atenção prestada e, por conseguinte, um impacto direto na redução de complicações, elevando a frequência dos usuários que fazem acompanhamento periódico na unidade, adesão ao tratamento, entre outros.

O município de Itabuna, segundo o Plano Diretor de Regionalização da Bahia (PDR) – 2007, está na Macrorregião Sul, na Microrregião de Itabuna e integra os municípios do Núcleo Regional de Saúde Sul. Em relação ao Território de Identidade, compõe a Região do Litoral Sul. Possui uma extensão territorial de 584 km² e uma população total estimada para 2013 em 205.885 habitantes. O município possui 44 bairros, 57 loteamentos e 02 distritos, localizados na zona rural. O sistema de saúde municipal é composto por 04 módulos assistenciais, cada um deles possuindo entre 06 e 09 unidades de saúde em sua área de abrangência. Esses módulos possuem áreas geográficas delimitadas segundo o conceito de Distrito Sanitário, conformando a rede hierarquizada de atenção à saúde do município[5].

A USF Simão Fitterman possui duas EqSF, está localizada no bairro São Pedro, que está na abrangência do quarto módulo assistencial. As atividades da Residência foram desenvolvidas com a equipe 007, que atende a aproximadamente 3.365 pessoas; trata-se de um bairro em plena expansão imobiliária/ demográfica, tem 100% de cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) e possui na equipe: 01 médico (Programa Mais

Médicos), 01 enfermeira (efetiva), 01 dentista (efetivo) / 01 Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) (efetiva) que atende as duas equipes e 08 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); tem também 02 técnicas de enfermagem, 01 recepcionista (que mora no bairro), 01 digitador e 01 auxiliar de serviços gerais que atendem as duas equipes.

O grande impacto da morbimortalidade cardiovascular na população brasileira, que tem o DM e a HAS como importantes fatores de risco, traz um desafio para o sistema público de saúde: a garantia de acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. Esse desafio é, sobretudo, da Atenção Básica (AB), notadamente da saúde da família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta as diversidades racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos[2].

Problema

De acordo com Política Nacional de Humanização (PNH), os processos de produção de saúde dizem respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos, e se fazem em uma rede de relações que exigem interação e diálogo permanentes. Pois é em meio a tais relações, em seus questionamentos, e por meio delas que se construíram práticas de corresponsabilidade nos processos de produção de saúde e de autonomia das pessoas implicadas, afirmando, assim, a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades.

Dessa forma, uma das grandes inquietações levantadas pela residente nas reuniões de equipe foi o problema da baixa adesão dos usuários portadores de Hipertensão Arterial (HA) e diabetes, ao acompanhamento ambulatorial pela equipe de saúde 007 da USF Simão Fitterman. Uma das causas detectadas foi a dinâmica de agendamento da consulta médica, enfermagem e odontológica, que favorecia a fragmentação do cuidado e impossibilitava um atendimento integral e resolutivo por todos os membros da equipe, e também a falta/quantidade insuficiente de medicamentos do programa Hiperdia disponíveis na unidade. Então observou-se que havia duas situações frequentes: uma estimativa de 60-70% de usuários compareciam ao serviço na condição de demanda espontânea para conseguir uma nova prescrição; geralmente chegavam quando os medicamentos já haviam acabado.

Não havia clareza da importância da consulta de enfermagem para os usuários e equipe, o que gerava número incipiente de pacientes que procuravam agendamento com enfermeira; havia também um grupo de usuários que frequentam assiduamente a unidade, tendo acesso frequente, às vezes quinzenal, à consulta com o médico, porque a forma de marcação desses usuários estava acontecendo fragmentada – se fosse para trocar receita, era um dia; para mostrar um resultado de exame, outro dia; se fosse para algo relacionado com a saúde da mulher, outro momento; então, o mesmo paciente comparecia ao serviço diversas vezes e tinha um atendimento fragmentado, com o mesmo profissional, gerando insatisfação para o usuário e inchando a agenda médica.

Justificativa

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de AB. As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e com a clientela adscrita, levando em conta as diversidades racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse

contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamental no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos[6].

Antes do início da Residência nessa unidade, as atividades voltadas aos usuários que convivem com hipertensão e diabetes aconteciam da seguinte forma: esses indivíduos agendavam na recepção as consultas médicas e de enfermagem de acordo com a sua necessidade; se houvesse alguma queixa ou para mostrar resultados de exames, agendavam com o médico; quando era apenas para viabilizar nova prescrição, agendavam com a enfermeira; havia ocasionalmente uma atividade educativa coletiva.

Tais funcionamentos demonstram uma lógica produtora de mais adoecimento, na qual, ainda hoje, parte dos serviços de saúde vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano. Muitos são os desafios que se aceita enfrentar quando se está lidando com a defesa da vida e com a garantia do direito à saúde. No percurso de construção do SUS, acompanham-se avanços que alegram, novas questões que demandam outras respostas, mas também problemas ou desafios que persistem, impondo a urgência seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos[7].

A partir da observação da realidade, foram identificados alguns problemas que interferiam no acolhimento e no atendimento aos indivíduos portadores de hipertensão e diabetes, o que foi socializado com a equipe durante momentos de reunião; em observância à escuta sensível e disponibilidade de toda equipe em querer contribuir para uma melhoria no cenário atual, foram propostas novas pactuações, voltadas a atender aos objetivos de organizar o serviço, e atender à demanda da área adscrita com uma assistência qualificada e oportuna, contribuindo diretamente para a melhoria da adesão ao tratamento/atendimento pela equipe de saúde dos usuários portadores de hipertensão e diabetes.

Objetivos

Objetivo geral

Descrever os efeitos das mudanças realizadas na dinâmica do atendimento e acolhimento no acompanhamento dos indivíduos portadores de hipertensão e/ou indivíduos portadores de diabetes da área de abrangência da EqSF 007, da USF Simão Fitterman, no município de Itabuna (BA).

Objetivo específico

Descrever a dinâmica adotada para a integração do usuário portador de diabetes e hipertensão com serviço de saúde, na qual o estudo foi desenvolvido.

Revisão de literatura

O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à HA e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado condição sensível à atenção primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo desse problema, ainda na AB, evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares[8].

A HAS apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia

sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na AB[9].

O DM e a HAS como importantes fatores de risco trazem um desafio para o sistema público de saúde: sobretudo, da AB, notadamente da saúde da família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta as diversidades racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos[2].

Desse modo, é fundamental qualificar toda equipe para ofertar uma assistência eficaz e capaz de atender às demandas requeridas; qualificar a assistência de enfermagem, promovendo uma consulta acurada, com avaliação dos níveis glicêmicos, níveis tensionais, detecção precoce de neuropatias nos usuários diabéticos por meio da avaliação dos pés; realizar acompanhamento do Índice de Massa Corpórea (IMC) e aferição da circunferência abdominal, com o objetivo de orientar os usuários quanto aos riscos e ao incentivo na adoção de estilo de vida saudável.

Além dessa perspectiva, tem-se o objetivo de proporcionar, na atividade em grupo, um espaço de convivência, em que haja troca de experiências, espaço para que todos possam se expressar, e também promoção de atividades externas, como passeios e apresentações musicais, oportunizando novas experiências, integração e fortalecendo os vínculos entre os usuários e destes com a equipe de saúde.

Devido ao aumento dos agravos em pacientes portadores de doenças cardiovasculares e visando a um acompanhamento constante, foi criado, em 2002, um Plano de Reorganização da Atenção à HAS e DM, denominado Hiperdia. Este programa objetiva atacar a fundo esses agravos, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, por intermédio da reorganização do trabalho de atenção à saúde, das unidades da rede básica dos serviços de saúde[10].

Uma fragilidade percebida no acompanhamento dos usuários portadores de hipertensão e diabetes, no município de Itabuna, requer a ação direta e apoio da gestão, pois envolve garantir a realização dos exames preconizados, além de assegurar o abastecimento dos medicamentos do elenco da farmácia básica, com o objetivo de promover a integralidade e regularidade do tratamento. Como potencialidade, o município tem o Centro de Referência do Hiperdia, composto por uma equipe multiprofissional com cardiologista, endocrinologista, nutricionista, geriatra, assistente social, enfermeira, para dar um suporte às demandas trazidas pelas equipes, sendo esse serviço regulado pelo sistema de referência e contrarreferência, uma troca de saberes e de apoio matricial, considerando que esses pacientes continuam sendo acompanhados pela EqSF de referência.

A EqSF possui papel fundamental no desenvolvimento das ações de prevenção e controle de agravos. Para tanto, cabe-lhe sistematizar a assistência e organizar o atendimento, de modo que o usuário tenha acesso a todos os serviços, que abrangem: consultas médicas e de enfermagem, exames complementares, recebimento de medicamentos anti-hipertensivos e/ou antidiabéticos; mensuração de peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial e glicemia capilar, além do atendimento odontológico e encaminhamento a outras especialidades, visando prevenir ou conter lesões em órgãos-alvo[11].

A caracterização do perfil de uma comunidade está diretamente relacionada com diversos fatores, tais como: ambiente, renda, tipo de moradia, escolaridade, trabalho, lazer e meio ambiente. Assim, a promoção da saúde é um meio que os profissionais podem utilizar para enfrentar os mais diversos tipos de problemas, encontrados na sua comunidade, utilizando para tal seus conhecimentos, o saber popular, recursos disponíveis na

rede pública e privada, buscando soluções viáveis para os diversos problemas de saúde[1].

A análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com ou em risco de desenvolver HA e DM determina a necessidade de estabelecer programas e políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas, de suas famílias e de seus amigos e que propiciem a manutenção da sua qualidade de vida. Fatores de risco observados nos últimos anos, como o aumento do sobrepeso, obesidade e sedentarismo e a mudança de estilo de vida da população, estão associados ao incremento na prevalência e complicações da HA e DM[13].

As ações integradas de prevenção e cuidado à HA e ao DM ocorrem prioritariamente na atenção primária, que no Brasil se dá, principalmente, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), funcionando como a porta de entrada do sistema de saúde, em que as ações de caráter comunitário apresentam possibilidade de serem muito mais eficazes. Os processos de trabalho para produção do cuidado na ESF pressupõem que os profissionais de saúde capacitados trabalhem de forma interdisciplinar, que estabeleçam vínculos com os usuários e que se responsabilizem pela atenção integral dos cidadãos.

A educação constitui-se em um dos caminhos eficazes para informar e encorajar as pessoas a adotar e manter padrões de vida sadios, desenvolvendo o senso de responsabilidade pela própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam[3]. Ações de EPS poderão contribuir para a promoção da saúde e a qualificação da educação em saúde tradicionalmente realizada, fortalecendo vínculos emancipatórios para que o cidadão tenha, cada vez mais, autonomia de decisão em como se cuidar e mais amplamente no seu jeito de andar a vida. Vale destacar que, na perspectiva de fortalecer a mudança no modelo de atenção centrado na doença, é muito significativa a aproximação dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) às práticas populares de cuidado, pois estas carregam uma visão de mundo e de saúde que se aproxima dos princípios que cotidianamente se tem esforçado para implementar, como a integralidade, a humanização e o acolhimento[9].

É necessário avaliar os resultados obtidos à luz do tempo em que se desenvolveram, demonstrando claramente mudança quanto ao aumento no número de acompanhamento dos portadores de HA e DM e seu impacto sobre a melhoria do controle da pressão arterial e da glicemia[15]. Ademais, ainda, pode-se inferir a influência positiva da estruturação da AB a partir da ampliação do acesso e seguimento aos pacientes acometidos pelas doenças crônicas citadas no trabalho. Há evidências de que o maior contato com serviços de saúde tem um efeito protetor sobre a saúde, relacionado com uma probabilidade menor de morrer por doenças crônicas[14]. Uma vez que apenas parte dos usuários tem obtido atendimento nas unidades de saúde, é provável que um número razoável de oportunidades para o desenvolvimento de ações que promovam a adesão a medidas não farmacológicas de controle dessas doenças, como a dieta e o exercício físico regular, esteja sendo perdido, e, por isso, a importância de ampliar as políticas de promoção à saúde com foco na educação à saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa na modalidade de relato de experiência, a partir da vivência com grupo de pessoas portadoras de hipertensão e diabetes acompanhados pela EqSF 007 da USF Simão Fitterman. São descritas atividades desenvolvidas no período de abril/2015 até agosto/2016.

Um dos primeiros pontos trabalhados consistiu em organizar a dinâmica de atendimento, com o apoio dos ACS; definiu-se um turno semanal de atendimento para realização do grupo, totalizando 04 encontros

mensais. Como há 08 ACS, foram selecionadas 02 microáreas por semana, estabelecendo um cronograma fixo, em que se divulga amplamente para toda a comunidade, e o usuário que comparecia na atividade já saia com data agendada para o próximo encontro. Quando esses indivíduos compareciam à unidade fora da data programada, a recepção agendava seu atendimento para o dia do grupo; em caso de urgência/renovação da prescrição, a equipe de enfermagem realizava o acolhimento, e, se necessário, encaminhava para consulta médica.

Assim, nas reuniões de equipe, foram selecionados os temas a serem abordados durante cada mês e também foi definido o responsável pela atividade educativa, que poderia ser qualquer membro da equipe ou convidado. Por exemplo: convite a uma das técnicas de enfermagem da unidade, que tem formação acadêmica em psicologia, para ministrar a temática depressão na terceira idade; convite a uma das ACS que tem formação acadêmica em serviço social para falar sobre Benefício de Prestação Continuada (BPC); abertura de espaço para a diversidade: membros de uma igreja evangélica da comunidade, inclusive, solicitaram o momento para levar uma mensagem edificante, embora tenha sido explicado que se tratava de um espaço ecumênico; além disso, aproveitaram-se os profissionais da rede como o odontólogo da equipe, a farmacêutica, entre outros.

Definida a estratégia educativa, foram utilizados os recursos de dinâmicas em grupo, apresentação expositiva com *data show*, palestras, cantigas de roda, entre outros. Houve diálogo com a equipe de enfermagem, em que foi acordada a realização da triagem de todos os participantes antes de começar a atividade educativa; logo após a triagem, reservou-se um período de 30 minutos para realização da ação educativa. Após esta, a enfermeira com os ACS faziam uma seleção dos usuários que iriam passar pela consulta individual com o profissional médico e de enfermagem; ao sair da consulta, o usuário que tinha algum medicamento prescrito se dirigia à farmácia para apanhar as medicações disponíveis, e os ACS agendavam no cartão da família a data do próximo encontro.

Resultados e discussões

A receptividade da equipe para tornar realidade as mudanças propostas foi uma mola propulsora para as realizações e, sobretudo, para fomentar novas ideias. O engajamento de toda equipe, desde a recepção, ACS, equipe de nível médio e superior, contribuiu para obtenção de resultados positivos em um curto espaço de tempo.

É importante acentuar que todos os profissionais de saúde podem fazer acolhimento ao escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar risco e a vulnerabilidade e acolher também a avaliação do próprio usuário. Responsabilizar-se pela resposta ao usuário vai necessariamente colocar em ação uma rede multidisciplinar de compromisso com essa resolução. Assim, o acolhimento em rede deixa de ser um ato isolado para ser um dispositivo de acionamento de redes internas, externas e multidisciplinares[7].

A residente observou que a atividade educativa em ocasiões estanques não estava contribuindo para a mudança nos hábitos de vida, e constantemente compareciam ao serviço usuários com pico hipertensivo, níveis glicêmicos elevados, descontinuidade no tratamento medicamentoso, além de elevados índices de complicações. Outra descoberta significante foi verificar e valorizar os diversos talentos que estavam à disposição na unidade, servindo também como momento de valorização profissional.

Operando com o princípio da transversalidade, a PNH lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações,

saberes, práticas e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada. A PNH não é um mero conjunto de propostas abstratas que se espera poder tornar concreto. Ao contrário, parte-se da premissa do SUS que dá certo. O Humanizasus apresenta-se como uma política construída a partir de possibilidades e experiências concretas que se quer aprimorar e multiplicar[15].

> Quando se considera que a unidade produtora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas sim a equipe [...] a assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade, bem como a multiprofissionalidade são necessárias[16(151)].

A mudança na dinâmica de atendimento foi impactante, na medida em que houve aumento da demanda para o dia programado e requereu uma sintonia da equipe, para garantir a qualidade e fidelidade dos usuários ao acompanhamento. Dialogou-se com a farmacêutica responsável pela unidade para conseguir ofertar na unidade as medicações prescritas de uso contínuo, mas passou-se por alguns períodos de desabastecimento, e também não se conseguiu descentralizar a distribuição da insulina na unidade, devido ao pequeno contingente de indivíduos que utilizavam este fármaco. Um dos pontos positivos que se pode elencar foi a oferta de glicosímetro e fitas de glicemia para usuários insulinodependentes que necessitavam de controle glicêmico domiciliar, por meio de apresentação de relatório do médico.

No tocante ao apoio terapêutico, a garantia da assistência farmacêutica para atenção às doenças crônicas, tanto dos medicamentos da farmácia básica quanto daqueles da farmácia especializada/estratégica, é fundamental. Todavia, é preciso garantir também outras ofertas terapêuticas na Rede de Atenção à Saúde (RAS), como as práticas integrativas e complementares (homeopatia, acupuntura, entre outras) e as práticas corporais. Nesse sentindo, os polos do programa Academia da Saúde tornam-se espaços privilegiados para essas atividades[1].

Outro ponto positivo encontrado dando suporte aos trabalhos desenvolvidos na unidade foi um projeto que envolve uma educadora física, contratada pelo município, que utiliza a quadra comunitária que fica em frente à unidade e que oferece, três vezes na semana, atividade física para 50 pessoas; o critério de inclusão dos indivíduos nessa atividade foi: ser da área adscrita de acompanhamento do grupo de pessoas que convivem com a hipertensão e diabetes da unidade, o trabalho é coeso e muito integrado com os profissionais da unidade e ACS.

O contexto atual clama pela estruturação do trabalho das equipes de AB, cujos processos de trabalho devem responder às, muito prevalentes e complexas, doenças crônicas, que não 'curam', como as doenças agudas, mas permanecem ao longo da vida dos indivíduos. Recentes evidências mostram que equipes multidisciplinares atuando de forma coordenada, preparadas para orientar e apoiar as pessoas a lidar com suas condições e a responder às agudizações desses processos, alcançam melhores resultados[17].

No início dos trabalhos, a quantidade de usuários que chegavam ao serviço com níveis pressóricos e glicêmicos elevados era significante. Observou-se também uma redução do número de pacientes que chegavam sem agendamento, solicitando atualização da prescrição dos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes; verificou-se o fortalecimento do vínculo dos usuários acompanhados com toda equipe, especialmente com os ACS, que despertaram quanto à perspectiva de busca ativa dos faltosos e na prevenção de complicações dos usuários acompanhados.

Houve também um estreitamento do vínculo com o Centro de Referência: a residente foi conhecer o serviço e trouxe as informações necessárias e quais as categorias profissionais estavam envolvidas. Aliado a

isso, os profissionais da unidade passaram a referenciar o usuário com um breve relato do quadro clínico, identificando a unidade de origem. Conseguiu-se negociar com a gestão o atendimento com nutricionista, foi disponibilizado um quantitativo semanal para uma unidade de referência no módulo assistencial.

O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral. O modelo vigente, que utiliza propostas de cuidado formatadas a priori, não tem obtido sucesso em suas condutas por não conseguir chegar ao singular de cada indivíduo e por impor olhares e fazeres que nada têm a ver com o usuário real, que está necessitando de atenção e de cuidado. Essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita[17].

Os momentos de reunião de equipe foram valiosos para afinar o instrumento e conseguir aprimorar todo o trabalho desenvolvido. Um ponto que a equipe gostaria de ter implantado foi a oferta de um lanche, ao menos um café, para todos os participantes; contudo ficou acordado não oferecer, haja vista que dependia da colaboração dos profissionais, e não houve consenso sobre o assunto. Outro desejo da equipe seria conseguir com a gestão a colaboração para realizar passeios com usuários que frequentam o grupo, a fim de promover momentos de interação do grupo, elevação da autoestima, lazer e promoção da saúde.

Considerações finais

Oferecer uma atenção integral requer um esforço compartilhado com toda equipe. As mudanças realizadas no processo de trabalho foram positivas, tanto do ponto de vista da equipe, que ficou mais coesa e participativa, como do ponto de vista do usuário, que conseguiu participar da atividade coletiva e do atendimento individual em um mesmo turno de atendimento.

A partir do momento que se conseguiu uma maior adesão dos usuários, verificou-se a necessidade de avançar e aprimorar, possibilitando agendamento trimestral para usuários controlados. Durante momentos de reunião de equipe, uma necessidade levantada pelo grupo foi de promover passeios e outras atividades extramuros, no intuito de fortalecer o conceito ampliado de saúde, desmistificando a ideia que a equipe de saúde e a unidade de saúde promovem ações voltadas apenas para assuntos que envolvem prevenção de doenças, para que a comunidade reconheça a unidade como um espaço de convivência.

Nos serviços de saúde, o trabalho é potencialmente produtor de sentido, quando é inventivo e participativo; e pode ser também produtor de sofrimento e desgaste, quando é burocratizado, fragmentado e centralizado. Promover saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde. Trata-se de compreender as situações nas quais os sujeitos trabalhadores afirmam sua capacidade de intervenção no processo de tomada de decisões no âmbito das organizações de saúde[17].

É recomendada a realização semanal da reunião em equipe, como eixo estruturante para o planejamento e avaliação de todas as atividades programadas e direcionadas ao acompanhamento dos usuários portadores de hipertensão e diabetes, além de garantir a todos os membros da equipe o exercício da partilha de decisões, afinal, quando se constrói um trabalho de maneira coletiva, todos se tornam protagonistas e corresponsáveis pelo trabalho. ■

Referências

1. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

2. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

3. Silva TR, Feldmam C, Lima MHA, et al. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. Rev. Saúde e Sociedade. 2006; 15(3):180-189.

4. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Trabalho e Redes de Saúde: valorização dos trabalhadores da saúde. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.

5. Pinheiro, LSR. Projeto para Credenciamento do NASF do Município de Itabuna-Bahia. Itabuna; 2013.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2009 [acesso em 2012 out 10]. Disponível em: https://www2.ghc.com.br/gepnet/publicacoes/protocolodehipertensao.pdf.

7. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

9. Brasil. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. II Caderno de Educação Popular em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.

10. Brasil. Hiperdia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Manual de Operação. Rio de Janeiro; 2002.

11. Carvalho Filha FSS, Nogueira LT, Viana LMM. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. Rene. 2011; 12(esp.):930-6.

12. Buss P. Paulo Buss: a importância de pensar a saúde com foco na realidade social das nações [internet]. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2011. Entrevista concedida a Alberto Pellegrini Filho. [acesso em 2016 out 5]. Disponível em: http://cmdss2011.org/site/?post_type=entrevistas&p=3002&preview=true.

13. Organização Mundial da Saúde. Informação Demográfica e Socioeconômica. n. 27. Síntese de indicadores Sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira, 2005. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. [acesso em 2014 jul 5]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf.

14. Assis LC, Simões MOS, Cavalcanti AL. Políticas Públicas para Monitoramento de hipertensos e diabéticos na Atenção Básica. Rev Bra de Pesquisa em Saúde. 2012; 14(2): 65-70.

15. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Trabalho e Redes de Saúde: valorização dos trabalhadores da saúde. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.

16. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. Interface – Comunic, Saúde, Educ. 2001 ago; [acesso em 2016 jan 13] 5(9):150-153. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/icse/2001.v5n9/150-153/pt#top.

17. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

Diálogos e práticas de cuidado em saúde mental na atenção básica

Dialogues and practices of mental health care at primary care

Caffa Abreu Cabus[1], Rosângela da Luz Matos[2]

RESUMO Este relato de experiência discute práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas em uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador, entre abril de 2015 e dezembro de 2016, vinculado ao programa estadual de residência multiprofissional regionalizada em saúde da família da Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia. Parte-se da premissa de que a atenção básica é um nível fundamental para o cuidado em saúde, e a estratégia de saúde da família é a política responsável por consolidar formas de cuidado que pensam o usuário no seu contexto. Registra-se atendimentos individuais e domiciliares, educação em saúde para usuários e profissionais e interlocução com a rede de atenção psicossocial. A experiência e seus resultados indicaram que é preciso desmistificar uma concepção amplamente difundida de que o cuidado em saúde mental é uma especificidade da psicologia e da psiquiatria somente. Na atenção primária, a saúde mental pode ser objeto de envolvimento de todo profissional de saúde. Para tanto, sugere-se considerar o campo da saúde coletiva e suas contribuições para a prática dos profissionais no sistema de saúde, entre essas, as práticas já consagradas de educação em saúde e outras mais contemporâneas como a clínica ampliada e o apoio matricial.

PALAVRAS-CHAVE Educação em saúde. Saúde mental. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

[1] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA), Programa Estadual de Residência Multiprofissional Regionalizado em Saúde da Família (Permusf) – Salvador (BA), Brasil. *caffacabus@gmail.com*

[2] Universidade do Estado da Bahia (Uneb), Programa de Pós-graduação Gestão e Tecnologias Aplicadas à Educação (Gestec) – Salvador (BA), Brasil. *rosangeladaluzmatos@gmail.com*

ABSTRACT *This experience report discuss with mental healthcare practices developed at a Family Health Unit in the municipality of Salvador, from April 2015 to December 2016, linked to the state program of multi-professional residency in the family health of the State School of Public Health of Bahia. It is based on the premise that primary care is a fundamental level for health care, and the family health strategy is the policy responsible for consolidating forms of care think of the user in their context. Individual and home visits are recorded, health education for users and professionals, and interlocution with the psychosocial care network. The experience and its results indicated that it is necessary to demystify a widely held view that mental health care is a specificity of psychology and psychiatry alone. In primary care, mental health may be the object of involvement of all health professionals. Therefore, it is suggested to consider the field of collective health and its contributions to the practice of professionals in the health system, among them, the already established practices of health education and other more contemporary ones such as extended clinic and matrix support.*

KEYWORDS *Health education. Mental health. Family Health Strategy. Primary Health Care.*

Introdução

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem priorizado um conjunto de ações voltadas para atenção básica em saúde. No Brasil, a atenção básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, sendo, preferencialmente, o contato inicial dos usuários e centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. Nesse contexto, a Estratégia Saúde Família (ESF) é entendida como forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil. A ESF propõe aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade[1].

Um dos princípios da atenção básica, em especial o primeiro acesso ao sistema de saúde, consiste no atendimento daqueles que demandam um cuidado em saúde mental[2]. Essa consideração remete à integralidade do cuidado, sendo o sofrimento psíquico apenas uma das dimensões das necessidades de saúde desses sujeitos. Nesse ponto, o diálogo com o território enriquece as ações de saúde na medida em que aproxima os profissionais do cotidiano dos usuários e familiares e promove a imersão na complexidade das histórias da vida dos sujeitos usuários do sistema de saúde.

Os transtornos mentais são frequentemente encontrados na população. Em 2001, foi considerada a quarta das dez doenças que geram incapacidade no mundo[3]. Atingem pessoas de todas as idades, causando incapacitações graves e definitivas que aumentam a demanda nos serviços de saúde.

Algumas informações do Ministério da Saúde apontam que 3% da população geral brasileira sofrem com transtornos mentais graves e persistentes, 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% necessitam de algum atendimento, seja ele contínuo ou eventual. Apesar da demanda, o índice de utilização dos serviços de saúde ainda é baixo, está em torno de 13%[4].

Os determinantes sociais e econômicos da saúde mental são extremamente importantes e representam aspectos que devem ser integrados na elaboração de políticas públicas, como meio de prevenção e promoção da saúde. Alves e Rodrigues[5] consideram alguns determinantes para a saúde mental. O primeiro deles é o emprego, no qual a estabilidade e a satisfação no trabalho são fatores de proteção. O segundo é a educação, considerada em vários estudos como tendo uma relação inversa com a ocorrência de doença mental. Além desses, também pode-se fazer referência a aspectos, como: pobreza, habitação, urbanização, discriminação social e violência de gênero, ambiente familiar, exclusão social, estigma, cultura e acontecimentos estressantes.

Na ESF, alguns desses determinantes se expressam no território, o que amplia as potencialidades de cuidado a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde no que concerne à prevenção e à promoção em saúde mental. Nessa perspectiva, este relato de experiência descreve as práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas pela equipe profissional de uma Unidade de Saúde da Família (USF), do território de saúde do Cabula Beiru, da cidade de Salvador, Bahia, no período de abril de 2015 a dezembro de 2016.

O relato identifica a demanda de saúde mental na unidade, entre essas, o uso prejudicial de álcool e de outras drogas, transtornos mentais graves e situações decorrentes da violência e da exclusão social; descreve as práticas de cuidado ofertadas e a interlocução no cuidado em saúde mental entre a USF e a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) de Salvador.

O que se observa ao final do relato são importantes desafios para os profissionais inseridos na atenção básica efetivarem o cuidado em saúde mental. Entre as medidas necessárias, sugere-se: realizar ações de educação permanente com a equipe de atenção básica; consolidar e estreitar a relação entre atenção básica e a Raps; discutir casos e realizar Projeto Terapêutico Singular (PTS) com os serviços; realizar ações

permanentes de promoção a saúde mental, inclusive desenvolvidas por profissionais que não sejam psicólogos. Para essa última proposição, sugere-se considerar o campo da saúde coletiva e suas contribuições para a prática dos profissionais no sistema de saúde, entre essas, as práticas já consagradas de educação em saúde e outras mais contemporâneas como a clínica ampliada e o apoio matricial.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa na modalidade de relato de experiência. Em relação à metodologia de pesquisa, Minayo[6] aborda o objeto das ciências sociais e o qualifica como histórico. Isso implica uma contextualização sociocultural, em que passado, presente e futuro dialogam. Sendo assim, a provisoriedade, o dinamismo, a especificidade e as crises figuram como características fundamentais de questões sociais e se fazem visíveis nos percursos e resultados de pesquisas.

Conforme a autora, nas ciências sociais, existe uma identidade entre sujeito e objeto de pesquisa. Isso indica que não é apenas o investigador que dá sentido a seu trabalho intelectual, mas os seres humanos, os grupos e as sociedades dão significado e intencionalidade a suas ações e a suas construções na medida em que as estruturas sociais nada mais são que ações objetivadas[6].

Ao considerar essas afirmações, pode-se dizer que este relato se construiu a partir das vivências da residente no território e em contextos de problematização conduzidos pelo programa de residência, seja nas atividades de tutoria, preceptoria ou nos encontros trimestrais de aprendizagens, nos quais se ofertavam atividades instrucionais estruturadas. De outra parte, é preciso considerar que as reflexões também se construíram em diálogo com a formação de psicólogo. Esse foi um dos aspectos definidores para a identificação das demandas e necessidades de cuidado em saúde mental aos usuários da USF.

Resultados e discussões

Sobre a demanda de saúde mental

Na USF, o contato com a demanda de saúde mental ocorreu de forma transversal durante a prática da residência. Os pedidos iniciais correspondiam ao que é quase unânime da representação sobre a psicologia: a clínica. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram os primeiros a fazer esses pedidos para si, para a família e para a comunidade. Entre as demandas que se apresentavam para a psicologia, estavam: dificuldade de adesão do tratamento, crianças com questões de comportamento, pessoas com transtornos mentais, questões familiares, entre outros.

O reconhecimento da psicologia dava-se, na maioria das vezes, no trabalho com a clínica tradicional, a chamada clínica do indivíduo que compreende a psiquê construída no binômio interioridade e exterioridade e por meio da qual se orienta toda a interpretação das necessidades de saúde mental para aspectos endógenos e familiares, sempre em uma perspectiva de disfunção. Essa clínica psicológica também é conhecida como prática privada e tem sua identificação histórica assentada no modelo médico-normativo, também chamado queixa-consulta[7].

Nesse sentido, pode-se dizer que a identificação das necessidades de saúde mental na USF referenciadas para a psicologia pode apontar para uma percepção reducionista dos trabalhadores e usuários do sistema de saúde sobre o fazer do psicólogo. Todavia, aqui é preciso reconhecer que a identidade cultural do psicólogo[7] construiu-se nesse terreno médico-normativo no qual aspectos da clínica médica e a queixa-consulta são o esteio da representação do fazer psicológico que se consolidou no imaginário social.

Há ainda outras críticas para com o desenvolvimento da clínica tradicional no sistema de saúde, entre elas a estratégia de trabalho assumida isoladamente pelos profissionais,

a dificuldade em delimitar o papel e a consequente ação do psicólogo na saúde pública[8]. Em oposição a essa tradição, espera-se que a perspectiva diagnóstica e clínica a ser praticada nas unidades de saúde do SUS inclua os contextos sócio-sanitários e da integralidade[9], bem como o diálogo entre saúde mental e saúde pública, considerando os objetivos da reforma sanitária.

O direcionamento da demanda de saúde mental para o psicólogo pode apontar para uma compreensão distorcida de que o saber em saúde mental se compõe apenas de cuidados especializados, de núcleo, desconsiderando que há cuidados de campo de saber para atender tal demanda. Conforme Campos[10] relata, o núcleo refere-se à identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, a um espaço impreciso no qual cada área profissional buscaria apoio em outras com o objetivo de cumprir suas tarefas teóricas e práticas, sempre orientadas pelo princípio da integralidade no cuidado.

Para tanto, é preciso desmistificar uma concepção amplamente difundida de que o cuidado em saúde mental é uma especificidade da psicologia e da psiquiatria. Como afirmam Dimenstein et al.[11], é necessário criar alterações na organização dos serviços pensando em transformações referentes aos saberes instituídos que determinam a quem compete e quem tem autoridade para lidar com a loucura, o sofrimento mental e outras necessidades em saúde mental.

A saúde mental deve ser objeto de envolvimento de todo profissional da área da saúde; todos têm que pensar a respeito e atuar nessa área. O saber não está pronto, precisa ser construído. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) constitui-se como um dispositivo que tem como prática o apoio matricial, o que possibilitaria ao psicólogo compartilhar saberes e qualificar a atenção[12] à saúde mental com o apoio dos demais profissionais de saúde.

O Nasf é composto de nove áreas estratégicas, em que a saúde mental corresponde a uma delas. Na Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, de criação do Nasf, é sugerida a inserção de um profissional de saúde mental em cada equipe do Nasf, podendo este ser um psiquiatra, terapeuta ocupacional ou psicólogo.

As diretrizes para a atuação das equipes de saúde quanto à saúde mental na atenção primária são:

1. Deve-se identificar, acolher e atender às demandas de saúde mental do território, em seus graus variados de severidade – os pacientes devem ter acesso ao cuidado em saúde mental o mais próximo possível do seu local de moradia, de seus laços sociais e familiares.

2. Devem ser priorizadas as situações mais graves, que exigem cuidados mais imediatos (situações de maior vulnerabilidade e risco social).

3. As intervenções devem se dar a partir do contexto familiar e comunitário – a família e a comunidade devem ser parceiras no processo de cuidado.

4. É fundamental a garantia de continuidade do cuidado pelas equipes de Saúde da Família, seguindo estratégias construídas de forma interdisciplinar.

5. As redes sanitária e comunitária são importantes nas estratégias a serem pensadas para o trabalho conjunto entre saúde mental e equipes de Saúde da Família.

6. O cuidado integral articula ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial.

7. A educação permanente deve ser o dispositivo fundamental para a organização das ações de saúde mental na Atenção Primária[13(40)].

Ao se considerar essas diretrizes que norteiam o trabalho em saúde mental na atenção básica, pode-se refletir sobre as demandas que chegaram à USF. Em relação à demanda de saúde mental, ela aparece na forma de

diferentes sofrimentos psíquicos, como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar, alcoolismo. A demanda foi identificada principalmente pela equipe mínima, e o ACS teve um papel central nessa tarefa.

Em relação à primeira diretriz mencionada acima, os profissionais da equipe mínima reconhecem o sofrimento psíquico e o validam enquanto uma demanda que necessita de cuidados em saúde. Isso é importante, pois há uma consideração ampliada sobre saúde na qual ela não se restringiria apenas a uma condição bioquímica ou fisiológica.

Algumas necessidades de saúde descritas por Dimenstein et al.[11] para a atenção básica da saúde mental também foram identificadas no contexto da USF: problemas associados ao uso prejudicial de álcool e de outras drogas, aos transtornos mentais graves e a situações decorrentes da violência e da exclusão social. Além disso, os autores destacam que a identificação das necessidades de saúde mental são passos fundamentais para superação do modelo psiquiátrico medicalizante e hospitalar no que concerne ao cuidado em saúde mental, o que também deve ser identificado no contexto da USF, na atenção primária.

No tocante à segunda diretriz, há normalmente uma priorização dos casos mais graves. Em regra, eles acabam mobilizando mais as equipes, o que geralmente os impulsionam à discussão desses casos com o Nasf e o diálogo com a rede de atenção à saúde.

A terceira diretriz trata da família. Nesses casos, é sabido que esta também sofre com o adoecimento mental, e o trabalho de educação em saúde figura como dispositivo fundamental para ampliar a capacidade dos familiares de acolher, cuidar e apoiar seus membros. No caso das ações desenvolvidas pela equipe da USF, buscou-se compreender como as famílias entendem esses adoecimentos. Nessa experiência, foi possível identificar diversas atribuições, desde causas naturais até o reconhecimento de um processo de adoecimento. Entre as causas naturais mencionadas pelos familiares, registra-se a associação do sofrimento mental com as fases da lua, a não compreensão de que se trata de um sofrimento ou transtorno real ou a não aceitação do processo de adoecimento expresso pelo familiar.

Entre as atividades realizadas na USF, a reunião de equipe geralmente é o espaço em que são trazidos os casos para discussão, e, a partir disso, são conhecidas as demandas, por meio de algum porta-voz da equipe mínima. É nesse espaço que também pode ser operacionalizada a quarta diretriz, no qual, a partir de um cuidado interdisciplinar, pretende-se dar continuidade ao cuidado em saúde mental.

Ademais, com relação à sexta diretriz do Ministério da Saúde, observou-se que o cuidado integral não deve ser dissociado da reabilitação e cura. A demanda por essas formas de cuidado, na USF, não excluiu a prevenção e a promoção. Além disso, a doença ou o sofrimento também foram acolhidos na esfera da atenção primária quando os familiares e a comunidade foram apoiados e orientados sobre como proceder ou como se relacionar com essas enfermidades. De todo modo, é preciso registrar que ações vinculadas com as formas de cuidado preventivas e de promoção da saúde devem ser mais ofertadas pelas equipes de saúde no território, pois, em regra geral, atenta-se para a saúde mental quando casos de doença instalada se apresentam na unidade ou à equipe de saúde.

Outro aspecto a considerar é que há uma demanda para identificação de enfermidades em saúde mental produzidas pela própria presença do psicólogo na equipe. Uma forma de dar encaminhamento a essa demanda seria considerar o que assinala a sétima diretriz quando refere a necessidade da educação permanente promovida pelos profissionais do Nasf. A educação permanente constitui uma prática que pode apoiar a área de saúde mental, já que esta desperta interesse dos profissionais, e estes necessitam aprofundar o conhecimento sobre esse campo do saber e de ampliar suas intervenções.

Sobre as ações em saúde mental

Neste tópico que segue, são relatadas algumas atividades desenvolvidas pelos profissionais da USF, são elas: os atendimentos individuais e domiciliares e as atividades coletivas relacionadas com a temática da saúde mental.

Os atendimentos individuais eram agendados com o ACS nas reuniões de equipe. O primeiro encontro era realizado com o usuário e correspondia ao momento de acolhimento, que permitia contextualizar o pedido inicial e ampliar o olhar sobre a demanda. Nesse encontro, eram explicados o trabalho do psicólogo na unidade e o vínculo com a residência multiprofissional. Além disso, também se esclarecia a função do Nasf e as profissões que o compõem. Essa ação permitia que o usuário se aproximasse da proposta da ESF, muitas vezes não compreendida pelo público-alvo da USF, como é o caso da cobertura assistencial que exige permanente contextualização dos usuários do território.

As ações domiciliares permitem ao profissional de saúde entender a dinâmica familiar, identificar conflitos cristalizados e esclarecer caminhos e dificuldades a serem enfrentadas por familiares e portador de transtorno no percurso de assistência à saúde mental, seja na atenção primária, secundária ou terciária.

O atendimento domiciliar na atenção básica costuma ser realizado por mais de uma categoria profissional. Nesse atendimento, tem-se acesso a outras dimensões, como o contexto em que o sujeito reside. Na casa, a visita pode ser direcionada a toda a família. O atendimento domiciliar pode ser, então, uma via de aproximação e construção do vínculo, principalmente com pacientes ou familiares que não reconhecem o adoecimento mental, embora sofram suas consequências.

Reinaldo e Rocha[14] também destacam a importância da visita domiciliar. Enquanto dispositivo da reforma psiquiátrica, as visitas domiciliares constituem um instrumento facilitador na abordagem dos usuários e sua família. Por meio da visita, é possível entender a dinâmica familiar, com o objetivo de verificar as possibilidades de envolvimento da família no tratamento a ser oferecido ao usuário.

Diversas ações foram realizadas em grupo. Entre elas, um grupo de cuidadores, no qual apresentou-se informações e elementos para se compreender transtornos mentais com a metodologia roda de conversa. O outro grupo objetivou atingir a população de idosos, no qual tematizou-se a necessidade de cuidado a esses usuários e os riscos de sofrimento psíquico na velhice. Nesse, usou-se explosão de ideias, dinâmicas de interação entre os participantes, jogos lúdicos com palavras e a rodas de conversa. A outra ação foi realizada em um grupo denominado saúde na medida, coordenado pelo educador físico da unidade, e que contava com a participação quinzenal da psicóloga e nutricionista. Nessa intervenção, o tema foi o suicídio, e o objetivo consistiu em desfazer mitos e preconceitos. A intervenção apoiou-se na metodologia roda de conversa.

Por ocasião da comemoração do mês da luta antimanicomial, maio, as psicólogas do Nasf, residente e profissional, realizaram uma outra ação, diferente das anteriormente descritas. Apoiadas na metodologia conhecida como sala de espera, as duas profissionais trouxeram para a USF um exercício de problematização sobre o tratamento manicomial da saúde mental, implicando os usuários que por ali circulassem naquele período do ano.

Outra ação realizada foi a sessão temática sobre saúde mental. Ela é uma atividade voltada aos profissionais da USF e planejada por um grupo ou equipe da unidade com temas que surjam no/do cotidiano de trabalho. As sessões eram realizadas uma vez por mês; e, em decorrência da mobilização dos profissionais, o tema saúde mental foi objeto de duas sessões temáticas no período de 12 meses.

O que se pode dizer sobre essas ações é que tanto os profissionais quanto os usuários reconhecem que o tema saúde mental ainda pede por ações de educação permanente, prevenção e promoção de saúde. Contudo, é importante destacar que as atividades coletivas

desenvolvidas por outros profissionais da unidade são, também, espaços potenciais para trabalhar questões referentes à saúde mental com os usuários.

Sobre o diálogo com a Rede de Atenção Psicossocial

A quinta diretriz mencionada acima preconiza o desenvolvimento de estratégias para o trabalho conjunto entre saúde mental e equipes de saúde da família.

A Raps estabelece os parâmetros prioritários para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. Para contribuir com o funcionamento das Raps, a atenção básica assume as funções de ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes, de acordo com a política nacional para a atenção básica (2012). Para isso, a atenção básica deve acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Raps, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários e articulando-se às outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

No caso do território de saúde do Cabula Beiru, a atenção básica conta com três equipamentos de saúde vinculados à rede especializada de apoio à saúde mental: um hospital psiquiátrico, dois Centros de Atenção Psicossocial (Caps), sendo um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) e o outro Caps II. Na experiência da residência, registraram-se diferentes situações. Por exemplo, havia pacientes que já eram usuários dos dois serviços, da USF e do Caps, ou usuários da USF e do hospital psiquiátrico, mas, na maioria dos casos, os profissionais não se comunicavam para discutir um PTS para os usuários ou família.

Essas situações e outras que exigiam da USF ampliar a assistência aos usuários de saúde mental e seus familiares conduziram a equipe profissional da unidade de saúde a tentar construir articulação com a rede de saúde mental. Esse diálogo constituiu-se como um dos maiores desafios do trabalho na atenção básica vivenciado ao longo da residência. Em alguns momentos, a articulação mostrou-se resolutiva para garantir o cuidado em saúde mental; em outros, as dificuldades se sobrepunham, e a garantia da longitudinalidade do cuidado ficou fragilizada, às vezes descontinuada.

Apesar das fragilidades das ações, pode-se observar que o diálogo com a Raps mostrou-se extremamente necessário, embora muitas dificuldades tenham se interposto nessa ação. Manter a comunicação entre os serviços, por exemplo, mostrou-se uma tarefa difícil de realizar com a regularidade e presteza necessárias, seja pelas dinâmicas e rotinas de trabalho dos serviços de saúde, seja pela dificuldade de garantir transporte para que os profissionais possam construir ações em comum nos diferentes serviços, tais como USF e Caps. Entretanto, em todos os serviços visitados, os profissionais demonstraram abertura para discussão de caso, construção de práticas de cuidado compartilhadas, explicação do fluxo de atendimento e possibilidades de comunicação.

As ações de saúde mental na atenção básica devem seguir ao modelo de redes de cuidado, de base territorial, tendo uma atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento[4]. Dimenstein et al.[11] destacam que as formas de cuidado da atenção básica e a atenção secundária devem ser articuladas, para inclusive evitar que o usuário procure de imediato o terceiro nível de atenção, os hospitais psiquiátricos. Segundo o estudo de Campos et al.[15], a fragmentação da rede é algo presente no relato de diversos usuários e familiares. Os autores destacam que muitos casos identificados como sendo de saúde mental não pertenciam a nenhum serviço de referência, e os usuários e seus familiares ficaram perdidos em um emaranhado institucional.

Embora se possa considerar que a reforma psiquiátrica ainda está em processo de implantação no País e que ainda são recentes e incipientes as experiências de inclusão de ações de

saúde mental na ESF, não se pode negligenciar a responsabilidade dos profissionais da atenção básica para com o cuidado em saúde mental.

Aqui cabe assinalar que é preciso dispensar maior investimento dos gestores na formação dos profissionais de saúde vinculados à atenção básica e em infraestrutura, para que se criem as condições de efetiva articulação da rede de serviços às demandas sociais e de saúde para usuários de saúde mental[16].

Considerações finais

A experiência da residência em saúde da família foi uma oportunidade para pensar o cuidado em saúde mental em uma perspectiva ampliada e para perceber possibilidades da integralidade preconizada pelo SUS. Todavia, o que se observou é que a perspectiva da doença ainda é a tônica quando se fala em saúde mental nas unidades de saúde vinculadas à atenção básica. Comunidade e profissionais, ainda, referenciam essa necessidade de saúde a especialistas e não a identificam com as práticas de cuidado do campo da saúde coletiva como educação em saúde, prevenção e promoção da saúde.

Ao longo da residência, foram desenvolvidas atividades em grupos para usuários e profissionais na perspectiva da promoção da saúde, o que possibilitou que a temática da saúde mental circulasse sob outros referentes no território adstrito à USF. Com isso, espera-se ter introduzido outras concepções de psicologia, práticas psicossociais e prevenção de agravos em saúde mental. As ações realizadas com potencial para melhorar a comunicação entre a ESF e a Raps foram a sensibilização dos profissionais quanto à importância da comunicação e da construção compartilhada do cuidado em saúde mental.

Em relação às práticas de cuidado ofertadas na USF, deu-se ênfase para atendimentos individuais e em grupos, na unidade de saúde e nas visitas domiciliárias, mas sabe-se que outras são desenvolvidas, como a interconsulta e o grupo de terapia comunitária. Isso indica que ainda há mais ações relacionadas com a saúde mental em desenvolvimento no território de saúde.

Pode-se dizer que há interlocução no cuidado em saúde mental entre a USF e a Raps de Salvador, mas sabe-se que essa relação precisa ser fomentada constantemente para que não se percam de vista a articulação e a corresponsabilização do cuidado em saúde mental.

Como se vê, os desafios são muitos para os profissionais inseridos na atenção básica efetivarem o cuidado em saúde mental. Entre as medidas necessárias, sugere-se: realizar ações de educação permanente com a equipe de atenção básica; propor ações que introduzam a clínica ampliada com os usuários e seus familiares; consolidar e estreitar a relação entre atenção básica e a Raps; discutir casos e realizar PTS com os serviços; realizar ações permanentes de promoção à saúde mental, inclusive desenvolvidas por profissionais que não sejam psicólogos.

Por fim, reconhece-se a importância de estudar a inserção do psicólogo na ESF, de modo a problematizar a restrição e a redução de suas práticas ao escopo da área de psicologia. O campo da saúde coletiva tem importante contribuição para a prática dos profissionais psicólogos no sistema de saúde, entre essas, as práticas já consagradas de educação em saúde e outras mais contemporâneas como a clínica ampliada e o apoio matricial. Nunca é demais lembrar que o sistema de saúde se afirma a partir de um direito universal e que os profissionais que trabalham no sistema precisam efetivar seus princípios e os da reforma psiquiátrica brasileira, pois esses são compromissos ético-políticos. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS, 2012.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental - Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF: MS, 2013.

3. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Climepsi, 2001.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Saúde Mental em Dados. Brasília, DF: MS, 2007.

5. Alves AA, Rodrigues NF. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. Rev. Port. Sau. Pub. [internet]. 2010 dez [acesso em 2017 fev 10]; 28(2):127-131. Disponível em: http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/pdf/S0870902510700031/S300/.

6. Minayo C. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes; 2001.

7. Coimbra C. Guardiães da ordem: Uma viagem pelas práticas psi no Brasil do "milagre". Rio de Janeiro: Oficina do Autor; 1995.

8. Oliveira IF, Silva FL, Yamamoto OH. A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? Aletheia [internet]. 2007 jun [acesso em 2017 jan 21]; 25:5-19. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n25/n25a02.pdf.

9. Spink MJ, Matta GC. A prática profissional PSI na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: Spink MJP, organizadora. A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p. 25- 51.

10. Campos GW. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciênc. Saúde Coletiva [internet]. 2000 [acesso em 2017 mar 17] 5(2):219-230. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002.

11. Dimenstein M, Santos YF, Brito M, et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. Mental [internet]. 2005 nov [acesso em 2017 jan 21]; 3(5):23-42. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v3n5/v3n5a03.pdf.

12. Campos F. Psicólogos (as) no SUS – a prática profissional e a formação. In: Spink MJP, organizadora. A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF: MS, 2010.

14. Reinaldo AM, Rocha RM. Visita domiciliar de enfermagem em saúde mental: ideias para hoje e amanhã. Rev Eletrônica de Enferm. [internet]. 2002 [acesso em 2017 mar 17]; 4(2):36-41. Disponível em: http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen.

15. Campos O, Gama , Ferrer A. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. Ciênc. Saúde Coletiva [internet]. 2011 dez [acesso em 2017 mar 17]; 16(12):4643-4652. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013.

16. Gazignato E, Silva CR. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. Saúde debate [internet]. 2014 jun [acesso em 2017 mar 17]; 38(101):296-304. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140027.

Do ideal ao possível: o trabalho do assistente social em uma Equipe de Saúde da Família

From the ideal to the possible: the social worker's work in a Family Health Team

Priscilla de Cássia Caires Zagallo[1]

RESUMO Esse trabalho constitui-se em um relato de experiência acerca do cotidiano de trabalho do assistente social em uma equipe multiprofissional no âmbito da saúde da família. Fruto da experiência da residência multiprofissional em saúde, a proposta do estudo foi discutir as potencialidades e obstáculos ao desenvolvimento do trabalho próprio do serviço social e sua articulação com as demais áreas do saber em saúde, observando a conjuntura em que o profissional está envolvido e o seu espaço ocupacional. Procurou-se fazer uma breve reflexão sobre a inserção do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Estratégia Saúde da Família e sobre o processo de precarização pelo qual passam as profissões de saúde que estão inseridas na atenção básica e seus possíveis reflexos na prestação dos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Saúde da família. Serviço social. Vulnerabilidade em saúde. Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT *This paper is a report of the daily work experience of the social worker in a multi-professional team in the scope of the Family Health Strategy. As a result of the experience of a multi-professional residency in health, the proposal of this article is to discuss the potentialities and obstacles to the development of the Social Service's work and its articulation with other fields of knowledge in health, observing the conjuncture in which the professional is involved and their occupational space. We sought to make a brief reflection on the insertion of the Family Health Support Unit in the Family Health Strategy and on the process of precariousness which the health professions that are inserted in the primary health care go through and its possible outcomes in the provision of health services.*

KEYWORDS *Family health. Social work. Health vulnerability. Patient care team.*

[1] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) – Salvador (BA), Brasil.
pri.ciso@gmail.com

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge a partir da luta encampada pelo Movimento de Reforma Sanitária em busca de modelo de atenção à saúde que enxergasse as múltiplas faces que envolvem a garantia de uma vida saudável aos cidadãos brasileiros. Depois de décadas em que a saúde esteve negligenciada e ligada a instituições de caridade, apresentando-se como benesse, e não como política pública com garantia de acesso à população, na década de 1980, movimentos sociais, pensadores e intelectuais do campo da saúde se engajaram em um embate que resultou no acesso à saúde como garantia constitucional[1].

Instituído, o SUS traz consigo o horizonte de democratização no acesso à saúde que está expresso nos seus princípios: universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. No entanto, o novo modelo de atenção à saúde impõe desafios, como a descentralização do sistema, dos serviços e da gestão; aspectos que também se relacionam com o ideário neoliberal que se fez muito presente no cenário político brasileiro da década de 1990. Nos anos 2000, especialmente a partir da eleição de governos com inclinações ideológicas mais à esquerda, avanços foram notados na expansão dos serviços e no alcance de cobertura da rede em relação à população. Para além dos serviços de saúde, outras políticas sociais surgiram ou se expandiram, difundindo outros serviços que guardam estreita ligação com a melhoria das condições de vida da população; como exemplo, pode-se destacar: saneamento básico, educação, assistência social e infraestrutura urbana[2].

Entre as ações que ganharam grande visibilidade, está a Estratégia Saúde da Família (ESF). Existente desde a década de 1990 como o nome Programa de Saúde da Família (PSF), nos anos 2000, houve uma importante expansão das Unidades de Saúde da Família (USF); e o Programa tornou-se fundamental na organização do sistema de saúde, ganhando destaque como ordenadora do cuidado.

O conceito de saúde que baseia a criação do SUS sustenta-se na concepção de que a saúde se estende para além da ausência do adoecimento e observa os aspectos sociais, culturais, econômicos, educacionais que envolvem a população. No caso da saúde da família, essa premissa torna-se fundamental para compreender o trabalho desempenhado pelos profissionais, inclusive para atuação do assistente social, especialmente quando observado o contexto de atuação em uma equipe multidisciplinar, situação que propicia uma multiplicidades de olhares sobre o processo saúde-doença. Entendendo que essa relação, aparentemente dicotômica, envolve uma diversidade de aspectos que influenciam diretamente nas condições de vida dos indivíduos, fica clara a importância de uma atenção à saúde que observe os aspectos biopsicossociais dos usuários do serviço[3].

Ao compreender a complexidade que abrange a garantia do direito à saúde, além de garantir o pleno funcionamento dos serviços diretamente ligados a essa política, é preciso também que se esteja atento para o desenvolvimento de outras políticas públicas. Desse modo, o profissional de saúde deve conhecer a rede de serviços e as ações governamentais disponíveis aos cidadãos. Na ESF, o cotidiano de trabalho coloca o profissional em contato direto com as expressões da desigualdade social, situação esta que para o serviço social tem um significado importante, afinal esse profissional tem como o objeto do seu trabalho o cenário de exclusões provocado pelo capital[4].

O profissional do serviço social – que na ESF atua no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) – deve buscar em meio às desigualdades existentes na sociedade garantir o acesso dos usuários dos serviços onde atua aos direitos que lhes competem. No entanto, nem sempre o caminho para assegurar o acesso às políticas públicas e serviços que têm por finalidade materializar

o acesso aos direitos está no horizonte imediato de possibilidades.

Assim, observando as condições acima descritas, a proposta do presente trabalho foi realizar uma reflexão sobre a atuação do assistente social em uma equipe multidisciplinar na ESF como ator importante na garantia do acesso à saúde que, contudo, deve lidar com uma série de obstáculos na realização de seu trabalho. A intenção é então pensar sobre os instrumentos de trabalho do serviço social, as potencialidades e os entraves à sua atuação, entraves estes que muitas vezes são oriundos do próprio Estado, ente ao qual cabe o dever de garantir a dignidade da vida dos seus cidadãos.

Material e métodos

É amplamente conhecida a realidade de pobreza e exclusão que atinge grande parte dos usuários dos serviços prestados pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF)[5], cujas instalações situam-se geralmente em grandes bolsões de pobreza, áreas carentes de tudo o que diz respeito à infraestrutura.

Na Unidade de Saúde da Família Professor Guilherme Rodrigues da Silva – USF Arenoso, na cidade de Salvador, Bahia, a realidade não é diferente. Essa unidade foi escolhida para receber a primeira turma de residentes em saúde da família do Programa Estadual de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (Permusf) da cidade de Salvador. Em Arenoso, o território e sua população – majoritariamente pobre e afrodescendente – padecem com a carência de acesso aos serviços de transporte, saneamento básico, lazer, cultura, segurança. De modo geral, o bairro é destituído de uma infraestrutura urbana adequada, o que coloca os profissionais diante do desafio de trabalhar com as potencialidades do território, mas também de buscar uma articulação com a rede de serviços disponíveis nas mais diversas áreas das políticas públicas para garantir uma vida digna à população.

Iniciada no seu campo em abril de 2015, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família contava com um grupo de profissionais presentes na ESF tanto no plano da equipe mínima quanto do Nasf: uma enfermeira, uma odontóloga, uma fisioterapeuta, uma psicóloga, uma nutricionista e uma assistente social.

Por conviver com essa realidade no cotidiano de trabalho, acredita-se ser interessante apontar as dificuldades encontradas, as possibilidades de intervenção, as articulações possíveis e as desejáveis – contudo, nem tão possíveis – à rede de serviços que vão além daquilo que está nos limites da saúde. Quando o objeto de discussão é a dinâmica de funcionamento da ESF, invariavelmente deve-se partir de uma abordagem que privilegie o olhar sobre os aspectos sociais que interferem de modo direto na vida da população usuária.

Desse modo, esse trabalho procurou, por meio do instrumento do relato de experiência, discutir a atuação do assistente social em uma equipe multiprofissional da ESF, levantando os desafios e potencialidades encontrados nesse ambiente para a garantia do acesso da população aos seus direitos. Busca-se aproximar o exercício do relato de experiência da imersão exigida em um trabalho etnográfico; deixando claro que não se trata de uma etnografia, mas, sim, da busca de uma inspiração nesse campo já que o relato tratará de questões envolvidas no cotidiano da autora, personagem ativa e imersa nas reflexões que surgem do seu campo de trabalho.

Resultados e discussão

Ao voltar a atenção para a família – sob suas mais diversas formas – enquanto importante ente de sociabilidade, coesão social e cuidado, a ESF dialoga com a Lei Orgânica de Assistência Social, a qual também prevê a proteção à família, pois a considera

imprescindível para o desenvolvimento da sociedade. Sob aspectos sociológicos, a família é tida como primeiro espaço de socialização dos indivíduos e, como tal, tem importância ímpar no desenvolvimento das sociedades. Gomes e Pereira[6] problematizam a família, afirmando ser importante romper-se com o processo de romantização pelo qual esse conceito passou ao longo dos anos. Ainda que considerem o caráter protetivo que a família possa ter sobre os indivíduos, destacam que esse é um espaço de conflitos e, muitas vezes, de violação de direitos. Ao falar sobre famílias pobres, cujo horizonte de proteção está ameaçado por inúmeras situações de vulnerabilidade, o cenário de conflitos aparece agravado por uma conjuntura que favorece o aprofundamento de diversos problemas sem que muitas vezes estejam à disposição mecanismos de enfrentamento satisfatórios. Diante de uma realidade tão desafiadora, a saúde da família vem se firmando enquanto estratégia bem-sucedida de cuidado no âmbito da atenção básica.

Prevista na lei que institui e regulamenta o SUS (Lei nº 8.080/90), a atenção básica em saúde – nível ao qual pertence a ESF – avança ao contar com um serviço que aprofunda o conhecimento acerca do território e dos determinantes sociais de saúde, permitindo um planejamento de ações adequado às necessidades da população adscrita. No que diz respeito à saúde da família, o olhar sobre o social é indispensável. Lidando com o cotidiano de trabalho na ESF, o assistente social atende a demandas dos mais diversos públicos sujeitos a vulnerabilidades que se expressam de maneiras distintas, mas em todas elas está presente o objeto sobre o qual intervém o serviço social, a questão social que é indissociável da sociabilidade capitalista e se expressa nas desigualdades econômicas, políticas, culturais, de classe[7].

Com o avanço do neoliberalismo, o desmonte das políticas sociais torna-se uma dificuldade constante no trabalho do assistente social. A deterioração dos serviços públicos, especialmente aqueles voltados para a população mais carente, é um entrave com o qual o serviço social tem buscado enfrentamento; e não raras vezes o assistente social utiliza-se de sua rede pessoal (informal, composta por profissionais com os quais se tem algum nível de aproximação) dentro dos serviços para conseguir fazer encaminhamentos adequados.

Para o serviço social, a demanda de atendimentos é constante; e esses atendimentos vão desde orientações pontuais à população e matriciamento de profissionais até o acompanhamento de casos mais complexos que demandam articulação com outros membros da equipe e outros serviços.

Os usuários são oriundos da classe trabalhadora e, muitas vezes, bastante carentes de instrução, são pessoas e famílias de baixa renda, majoritariamente afrodescendentes, boa parte delas atendidas por políticas sociais como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Bolsa Família. Grande parte da população que utiliza os serviços da USF é constituída por mulheres e crianças, notando-se assim que as questões de gênero não podem ser negligenciadas quando se discute acesso à saúde, pois é comum no cotidiano dos serviços de saúde que a população mais frequentemente atendida seja de mulheres. A presença majoritária de mulheres acontece tanto por questões comportamentais ligadas ao machismo – homem não adoece, homem não pode demonstrar fraqueza, homem deve ser forte, pois deve ser o provedor da família – quanto por questões práticas, como o horário de atendimento das USF, que é comercial, e, portanto, horário de trabalho de grande parte da população; e ao pouco direcionamento das campanhas de saúde para o público masculino, que, quando comparado ao público feminino e infantil, recebe menos destaque nas campanhas sanitárias.

Na USF Arenoso, o número de mulheres atendidas supera com folga o número de homens, e foram as mulheres que vivenciaram muitas das situações de maior vulnerabilidade que chegaram ao serviço social.

Ao falar de pobreza, não se pode desprezar o fato de que, atualmente, grande parte das famílias em situação de vulnerabilidade é chefiada por mulheres. A pobreza não se expressa apenas na ausência de recursos financeiros, mas também na violação de direitos e no cotidiano de discriminação pelos mais diversos motivos, compreende-se a necessidade que tal grupo expressa de um atendimento cuidadoso por parte de uma equipe multiprofissional de saúde.

Enquanto classe trabalhadora, as mulheres sabidamente ganham menos que os homens ainda que exerçam funções parecidas ou equivalentes. Afora o trabalho que lhes provem o sustento, elas são ainda responsáveis pelo cuidado com a casa, pela criação dos filhos, responsabilizadas pelo cuidado de outros membros da família. São também vítimas de violência doméstica, situação que se fez presente diversas vezes nos atendimentos realizados ao longo do período de residência. Nessas situações de violência, foram realizados atendimentos das vítimas pela equipe (médico, enfermeiro, dentista, psicólogo e assistente social), sendo o Serviço Social responsável por realizar a escuta da mulher e de outros membros da família, bem como pelo encaminhamento dos casos aos órgãos competentes, como a Ronda Maria da Penha, a Delegacia da Mulher (Deam) e o Ministério Público Estadual – MP/BA. Vale destacar que estes foram órgãos com os quais se estabeleceu um contato bastante satisfatório, obtendo, na medida do possível, repostas positivas para as ações pleiteadas. O contato com eles foi realizado por *e-mail* e telefone; e, nos casos de violência contra a mulher, a resposta foi breve, sem que isso significasse necessariamente fim do ciclo de violência, mas ao menos oferecia-se à vítima o conforto do atendimento bem prestado e a possibilidade de soluções para seus problemas. Além de problemas estruturais para atendimento e elaboração de relatórios, os contatos telefônicos eram feitos, na grande maioria das vezes, a partir dos próprios telefones dos profissionais, o que acaba gerando para o trabalhador um custo que deveria estar sendo assumido pelo serviço, nesse caso a Prefeitura Municipal de Salvador, braço do Estado ao qual a unidade de saúde está vinculada.

Sobre a questão de gênero e sua relevância no trabalho em uma USF, cabe uma reflexão a respeito das políticas sociais, especialmente o Bolsa Família, e sua contribuição para a melhora na qualidade de vida de mulheres e crianças e ainda para um processo, ainda que muito discreto, de empoderamento feminino. Como titulares do benefício e, portanto, na maioria dos casos, como responsáveis pelo saque e gestão do valor, as mulheres ganham com isso melhores condições de consumo para si e para seus descendentes[8]. Ainda que isso não seja o suficiente para livrá-las das amarras de uma cultura inteiramente permeada pelo machismo, já as torna mais independentes. Tal fato pôde ser observado durante esse período de trabalho na USF Arenoso, e a inserção no Programa Bolsa Família foi requisição constante por parte das usuárias, bem como esclarecimento de dúvidas acerca dele. Nesse sentido, procurou-se estabelecer relação próxima com o Centro de Referência em Assistência Social (Cras) e com o Centro de Referência Especializada em Assistência Social (Creas) que fazem a cobertura do território de abrangência da USF e que são os responsáveis pelo encaminhamento para o programa social.

Mesmo conseguindo uma boa articulação com os órgãos já referidos ao longo do texto, ainda existem entraves para o atendimento das demandas dessas mulheres. Nos casos de violência doméstica, por exemplo, é necessário lidar com o temor das vítimas em procurar as autoridades policiais não só pelo medo do agressor, mas pelo temor de que o contato delas com a polícia levante suspeitas quanto ao seu comportamento em ralação ao tráfico. Com marcante presença na comunidade e bastante poder sobre a organização do território, as facções do tráfico de drogas são

consideradas autoridades pelas pessoas do bairro, portanto, é preciso manter determinados códigos de respeito, entre os quais está a proibição de manter contato com agentes da segurança pública.

Da questão de gênero, passa-se para a questão geracional e todas as suas implicações na conformação das famílias e no trabalho da USF. Ao longo do período, também foram muitas as solicitações para atender a casos de negligência e violência de vários tipos contra idosos de ambos os sexos. No centro de todas as histórias, estava sempre a questão do cuidador e do benefício do qual o idoso era titular. Conforme vem sendo discutido ao longo dos últimos anos, os idosos, muitas vezes, têm assumido o papel de provedores de suas famílias, sendo não raramente os únicos ou os principais responsáveis pelo provimento das necessidades[9]. O quadro de desemprego e subemprego enfrentado pela população mais carente tem interferência direta na composição da renda familiar, culminando muitas vezes na dependência da renda de aposentadoria ou BPC de direito do idoso. Foram muitos os atendimentos em que entes da família, a comunidade ou Agentes Comunitários de Saúde (ACS) fizeram denúncia acerca de maus tratos contra idosos. Em todos eles, o principal cuidador ou os cuidadores se apossavam do benefício, impedindo que o idoso pudesse dele usufruir da forma como lhe fosse mais conveniente, usurpando-lhe a dignidade. Os crimes foram desde violência verbal e patrimonial até a negligência e a violência física. Em todos os casos, as famílias foram chamadas ao diálogo com a equipe profissional para que se entendesse o contexto em que se dava o fato denunciado. Foram realizadas muitas visitas domiciliares, notificações de violência, encaminhados diversos relatórios para os órgãos da assistência social e da justiça, mas dessa vez sem a mesma taxa de sucesso na resolução dos problemas que foi alcançada nos casos de violência contra mulher. Notou-se que as respostas dos órgãos acionados foram bastante demoradas, só chegando, em muitos casos, já com a situação resolvida e até mesmo depois de alguns pacientes evoluírem a óbito. Acerca desse fato, levanta-se a hipótese de que, ao menos no que diz respeito à experiência aqui relatada, os serviços para atendimento a essa população ainda são escassos e pouco equipados, com baixa capacidade resolutiva diante do volume de demanda que vem aumentado em razão do crescimento dessa população e sua situação de vulnerabilidade.

Outra demanda que chegou em grande volume para o atendimento multiprofissional foi a de familiares e pacientes/usuários com transtornos mentais. Felizmente, durante grande parte do período relatado neste texto, a equipe que atuava na USF tinha bastante disponibilidade para lidar com esses pacientes e seus familiares. Ressalta-se aqui a importância da visão ampliada acerca do conceito de saúde e do papel da ESF dentro do SUS, pois foi a partir disso que esses usuários/pacientes puderam ter acesso ao serviço sem enfrentar tantas barreiras associadas ao estigma que carrega consigo o adoecimento mental.

Para Dimenstein, Santos, Brito et al.[10], a formação pouco voltada para a clínica ampliada e para o atendimento de uma população diversificada, inclusive os pacientes com transtorno mental, traz dificuldades para os trabalhadores da saúde em diversos espaços ocupacionais. Em geral, pacientes e familiares chegam para os atendimentos pela equipe da USF já bastante fragilizados pela inexistência de uma assistência adequada para as pessoas que vivem com transtornos mentais. De modo geral, a equipe fez um grande esforço para atender com qualidade aos pacientes e familiares, mas sempre esbarrava na dificuldade de encaminhamento para serviços especializados. No caso do serviço social, profissão que está extremamente voltada para o processo de articulação entre os serviços e para a intersetorialidade, esbarrar com esses impeditivos tornou-se

muito frustrante, mesmo assim foram feitas diversas visitas institucionais, articulações com serviços por meio de acionamento da rede pessoal dos profissionais, relatórios informando aos órgãos competentes, especialmente ao Ministério Público, as dificuldades para acompanhar esses pacientes.

Os adoecimentos de maior prevalência no que diz respeito à saúde mental foram a esquizofrenia, o transtorno bipolar, os transtornos de ansiedade e a depressão. Mesmo no caso dos dois primeiros transtornos mencionados, considerados doenças muito graves, o encaminhamento nem sempre resultou no desfecho desejado pela equipe. Para esses casos, também é importante destacar o papel do serviço social no empoderamento e esclarecimento das famílias, de modo que assim elas se tornem capazes de lidar melhor com a situação vivenciada, tendo a clareza dos seus direitos e o conhecimento básico sobre a doença. É importante destacar que o profissional deve ter a responsabilidade de conhecer com alguma profundidade a realidade em que trabalha, portanto, ainda que não tenha adquirido em sua formação conhecimento biomédico sobre diversas formas de adoecimento – inclusive sobre o sofrimento psíquico –, o assistente social deve buscar informação qualificada por meio de constante estudo e em processos de educação permanente e matriciamento, propondo-se a dialogar com a equipe de modo a abrir possibilidades no seu campo de atuação e alargar sua visão acerca da saúde.

Outro público que merece destaque quanto ao trabalho desempenhado na USF nos dois anos de residência é o de crianças e adolescentes. Estes são também sujeitos bastante vulneráveis vivendo em um ambiente em que a ausência de recursos e possibilidades é constante. Foram muitos os casos de negligência contra menores que foram atendidos pelo serviço social na USF, e para garantir a qualidade no serviço prestado, mais uma vez foi fundamental articulação com Cras, Creas, Ministério Público, Conselho Tutelar e escolas. Foi difícil lidar com situações de extrema pobreza em que era possível assistir a repetição dos processos de sofrimento e perpetuação de vulnerabilidades. Mulheres muito jovens, que ainda mais jovens tornaram-se mães – abandonadas pelos companheiros e sem contar com o apoio da família –, não dispunham de condições para cuidar adequadamente de seus filhos, projetando neles a mesma infância marcada pela ausência de perspectivas e de acesso a direitos básicos como estudar, alimentar-se adequadamente, brincar.

Devem ser preconizados na rotina de trabalho os aspectos dos serviços de saúde que contribuem para que o assistente social atue como facilitador de acesso a direitos. Quanto a isso, destaca-se a importância da intersetorialidade; e no que diz respeito às crianças e adolescentes, a escola deve ser uma importante parceira, já que, muitas vezes, outras instituições, que à primeira vista seriam resolutivas, acabam gerando novas situações de conflito. Pensando nesse potencial da educação, firmou-se uma parceria entre a assistente social residente, as grandes escolas voltadas para adolescentes do bairro, a unidade de saúde e a Escola de Enfermagem da Universidade Estadual da Bahia (Uneb) para a construção de um projeto de extensão cujo mote principal era debater gênero e sexualidade nas escolas, mas que acabou por incorporar outros temas como valorização da autoestima, racismo e outros tipos de preconceito, acesso à cidadania e outros tantos temas que surgiram como demandas dos jovens. Esse foi um caminho encontrado para obter acesso aos jovens que nem sempre são presença constante nos serviços de saúde, fazendo com que eles vissem na USF um lugar onde poderiam buscar ajuda para os mais diversos problemas e para que construíssem vínculos com os profissionais. O projeto Sexualidade e Juventude: Papo Reto na Escola foi muito bem aceito por toda a comunidade escolar e comunidade em geral.

Um trabalho semelhante também foi desenvolvido pela equipe de residentes nas escolas infantis do bairro, mas, nesse caso,

tratando de temas como desenvolvimento infantil, alimentação saudável, saúde bucal e atualização do calendário vacinal, acesso aos serviços de saúde e valorização de antigas brincadeiras. O projeto Arenosinho desenvolveu atividades tanto com as crianças quanto com os professores e auxiliares de classe, chamando-os a dialogar sobre o papel da educação na formação de cidadãos saudáveis e a importância da articulação entre educação e saúde.

Considerações finais

Enquanto profissional de saúde, constitui-se em uma conquista para o assistente social estar presente em diversos espaços ocupacionais, especialmente na saúde da família. Nesse ambiente, o profissional tem a possibilidade de utilizar as mais diversas competências profissionais: a competência ético-política que permite que o assistente social estabeleça a direção social de sua prática, observando seu posicionamento político ideológico e os compromissos assumidos no exercício da profissão; a competência teórico-metodológica, sem a qual o profissional jamais poderá definir o caminho ético a seguir, pois é a partir dessa competência que se pode ter o conhecimento necessário para fazer boas análises acerca da realidade que se impõe, indo além daquilo que há de aparente nos fenômenos sociais e buscando a essência deles para compreender as engrenagens da sociedade e a competência técnico-operativa que lhe dará habilidades práticas para lidar com os fenômenos observados, conferindo a capacidade de dialogar com diferentes setores, instituições e população atendida e executar as ações cabíveis ao ambiente de trabalho onde está inserido.

Na ESF, todas essas competências são constantemente requisitadas, e a ausência dessas habilidades certamente comprometerá o desempenho profissional. Sendo assim, não se pode negar a importância da saúde da família ser também campo de formação de profissionais, como no caso da residência multiprofissional. Ressalta-se que no caso do serviço social, a profissão se legitima a partir das respostas que consegue dar aos problemas que lhe são colocados, sendo assim, o cotidiano de trabalho está constantemente propondo desafios que em um ambiente multiprofissional podem ser enfrentados contando com o benefício de uma multiplicidade de olhares que enriquecem profissionais e população atendida.

É papel do assistente social atuar para a valorização da atenção básica, tendo se consolidado como profissional da saúde da família, contribuindo para expansão das áreas de cobertura e aumento de recursos destinados a tal política. As ações pedagógicas desse profissional, levando esclarecimento aos usuários, são fundamentais para que exista uma percepção coletiva da importância de políticas no campo da saúde como a que originou a ESF. Para tanto, também, é importante pensar na valorização dos profissionais mediante melhores condições salariais, de trabalho e empregabilidade.

Não se pode negar a centralidade ocupada pela ESF na atual conjuntura do SUS. Contudo, no horizonte que se apresenta, em que as ações do governo e do capital têm se dado no sentido de sucatear os serviços públicos de saúde e cortar gastos sociais, penalizando as camadas mais pobres da população, é clara a ameaça que paira constantemente sobre o SUS e sobre todas as conquistas do Movimento de Reforma Sanitária que tornaram constitucional o direito à saúde e a uma vida digna. Sendo assim, compete aos profissionais estarem atentos para defender os direitos conquistados e não aceitar recuos. Ainda que diante de inúmeras dificuldades e da ausência de investimentos, a saúde da família mostra-se resolutiva e é amplamente elogiada como fundamental para o campo da saúde, cabe aos profissionais – especialmente para aqueles que chegam agora com o frescor da recente formação – o dever de defender o SUS e a atenção básica. ■

Referências

1. Bravo M, Matos MC. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma. In: Mota AE, Bravo MIS, Uchôa R, et al. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; 2004. p. 22.

2. Menicucci TMG. A Política de Saúde no Governo Lula. Saúde Soc. 2011; 20(2):522-532.

3. Brasil. 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). Dário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.

4. Iamamoto MV, Carvalho R. Relações sociais e serviço social no Brasil - esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 34. ed. São Paulo: Cortez; 2011.

5. Lopes F, Lima L. Vivência de gestão junto a uma equipe de apoio matricial à atenção básica: experiência em um distrito sanitário de João Pessoa – PB. In: Serrano RM. Gestão em sistemas e serviços de saúde: abordagens de estratégias. João Pessoa: UFPB; 2011.

6. Gomes MA, Pereira ML. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. Ciênc. Saúde Colet. 2005; 10(2):357-363.

7. Netto JP. Ditadura e Serviço Social – uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 16. ed. São Paulo: Cortez; 2011.

8. Mariano SA, Carloto C. Gênero e combate à pobreza: Programa Bolsa Família. Estudos Feministas. set-dez 2009; 17(3):901-908.

9. Camarano AA, Pasinato MT. Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina. Papeles de Población. abr-jun 2007; 19(52):1-36 .

10. Dimenstein M, Santos YF, Brito M, et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. Mental. 2005; 3(5):23- 41.

Grupo de gestantes como ferramenta potencializadora do pré-natal: um relato de experiência

Group of pregnant women as a potentiating tool for prenatal care: an experience report

Cristiane Batista Ferraz[1], Rosângela Martins Gueudeville[2], Robson Oliveira Costa Júnior[3]

RESUMO É sabido que a gestação e o parto são momentos ímpares na vida da mulher, marcados por significados diversos segundo as singularidades da gestante e do meio em que está inserida. Este estudo trata do relato de experiência da implementação de um grupo de gestantes na Unidade de Saúde da Família da Urbis V, município de Vitória da Conquista (BA), com o objetivo de complementar a assistência pré-natal prestada, oferecendo um cuidado integral e humanizado às gestantes e aos seus familiares. Para tanto, desenvolveu-se um espaço dialógico para troca de experiências e esclarecimento de dúvidas; um grupo destinado a gestantes e a seus acompanhantes contando com o apoio dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. As reuniões do grupo aconteceram quinzenalmente, nas quais temas pertinentes à gestação, ao parto e ao puerpério foram abordados de forma horizontalizada. O grupo de gestantes conseguiu proporcionar momentos significativos de troca e compartilhamento de saberes, cujos encontros foram avaliados pelos participantes como uma experiência válida e que deve ser continuada.

PALAVRAS-CHAVE Gravidez. Cuidado pré-natal. Educação em saúde.

ABSTRACT *It is known that pregnancy and childbirth are rare special moments in the life of women, marked by different meanings according to their singularities and the environment in which they are inserted. This study is about the experience of the implementation of a group of pregnant women in the Family Health Unit at Urbis V, in the city of Vitória da Conquista (BA), in order to complement the prenatal care provided, offering comprehensive and humanized care to pregnant women and their families. For that, a dialogical space was developed to exchange experiences and clarify doubts; a group intended for pregnant women and their companions with the support of the Family Health Strategy professionals. The group's meetings took place fortnightly where pertinent themes of pregnancy, childbirth and puerperium were approached horizontally. The group of pregnant women managed to provide significant moments of exchange and sharing of knowledge and the meetings were evaluated by the participants as a valid experience that should be continued.*

KEYWORDS *Pregnancy. Prenatal care. Health education.*

[1] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) – Salvador (BA), Brasil.
cris_fferraz@hotmail.com

[2] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) – Salvador (BA), Brasil.
rosangela02@gmail.com

[3] Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
robsonocjr@gmail.com

Introdução

Este estudo trata do relato de experiência de um grupo de gestantes, organizado e desenvolvido pela equipe multiprofissional de saúde da Unidade de Saúde da Família (USF) situada no bairro da Urbis V, localizada no município de Vitória da Conquista (BA). A USF contém duas equipes, cuja área de cobertura territorial abrange uma população de mais de 14 mil habitantes residentes em cinco bairros: Urbis V, Bateias II, Urbis IV, Alvorada e Ibirapuera.

É sabido que a gestação e o parto são momentos ímpares na vida da mulher, marcados por significados diversos segundo as singularidades da gestante e do meio em que está inserida[1,2]. Esse período de transição permeia um misto de sentimentos: ansiedade, insegurança, expectativa e medo. É função de a USF realizar o acompanhamento dessas gestantes por meio do pré-natal, mediante consultas mensais realizadas pelos profissionais enfermeiros e médicos da unidade.

Em virtude das grandes alterações físicas e emocionais, a mulher vivencia uma fase de profusão de sensações, e a forma como cada uma transporá esse momento dependerá de muitos aspectos, entre os quais se pode destacar o apoio familiar, a presença do companheiro, a estabilidade financeira e a qualidade da assistência à saúde que essa mulher recebe[3,4].

É nesse contexto que o pré-natal e as ações de educação em saúde surgem como uma importante ferramenta de apoio e acompanhamento, dando à gestante e à família o suporte necessário para que o ato de gestar obedeça aos padrões fisiológicos e aconteça sem intercorrências[5-7].

No entanto, a equipe da USF percebeu que somente a participação nas consultas de pré-natal não estava sendo suficiente para a geração de informações e esclarecimento de dúvidas provenientes do período gestacional, parto e puerpério, haja vista que a unidade de saúde não dispunha de espaços de educação em saúde para gestantes, o que reflete de forma crítica na qualidade da assistência prestada[7-10].

Todos esses fatores culminam para grande inaptidão, considerando-se que o somatório gera uma parturiente pouco instruída para o momento do trabalho de parto, incorpora medo e apreensão no processo e, posteriormente, gera uma puérpera despreparada para o ato da amamentação[11].

Diante disso, destacou-se a iminente necessidade de ações de promoção e proteção que integrassem gestante/família, com a finalidade de subsídio de informações e oferecimento de suporte integral, pois, considerando-se que as demandas da gestação nem sempre conseguem ser contempladas nas consultas de pré-natal, buscou-se uma estratégia em reunião de equipe, com o intuito de melhoramento da assistência pré-natal prestada, e elencou-se a necessidade da criação de um espaço dialógico para troca de experiências e esclarecimento de dúvidas; surge, portanto, a estratégia da criação de um grupo destinado a gestantes e acompanhantes contando com o apoio dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF)[1,6,11,12]. Um espaço no qual, informações sobre as diferentes vivências possam ser trocadas entre as mulheres/acompanhantes e os profissionais de saúde.

Essa possibilidade de intercâmbio é considerada uma excelente forma de promover a compreensão do processo de gestação, diminuindo assim medos provenientes dessa fase e não excluindo as consultas do pré-natal, mas servindo como um complemento[7,11,13,14].

A criação de espaços de educação em saúde sobre o pré-natal é de suma importância; afinal, neles, as gestantes podem ouvir e falar sobre suas vivências e consolidar informações importantes sobre a gestação e outros assuntos que envolvem a saúde da criança, da mulher e da família. Esses momentos educacionais podem ocorrer tanto durante grupos específicos para gestantes quanto em salas de espera, atividades nas comunidades ou em outros espaços de trocas de ideias[14].

Objetivos

OBJETIVO GERAL

Complementar a assistência pré-natal, de modo a oferecer as gestantes um cuidado integral e humanizado que contemple suas demandas enquanto gestante, futura parturiente e nutriz.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

• Desenvolvimento de um grupo de gestantes, pautados em um modelo de roda de conversa, no qual os participantes poderão compartilhar de saberes e experiências;

• Envolver toda a equipe no processo de humanização do pré-natal, de modo a organizar estratégias de trabalhar a educação em saúde de forma dialogada e horizontalizada, incluindo momentos como sala de espera na rotina da unidade.

Material e métodos

Este estudo trata de um relato de experiência, ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica[15].

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio da revisão das bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Buscaram-se estudos comparativos e experiências com grupo de gestantes na atenção básica com foco em atividades de educação em saúde.

Os encontros aconteceram quinzenalmente, às terças-feiras, no período vespertino, com duração máxima de 60 minutos. Pelo fato de a USF não dispor de um espaço para atividades de cunho educativo, o local escolhido foi o salão comunitário do bairro da Urbis V, Zona Oeste da cidade de Vitória da Conquista (BA).

O bairro da Urbis V possui uma USF que contém duas equipes. A área de cobertura territorial abrange uma população de mais de 14 mil habitantes residentes em cinco bairros: Urbis V, Bateias II, Urbis IV, Alvorada e Ibirapuera, sendo que destes, o bairro Bateias II está descoberto de Agente Comunitário de Saúde (ACS). Os registros do livro de pré-natal das equipes I e II da USF Urbis V apresentaram um total de 53 gestantes acompanhadas, sendo 44 da equipe I e 9 da equipe II no segundo semestre de 2016.

Juntas, as duas equipes são compostas por dois enfermeiros, dois médicos, duas odontólogas, cinco técnicas de enfermagem, duas assistentes de odontologia, uma auxiliar de serviços gerais, quatro recepcionistas, um agente patrimonial e dezenove ACS, além de uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) formada por um profissional de educação física, um farmacêutico, uma psicóloga, uma nutricionista e um fisioterapeuta.

O processo de trabalho da equipe enfrenta dificuldades, haja vista que os profissionais de nível superior investem grande parte de sua carga horária em atendimentos. Devido à sobrecarga desses profissionais, ocorre grande dificuldade de realização de planejamento e desenvolvimento de outras atividades na USF, especialmente atividades educativas.

No entanto, o planejamento dos encontros do grupo de gestantes pôde ser realizado com êxito por todos os membros da equipe durante reunião geral da USF, em que ficaram estabelecidas as datas, a duração e o local do grupo.

Todas as gestantes cadastradas no pré-natal foram convidadas a participar do grupo juntamente com seus companheiros e/ou acompanhantes, o convite foi feito pelos

enfermeiros nas consultas de pré-natal e reforçado pelos ACS em visitas domiciliares e por meio de ligações telefônicas.

A escolha dos temas a serem abordados no grupo se deu por meio do levantamento das queixas e dúvidas frequentes das gestantes no momento da consulta de pré-natal, na qual foi realizada a priorização das demandas mais constantes, bem como a inclusão dos temas preconizados pelo Ministério da Saúde, e o acolhimento das dúvidas e sugestões das próprias gestantes, que ocorreu na primeira reunião do grupo.

Foi esclarecida a todas as gestantes/acompanhantes e profissionais a característica dialógica do grupo, em que a autonomia de cada participante seria respeitada. Ficou estabelecida também a confidencialidade em relação aos aspectos pessoais externados nos encontros.

A avaliação processual do grupo foi realizada a cada encontro, em que, ao longo das discussões, os profissionais da ESF faziam anotações de falas significativas, além de observar o desempenho e as dificuldades apresentadas pelas gestantes e acompanhantes. Ao final do encontro, de forma voluntária, os participantes podiam expor sua opinião e avaliação informal a respeito do tema e da maneira como ele foi abordado.

Quadro 1. Cronograma

Encontros	Data	Temas abordados
1º	21/06/17	Encontro inicial, apresentação da proposta do grupo aos participantes e acolhimento de sugestões de temas e dúvidas.
2º	05/07/17	Tema 1 - 'Estou grávida, e agora?' Mudanças físicas e emocionais no período gestacional.
3º	19/07/17	Tema 2 - Cuidados durante a gestação/Importância do pré-natal e alimentação saudável.
4º	02/08/17	Tema 3 - Atividade física, alongamentos e exercícios durante a durante a gestação.
5º	16/08/17	Tema 4 - Oficina de Parto: como diferenciar e agir em cada uma das fases do Trabalho de Parto (TP).
6º	30/08/17	Tema 5 - Cuidados relacionados com a saúde bucal da mãe e do bebê.
7º	13/09/17	Tema 6 - Importância da amamentação e cuidados com o bebê (oficina de shantala)
8º	27/09/17	Encerramento

Atores envolvidos

Participaram do grupo 12 profissionais da equipe multiprofissional de saúde: 2 enfermeiros, 1 odontóloga, 1 nutricionista, 1 farmacêutico, 1 fisioterapeuta, 1 psicóloga, 1 profissional de educação física e 4 ACS. Sendo a nutricionista, o farmacêutico, o fisioterapeuta, a psicóloga e o profissional de educação física profissionais do Nasf.

Resultados e discussão

Além das gestantes, os acompanhantes e/ou companheiros também participaram das atividades e discussões. A primeira reunião, em 21 de junho de 2017, serviu como momento de apresentação da proposta do grupo e acolhimento de sugestões dos participantes para encaixe nos temas. O cronograma com as datas e os temas foi informado nesse primeiro momento, e em todos os encontros uma dinâmica era realizada para abrir os temas e discussões.

Durante os encontros, profissionais de diferentes categorias contribuíram para a abordagem das temáticas. Para complemento e facilitação dos temas, foram utilizados alguns materiais, como: impressos, balões,

folhas de papel ofício, canetas e colchonetes, todos adquiridos por recursos próprios dos profissionais da equipe, exceto os colchonetes, que fazem parte do material do Nasf. Ao final, era servido um lanche que os próprios profissionais levavam.

Apesar de os registros apresentarem um número elevado de gestantes cadastradas no pré-natal, a adesão ao grupo foi baixa, com uma média de 8 a 10 gestantes com alguns acompanhantes por encontro.

O grupo de gestantes conseguiu proporcionar momentos significativos de troca e compartilhamento de saberes, a forma horizontalizada com o que ele foi conduzido permitiu a todos os participantes uma interação valiosa. Foi uma estratégia avaliada de forma muito positiva pelas gestantes, que, por meio de falas durante os encontros e em consultas na USF, afirmavam que se sentiam mais empoderadas, confiantes e seguras para desempenhar seu papel de mãe.

Os encontros alcançaram, de fato, o objetivo de ser um complemento às consultas de pré-natal, qualificando o atendimento prestado e servindo para reafirmar que as ações de promoção da saúde devem estar presentes em todos os níveis de cuidado, principalmente na atenção primária, pois estas têm o poder de serem eminentemente transformadoras[11].

O espaço também serviu como momento de reflexão crítica quanto à atual assistência obstétrica na cidade de Vitória da Conquista (BA), no Brasil e no mundo, resultando na ampliação do conhecimento sobre a humanização do parto, preconizado pelo Ministério da Saúde[6,8].

A presença e o envolvimento dos acompanhantes/companheiros foram de suma importância para o bom desenvolvimento do grupo, o que refletiu em um maior empoderamento e sentimento de segurança e amparo das gestantes.

Infelizmente, apesar de todos os benefícios mostrados, pôde-se perceber que as gestantes muitas vezes não frequentam o serviço de saúde exclusivamente para grupos educativos, seja por dificuldade de locomoção ou deslocamento ou mesmo por não liberação do trabalho, mesmo com o fornecimento do atestado de comparecimento, o que acaba não contemplando todas as gestantes acompanhadas no pré-natal.

Durante a visita puerperal, os enfermeiros receberam alguns relatos informais sobre a satisfação do grupo: algumas gestantes e já então puérperas relataram que o grupo foi um instrumento de muita aprendizagem e que muitas das coisas absorvidas ali serviram para mantê-las calmas e confiantes no momento do parto e amamentação. De igual modo, as participantes multíparas que fizeram o comparativo do acompanhamento das outras gestações onde só havia as consultas de pré-natal contaram aos enfermeiros que perceberam uma enorme diferença, considerando a quantidade de tempo para discutir assuntos relevantes e esclarecimentos de dúvidas no ambiente grupal e que os encontros serviram para que elas se sentissem apoiadas e seguras.

Os profissionais da equipe multiprofissional julgaram a proposta como muito positiva e válida e objetivam dar continuidade às ações de educação em saúde para o público de gestantes, visto que a experiência foi de grande suporte e apoio para estas, para as puérperas e para as nutrizes.

Considerações finais

O resultado do grupo foi positivo, todos os participantes o consideraram como uma experiência válida e que deve ser continuada. No entanto, sugere-se que esses momentos educativos sejam atrelados às consultas de pré-natal, facilitando assim o acesso aos grupos para as gestantes/acompanhantes, objetivando, dessa forma, que todas aquelas que realizam o pré-natal sejam contempladas com as ações de educação em saúde.

Assim, reafirma-se a importância de manter vivos espaços de educação em saúde,

sejam eles grupos específicos, momentos de sala de espera, feiras de saúde na comunidade, pois só a informação é capaz de transformar e motivar o processo de mudança da realidade.

Colaboradores

Cristiane Batista Ferraz contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento; contribuiu significativamente para a elaboração do produto e revisão crítica do conteúdo; participou da aprovação da versão final do manuscrito.

Rosângela Martins Gueudeville contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento; participou da aprovação da versão final do manuscrito.

Robson Oliveira Costa Júnior contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento; participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Acioli SA. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. Rev Bras Enferm. 2008 jan-fev [acesso em 2016 ago 1]; 61(1):117-121. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/19.pdf.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.

3. Reberte LM, Hoga LAK. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(4):559-566.

4. Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. Rev Saúde Pública. 2014; 48(6):977-984.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

6. Costa EMF. Humanização do pré-natal através da vivência em grupos de gestantes: um relato de experiência [monografia]. Campina Grande: UFPB; 2014.

7. Fernandes MTO. Trabalho com grupos na saúde da família: Concepções, Estrutura e Estratégias Para o Cuidado Transcultural [dissertação]. Belo Horizonte: UFMG; 2007.

8. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciênc Saúde Colet [internet]. 2005 [acesso em 2016 dez 1]; 10(3):627-637. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf.

9. Fonseca LM, Barbieri A, Ceron MI, et al. Estudo interdisciplinar: adesão ao pré-natal na percepção de puérperas. Rev Bras Ciênc Saúde [internet]. 2011 [acesso

em 2016 out 26]; 9(30):23-30. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1361/1103.

10. Frigo LF, Silva RM, Mattos KM, et al. A importância dos grupos de gestante na atenção primária: um relato de experiência. Rev Epidemiol Controle Infecç. 2012 [acesso em 2016 nov 28]; 2(3):113-114. Disponível em: http://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/2745/2195.

11. Barreto ICHC, Malumbres PC. Grupo de gestantes: o relato de uma experiência. Enferm Rev. 2016 [acesso em 2016 dez 1]; 19(1):47-63. Disponível em: http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/11635.

12. Cruz RSBLM, Caminha MFC, Batista Filho M. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. Rev Bras Ciênc Saúde. 2014; 18(1):87-94.

13. Moreira CT, Machado MFAS, Becker SLM. Educação em saúde a gestantes utilizando a estratégia grupo. Rene. 2007 set-dez; 8(3):107-116.

14. Valdivia AZ. Proposta de implantação de grupo de gestantes no centro de saúde vale do jatobá do município de Belo Horizonte-MG [monografia]. Belo Horizonte: UFMG; 2015.

15. Cavalcante BLL, Lima UTS. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. J Nurs Health. 2012 jan-jun; 1(2):94-103.

Ações educativas com gestantes: relato de experiência em uma Unidade Básica de Saúde em São Francisco do Conde

Educational actions with pregnant women: experience report in a Health Unit of São Francisco do Conde

Camilla Costa Conceição[1], Ludmilla Monfort Oliveira Sousa[2]

RESUMO A assistência ao pré-natal é caracterizada como um conjunto de procedimentos clínicos e educativos, visando o acompanhamento e à evolução da gravidez. Contudo, os profissionais de saúde devem assumir papéis de educadores, compartilhando saberes e experiências no grupo de gestantes. O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência das oficinas de educação em saúde realizadas com as gestantes acompanhadas na Estratégia Saúde da Família (ESF) Eliene Oliveira dos Santos, no período de agosto a setembro de 2016, em São Francisco do Conde (BA). Os periódicos para o embasamento do trabalho foram pesquisados na fonte de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). A atividade contou com a participação crescente de gestantes bem como de um companheiro, durante três encontros, em que houve um diálogo e troca de experiências entre os participantes e uma equipe de residentes multiprofissional em saúde da família. Conclui-se que a realização desse trabalho serviu como um espaço de aproximação com os participantes e como um fluxo de ganho e troca de informações pertinentes àquele momento, sendo capaz de desmistificar alguns conceitos já enraizados.

PALAVRAS-CHAVE Gestantes. Saúde da família. Educação em saúde.

[1] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) – Salvador (BA), Brasil.
myllinha_ccosta@hotmail.com

[2] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) – Salvador (BA), Brasil.
ludmilla.sesab@gmail.com

ABSTRACT *The prenatal assistance is characterized as a set of clinical and educational procedures, aiming the monitoring and development of the pregnancy. However, the Health Professionals must take on the role of educators, sharing knowledge and experiences within the pregnant women group. The objective of this work is to report the experience of the education in health workshops carried out with pregnant women assisted at the Family Health Strategy (FHS) Eliene Oliveira dos Santos, in the period of time from August to September 2016, in São Francisco do Conde (BA). The journals used as basis of the work were researched at Literatura Latino – Caribean and American in Health Sciences (Lilacs) Data Source. The activity counted on the rising participation of pregnant women as well as a partner, during three meetings, in which there were dialogues and experience exchange among participants and a team of Multi-Professional Residents in Family Health. It is concluded that the accomplishment of such work served as a space of approximation to the participants and as a flow of information exchange relevant at that time, being able to demystify some fixed concepts.*

KEYWORDS *Pregnant women. Family health. Health education.*

Introdução

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) expõe que a Atenção Básica (AB) utiliza a saúde da família como uma estratégia para a reorganização do cuidado, embasada em alguns princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como a coordenação da integralidade, a articulação das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação à saúde, visando assim ao estabelecimento de vínculos entre usuários e serviços; bem como ao estímulo da participação dos usuários, de forma a aumentar sua autonomia e ser seu próprio agente no processo saúde/doença[1].

Dentro dos programas preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) para atendimento na Estratégia Saúde da Família (ESF), está a atenção à saúde da mulher, que inclui no seu âmbito de assistência o pré-natal caracterizado como um conjunto de cuidados e procedimentos que visam garantir a saúde da gestante e do recém-nascido, assegurando um cuidado na identificação precoce das complicações próprias da gestação, bem como orientações sobre hábitos saudáveis de vida, o preparo da gestante para o parto e o puerpério[2].

É ainda um momento propício para o início do estabelecimento de vínculos entre os pais e esse novo ser em formação, sendo necessário que o profissional de saúde promova uma escuta qualificada para que esses futuros pais possam sanar as dúvidas e desmistificar algumas crenças predominantes na sociedade, mas sem comprometer o fator cultural de cada indivíduo.

Segundo Alencar[3], o pré-natal é caracterizado por um conjunto de procedimentos clínicos e educativos cujo objetivo consiste em acompanhar a evolução da gravidez, promover a saúde da gestante e da criança, aconselhamento e orientação à triagem pré-natal e a realização de todos os exames laboratoriais e de imagens preconizados nessa época, orientação para o aleitamento materno e todas as outras questões referentes ao bebê e sua relação no âmbito familiar e binômio mãe/filho.

Em 1984, o MS elaborou e colocou em vigor o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), que apresenta princípios e diretrizes baseadas na integralidade e igualdade da atenção, incluindo no seu âmbito de ações as atividades educativas e preventivas acopladas às ações assistenciais à mulher em todas as suas demandas e ciclos de vida, bem como na assistência ao pré-natal, parto e puerpério[4].

Diante disso, é fundamental que as atividades de educação em saúde estejam presentes, e os profissionais devem aproveitar esse espaço para promover um contato mais familiar com os usuários(as), quebrando um pouco da formalidade das consultas, que precisam obrigatoriamente alcançar todos os pontos da anamnese e exame físico, a fim de avaliar criteriosamente o bem-estar materno e fetal, respeitando sempre um diálogo entre as partes.

As consultas de pré-natal e o nascimento são momentos únicos e especiais para cada mulher. Com isso, é interessante que os profissionais de saúde reavivem seus papéis de educadores, compartilhando saberes e experiências entre o grupo de gestantes e pais, com o objetivo de desenvolver uma autoconfiança materna e paterna no processo de cuidar[5].

Esse processo educativo deve ser horizontal, em que todos consigam dialogar no mesmo nível, sem imposição de hierarquia, fazendo com que os indivíduos se tornem seres críticos, mais comunicativos e capazes, fortalecendo as relações e possibilitando uma troca de informações de cunho científico e popular, em prol de um único objetivo: o direito à saúde.

Dessa forma, a assistência ao pré-natal deve promover uma sintonia entre a integralidade das ações assistenciais e educativas, visto que essa demanda necessita de uma equipe multiprofissional formada por profissionais de diversas áreas de formação, para que sejam oferecidas todas as informações que são de direitos das gestantes e dos pais, nesse ciclo de vida.

O município de São Francisco do Conde está localizado no recôncavo do estado da

Bahia. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)[6], sua população estimada é de 39.790 habitantes (2016), 269,609 Km² de extensão territorial e Produto Interno Bruto (PIB) per capita a preços correntes de 73.266,43 reais, concentrando as atividades do refino de petróleo na Bahia, sendo conhecida por sua riqueza potencial. Atualmente, são 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que compõem o quadro da Atenção Primária à Saúde (APS) do município, com uma proporção de cobertura populacional estimada de 100%, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Departamento de Atenção Básica (DAB)[7].

A Estratégia Saúde da Família Eliene Oliveira dos Santos possui um total de 40 gestantes cadastradas até a realização dessa experiência, destas, 7 (17,5%) têm idade menor ou igual a 18 anos, 30 (75%) com idade entre 19 e 34 anos e somente 3 (7,5%) possuem idade maior que 34 anos. A experiência a ser relatada foi pensada devido a esse grande número de gestantes que pertence ao território de abrangência dessa unidade, localizada no bairro de São Bento, no município referido anteriormente.

O grande quantitativo de gestantes sempre foi um fator bem marcante nas agendas de cuidado, perceptível desde o início do Programa da Residência nessa unidade, elencando principalmente adolescentes. Essa alta demanda de gestantes fez com que se pensasse em estratégias de como acolher esse público e sensibilizar para um acesso contínuo à unidade e ao cuidado com esse novo ser, que é o filho, complementando o atendimento individual das consultas de pré-natal, que ocorrem individualmente em um curto período de tempo.

A maioria dessas mulheres declarava inseguranças em relação ao cuidado com o bebê, local do parto e questões pessoais da relação conjugal e do corpo, que são próprias de cada uma, confirmando a ideia de Henriques[8] que afirma que a fase da gestação é marcada por um conjunto de emoções, inseguranças, ansiedades, dúvidas, medos, que caracterizam uma diversidade de sentimentos.

Nesse sentido, este relato de experiência é fruto de um projeto que almejou a proposta de favorecer um ambiente de troca de experiências e ganho de conhecimentos referentes ao cuidado e à saúde do recém-nascido e materna, com o apoio de uma equipe multiprofissional de residentes formada por enfermeira, cirurgião-dentista, assistente social e nutricionista, por meio de oficinas de capacitações para as gestantes, primigestas ou não, englobando os diferentes saberes técnicos da equipe, com um objetivo único.

Diante disso, considerando a importância da integração e articulação das atividades de promoção e educação em saúde com as consultas programadas para o fortalecimento da atenção primária no SUS, o presente estudo apresenta como objetivo relatar a experiência das oficinas de educação em saúde realizadas com as gestantes, acompanhadas na ESF Eliene Oliveira dos Santos.

Metodologia

O presente estudo refere-se a um relato de experiência, que após reconhecer uma demanda foram pensadas em algumas estratégias na tentativa de transformar uma realidade vigente. Dessa forma, foi voltado para as 40 gestantes cadastradas e acompanhadas nas consultas de pré-natal na ESF Eliene Oliveira dos Santos, das quais 6 são adolescentes, considerando a faixa etária preconizada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que é entre 12 anos e 18 anos completos.

A ESF está localizada no bairro de São Bento, a qual foi campo de atuação das residentes do Programa Estadual de Residência Multiprofissional Regionalizado em Saúde da Família, localizada no município de São Francisco do Conde (BA).

O relato foi produzido a partir de um projeto que se consolidou na realização de

oficinas de educação em saúde para as gestantes, almejando promoção um espaço de ensino e aprendizado, com troca de informações e experiências entre as gestantes sobre a sua saúde e do seu bebê durante o período gestacional e cuidados com recém-nascidos, a fim de desenvolver autonomia e autoconfiança nesse período.

As oficinas foram realizadas às quartas-feiras, dia que coincide com o atendimento de pré-natal na unidade, totalizando três encontros, entre os meses de agosto e setembro de 2016, em que foram discutidos temas de diversas áreas da saúde, com a ajuda de equipe multiprofissional de Residência em Saúde da Família, formada por enfermeira, assistente social, cirurgiã-dentista e nutricionista. Os recursos utilizados foram uma televisão, boneca, banheira, itens de higiene pessoal do bebê, papelão, bolas de isopor, papel, tesoura, balões, fio de barbante, cola branca, cola de isopor, tinta guache, lanches, pratos e copos descartáveis.

Esses encontros simularam um curso prático sobre o cuidado com o recém-nascido e com a própria gestante, no que diz respeito ao bem-estar de ambos, proporcionando um momento de satisfação às usuárias e mais confiança no processo de cuidar.

Os periódicos utilizados para o embasamento do trabalho foram pesquisados na fonte de dados denominada Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), tendo como base os seguintes descritores, consultados no DeCS BVS (Descritores em Ciências da Saúde/ Biblioteca Virtual em Saúde): gestantes; saúde da família; educação em saúde. Utilizaram-se como critérios de inclusão os artigos que se apresentaram na íntegra, em português, que foram publicados nos últimos dez anos, de 2006 a 2016, e que abordaram como tema central atividades realizadas com mulheres na fase gestacional, excluindo-se o período puerperal.

Resultados e discussão

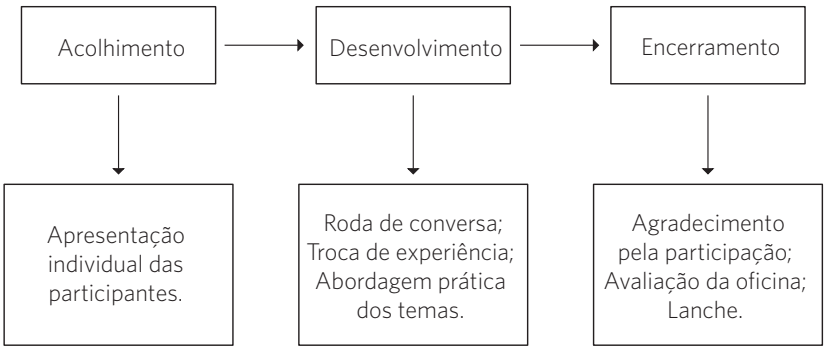
Antes de iniciar a proposta de intervenção, ela foi apresentada para os profissionais da equipe, a fim de integrá-los e torná-los participantes ativos nesse processo. Foi exposto que as oficinas ocorreriam durante as quartas-feiras para aproveitar o público do pré-natal, e pedido a colaboração das profissionais médica e enfermeira na divulgação durante as consultas e na participação no momento da atividade, para que as gestantes ficassem mais tranquilas em relação ao horário do atendimento.

Além dessa estratégia de divulgação, foi realizada a entrega de panfletos juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde na unidade e nas microáreas, bem como na recepção, com informações sobre o que iria acontecer, dias, horários e público-alvo, além de colar cartazes em toda a unidade contendo as mesmas informações.

O material necessário para a concretização das oficinas foi adquirido com recursos próprios e doação por parte de alguns membros da equipe, incluindo banheira, boneca, cola de isopor e branca, tinta guache, bola de isopor, papel cartão, folhas de ofício, pilotos coloridos e impressões. Houve uma organização da equipe de residentes para disponibilizar lanches durante as atividades, pensando em muitas mulheres que vão para as consultas sem se alimentar, assim, ao final de cada encontro, acontecia um *coffee break*.

As oficinas ocorreram durante três quartas-feiras, em que a proposta foi realizar uma roda de conversa, por meio de um diálogo horizontal, exposição de dúvidas e realização da forma prática de como cuidar do bebê, evitando uma fala vertical e uma categorização entre pessoas, em que os profissionais são considerados como os que sabem e os usuários como aqueles que estão presentes somente para ouvir e aprender. A *figura 1* representa a dinâmica de organização das oficinas.

Figura 1. Fluxograma da dinâmica das oficinas com as gestantes



Fonte: Elaboração própria em março 2017.

Após o entendimento do fluxo das atividades, os encontros foram realizados seguindo uma lógica de conteúdo com o respectivo profissional de referência correspondente de cada dia de encontro; sendo descrito da seguinte forma: a primeira oficina ocorreu no dia 24 de agosto de 2016, no turno da manhã, na qual aconteceu um diálogo realizado pela enfermeira residente sobre a importância do pré-natal, realização de exames, vacinas na gestação, saúde materna, suplementação de ferro e ácido fólico, características fisiológicas do recém-nascido, aleitamento materno, banho e outros cuidados com o neonato, seguida de uma aula prática sobre o banho, limpeza do bebê e do coto umbilical, e, por fim, um lanche de interação e confraternização. Os temas expostos foram de extrema importância durante esse período. Um trabalho realizado e publicado em 2006 também apresentou uma experiência semelhante, em um grupo com as gestantes, no qual foi enfatizado sobre o aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido e outras demandas que envolvem esse processo gravídico-puerperal[9].

Na segunda oficina realizada no dia 31 de agosto de 2016, no turno da manhã, ocorreu um diálogo sobre a alimentação da mãe e bebê, realizada pela nutricionista residente, dinâmica sobre alimentação saudável e roda de conversa sobre a higiene da boca do bebê, mitos e verdades sobre bicos e mamadeiras, primeira dentição, realizada pela cirurgiã-dentista residente. Ao final, houve lanche de interação e confraternização.

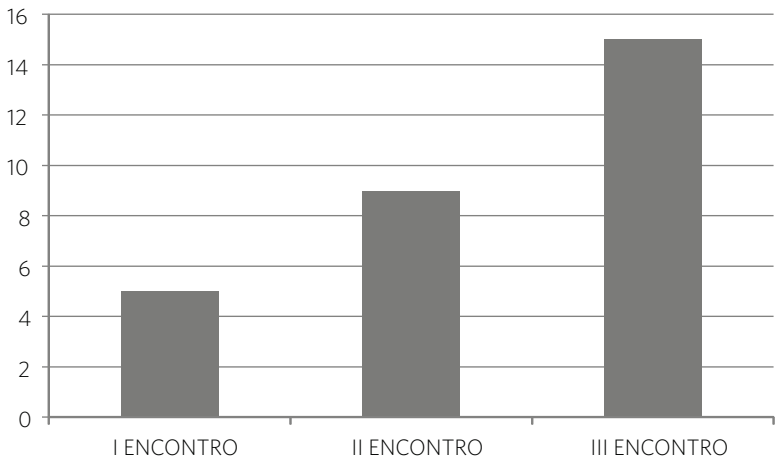
A terceira e última oficina foi realizada no dia 14 de setembro de 2016, no período da manhã, na qual houve uma dinâmica e diálogo realizados pela assistente social residente, enfatizando os direitos das gestantes, incluindo alguns direitos específicos do município e planejamento familiar após o parto; abordando, ainda, pela enfermeira residente, a importância do teste do pezinho, qual o período correto para realizar esse exame e o que procura identificar com a sua realização. Ademais, abordou-se quais as vacinas disponíveis na rede pública de saúde que são necessárias para o bebê, exposição do calendário vacinal da criança, indicações e contraindicações. Ao final, lanche de interação e confraternização, sorteio de um *kit* de higiene do bebê, conseguido por meio da contribuição dos residentes e de alguns profissionais da equipe da unidade de São Bento.

Como critério para sorteio do brinde, foi utilizada a participação da gestante em pelo menos dois encontros, pois houve uma adesão crescente, que pode ser relatada

como um fator bastante positivo. No último encontro, havia mulheres que estavam participando pela primeira vez, e esse critério foi utilizado pensando em realizar o melhor sempre de forma mais justa e igualitária.

O *gráfico 1* apresenta a quantidade de participantes em cada oficina, podendo ser interpretado que aconteceu uma adesão crescente dos participantes e que algumas gestantes ali presentes não estavam com consulta de pré-natal agendada para aquele dia, contudo sentiram vontade de participar da atividade, após relatos de gestantes amigas que estavam presentes desde o primeiro encontro.

Gráfico 1. Número de participantes por encontro na ESF Eliene Oliveira dos Santos, de agosto a setembro, 2016



Fonte: Elaboração própria em março 2017.

Algumas facilidades e dificuldades encontradas durante o percurso podem ser abordadas. A adesão das gestantes não foi algo fácil de conseguir, assim como também relatado por Henriques[8] e Neves[10].

Apesar de contar com os vários mecanismos de divulgação, a primeira oficina contou apenas com a participação de cinco gestantes que aguardavam o atendimento, o que levou a uma reflexão que se não fossem programada a atividade para as quartas-feiras, que é dia de consulta de pré-natal, não se teria um grupo formado para aquele primeiro momento, que apesar de ter sido constituído por um pequeno quantitativo de futuras mães, foi muito satisfatório para os profissionais e para elas, o que as motivou para uma divulgação, fazendo com que a partir do segundo encontro comparecessem mais três gestantes e um futuro pai, que frequentaram até o último encontro.

A terceira e última oficina foi composta por um total de 14 gestantes e 1 companheiro, o que significou o interesse desses pais em aprender cada dia mais sobre a saúde materna e do seu filho, e uma motivação expressa por eles em frequentar espaços de troca de conhecimentos como esses. Em um estudo realizado em Fortaleza (CE) por Moreira; Machado;

Becker[11] em 2007 foi possível compartilhar dessa mesma experiência, em que os autores apresentaram a participação de dois companheiros nos encontros.

Dessa forma, alguns pontos positivos podem ser citados, como a adesão crescente dessas mães e de um pai, refletindo na relevância da participação masculina durante esse período, para uma melhor interação do casal, na busca do equilíbrio de ambos e no fortalecimento da ideia de apoio dos familiares, principalmente do marido, como afirma Moreira; Machado; Becker[11].

Outrossim, a satisfação que essas mulheres relataram, por meio de uma avaliação verbal ao final de toda a atividade, em que enfatizaram sobre a importância de estarem recebendo e dividindo aprendizados nesse momento da vida, principalmente para aquelas com pouca instrução ou que não tiveram o apoio familiar. Essa avaliação positiva das gestantes em relação aos grupos também pôde ser compartilhada e comprovada em alguns estudos de embasamento para o trabalho[8,9,11-13].

Em contrapartida, alguns pontos negativos puderam ser destacados, como a dificuldade de dividir a atenção entre as oficinas e as consultas de pré-natal, visto que a médica e a enfermeira continuaram em atendimento, falta de suporte maior da gestão, mais precisamente de um apoio institucional, considerando que os recursos utilizados foram por conta de alguns envolvidos com a atividade, e, por último, a não continuidade dessa atividade com a saída da equipe de residentes.

Considerações finais e recomendações

Ao final do relato, foi possível perceber que o grupo com as gestantes serviu como um espaço de maior aproximação com os participantes e como um fluxo de ganho e troca de informações pertinentes a esse momento, sendo capaz de desmistificar alguns conceitos já enraizados. Permitindo, ainda, a formação de uma rede de vínculos entre essas futuras mães.

A realização desse trabalho durante três encontros conseguiu atender à proposta inicial da experiência, com uma abordagem multiprofissional. No entanto, se fosse realizado em um período de tempo maior, poderia envolver mais o público na colaboração da escolha de outros temas que achavam interessantes para essa fase.

A satisfação dos participantes foi expressa por meio de falas, nas quais mencionavam o conhecimento que adquiriram e a necessidade da continuidade e permanência desse grupo na unidade, para abranger as próximas mães que surgirem.

Com isso, espera-se que esta experiência sirva de estímulo para os profissionais da unidade, a fim de manter viva essa proposta, mesmo com a saída da equipe multiprofissional de residência, facilitando um maior acesso e confiança desse público, durante as consultas de pré-natal.

Espera-se, também, que este relato contribua para o aprimoramento do conhecimento científico e social sobre a importância da educação em saúde como uma ferramenta complementar às consultas de pré-natal. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. Brasília, DF: MS; 2012.

2. Becker MEL. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária no município de Rio Branco – Acre [dissertação] [internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2011. 94 p. [acesso em 2016 out 16]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24731/1/692.pdf.

3. Alencar RM, Lima SKA, Torres CMG. O processo de educação em saúde da assistência de enfermagem em mulheres gestantes face à realização do pré-natal: Uma revisão bibliográfica. Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia. [internet]. 2014 jun [acesso em 2016 ago 31]; 2(esp.):1-5. Disponível em: http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/71.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília, DF: MS; 1984.

5. Rios CT, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciência e Saúde Coletiva. [internet]. 2007 [acesso em 2017 jan 5]; 12(2):477-488. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200024.

6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Bahia, São Francisco do Conde - Informações Completas. IBGE: 2014.

7. Brasil. Portal Saúde. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. [internet] [acesso em 2017 mar 11]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.

8. Henriques AHB, Lima GMB, Trigueiro JVS, et al. Grupo de gestantes: contribuições e potencialidades na complementaridade da assistência pré-natal. Rev Bras Promoç Saúde. [internet]. 2015 mar [acesso em 2017 jan 5]; 28(1):23-31. Disponível em: http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3009.

9. Rolim MO, Moreira TMM, Viana GRO. Curso para gestantes: ação educativa na perspectiva da co-responsabilidade. Online Braz J Nurs. [internet]. 2006 [acesso em 2017 jan 5]; 5(3). Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/595/140.

10. Neves PR, Salim N, Soares GCF, et al. Experiências de mulheres participantes de um grupo de gestantes: estudo descritivo. Online Braz J Nurs. [internet]. 2013 dez [acesso em 2017 jan 5]; 12(4):862-871. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4143/3077.

11. Moreira CT, Machado MFAS, Becker SLM. Educação em saúde a gestantes utilizando a estratégia grupo. Rev RENE. [internet]. 2007 dez [acesso em 2017 jan 5]; 3(8):107-116. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027960014.

12. Neves AM, Mendes LC, Silva SR. Práticas educativas com gestantes adolescentes visando a promoção, proteção e prevenção em saúde. REME Rev Min Enferm. [internet]. 2015 mar [acesso em 2017 jan 5]; 19(1):241-244. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-768481.

13. Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO, et. al. Processo educativo com gestantes e/ou casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. Texto Contexto Enferm. [internet]. 2010 [acesso em 2017 jan 5]; 19(4):719-127. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400015.

Violência contra a mulher: cartilha de orientações ao dentista na Estratégia Saúde da Família

Violence against women: guidelines for dentists in the Family Health Strategy

Paula Milena Melo Casais[1], Ana Caroline de Marino[2], Leonardo Lordelo Sampaio[3]

RESUMO A violência contra a mulher apresenta-se como um problema de saúde pública, inserida em um contexto complexo, influenciada por aspectos biológicos, sociais, culturais, políticos e econômicos. A atuação do dentista nos casos de violência contra a mulher extrapola a dimensão clínica, sendo este responsável por relatar tais atos, por meio do formulário do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e por comunicar-se com outros profissionais da equipe multiprofissional, principalmente no contexto da Estratégia Saúde da Família. O artigo objetivou orientar os dentistas quanto às condutas diante de casos de violência contra a mulher, na perspectiva da clínica ampliada. A cartilha foi desenvolvida baseando-se no levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde sobre violência contra a mulher e na interlocução com dentistas da Estratégia Saúde da Família, equipe multiprofissional, Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde e outros órgãos do município de Salvador. Obteve-se como resultado a elaboração da cartilha de orientações ao dentista, instrumento desenvolvido para educação em saúde e aplicação na prática do cuidado. Diante disso, destaca-se a cartilha como uma ferramenta importante para capacitação dos odontólogos, tornando-os mais empoderados e protagonistas na condução dos casos de violência doméstica.

PALAVRAS-CHAVE Violência contra a mulher. Estratégia Saúde da Família. Odontólogos.

ABSTRACT *Violence against women is a public health problem, inserted in a complex context, influenced by biological, social, cultural, political and economic aspects. The role of dentists in cases of violence against women goes far beyond the clinical dimension, and they are responsible for reporting such acts, through the Notification of Injury Information System form, and communicating with other professionals of the multiprofessional team, mainly in the context of the Family Health Strategy. The article aims to guide the dentists, regarding the conduction of cases of violence against women, from the perspective of the expanded clinic. The guidelines were developed based on the bibliographical survey carried out in the databases of the Virtual Health Library, on violence against women, and in the dialogue with dentists of the Family Health Strategy, multiprofessional team, Oral Health Technical Area of the Municipal Secretariat and other organs of the municipality of Salvador. As a result, the guidelines for the dentist were elaborated, an instrument developed for health education and application in the practice of care. Given that, the guidelines stand out as an important tool for training dentists, making them more empowered and protagonists in the conduction of domestic violence cases.*

KEYWORDS *Violence against women. Family Health Strategy. Dentists.*

[1] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) – Salvador (BA), Brasil.
paula.mmcasais@gmail.com

[2] Prefeitura de Salvador – Salvador (BA), Brasil.
anacarolinemarino@yahoo.com.br

[3] Prefeitura de Salvador – Salvador (BA), Brasil.
drlls2000@gmail.com

Introdução

A violência apresenta-se como um problema de saúde pública em âmbito mundial que vem crescendo de forma exponencial. Consiste em uma das principais causas de múltiplas lesões não fatais e fatais, alcançando valores referentes a mais de um milhão de óbitos anualmente[1].

De acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS)[2], a violência se caracteriza como um ato nocivo que acarreta danos físicos, com reversibilidade ou não, possível fatalidade e impactos nos aspectos psicológicos.

Dentre os diversos tipos, a violência doméstica contra a mulher vem se destacando, negativamente, diante dos percentuais crescentes de notificações. Ela se enquadra na tipologia da violência interpessoal, na qual se observam eventos violentos entre parceiros íntimos e membros de uma mesma família, apresentando como cenário a residência dos envolvidos[3].

Diante de um quadro complexo no cenário nacional, foi sancionada, pelo poder executivo, a Lei Maria da Penha, em 7 de agosto de 2006 (Lei nº 11.340/2006), como resposta às recomendações previstas na Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e da Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher)[4].

A Lei cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Resultante da luta de mulheres contra a impunidade e altos índices de morte relacionados com os episódios de violência doméstica contra a mulher, ela assegura a proteção, os direitos humanos, fortalece a autonomia e resguarda as mulheres de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão[4].

Diante disso, visando ao diagnóstico da realidade epidemiológica e subsidiando o planejamento de ações e políticas de saúde, são registrados os dados sobre violência contra mulheres, no âmbito da saúde, no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (Sinan), por meio da Ficha de Notificação para Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências.

A obrigatoriedade da notificação é amparada pela Lei Federal nº 10.788, de 24 de novembro de 2003, que institui a obrigatoriedade da notificação compulsória nos casos de violência contra a mulher, ocorrida em qualquer ambiente, a qual viabiliza o mapeamento dos tipos e formas de violências, os principais agentes agressores e dimensões de tais eventos violentos, subsidiando o desenvolvimento de ações preventivas, assistenciais e de combate a essas condutas[5].

Diante desse contexto, os serviços de saúde apresentam-se em posição de protagonismo no tocante ao acolhimento de mulheres vítimas de violência doméstica e na percepção destes atos violentos. Assim, os profissionais são responsáveis pela realização da notificação dos casos e orientações quanto aos distintos setores e níveis de atenção à saúde, aos quais a mulher deve recorrer para garantir que suas demandas de saúde, sociais e jurídicas sejam alcançadas de forma integral[6].

A atenção básica, apresentando como principal estratégia de organização a Estratégia Saúde da Família (ESF), configura-se como a 'porta de entrada' aberta e preferencial dos usuários dos serviços públicos de saúde, devendo ser resolutiva e responsável pela longitudinalidade do cuidado aos pacientes[7].

Os profissionais que compõem as equipes de referência das Unidades de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em um cenário de violência doméstica, são essenciais para realização de um atendimento humanizado e acolhedor, planejando as estratégias de intervenção e encaminhamentos, com base no contexto socioeconômico e peculiaridades do território e da mulher vítima de violência[8].

Diante disso, uma atenção multidisciplinar, considerando as múltiplas dimensões da

saúde e envolvendo a tríade promoção, prevenção e tratamento dos casos já identificados de violência, permite que a integralidade da atenção à mulher seja garantida – princípio esse alcançado de forma mais efetiva na atenção primária[9].

Apesar da atuação dos profissionais de saúde, contudo, ser essencial para um apropriado direcionamento dos casos, muitos deles, sobretudo da atenção básica, consideram-se despreparados e apresentam pouco conhecimento quanto à conduta adequada a ser desempenhada diante do aparecimento de um caso de violência doméstica, bem como os encaminhamentos que devem ser realizados.

Dentre os profissionais da área da saúde, os cirurgiões-dentistas são uns dos principais responsáveis pela identificação e notificação dos casos de violência, devido ao fato de que a maioria das lesões acarretadas ocorre na região de cabeça e do pescoço, além dos traumatismos dentários que envolvem fraturas e danos ao tecido periodontal[10].

Apesar do papel importante do cirurgião-dentista em não apenas notificar, mas também saber orientar a conduta das mulheres vítimas de violência, conhecendo a rede de apoio intersetorial, esses profissionais são uns dos que menos demonstram envolvimento nesses casos[10].

O não conhecimento acerca do preenchimento da ficha de notificação; a falta de informação em relação à diferença entre notificação e denúncia; a naturalização da violência, considerando-a um episódio corriqueiro; além de achar que outros profissionais, como assistentes sociais, psicólogos ou enfermeiros, são os verdadeiros responsáveis são alguns argumentos usados pelos profissionais da odontologia[11].

Dessa forma, no âmbito público, a ESF, estratégia prioritária para organização da atenção básica, apresenta-se como essencial na detecção dos problemas de violência, inclusive contra a mulher, já que tem a função de possibilitar o acesso universal, caracterizando-se como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, garantido a atenção multiprofissional aos usuários, inclusive aos serviços de saúde bucal.

Diante disso, objetiva-se a elaboração de um material norteador, para orientação dos profissionais de saúde bucal, atuantes na ESF, para uma condução interdisciplinar e com um enfoque integral na saúde das mulheres vítimas de violência doméstica.

Concomitantemente, visa-se destacar a centralidade da ESF na coordenação do cuidado e na garantia da integralidade do atendimento multiprofissional, destacando-se a intersetorialidade como mecanismo essencial para a garantia dos direitos legais e sociais pertinentes aos casos de violência contra a mulher.

Material e métodos

Trata-se de uma cartilha, instrumento desenvolvido para aplicação na prática do cuidado, o qual se destina à orientação de cirurgiões-dentistas da atenção básica, inseridos no contexto da ESF, quanto às condutas a serem desenvolvidas ante as situações de violência doméstica contra a mulher, considerando aspectos relacionados com a clínica ampliada, integralidade, intersetorialidade, multi e interprofissionalidade.

A elaboração da cartilha foi realizada por meio do Programa Microsoft Word®. O percurso metodológico para a elaboração da cartilha seguiu as seguintes etapas: levantamento bibliográfico; organização da estrutura; interlocução com cirurgiões-dentistas da ESF, equipe multiprofissional, Secretaria Municipal de Saúde e órgãos/serviços que compõem a rede de enfrentamento à violência doméstica contra as mulheres; escrita do conteúdo da cartilha; edição e arte final da cartilha.

A primeira etapa referiu-se ao levantamento bibliográfico nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (Scientific Electronic Library Online – SciELO, Literatura Latino-Americana e do Caribe em

Ciências da Saúde – Lilacs, Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica – Medline), sobre violência doméstica contra a mulher, com o uso dos termos 'violência doméstica', 'mulheres' e 'dentistas' e busca por cartilhas e manuais sobre a temática. A segunda etapa consistiu em organizar a estrutura da cartilha, elencando os aspectos que seriam abordados, tendo em vista alcançar os objetivos propostos. A terceira etapa tratou de estabelecer comunicação com cirurgiões-dentistas, equipe multiprofissional, Secretaria de Saúde e órgãos/serviços a fim de compreender quais as principais dúvidas na condução dos casos de violência contra a mulher, busca por apoio matricial sobre a temática e orientações quanto à rede de enfretamento à violência doméstica contra a mulher. A quarta etapa diz respeito à escrita do conteúdo teórico da cartilha, com base na leitura do material técnico-científico coletado nas bases de dados. A quinta etapa consistiu na edição e arte final da cartilha.

Resultados e discussão

A cartilha foi elaborada com o intuito de orientar cirurgiões-dentistas que atuam na ESF e vivenciam situações de atendimento a mulheres vítimas de violência.

A violência contra a mulher se apresenta como um problema de saúde pública e está inserida em um contexto complexo, sendo influenciada por aspectos biológicos, sociais, culturais, políticos e econômicos[12,13].

Os serviços de saúde se apresentam como um dos principais locais de percepção de eventos violentos. Diante disso, eles se mostram como um setor de suma importância no reconhecimento, acolhimento e condução adequada dos casos de violência doméstica[14].

Os profissionais de saúde, principalmente no contexto da ESF, são elementos essenciais para a identificação de quadros de maus-tratos que se apresentem visíveis ou que são relatados pelos usuários durante o atendimento. Os cirurgiões-dentistas apresentam pouco conhecimento e preparo em relação às condutas diante de um caso de violência, como nos casos de violência doméstica, limitando-se apenas ao atendimento às lesões causadas pelo ato.

Desse modo, a cartilha traz orientações sobre o contexto da violência contra a mulher, destacando o dever dos cirurgiões-dentistas na notificação dos casos e como realizá-la; informações sobre a Lei Maria da Penha e tipos de violência; condução dos casos de maneira integral, multidisciplinar e a importância da ESF no cuidado das pacientes de maneira longitudinal e resolutiva; dados sobre a rede de atenção intersetorial para suporte das mulheres vítimas de violência (*figuras 1 a 5*).

Figura 1. Contextualização introdutória da violência contra a mulher e deveres do cirurgião-dentista

Figura 2. Importância da Estratégia Saúde da Família, inserção da saúde bucal na condução dos casos de violência contra a mulher e informações sobre a Lei Maria da Penha

Figura 3. Tipos de violência doméstica e condutas odontológicas baseadas no atendimento acolhedor e humanizado

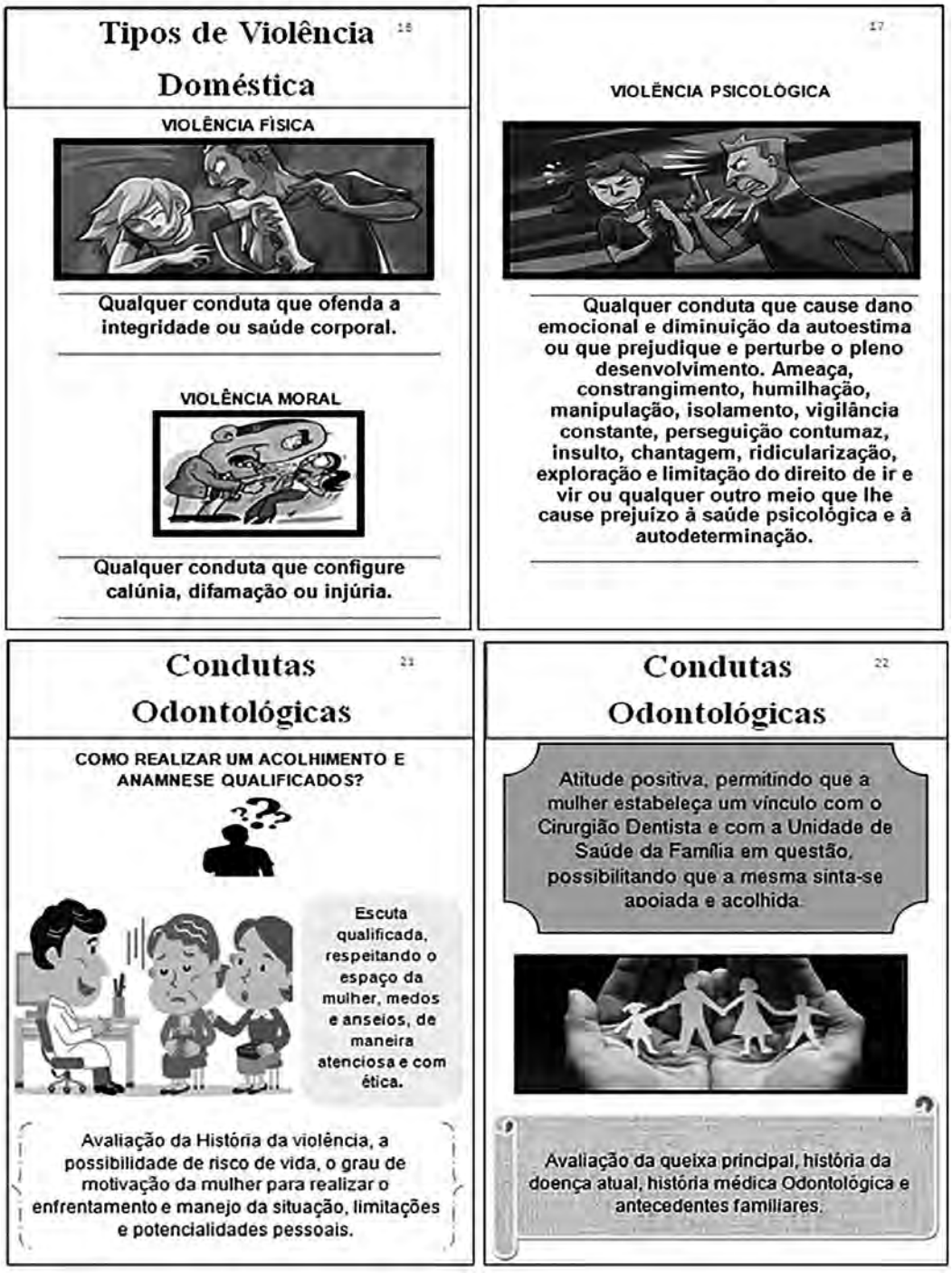


Figura 4. Orientações quanto ao preenchimento e obrigatoriedade da notificação

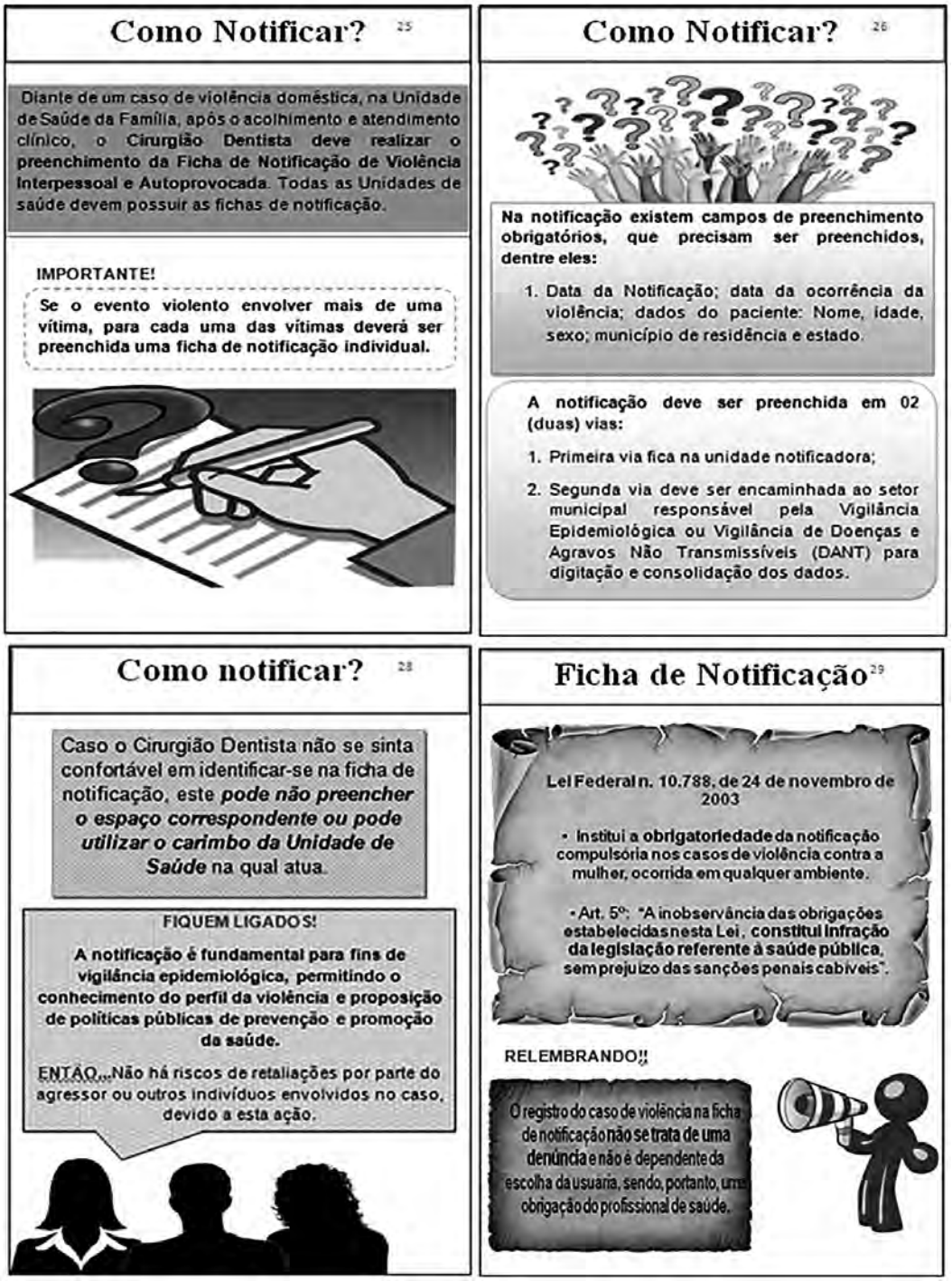
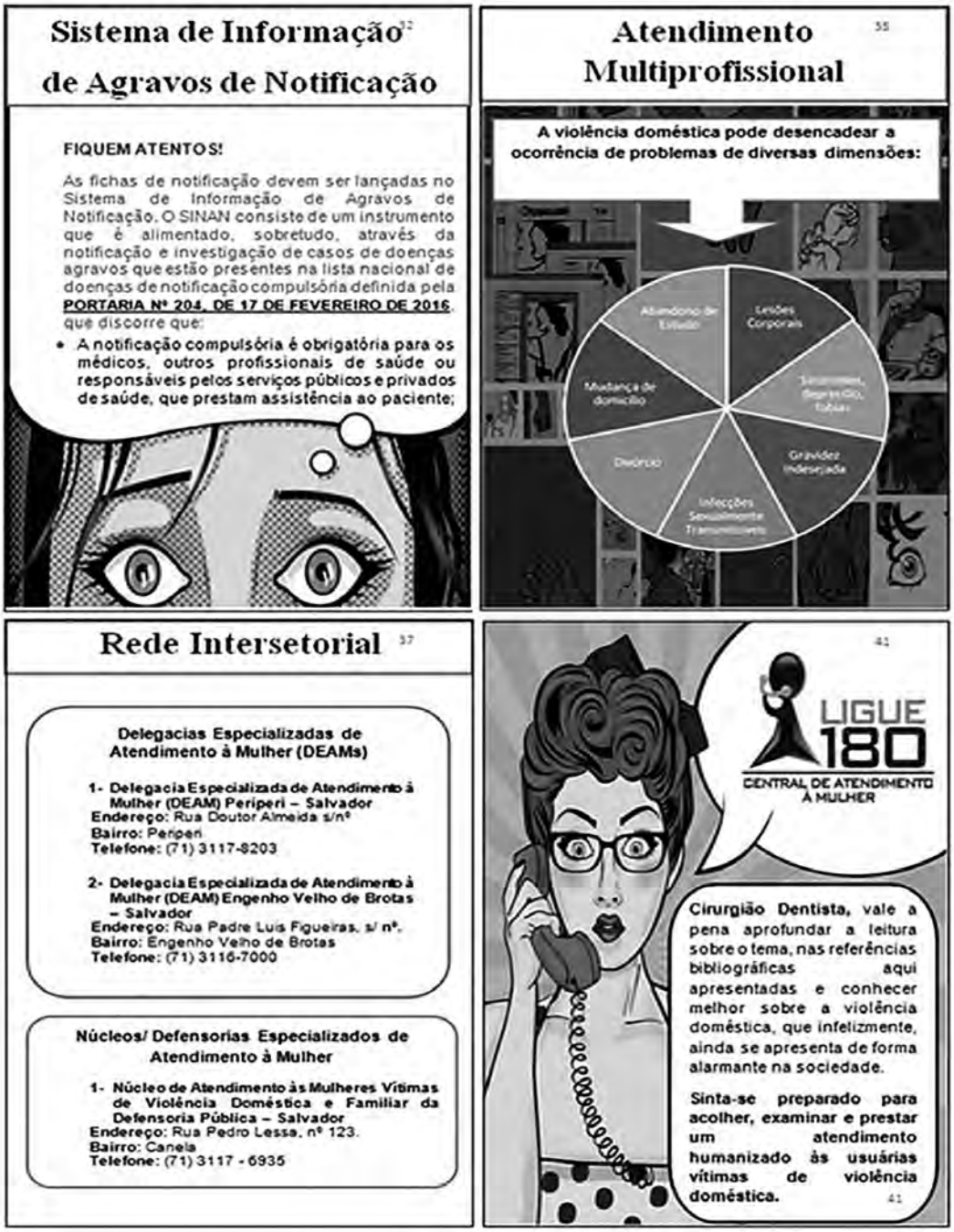


Figura 5. Dados sobre o sistema de informação, importância da condução multiprofissional nas situações de violência contra a mulher e rede intersetorial de apoio à condução dos casos



Conclusões

Diante da elaboração da cartilha, destaca-se a importância de uma atuação multidisciplinar dos profissionais de saúde bucal, considerando as múltiplas dimensões da saúde e envolvendo a tríade promoção, prevenção e tratamento dos casos já identificados de violência, permitindo, assim, que a integralidade da atenção à mulher seja garantida – princípio esse alcançado de forma mais efetiva na atenção primária.

Ainda é possível, contudo, observar a falta de conhecimento dos profissionais acerca de um acolhimento responsável e humanizado, orientações sobre os direitos da mulher, como denúncia na Delegacia Especializada ao Atendimento à Mulher; transporte assegurado pela Ronda Maria da Penha, diante da necessidade de acesso a determinados serviços; exame de corpo de delito quando necessário e medidas protetivas. Desse modo, o atendimento odontológico torna-se, muitas vezes, restrito às condutas clínicas.

Além disso, pode-se inferir a necessidade de os cirurgiões-dentistas conhecerem melhor a rede de apoio. A intersetorialidade é um mecanismo essencial para a garantia dos direitos legais e sociais pertinentes aos casos de violência contra a mulher.

Assim, nota-se a importância da capacitação e orientação dos dentistas, visando torná-los mais empoderados e protagonistas na condução dos casos de violência, por meio de ações, de uma formação acadêmica com embasamento teórico ou investimento em cursos, bem como de materiais informativos para esses profissionais.

Colaboradores

Paula Milena Melo Casais contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento; contribuiu significativamente para a elaboração do produto e revisão crítica do conteúdo; participou da aprovação da versão final do manuscrito.

Ana Caroline De Marino contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento; participou da aprovação da versão final do manuscrito.

Leonardo Lordelo Sampaio contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento; participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2006 [acesso em 2016 mar 8]; 11:1163-1178. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413--81232006000500007&lng=en.

2. World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996.

3. Foege WH, Rosenberg ML, Mercy JA. Public health and violence prevention. Curr Issues Public Health. 1995; 1:2-9.

4. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8o do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 8 ago 2006.

5. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde. Cad. Saúde Pública. 2002; 18(1):315-9.

6. Pereira-Gomes N, Erdmann AL, Rebouças-Gomes N, et al. Apoio Social à mulher em situação conjugal. Revista de Salud Publica. 2015; 17(6):823-835.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF. 2012:9-110.

8. Costa DACC, Marques JF, Moreira KAP, et al. Assistência multiprofissional à mulher vítima de violência: atuação de profissionais e dificuldades encontradas. Cogitare enferm. Fortaleza. 2013; 18(2):302-9.

9. Oliveira AFPL, Shraiber LB, Hanada H, et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro. 2009 [acesso em 2016 mar 2]; 14(4):1037-1050. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400011&lng=en.

10. Pereira MS, Pereira MS, Matos FTC, et al. Orofacial Injuries in Women Victims of Domestic Violence: Integrative Literature Review. BJFS. 2014 [acesso em 2016 mar 22]; 4(1):1-11. Disponível em: http://www.ipebj.com.br/forensicjournal/edicoes?volume=4&numero=1&artigo=113.

11. Kind L, Pereira OML, Valdênia M, et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2013 [acesso em 2016 mar 3]; 29(9):1805-1815. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2013000900020&lng=en.

12. United Nations (Geneva). General Assembly Resolution nº 48/104 of 20 December. Declaration on the elimination of violence against women. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 1993.

13. Amaral NA, Amaral CA, Amaral TLM. Mortalidade feminina e anos de vida perdidos por homicídio/agressão em capital brasileira após promulgação da Lei Maria da Penha. Texto Contexto Enferm. 2013 [acesso em 2016 jun 2]; 22(4):980-988. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104070720130004000014&lng=en.

14. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". Ciênc. saúde coletiva. 1999 [acesso em 2016 jun 2]; 4(1):81-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381231999000100007&lng=en.

Oficinas culinárias para hipertensos obesos: um instrumento de prevenção de doenças e promoção da saúde

Culinary workshops for obese hypertensive people: an instrument for disease prevention and health promotion

Tatiane Queiroz Silva[1], Maria Creuza Ferreira da Silva[2]

RESUMO As oficinas culinárias saudáveis são ferramentas de educação nutricional que permitem a difusão de conhecimentos para promoção de hábitos alimentares adequados e, consequentemente, a diminuição dos índices de sobrepeso e obesidade, assim como doenças associadas, como a hipertensão. O presente artigo tem por objetivo relatar a experiência das oficinas culinárias como instrumento de prevenção de agravos em hipertensos obesos e promoção da saúde da população na Unidade de Saúde da Família Eliene Oliveira dos Santos, em São Francisco do Conde, Bahia. Trata-se de um relato de experiência sobre as oficinas culinárias para hipertensos obesos. Houve a exposição de temas, como: boas práticas de manipulação de alimentos; entendendo os rótulos dos alimentos; estratégias para controle da hipertensão e redução de peso, assim como aproveitamento integral de alimentos. Verificou-se que as oficinas possibilitaram informação, motivação e empoderamento do usuário em relação ao seu próprio cuidado, permitindo o desenvolvimento de habilidades culinárias e sendo um interessante instrumento para prevenção de doenças, promoção de hábitos alimentares saudáveis e, consequentemente, de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Educação alimentar e nutricional. Prevenção de doenças. Promoção da saúde.

ABSTRACT *Healthy cooking workshops are nutritional education tools that allow the dissemination of knowledge to promote adequate eating habits, and, consequently, decrease the rates of overweight and obesity, as well as associated diseases such as hypertension. The purpose of this article is to report the experience of the culinary workshops as an instrument for the prevention of aggravations in obese hypertensive patients and the promotion of the health of the population in the Family Health Unit Eliene Oliveira dos Santos in São Francisco do Conde, Bahia. This is an experience report about the culinary workshops for hypertensive obese people. There were topics such as: good food handling practices; understanding food labels; strategies for controlling hypertension and reducing weight, as well as full use of food. It was verified that the workshops provided information, motivation and empowerment of the user in relation to their own care, allowing the development of culinary skills and being an interesting instrument for disease prevention, promotion of healthy eating habits and, consequently, health.*

KEYWORDS *Food and nutrition education. Disease prevention. Health promotion.*

[1] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) – Salvador (BA), Brasil.
tatiane-queiroz@hotmail.com

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) – Salvador (BA), Brasil.
mariakreuza@yahoo.com.br

Introdução

No Brasil, houve o aumento das doenças crônicas não transmissíveis relacionadas com a alimentação. A crescente prevalência da obesidade em todo o mundo se configura como um grave problema de saúde pública, já que o excesso de peso corporal contribui para uma série de comorbidades, como síndrome metabólica, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemias e alguns tipos de câncer[1].

Nos últimos anos, houve a progressão da transição nutricional, caracterizada pela redução na prevalência dos *deficit* nutricionais e ocorrência mais expressiva de sobrepeso e obesidade, abarcando não somente a população adulta, mas também crianças e adolescentes. A obesidade deve-se tanto ao volume da ingestão alimentar quanto à composição e qualidade da dieta. O conhecimento de alimentação e nutrição colabora para a promoção de hábitos alimentares mais saudáveis e, consequentemente, para a diminuição dos índices de sobrepeso e obesidade, assim como doenças associadas, como a hipertensão[2].

A alimentação e nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e para a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, interferindo diretamente na qualidade de vida. A alimentação tem um papel fundamental para o ser humano, não somente pela função de suprir as necessidades calóricas como também para proporcionar bem-estar, manutenção da saúde física e mental, ou seja, para a melhoria geral na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade[3].

A educação nutricional é uma estratégia fundamental para a prevenção e controle dos problemas alimentares e nutricionais contemporâneos. Entre os resultados potenciais, encontra-se a contribuição na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis e deficiências nutricionais[4].

As oficinas culinárias representam ferramentas de educação nutricional e estímulo à aprendizagem relacionada com a nutrição e alimentação saudável, uma vez que essas correspondem a um instrumento metodológico educativo que utiliza o trabalho estruturado em grupos em um contexto socializador, permitindo a vivência prática e o empoderamento do usuário em relação ao seu cuidado por meio de práticas alimentares saudáveis[5].

Ante o exposto, o presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência das oficinas culinárias como instrumento de prevenção de agravos em hipertensos obesos e promoção da saúde da população na Unidade de Saúde da Família (USF) Eliene Oliveira dos Santos, em São Francisco do Conde, Bahia.

A educação nutricional na promoção da saúde de hipertensos obesos

A obesidade é uma doença cada vez mais comum, cuja prevalência já atinge proporções epidêmicas. Inúmeros estudos demonstram que essa enfermidade ocasiona o risco elevado de doenças cardiovasculares, diabetes e câncer. No estudo National Health and Nutrition Examination Study III (Nhanes III), que envolveu mais de 16 mil participantes, a obesidade foi associada a um aumento da prevalência de diabetes tipo 2, doença da vesícula biliar, doença arterial coronariana, hipertensão arterial sistêmica, osteoartrose e de dislipidemia. A obesidade acarreta incapacidade funcional, redução da qualidade e expectativa de vida, bem como aumento da mortalidade[6].

Conforme Melo[6], a hipertensão arterial está fortemente relacionada com a obesidade. Essa autora demonstrou um estudo que constatou uma associação significativa entre Índice de Massa Corporal (IMC) elevado e hipertensão arterial. Nele, 30 mil homens e mulheres acompanhados por pelo menos 20 anos, sem hipertensão, diabetes ou doenças cardiovasculares no início, apresentaram risco de hipertensão arterial

aumentado 1,4 vez quando houve aumento no IMC, em comparação com aqueles que mantiveram o IMC estável.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHG e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHG de forma frequente. As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, e a HAS representa um dos principais fatores de risco[7].

Os comportamentos e estilos de vida são determinantes sociais importantes das condições crônicas. As intervenções relativas aos fatores de risco ligados aos comportamentos e aos estilos de vida podem ser feitas em diversos âmbitos, contudo a atenção primária constitui lócus potente para o cuidado dos usuários, tendo em vista o seu papel na prevenção de doenças e promoção da saúde. As equipes da Estratégia Saúde da Família devem utilizar cotidianamente programas preventivos relativos a cada um dos principais fatores de risco ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, construídos com base em evidências de sua efetividade, para aplicação individual ou em pequenos grupos[8].

As orientações nutricionais e a reeducação alimentar levam ao controle de doenças crônicas como a obesidade e hipertensão, reduzindo os fatores de risco e a mortalidade. A educação nutricional possibilita capacitar o indivíduo ou grupo na seleção de alimentos em quantidade e qualidade adequadas para assegurar uma boa nutrição. Para isso, deve-se considerar a renda econômica e a disponibilidade local de alimentos. Esse processo de capacitar para empoderar o indivíduo em relação ao seu cuidado remete à promoção da saúde, que corresponde ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde[9].

O termo 'promoção de saúde' está historicamente relacionado com transformações comportamentais dos indivíduos. Esse se caracteriza como o processo que leva indivíduo e comunidade a ampliar o controle sobre os determinantes da saúde[10]. A promoção da saúde representa uma estratégia para o enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século; trabalhar nessa perspectiva, portanto, é a forma mais eficaz de fazer saúde em seu sentido pleno[11].

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição apresenta como uma de suas diretrizes a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável que consiste na prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, assim como o uso sustentável do meio ambiente. As ações de promoção da saúde representam formas mais amplas de intervenção sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, o que favorece escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividade no seu território[4].

Há uma distinção entre o termo prevenir e promover, muitas vezes confundidos. O primeiro tem o significado de preparar, chegar antes de, dispor de maneira que evite dano, impedir que se realize. A prevenção em saúde exige uma ação antecipada a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença. As ações preventivas são orientadas para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Já o termo 'promover' tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar[12].

Assim, as oficinas culinárias apresentam-se como instrumento relevante para práticas saudáveis, tendo em vista que as ações educativas em alimentação e nutrição devem considerar a transmissão de informações consistentes, claras e coerentes à vida cotidiana. Essas oficinas representam um método de educação nutricional que vão além da simples transmissão de informações, pois é necessário ensinar conceitos que possam ser assimilados e aceitos, não apenas disponibilizados[13].

As práticas culinárias podem proporcionar a troca de conhecimento, experiências, motivação, reflexão, aprendizado, além de possuir papel relevante na promoção da saúde de hipertensos obesos[13]. Sousa et al.[5]

demonstram a potencialidade das oficinas como ferramenta de ação educativa na promoção de hábitos alimentares adequados. Essas estimulam o desenvolvimento de habilidades culinárias e instrumentalizam os indivíduos para escolhas e práticas alimentares saudáveis.

Aproveitamento integral de alimentos: uma alternativa econômica, sustentável e saudável

A alimentação saudável colabora para a promoção de saúde e qualidade de vida. Para tanto, torna-se relevante aderir a uma dieta equilibrada contendo proteínas, carboidratos, vitaminas, sais minerais e fibras. Muitos nutrientes estão contidos em alimentos de origem vegetal, principalmente em partes desprezadas, como cascas, sementes, talos e folhas. Esse fato deve-se ao desconhecimento dos princípios nutritivos do alimento, bem como de formas para melhor aproveitá-lo. Isso acarreta o desperdício de toneladas de recursos alimentares[14].

Oliveira et al.[14] apontam ainda que o desperdício corresponde a um alarmante problema em relação à produção e distribuição de alimentos, em destaque nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Esses desperdícios partem desde escalas industriais até ações do cotidiano das pessoas, por meio do desperdício caseiro. Sementes, talos, folhas e cascas são muitas vezes mais nutritivos do que a parte dos alimentos que as pessoas estão habituadas a consumir.

Laurindo e Ribeiro[15] demonstram que, apesar da produção diária de alimento mundial originar alimentos em quantidades suficientes para toda a população do planeta, milhares de pessoas morrem de fome no mundo. Cerca de 30% da produção mundial de alimentos são desperdiçadas devido às falhas no processo de colheita, transporte, armazenagem e comercialização.

O desperdício de alimentos gera também impactos negativos no meio ambiente pela inadequada deposição do lixo alimentar no solo, tendo consequências danosas por meio da putrefação da matéria orgânica que contamina rios e lençóis freáticos. O aproveitamento integral de alimentos é uma alternativa capaz de propiciar às pessoas um melhor consumo nutricional, melhorar a economia relacionada com os alimentos e o meio ambiente[15].

O aproveitamento integral dos alimentos iniciou-se em 1963 no estado de São Paulo e consiste em uma alternativa que objetiva aproveitar as partes normalmente desprezadas dos alimentos. Por meio dessa ação, é possível reduzir o custo das preparações, colaborar para redução do desperdício alimentar, aumentar o valor nutricional e tornar possível a elaboração de novas preparações. O desperdício pode ser controlado mediante informação sobre formas de aproveitar os recursos alimentares, planejamento de compra e de preparação dos alimentos[16].

Contudo, os resíduos de frutas e hortaliças são geralmente desprezados pela indústria e pelas residências. As deficiências de minerais e vitaminas afetam os grupos mais vulneráveis da população, gerando muitos problemas de saúde pública, com graves consequências para o desenvolvimento do País. O desperdício de alimentos faz do lixo brasileiro um dos mais ricos do mundo em nutrientes[17], diante disso, aproveitar integralmente os alimentos auxilia na ingestão desses nutrientes, evitando deficiências nutricionais.

Os rejeitos orgânicos são desprezados pela população tanto pela desinformação da caracterização química dos vegetais quanto pelo desconhecimento de fatores físicos e químicos que afetam a sua vida útil após a colheita. A minimização desses rejeitos orgânicos contribuiria de forma positiva para a conservação dos recursos naturais, além disso, podem suprir carências ou complementar dietas alimentares de toda a população[18].

Segundo Monteiro[19], diante do panorama social e econômico da população brasileira, o estudo da utilização integral de alimentos no uso doméstico, bem como sua incorporação na elaboração de produtos industrializados, pode contribuir para aumentar a disponibilidade de nutrientes, sendo uma fonte de baixo custo de proteínas, fibras, vitaminas e minerais. Para fazer bom uso do alimento, deve-se aproveitar ao máximo tudo o que ele tem a oferecer.

Boa parte dos nutrientes fundamentais para a saúde são descartados por falta de conhecimento sobre formas de aproveitamento integral, tornando-se relevante a difusão da informação sobre sua utilização e os seus benefícios. Dessa forma, pode-se obter uma economia significativa com o uso de itens normalmente jogados fora, cujo aproveitamento resulta em pratos criativos, saborosos e nutritivos[19].

Material e métodos

Este estudo consiste em um relato de experiência sobre as oficinas culinárias para hipertensos obesos, vivenciadas por meio do Programa Estadual de Residência Multiprofissional Regionalizado em Saúde da Família da Escola Estadual de Saúde Pública. Esse trabalho foi realizado na USF Eliene Oliveira dos Santos no povoado de São Bento das Lajes, São Francisco do Conde, Bahia, no período de agosto a setembro de 2016.

São Francisco do Conde corresponde a uma cidade de riquezas naturais, culturais e econômicas. Possui importante valor histórico, tendo como representante um dos principais responsáveis pela independência baiana. Município com uma das maiores rendas per capita do país, demonstra seu paradoxo na situação de pobreza e desigualdade social que tentam ser reduzidas por meio de programas de transferência de renda. Em São Bento das Lajes, encontram-se destroços da primeira Escola Agrícola da América Latina e uma comunidade de pessoas predominantemente negras, apresentando número significativo de pessoas que têm na pesca sua principal fonte de renda[17]. Esse povoado, conforme dados coletados na USF de São Bento, apresenta como uma das principais enfermidades a diabetes, hipertensão e obesidade.

O trabalho teve início com a divulgação, por intermédio de cartazes distribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde, em locais estratégicos de suas respectivas microáreas. Houve a distribuição de dez cartazes. Igrejas, mercados, escolas, a própria USF de São Bento das Lajes, entre outros locais, corresponderam às instituições que foram dispostos os cartazes. Além desses instrumentos de divulgação, houve a solicitação do encaminhamento de hipertensos obesos pelos profissionais de saúde da USF, totalizando cinco usuários encaminhados. Nessa divulgação, ocorreu o estabelecimento do dia de inscrição para os usuários com o quadro clínico de hipertensão e obesidade. Houve dez inscritos nas oficinas culinárias.

Diante do número de inscritos e reconhecendo que limitar essa ação a um público específico tornaria o evento apenas destinado à prevenção de agravos, não abarcando a promoção da saúde, houve a decisão de abrir a ação ao público que também não apresentava essas enfermidades. Buscou-se, dessa maneira, a formação de pessoas difusoras de informação em saúde, visto que a hipertensão e a obesidade estão presentes de forma significativa no povoado.

Assim, as oficinas culinárias foram realizadas em quatro terças-feiras, às 13 horas, no auditório da USF de São Bento. No intuito de assegurar as adequadas condições higienicossanitárias, houve a higienização e organização do espaço e fluxo das atividades, assim como a distribuição de toucas e aventais, obedecendo à Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 216 de 2004 que dispõe sobre o regulamento técnico de boas práticas para serviços de alimentação. As receitas que necessitavam do uso do fogão foram executadas na copa da USF com o auxílio da copeira.

Os materiais utilizados nas atividades corresponderam a recursos audiovisuais como televisão, utilizada para a exposição teórica do tema do dia, utensílios de cozinha como toalhas, talheres, assadeiras, vasilhas plásticas, panelas, liquidificadores, entre outros, além de bolas de soprar e impressos usados nas dinâmicas da parte teórica. Em relação aos recursos humanos, participaram da organização os profissionais de saúde e de serviços gerais da unidade de saúde. No primeiro dia, ocorreu a distribuição de classificadores contendo cronograma, lápis, livro de receitas, material educativo sobre boas práticas de manipulação de alimentos e bloco de notas aos participantes.

Cada dia da atividade de promoção da saúde foi distribuído em parte teórica e prática, correspondendo a 2 horas de duração, 12 pessoas em cada encontro. Nas partes práticas das oficinas culinárias, houve a exposição de temas como: boas práticas de manipulação de alimentos; entendendo os rótulos dos alimentos; estratégias para controle da hipertensão e redução de peso, assim como aproveitamento integral de alimentos. Entre as receitas elaboradas, estavam o sal de ervas, molho de tomate caseiro, pizza de pão integral, cubos de gelo de couve, iogurte desnatado caseiro, *smoothie* de maracujá, *mix* de fibras, crepioca, patê de alho *light*, suco para hipertensão, *mix* de oleaginosas e chá de casca de abacaxi.

Resultados e discussão

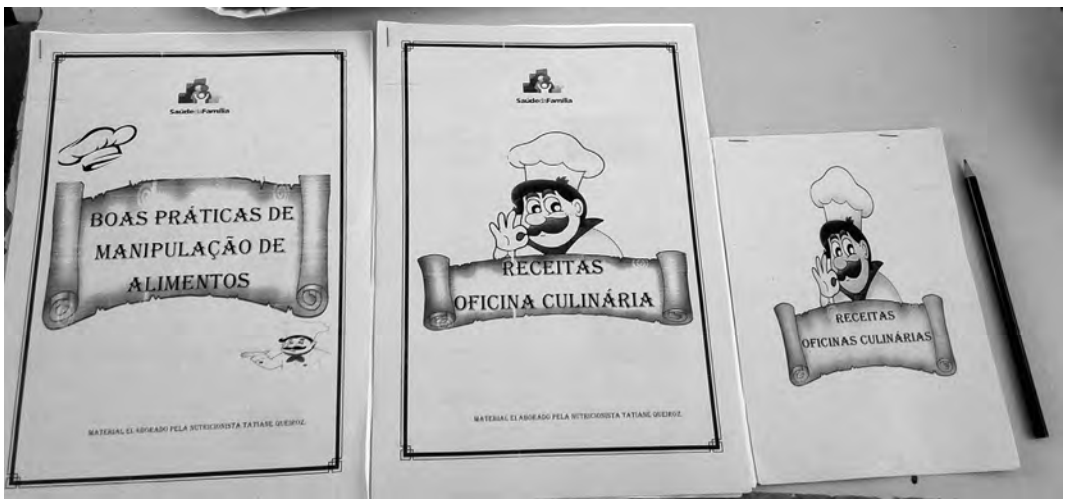
No primeiro dia de oficina, a temática de boas práticas de manipulação de alimentos possibilitou o conhecimento para a prevenção de Doenças Veiculadas por Alimentos (DVA) e hábitos adequados em relação aos aspectos higienicossanitários (*figuras 1a e 1b*). As DVA são todas ocorrências clínicas consequentes à ingestão de alimentos que possam estar contaminados com microrganismos patogênicos (infecciosos, toxinogênicos ou infestantes), toxinas de microrganismos, substâncias químicas, objetos lesivos ou que contenham em sua constituição estruturas naturalmente tóxicas, ou seja, são doenças consequentes da ingestão de perigos biológicos, químicos ou físicos presentes nos alimentos[20].

Figuras 1a e 1b. Oficinas culinárias – Parte teórica

Fonte: Própria (2016).

Torna-se fundamental que a população tenha ao seu alcance alimentos de boa qualidade, dentro de padrões preestabelecidos, não só em valores nutritivos como também quanto às condições higiênicas, assim, garantindo a saúde do consumidor[21]. Diante disso, a relevância do primeiro tema das oficinas. Nesse dia, houve a distribuição de materiais (*figura 2*), a utilização de recursos audiovisuais para a abordagem do tema, além de dinâmica com bexigas em que as pessoas escolhiam um balão, estouravam e faziam mímicas referentes a ações não permitidas na manipulação de alimentos. Em seguida, houve a elaboração de sal de ervas, molho de tomate caseiro, pizza de pão integral e cubos de gelo de couve.

Figura 2. Materiais distribuídos nas oficinas culinárias



Fonte: Própria (2016).

As oficinas culinárias representaram uma estratégia atrativa, dinâmica e interessante para promover hábitos alimentares saudáveis e prevenir doenças (*figura 3*). Por meio delas, as pessoas demonstraram-se motivadas a reproduzir as receitas em seu domicílio e a aderir à reeducação nutricional. Os usuários presentes que não correspondiam ao grupo de hipertensos obesos também se tornaram estimulados a cozinhar as refeições de forma saudável, fazendo questionamentos e relatando o desejo de transferir as informações a familiares hipertensos obesos. Os demais dias das oficinas seguiram as temáticas do cronograma elaborado. No último dia, houve a distribuição de sal de ervas como lembrança das oficinas culinárias para hipertensos obesos (*figura 4*).

Figura 3. Oficinas culinárias – Parte prática

Fonte: Própria (2016).

Capobiango et al.[13] relatam que a sistematização das oficinas culinárias e sua oferta mostram ser uma estratégia efetiva para a promoção de hábitos alimentares saudáveis. Transmitir informações por meio do preparo de receitas, degustação e discussão permite um caminho lúdico e prazeroso para a aplicação das orientações nutricionais. As oficinas culinárias são uma forma de interagir com os anseios das pessoas e de oferecer acolhimento, e não somente a informação.

Figura 4. Lembranças distribuídas nas oficinas

Fonte: Própria (2016).

Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias correspondem a um dos dez passos para a alimentação adequada e saudável preconizadas pelo Ministério da Saúde por meio do 'Guia Alimentar para a População Brasileira', considerado por estudiosos da área de alimentação e nutrição mundial como o melhor guia alimentar do mundo[22].

Oficinas culinárias para hipertensos obesos: experiência inovadora do I Seminário em Atenção Básica municipal

As oficinas culinárias para hipertensos obesos foram uma das três experiências selecionadas entre as 15 USF do município de São Francisco do Conde para o I Seminário em Atenção Básica: novos direcionamentos da política municipal de saúde. O evento ocorreu no dia 17 de fevereiro de 2017, tendo como participantes todos os funcionários de saúde das USF do município, profissionais de saúde de outros níveis de assistência, secretária de saúde, entre outras autoridades.

A programação do seminário contou com dois momentos principais. No primeiro, houve a explanação de temas relevantes para a Estratégia Saúde da Família. No segundo momento, no turno vespertino, ocorreu a exposição de três experiências inovadoras realizadas pelas equipes de saúde da família, entre essas, as oficinas culinárias.

A experiência das oficinas apresentou-se de grande valia, pois, por meio dessa, houve o acesso ao I Seminário de Atenção Básica e a maior visibilidade da importância da

residência e da nutrição na atenção básica do município. Da residência, porque demonstrou um dos muitos trabalhos relevantes que as residentes realizaram na comunidade de São Bento das Lajes, desconhecidos pelo nível primário. Da nutrição, por ratificar o papel dessa área do conhecimento para a concretização do objetivo principal da atenção básica: prevenção de doenças e promoção da saúde, uma vez que a alimentação corresponde a um dos principais meios para seu alcance.

Considerações finais

Uma das grandes dificuldades do profissional de saúde é tornar o usuário menos paciente e mais agente do seu próprio cuidado, e isso é fundamental na área de nutrição. O trabalho do nutricionista é relevante, mas o do usuário é essencial, uma vez que as ações das pessoas são preponderantes para a concretização dos objetivos do plano alimentar.

A educação alimentar e nutricional corresponde a um dos pilares da promoção da alimentação adequada e saudável. Essa se apresenta como um campo de conhecimento e prática contínua e permanente, intersetorial e multiprofissional, que utiliza diferentes abordagens educacionais. São ações que envolvem indivíduos ao longo de todo o curso da vida, grupos populacionais e comunidades, considerando as interações e significados que compõem o comportamento alimentar.

As oficinas culinárias vão ao encontro das recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde, por meio do 'Guia Alimentar para a População Brasileira', ao estimular o desenvolvimento, o exercício e o partilhamento de habilidades culinárias. O enfraquecimento da transmissão de habilidades culinárias entre gerações favorece o consumo de alimentos ultraprocessados, em detrimento dos alimentos in natura, gerando inúmeras enfermidades de origem alimentar, entre essas, a hipertensão e obesidade.

Nesse contexto, diferentemente da prática ambulatorial que utiliza a teoria para educação nutricional, as oficinas culinárias aliam a teoria à prática, crucial para resultados efetivos. Essas ações facilitam a assimilação e aplicação dos conhecimentos adquiridos dos usuários do serviço de saúde. As oficinas possibilitam informação, motivação e empoderamento do usuário em relação ao seu próprio cuidado, permitindo o desenvolvimento de habilidades culinárias e sendo um instrumento potente e impulsionador para prevenção de doenças, promoção de hábitos alimentares saudáveis e, consequentemente, de saúde. ■

Referências

1. Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. 2008 [acesso em 2017 dez 15]. Disponível em: www.abeso.org.br.

2. Triches RM, Giugliani ERJ. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. Rev. Saúde Pública. 2005; 39(4):541-547.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012 [acesso em 2016 dez 1]. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF: 2013 [acesso em 2017 dez 2]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf.

5. Sousa AM, Silva RA, Costa VVL, et al. Oficina culinária como ferramenta de educação alimentar e nutricional para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. Rev Universo Extensão [internet]. 2014; (esp):1-7 [acesso em 2017 dez 19]. Disponível em: http://www.revistaeletronica.ufpa.br/index.php/universo_extensao/article/viewArticle/402.

6. Melo ME. Doenças desencadeadas ou agravadas pela obesidade. [internet]. São Paulo: Abeso; 2011 [acesso em 2016 jul. 1]. Disponível em: http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/3/5521afaf13cb9.pdf.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão arterial sistêmica – HAS e Diabetes Mellitus – DM. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.

8. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

9. Simões LRC, Mendes AMS, Monteiro CP, et al. Oficinas de culinária aplicadas na promoção da alimentação saudável através do aproveitamento integral de alimentos. In: Seminário Nacional de Educação Profissional e Tecnológica. Belo Horizonte: Cefet-MG; 2008 [acesso em 2017 dez 10]. Disponível em: http://docplayer.com.br/10674210-Introducao-resultados-objetivos-conclusao-metodologia-referencias.html.

10. Carli AD, Zárate CBR, Zafalon EJ, et al. Promoção de saúde e qualidade de vida. Mato Grosso do Sul: UFMS; 2016 [acesso em 2017 dez 10]. Disponível em: http://virtual.ufms.br/objetos/Unidade3/obj-un3-mod1/4.html.

11. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. Saúde Colet. 2000; 5(1):163-177 [acesso em 2017 dez 07]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100014&script=sci_abstract&tlng=pt.

12. Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface. 2003; 7(12):91-112.

13. Capobiango M, Ribeiro RC, Silva AR, et al. Oficinas culinárias como estratégia para a promoção de práticas alimentares saudáveis. Percurso Acad. jul 2014; 4(8):253-267.

14. Oliveira CCA, Silva JM, Reis TC, et al. Aproveitamento integral dos alimentos: contribuições para melhoria da qualidade de vida e meio ambiente de um grupo de mulheres da cidade do Recife-PE. In: XX Congresso Brasileiro de Economia Doméstica; 2009 set 14-19. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2009 [acesso em 2017 dez 6]. Disponível em: http://www.xxcbed.ufc.br/arqs/public/t_07.pdf.

15. Laurindo TR, Ribeiro KAR. Aproveitamento integral de alimentos. Interciência & Soc 2014; 3(2):17-26.

16. Nunes JT. Aproveitamento integral dos alimentos: qualidade nutricional e aceitabilidade das preparações. Brasília, DF. Monografia [especialização]. [Brasília, DF]: Universidade de Brasília; 2009.

17. Casagrande C. Aproveitamento integral de alimentos em uma creche do município de Criciúma – Santa Catarina. Trabalho de Conclusão de Curso [graduação]. [Criciúma]: Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2009.

18. Lima GPP, Pieri C, Lopes TVC, et al. Parâmetros bioquímicos em partes descartadas de vegetais. In: Programa Alimente-se Bem: tabela de composição química das partes não convencionais dos alimentos. São Paulo: SESI; 2008.

19. Monteiro BA. Valor nutricional de partes convencionais e não convencionais de frutas e hortaliças. Dissertação [mestrado]. [São Paulo]: Universidade Estadual Paulista; 2009.

20. Santo JJE. Resgate de uma riqueza cultural. São Francisco do Conde: Antares Comunicação; 1998.

21. Silva Jr EA. Manual de controle higiênico sanitário em serviços de alimentação. 6. ed. São Paulo: Livraria Varela; 2008.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2017 fev 1]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf.

Capacitando conselheiros locais de saúde: um relato de experiência

Trainning local health counselors: an experience report

Chandra Lima Maciel[1], Aline Benevides Sá Feres[2]

RESUMO Trata-se de um relato de experiência de uma ex-residente do Programa Estadual de Residência Multiprofissional Regionalizado em Saúde da Família da Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia. O objetivo deste trabalho foi discutir a experiência vivenciada no processo de capacitação dos conselheiros locais de saúde, na Assessoria de Controle Social, no município de Vitória da Conquista (BA), no período de maio a julho de 2016. Por meio da observação participante, foram realizadas capacitações em quatro Unidades de Saúde da Família, com a colaboração de mais duas residentes. Utilizou-se como metodologia a apresentação teórico-expositiva-dialogada, e como recurso didático, *data show* e vídeos. Logo após e durante as explanações, os participantes tinham um período para realizar questionamentos, a fim de sanar as dúvidas existentes e contribuir com depoimentos das experiências vivenciadas. Percebeu-se a necessidade e a importância de ter conselheiros capacitados para atuar nos Conselhos Locais de Saúde que reconheçam a relevância da participação da sociedade na construção da saúde, revelando a necessidade de assegurar uma política municipal de educação permanente para os profissionais de saúde para subsidiar o exercício da prática cotidiana no fomento ao controle social.

PALAVRAS-CHAVE Conselhos de Saúde. Participação da comunidade. Controle social.

ABSTRACT *This is an experience report of a former resident of the State Program of Multiprofessional Residency Regionalized in Family Health of the State School of Public Health of Bahia. The aim of this study was to discuss the experience of the training process of local health counselors, together with the Social Control Office, in the city of Vitória da Conquista (BA), from May to July 2016. Through participant observation, training was carried out in four Family Health Units, with the collaboration of two other residents. The theoretical-expository-dialogical presentation and the didactic data show and videos were used as methodology. Shortly after and during the explanations, the participants had a period to ask questions in order to solve doubts and contribute with testimonies of the experiences lived. It was noticed the need and great importance of having counselor trained to act in the Local Health Councils and who recognize the relevance of the participation of society in the construction of health, revealing the need to ensure a municipal policy of permanent education for health professionals to support the exercise of daily practice in the promotion of social control.*

KEYWORDS *Health Councils. Community participation. Social control.*

[1] Secretaria Municipal de Saúde de Ilhéus – Ilhéus (BA), Brasil. *chandramaciel@hotmail.com*

[2] Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista – Vitória da Conquista (BA), Brasil. *linebsenf@hotmail.com*

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus pilares a participação da população, legalmente garantida, interferindo diretamente nas políticas de saúde de âmbito federal, estadual e municipal. A participação social como elemento estruturante do sistema nacional de saúde esteve presente desde o início da proposta do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que, já nos anos 1970, compreendia como indissociáveis as lutas contra a ditadura militar, pela democratização do poder público e pela garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado[1].

Segundo Paim[2], na década de 80 do século XX, os brasileiros denunciavam o autoritarismo nas instituições, nas práticas de saúde e defendiam a democratização da saúde como parte da democratização da vida social. Nessa conjuntura de luta pela redemocratização do País, surgiu o movimento de RSB, que nasceu buscando saídas para a crise da saúde durante o período autoritário. Na visão de Escorel, apud Paim[2], a Reforma Sanitária tinha como suporte um movimento que envolveu um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais, conhecido como movimento pela democratização da saúde ou movimento sanitário. A partir dessas lutas, foi garantido, por meio da Constituição Federal de 1988, que se estabelecesse a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, criando-se o Sistema Único de Saúde (SUS). Foi a primeira vez na história que se elaborou uma seção destinada à saúde na Carta Magna. Em seguida, em 1990, foram promulgadas as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, consideradas as leis orgânicas da saúde, as quais vieram para descrever como esse novo sistema iria funcionar.

Ao partir desses pressupostos, e entendendo que o controle social é uma ferramenta importante para a melhoria da situação de saúde, constituindo-se em um dos princípios fundamentais da RSB, iniciou-se posteriormente a sensibilização para formação do Conselho Local de Saúde (CLS). Os CLS são um dos importantes instrumentos do processo de controle social, desencadeados a partir da existência do SUS. Nesse contexto, esses espaços apresentam-se como canais em que os setores populares podem participar, em nível local, da construção da política de saúde, deliberando, normatizando e fiscalizando o poder público municipal, assim se efetivando como espaços plenos de controle social e de exercício da cidadania.

Na lógica de fortalecimento do SUS, o CLS é o espaço de participação mais próximo da comunidade, constituindo-se no primeiro local em que as necessidades dos usuários dos serviços de saúde podem se manifestar. Os Conselhos Locais, por serem estruturas permanentes, têm a possibilidade de dar voz às minorias, às pluralidades de seus interesses e podem inovar institucionalmente por meio das soluções locais. São espaços importantes para a democratização dos serviços nas unidades de saúde local, para o exercício da cidadania e para o controle social em saúde[3].

Ademais, pensando nessa função do CLS e, por conseguinte, do controle social, esse espaço pode ser considerado como um dos alicerces para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde idealizado pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Esse ideário se fundamenta na percepção de que os indivíduos que utilizam os serviços de saúde têm maior legitimidade para fiscalizar e acompanhar tais serviços, podendo propor estratégias e participar das deliberações acerca de suas diretrizes[4].

Cabe a cada município, pelo decreto do executivo, Lei Municipal ou Portaria do Secretário Municipal de Saúde, criar os Conselhos Locais e Distritais de Saúde. No município de Vitória da Conquista, local deste estudo, a partir da Lei Municipal nº 1.710/1997, os Conselhos de Saúde passaram a estar presentes também em âmbito local por meio de CLS, em caráter obrigatório, em todas as unidades de saúde do município, urbanas e rurais. Atualmente, existem

no município 7 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 33 Unidades de Saúde da Família (USF), destas, 17 estão localizadas na zona rural, totalizando, assim, 40 CLS[5]. A rede de controle social dessa cidade ainda é composta por um serviço de Assessoria de Controle Social, que tem por objetivo articular com os demais níveis de atenção do sistema municipal com a finalidade de propor, implementar, avaliar e acompanhar a execução da política municipal de saúde, desenvolvendo também ações de qualificação da participação popular, fortalecimento dos Conselhos e integração da sociedade com a administração pública, com à gestão democrática no SUS[5]. Também faz parte da de controle social o Conselho Municipal de Saúde e a Ouvidoria Municipal da Saúde. Os CLS de Vitória da Conquista possuem Regimento Interno, aprovado em reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde em 6 de fevereiro de 2013, composto por 4 capítulos, a saber: Da finalidade, competência e atribuições; Da estrutura e composição; Do funcionamento e Das disposições gerais e transitórias.

Durante o período em que a autora foi residente do Programa Estadual de Residência Multiprofissional Regionalizado em Saúde da Família (Permusf), ela fez um estágio de 3 meses na Assessoria de Controle Social de Vitória da Conquista, no segundo ano da residência. Nesse Programa, após concluído o primeiro ano com atuação exclusiva na ESF, é facultado ao aluno atuar em outros pontos da rede de atenção à saúde. Logo de início, a autora se interessou em atuar no controle social, advindo também de uma demanda do município que disponibilizou esse campo. Por entender que os CLS são considerados componentes estratégicos da gestão participativa e com base no interesse em estudar e refletir sobre essa temática, foi então que a autora se interessou em desenvolver este trabalho baseado na sua vivência no âmbito da Assessoria do Controle Social de Conquista.

Os 40 CLS do município, por si só, não podem trazer mudanças radicais para a gestão pública, mas eles contribuem, particularmente, para a democratização das relações entre poder público municipal e as comunidades locais, e colaboram para a definição dos rumos da política de saúde na esfera local. É necessário, no entanto, que, cada vez mais, os conselheiros estejam conscientes e ativos do seu papel de controle da gestão, e que a gestão pública, por sua vez, esteja aberta à contribuição dos atores sociais da sociedade civil na condução da política de saúde, pois estes trazem, para a esfera pública, demandas, possibilidades de ação e inovação. Considera-se que a própria existência dos CLS já proporciona, na gestão da saúde, uma nova configuração do controle social, que se coloca na perspectiva da gestão participativa[3].

Assim, este trabalho tem o objetivo geral de discutir a experiência vivenciada no processo de capacitação dos conselheiros locais de saúde, na Assessoria de Controle Social, no município de Vitória da Conquista (BA), no período de maio a julho do ano de 2016. Como objetivos específicos, pretendeu descrever a participação e importância dos conselheiros locais de saúde; descrever as facilidades, limitações e desafios para o funcionamento dos CLS no referido município e fomentar discussões acerca do fortalecimento do controle social no SUS no nível local. O presente trabalho tem o intuito de trazer reflexões para que novos debates sobre o tema sejam incitados no município e para que novas estratégias de incentivo à participação da população nesses espaços sejam implementadas, a fim de que o exercício da cidadania seja real.

Material e métodos

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa na modalidade de relato de experiência, a partir da vivência de uma residente de Enfermagem em Saúde da Família no Permusf, no processo de capacitação dos conselheiros locais de

saúde, na Assessoria de Controle Social do município de Vitória da Conquista (BA), no período de maio a julho de 2016. O Permusf é um programa que tem como objetivo formar profissionais de saúde de forma regionalizada, para o desenvolvimento da atenção primária por meio da ESF, tendo em vista a promoção da saúde, o ordenamento e a consolidação das redes de atenção e a integralidade do cuidado. O trabalho interdisciplinar é um eixo do Programa, baseado na problematização do conhecimento, sendo tratado em abordagens temáticas. O grupo de residentes de Vitória da Conquista era composto inicialmente por 2 enfermeiras, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 1 psicóloga e 1 nutricionista, garantindo assim o caráter interdisciplinar proposto. A residente permaneceu no programa de março de 2015 até agosto de 2016, após este período, solicitou desligamento devido à assunção em concurso público, no município de Ilhéus.

O município de Vitória da Conquista, localizado a 510 km da capital do estado, é o terceiro maior município da Bahia. Situado na região Sudoeste, em entroncamento rodoviário, centro de um cruzamento no sentido Norte-Sul, constituindo-se em um ponto de passagem para as principais cidades do estado e do Nordeste. Apresenta uma área física de 3.204 km²; e, de acordo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população para 2016 foi de 350.284 habitantes. Apesar de sua alta taxa de urbanização (80%), possui uma extensa zona rural dividida em 284 povoados com 11 distritos[5].

No tocante às atividades de capacitação para os conselheiros locais do município, elas foram desenvolvidas na sede dos CLS, situadas no âmbito da área de abrangência das UBS e USF, tanto na zona urbana quanto na rural. Essas sedes funcionam em associações comunitárias, escolas e igrejas da comunidade. Ao todo, a autora participou da capacitação dos conselheiros de quatro CLS no período em que esteve atuando no serviço de assessoria de controle social, três da zona urbana, das USF Pedrinhas (20 de maio), Miro Cairo (30 de junho) e Patagônia (12 de julho), e uma da zona rural, na USF de Veredinha (24 de maio). A escolha dessas unidades foi direcionada pela assessora do controle social, visto que, elas faziam parte de um cronograma prévio das atividades de capacitação elaborado pela citada profissional previsto para o período (maio a julho de 2016). Essas unidades já haviam passado pelo processo de eleição e posse, e novos conselheiros estavam assumindo o cargo. As capacitações dos conselheiros acontecem após a sua posse para o CLS, processo que ocorre a cada dois anos. Estas são direcionadas para os novos conselheiros empossados e profissionais de saúde do serviço, porém, também tiveram ampla divulgação na comunidade, para que também participasse, por meio de convites entregues pelos agentes comunitários de saúde, pela equipe nos atendimentos e por cartazes fixados no interior das unidades de saúde.

A metodologia utilizada na capacitação foi baseada na apresentação teórico-expositiva-dialogada, utilizando como recurso didático *data show* e vídeos. Os temas abordados na capacitação visavam sensibilizar os atores envolvidos quanto à importância da participação social e do envolvimento nas atividades desenvolvidas pelo CLS. Tais temas versavam sobre o conceito de saúde; a história das políticas de saúde no Brasil; RSB e surgimento do SUS, bem como sua atuação na sociedade e princípios e diretrizes que norteiam o sistema; legislações vigentes sobre a temática; situação e histórico de implantação dos CLS no município; papel do conselheiro e do CLS; funcionamento e organização dos trabalhos do CLS, bem como seu regimento interno e fatores para melhorar a participação. Após e durante as explanações dos temas tratados, os participantes tinham um período para realizar questionamentos a fim de sanar as dúvidas existentes e contribuir com depoimentos

das experiências vivenciadas por eles e/ou familiares/população enriquecendo, assim, o debate em questão. No início de cada reunião, era passada uma lista de frequência para controle dos participantes, sendo que, compareceu uma média de 20 pessoas em cada encontro.

As capacitações eram divididas em dois momentos: o primeiro, relatado acima; e o segundo, em que os conselheiros iam conhecer a rede de serviços ligados aos SUS disponíveis no município, em um veículo disponibilizado pela prefeitura. A primeira capacitação ocorreu em 10 de maio de 2016, direcionada para os conselheiros da USF Pedrinhas, a qual foi conduzida pela assessora de controle social do município, para que, a partir da observação, a residente se apropriasse da metodologia e abordagem utilizada e pudesse conduzir as seguintes com maior segurança. Na segunda, na USF Veredinha, a autora conduziu as atividades com a residente de serviço social e a de fisioterapia, que também estavam atuando na Assessoria de Controle Social do município; e na terceira e na quarta, ocorridas nas USF Miro Cairo e Patagônia, participou a residente de serviço social.

Resultados e discussão

Os encontros para capacitação dos conselheiros e membros da comunidade ocorreram nas sedes dos CLS, localizadas no entorno da área de abrangência das respectivas unidades de saúde. Eles aconteceram no período compreendido entre maio e julho de 2016. No início de cada encontro, as residentes se apresentavam, visto que, não faziam parte do quadro de profissionais do município, estavam ali exercendo uma atividade como residentes. Todavia, a assessora do controle social informava previamente aos responsáveis pelo Conselo Local de Saúde que elas conduziriam as atividades. Algumas vezes tinha uma resistência inicial por parte de algum membro, mas que logo passava, e tudo corria tranquilamente.

Após a apresentação, era explanado o roteiro de como iria funcionar a capacitação, pontos abordados e seus objetivos. Em um primeiro momento, era feito um questionamento aos conselheiros e representantes da comunidade ali presentes sobre o conceito de saúde; como resposta, obtinha-se, na maioria das vezes, que era 'ausência de doença'. Essa resposta provinha tanto de membros da comunidade quanto de profissionais da Unidade de nível médio e também superior, o que denotava, por parte dessas pessoas, um pensamento equivocado e não condizente com os conceitos mais atuais do tema, não abrangendo seus determinantes sociais e econômicos, bem como o bem-estar, além do físico, mental e social. A Lei nº 8.080/1990 traz um conceito ampliado de saúde em seu art. 3º, alterado pela Lei nº 12.864/2013:

> Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais[6].

Após discutir com o grupo o conceito de saúde, era feita uma explanação sobre o histórico das políticas de saúde no Brasil, abordando a atenção à saúde no País antes do SUS, perpassando pelo processo da RSB e pela criação do sistema. Nesse momento, geralmente, o grupo participava bastante, principalmente os mais velhos, que contavam sua experiência de assistência à saúde quando o SUS não existia e sobre as principais dificuldades de atendimento à população. Muitos participantes não conheciam o processo da RSB e como de fato o SUS surgiu legalmente, foi uma novidade essa informação. O conhecimento desse arcabouço teórico-político é de suma importância para aqueles

que desempenham um papel de conselheiro de saúde, pessoas à frente da condução das atividades dos CLS, uma vez que deverão defender o SUS e fazê-lo funcionar por meio de propostas de políticas públicas em nível local. Assim, conhecer suas bases e normativas, surgimento e funcionamento é essencial para construção de tais propostas.

A partir da vivência, foi possível perceber que os CLS de Vitória da Conquista são espaços de controle social que apresentam particularidades locais. Os aspectos históricos da comunidade, bem como as articulações políticas e sociais locais, influenciaram no processo de consolidação desses Conselhos, o que faz com que cada um possua seus limites e possibilidades. Fatores como engajamento dos profissionais de saúde nesse processo e grau de instrução da população adscrita também pareciam influenciar na consolidação desses espaços.

Com relação à atuação do SUS, os profissionais de saúde trouxeram relatos de usuários que diziam 'não utilizar o SUS', por isso não precisavam do posto de saúde, muito menos de participar de reunião do Conselho. Tais relatos foram contrariados ao exemplificar os campos de atuação do SUS, pois ele está na qualidade da água que bebemos, na comida que consumimos nos restaurantes e compramos nos supermercados, no combate a doenças vetoriais que afetam toda a população etc. De acordo com a Lei nº 8.080/1990[6], estão incluídas no campo de atuação do SUS, entre outras ações: execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; a vigilância nutricional e a orientação alimentar e a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano.

No que tange à discussão sobre o papel do conselheiro e sua atuação ante o Conselho, ficou claro que a maioria deles desconhecia seu papel, candidatou-se por insistência da gestão e equipe de saúde, porque precisava de membros para compor o Conselho e fechar a ata. Ou seja, existia uma participação formal, porém não efetiva desses conselheiros, não existia um real conhecimento do que era o controle social. Nesse contexto, a iniciativa da gestão do município de fazer uma capacitação com os membros dos CLS a cada nova eleição é algo imperioso. Em uma experiência de capacitação de conselheiros desenvolvida por Matiello et al.[7] em Santa Catarina, em uma das reuniões do Conselho de Saúde, questionaram-se os conselheiros sobre quais seriam as maiores dificuldades e limites para o exercício do controle social; como resposta, foi obtida a falta de capacitação. Entretanto, nesta experiência, mesmo aqueles profissionais que informaram ter conhecimento sobre os princípios do SUS e sobre o controle social apontaram que o acúmulo teórico sobre o tema não era suficiente, colocá-lo em prática é um grande desafio, uma vez que é um processo novo na prática cotidiana dos profissionais de saúde.

Foi solicitado pela assessoria de controle social que fosse dada uma maior ênfase ao papel do profissional de saúde no processo de controle social, visto que este, por meio da sua atuação, deve exercer um papel educativo e motivador para com a população, no que diz respeito à participação no CLS. As falas dos profissionais para justificar o pouco ou nenhum envolvimento com o CLS da sua unidade se dividiam entre 'falta de tempo'; acúmulo de atividades de assistência e gerenciais e falta de motivação, pelo fato de não se alcançar resultados positivos e resoluções para as demandas trazidas. Esse primeiro passo e incentivo por parte dos profissionais de saúde, que, supostamente, possuem um maior conhecimento teórico sobre o tema, é de suma importância, já que, com relação à comunidade em geral, é notória a existência de uma cultura política pouco participativa. Existe uma marca histórica de omissão do cerceamento dos seus direitos, havendo uma descrença na participação popular como transformadora da realidade.

A mesma constatação foi encontrada por Nogueira et al.[8], em um trabalho desenvolvido para implantação de um CLS, em que um dos obstáculos encontrados foi o pouco envolvimento dos profissionais da USF durante o processo de sensibilização para a formação do Conselho. Essa pouca participação não condiz com o que dispõe a Portaria nº 2.488/2011[9], que traz a Política Nacional da Atenção Básica, a qual define como uma das atribuições dos profissionais o papel de indutor na promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, como característica do processo de trabalho de saúde da família. Isso demonstra a distância que ainda existe dos princípios almejados para esse processo de trabalho em seu cotidiano[8]. Os profissionais devem utilizar esse espaço para um diálogo com a população adscrita, de modo a facilitar a implantação de projetos no serviço, bem como oportunizar uma escuta qualificada das demandas dos usuários.

Desse modo, após o processo de capacitação, uma das primeiras ações do Conselho deve ser a divulgação desse espaço de controle social, informação do modo como ele funciona e da força política para que dali surjam decisões públicas para a comunidade. Posteriormente, pode-se estar buscando criar parceira com as lideranças religiosas e políticas do bairro, bem como com a mídia local e gestores da saúde, a fim de estreitar um diálogo que priorize a melhoria dos serviços de saúde para comunidade, agindo conjuntamente no processo de desenvolvimento e implantação de tais ações e para que todos tomem conhecimento das questões sanitárias e sociais que envolvem o serviço e aquela localidade.

Outra questão levantada pelos conselheiros diz respeito ao uso do espaço do CLS para fins políticos, causando um esvaziamento desse espaço pela comunidade. Oliveira[10] refere que não é difícil constatar, na prática cotidiana dos Conselhos, a existência de grande número de variáveis que impedem ou dificultam o exercício dos princípios constitucionais a eles designados. Dentre essas variáveis, pode-se destacar as peculiaridades de cada local e a existência de uma arena de interesses políticos divergentes, com diversas disputas que influenciam na mobilização social, tornando o processo de sensibilização dos atores ainda mais complexo. No estudo desenvolvido por Barros et al.[11], a constatação não foi diferente quanto a não participação da comunidade nas reuniões do Conselho, em que é relatado que a população do estudo vivia em um bairro conformado, marcado pela a omissão popular diante de seus direitos. As pessoas do bairro citado não gostavam de participar de nada que viesse a ter relação com política pública, e isso por fazerem referência a atos ligados à politicagem, discursos reproduzidos principalmente pela mídia.

Apesar das dificuldades descritas observadas nesta experiência, podem ser citados aspectos positivos durante esse processo: a existência de uma política municipal de saúde favorável à implantação de CLS, que obriga a criação do CLS em todas as unidades de saúde; disponibilização de um documento denominado de Regimento Interno que traz de forma detalhada como esse Conselho deve funcionar e como será composto; importância dada pela gestão do município ao processo de capacitação de todos os conselheiros a cada nova eleição, bem como a participação em todo processo eleitoral e o engajamento de alguns atores, como agentes comunitários e líderes da comunidade, que mesmo com todas as dificuldades, abraçam a causa e lutam por um SUS melhor.

De forma geral, os encontros tiveram uma boa avaliação por parte dos conselheiros ali presentes a partir de *feedbacks* direcionados à assessora do controle social, porém, pelo afastamento da autora do campo e do programa, não foi possível identificar mudanças reais na atuação desses Conselhos, bem como de atitude destes participantes no processo. Após os encontros, definiram-se algumas prioridades, e passou-se a pensar em uma estratégia para efetivar o exercício

do controle social no município por meio de ações voltadas para os limites vivenciados pelos conselheiros. A definição dos limites enfrentados pelos CLS é o primeiro passo para efetivar a política de saúde no município e local. Contudo, devido à mudança de campo de prática em julho e ao desligamento do programa de residência no mês seguinte, a autora não acompanhou o processo de colocação, na prática, dessas estratégias.

Com essa experiência, fica claro perceber de uma forma mais prática o papel de destaque dos CLS, não só na fiscalização como no envolvimento da população com a responsabilidade de serem construtores da solução dos problemas de saúde da comunidade. Para isso, porém, a atuação dos conselheiros deve ser efetiva, tanto de profissionais de saúde quanto de representantes da comunidade. O empoderamento da comunidade como cogestora dos trabalhos de saúde permite que ela transite da condição de mera expectadora, passando a gerir efetivamente e participar ativamente na unidade de saúde. Entretanto, para isso, esses atores precisam estar munidos de informação, ser capacitados e sensibilizados para tal, para que assim possam ser verdadeiros agentes de mudanças para a saúde local. O desafio de construção de uma sociedade democrática, mais justa, com participação direta dos cidadãos na gestão é constante, mas é preciso começar.

Considerações finais

O presente trabalho mostrou a grande importância de ter conselheiros capacitados para atuar nos CLS e que saibam a importância da participação da sociedade na construção da saúde, revelando a necessidade de assegurar uma política municipal de educação permanente para os profissionais de saúde, para subsidiar o exercício da prática cotidiana no fomento ao controle social. O conselheiro profissional de saúde tem um papel de destaque nesse processo, uma vez que deve fomentar a participação popular. A dificuldade maior é fazer com o indivíduo se identifique e se responsabilize em promover mudanças na sociedade em que vive. O processo de sensibilização de profissionais e comunidade para participarem desses espaços se constitui em um grande desafio, mas a sustentabilidade de atuação desse Conselho torna-se um desafio ainda maior.

O estudo também apontou como principais dificuldades encontradas para o efetivo funcionamento do CLS a desmotivação dos profissionais e população, desconhecimento da população sobre controle social, uso do espaço do Conselho como espaço político, entre outras. Vale ressaltar que a simples existência de um CLS não significa necessariamente o exercício do controle social efetivo, pois a capacidade de mobilização e organização da sociedade é determinante para a eficácia desse processo. Foi possível perceber que, embora a rede de controle social do município seja composta por todos os instrumentos de participação social previstos em Lei, a efetivação das práticas, participação da população e exercício da cidadania nesses espaços ainda é algo rodeado de muitos desafios e que o papel do conselheiro local de saúde se constitui em um dos principais gargalos dessa problemática.

Apesar das dificuldades, os Conselhos têm um grande potencial para se afirmarem como instâncias que impulsionam a participação da sociedade organizada no ciclo de políticas públicas de saúde, contribuindo para melhorias da estrutura político-institucional do País. Estes devem intervir em decisões políticas priorizando o bem comum e a aplicabilidade das leis no âmbito da saúde, utilizando desse espaço não só para fiscalizar, mas para envolver a população em algo maior, que é a responsabilidade de serem construtores da solução das problemáticas geradas. Assim, acredita-se que este trabalho pode contribuir para discussões e reflexões acerca da temática do controle social, contribuindo para novas práticas no âmbito dos CLS. ■

Referências

1. Escorel S, Moreira MR. Participação Social. In: Giovanella L, organizadora. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 979-1010.

2. Paim JS. Uma análise do processo da Reforma Sanitária brasileira. In: Saúde em debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. jan-abr 2009; 33(81):27-37.

3. Miranda JMB, Guimarães SJ. Controle social e conselhos locais de saúde em Teresina: limites e possibilidades. Revista FSA, jul-set. 2013; 10(3): 212-227.

4. Quandt FL, Fantin AD, Oliveira JR, et al. Análise sobre a participação da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde: caso do município de Pomerode. Saude Transf Soc. 2013; 4(3):83-90.

5. Vitória da Conquista (Prefeitura). Plano Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, 2014 – 2017. 2017 [acesso em 2018 maio 28]. Disponível em: http://www.pmvc.ba.gov.br/saude/.

6. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro 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. [internet]. 2017 fev [acesso em 2017 fev 14] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

7. Matiello AA, Todescato CE. Capacitação conselheiros locais de saúde de Marema/SC: uma proposta visando contribuir para o avanço da política de saúde do município. [internet]. 2017 fev [acesso em 2017 fev 10]. Disponível em: https://cursos.atencaobasica.org.br/relato/806.

8. Nogueira FCP, Lima LHO, Wolfovitch RG, et al. Implantação de um conselho local de saúde: desafios da prática do controle social. Revista Baiana de Saúde Pública. jan-abr 2008; 32(1):104-110.

9. Brasil. 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). [internet]. 2017 fev [acesso em 2017 fev 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

10. Oliveira VC. Desafios e contradições nos Conselhos de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Brasília, DF; 2007.

11. Barros SM. Conselho Local de Saúde: um relato de experiência. [internet]. 2017 fev [acesso em 2017 fev 10]. Disponível em: https://cursos.atencaobasica.org.br/relato/4266.

Residência multiprofissional em saúde da família como aposta para potencializar e qualificar serviços de saúde

Multiprofessional in family health as a bet to enhance and qualify Primary Health Care services in singularities.

Rita de Cássia de Sousa Nascimento[1]

RESUMO A formação de profissionais da Turma 1 Permusf (Programa Estadual de Residência Multiprofissional Regionalizado em Saúde da Família) (2015-2017), para intervenções na atenção primária, objetivou promover saúde no território, ordenar redes de atenção, integralizar cuidado, por meio de uma perspectiva teórica pedagógica convergente com princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A formação foi orientada por estratégias educacionais pautadas no currículo integrado que utilizaram cenários de aprendizagem em 12 municípios de 9 macrorregiões da Bahia. Fundamentada na atenção integral e interdisciplinar, a formação adotou metodologias ativas de ensino-aprendizagem com foco na territorialização e matriciamento para construção e desenvolvimento de competências na identificação de problemas e intervenções com autonomia e reflexão crítica. Por meio da espiral construtivista e planejamento estratégico, houve a identificação de problemas, busca de fatores explicativos e proposição de soluções viáveis. O curso contribuiu significativamente para a formação de 35 residentes egressos capazes de refletir sobre mudanças que ocorrem nos cenários de práticas da atenção primária e de promover as mudanças esperadas. Competências desenvolvidas geraram fluxo de ação e reflexão, superando a dicotomia entre teoria e prática, entre conhecimento, trabalho e vida, como uma aposta que permite a qualificação da formação para os serviços de atenção primária por meio de mudanças significativas no processo de formação, cuidado e gestão na saúde.

PALAVRAS-CHAVE Educação em saúde. Territorialidade. Atenção à saúde. Avaliação em saúde. Ensino.

ABSTRACT *The training of Class 1 Permusf (Programa Estadual de Residência Multiprofissional Regionalizado em Saúde da Família) (2015-2017), professionals for primary care interventions, was aimed at promoting health in territory, ordering care networks, and integrating care, through a theoretical perspective convergent with the Unified Health System (SUS) principles and guidelines. The training was guided by educational strategies based on integrated curriculum, which used learning scenarios in 12 municipalities of 9 macro health regions of Bahia. Based on integral and interdisciplinary attention, the training adopted active methodologies of teaching-learning focused on territorialization and proposal of pedagogical-therapeutic intervention for construction and development of competences in problem identification and interventions with autonomy and critical reflection. Through the constructivist spiral and strategic planning there was problem identification, search for explanatory*

[1] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) – Salvador (BA), Brasil.
nascimento.rita@gmail.com

factors and proposition of viable solutions. The course contributed significantly to training of 35 graduates who are able to reflect on changes occurring in the scenarios of primary care practices and to promote the expected changes. Developed skills generated a flow of action and reflection, overcoming the dichotomy between theory and practice, between knowledge, work and life, allowing potentially viable and effective interventions, constituting significant changes in the process of health care, training and management, with power to intervene in concrete realities from the territories.

KEYWORDS *Health education. Territoriality. Health care (public health). Health evaluation. Teaching.*

Introdução

A origem grega da palavra andragogia remete a pensar sobre a arte e a ciência de ajudar as pessoas adultas a aprender, sendo que uma das ciências que mais contribuiu para a sua gênese foi a psicoterapia[1]. Sua aplicação está associada à experiência de aprendizagem na educação de adultos, cujo processo é influenciado por vários fatores que estão inter-relacionados, como o estresse, a percepção de necessidades, as experiências prévias, o contexto social e cultural em que ocorre a educação e, porque não dizer, remete a uma questão de especificidade cultural[2].

Um dos pressupostos-chave para a educação de adultos, e que fazem parte dos fundamentos da moderna teoria de aprendizagem de adultos, é que estes estão dispostos a iniciar um processo de aprendizagem desde que compreendam a sua utilidade para melhor afrontar problemas reais da sua vida pessoal e profissional. Há pontos de intersecção entre a andragogia e a pedagogia de Freire, quais sejam enfatizar a participação, o diálogo, a relação horizontal entre educador e educando; e por ter, a pedagogia de Freire, o conceito de transformação, visto também como central no processo andragógico[3]. Nesse sentido, a andragogia busca promover o aprendizado mediante a experiência, fazendo com que a vivência estimule e transforme o conteúdo, impulsionando a assimilação, é o aprender por meio do fazer, o "aprender fazendo", corroborando o pensamento de Freire no sentido de que "ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção"[4(47)].

Feitas estas considerações, é importante ressaltar que um Projeto Pedagógico de Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (uni e multiprofissional) deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde. As estratégias pedagógicas do Programa Estadual de Residência Multiprofissional Regionalizado em Saúde da Família (Permusf), da Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco de Magalhães Netto (EESP), diretoria da Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), recentemente denominada Escola de Saúde Pública Professor Jorge Novis (ESPBA), estão pautadas no currículo integrado, baseado na teoria crítica e no referencial que considera as formas de construção do currículo como fatos sociais, o que

proporciona uma compreensão global do conhecimento e promove maiores parcelas de interdisciplinaridade na sua construção[5].

As competências elaboradas pelo Programa de Residência da ESPBA geram um fluxo de ação e reflexão no qual é possível superar a dicotomia entre teoria e prática, bem como entre conhecimento, trabalho e vida. Esse currículo pode contribuir significativamente para a formação de profissionais com autonomia, criticidade, abertos e capazes de refletir sobre as mudanças que ocorrem a todo o momento nos cenários de práticas da atenção primária[6].

Há uma necessidade de somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a perspectiva de viver com qualidade. É preciso também considerar a valorização de todos os saberes presentes no cenário do território onde as práticas de saúde são desenvolvidas, tendo como centro as necessidades apresentadas pelos usuários[7]. Partindo deste pressuposto, portanto, quais estratégias educacionais são imprescindíveis?

Um dos compromissos e desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) está na necessidade permanente de fomento às políticas de desenvolvimento para os trabalhadores que integram seu cenário, propondo para tal um processo permanente de aprendizado pelo trabalho, projetando possibilidades de desconstrução/construção de novos valores, ideais e lutas para produzir mudanças de práticas, de gestão e de participação social[8]. Educação e saúde assumem, portanto, uma relação dialética que contribui para a integralidade do ser humano, considerando que "o binômio constitui práticas socialmente produzidas em tempos e espaços históricos definidos"[9(195)]. Por outro lado, a metodologia problematizadora é mais que uma abordagem educativa; ela é uma postura educacional crítica sobre os elementos da realidade vivida pelos sujeitos do processo, além de considerar que os problemas do cotidiano são janelas de oportunidades para a construção de hipóteses que busquem soluções factíveis nos moldes da ação-reflexão-ação[7,10]. Logo, as ações educativas que utilizam a metodologia problematizadora desenvolvem momentos de construção coletiva por significação, nos quais as diferentes situações da realidade observada e vivida são compartilhadas entre os participantes do grupo, que democratizam saberes, experiências e propostas, é a partir dela que se discutirá sobre a Educação Permanente em Saúde[10].

Estratégias pedagógicas do Permusf – ESPBA

De modo a incrementar o trabalho articulado em rede e com o propósito de iniciar a organização dos campos de prática, promovendo a integralidade do cuidado, a seleção dos municípios para implantar o Permusf se deu mediante alguns critérios, como ser sede de macrorregião de saúde e receber novos cursos de medicina, considerando a proposta das novas Diretrizes Nacionais Curriculares daquele curso.

Ao se utilizar de campos de prática de 12 municípios das 9 macrorregiões de saúde do estado (Norte, Sul, Leste, Oeste, Sudoeste, Centro-Leste, Centro-Norte e Extremo-Sul) do estado da Bahia, a primeira turma do Permusf foi implantada a partir de um Seminário de Apresentação das Estratégias Pedagógicas para secretários de saúde, coordenadores da atenção básica, técnicos de diretorias estratégicas da Sesab, coordenação estadual do Programa e técnicos da ESPBA. Na oportunidade, cada gestor, assinou um termo de compromisso em função de apoiar as propostas de implantação e implementação do Permusf. Foram estes os municípios eleitos: Alagoinhas, Barreiras, Guanambi, Itabuna, Jacobina, Juazeiro, Salvador, Santo Antônio de Jesus, São Francisco do Conde, São Gonçalo dos Campos, Vitória da Conquista, Teixeira de Freitas.

O Programa objetiva formar profissionais de saúde para o desenvolvimento da atenção

primária por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) de forma regionalizada. Tendo em vista a promoção da saúde, ordenamento e consolidação das redes de atenção e a integralidade do cuidado, o Programa utilizou-se de cenários municipais reais para incremento das práticas em saúde, com vistas ao desenvolvimento de competências por meio dos princípios que o norteiam: territorialização, trabalho em equipe, matriciamento, Educação Permanente em Saúde e redes de atenção à saúde. Em sua primeira turma, o Permusf contemplou seis profissões de saúde, quais sejam: enfermagem, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social.

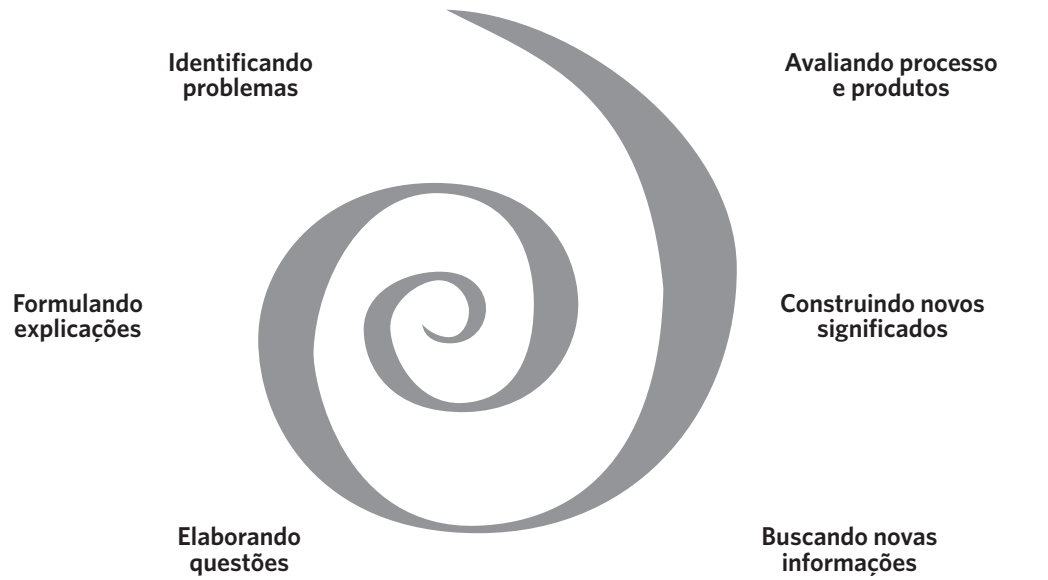
A escolha das Unidades de Saúde da Família (USF) se deu de modo a ter cobertura pelo Nasf e contar com profissionais da equipe mínima e do núcleo de apoio com perfil para atuar como preceptores de residentes. Foram coordenadores locais do Permusf os que coordenaram a atenção básica ou a educação permanente dos municípios eleitos.

Para desenvolvimento da proposta educacional, o Permusf adota métodos ativos de aprendizagem como estratégia pedagógica, em que os preceptores são trabalhadores locais das USF e Nasf e responsáveis por facilitar o aprendizado dos residentes, por meio da discussão de narrativas e usuário-guias. Tais métodos buscam a espiral construtivista (*figura 1*), pela representação dos movimentos desenvolvidos no trabalho coletivo dos grupos de residentes, possibilitando a aprendizagem significativa.

Esses métodos enfatizam a ação de problematizar, pois têm como objetivo último que o residente aprenda a relacionar três momentos: identificação de um problema, busca de fatores explicativos e proposição de soluções[11].

O currículo integrado desse Programa está baseado na interdisciplinaridade, motivando um diálogo entre as áreas temáticas, possibilitando desconstruir e retrabalhar concepções a fim de implantar e implementar novas práxis na atenção primária, por meio do desenvolvimento do cuidado pela equipe mínima ou pela equipe do Nasf.

Figura 1. Fluxograma da dinâmica das oficinas com as gestantes



Fonte: Lima[12].

Desenho metodológico

A ESF tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde e a prestação de assistência integral no enfrentamento dos problemas existentes na população[13]. O processo de territorialização, estabelecido pela Portaria Ministerial nº 1.886/97, é um dos pressupostos básicos da ESF, sendo considerado como ponto de partida para a organização do trabalho das ações de saúde[14,15].

O cenário de atuação dos residentes do Permusf é a ESF, a partir das equipes de saúde nos territórios de abrangência, que acompanham um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, atuando na promoção de saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Nesse sentido, a proposta de utilização do território como princípio norteador das práticas desenvolvidas pelos residentes do Programa ultrapassa os limites geográficos de delimitação do espaço geográfico de atuação, logo, a simples espacialização, bem como excede a distribuição de doenças, doentes e serviços circunscritos à atuação do poder público[16].

O território permite entender o processo saúde-doença como manifestação social e coletiva, pela análise do perfil epidemiológico, do processo de urbanização e intensificação das relações sociais, portanto, como espaço no qual a vida da população acontece, sem limitar-se apenas ao espaço físico[17].

Objetivando o estabelecimento de vínculos entre a comunidade e a atenção primária, a Turma 1 de residentes do Permusf vivenciou o território dos campos de prática com vistas ao entendimento das relações sociais no contexto saúde-doença e produção do cuidado com foco em intervenções mais efetivas. Tendo esta como a temática inicial do processo formativo, os residentes tiveram a oportunidade de conhecer os territórios de abrangência ao lado das equipes de saúde dos municípios e lideranças locais, levantando aspectos relativos aos fluxos de vida da comunidade e buscando a compreensão sobre a ocorrência de saúde e doença nas coletividades, assim como o fenômeno biológico como processo social, espacial e temporalmente determinado[18].

O trabalho interdisciplinar desenvolvido no território é um eixo do Permusf. Baseando-se na problematização do conhecimento, foi tratado em abordagens temáticas, que a cada trimestre foram integradas em um único módulo. Tais abordagens temáticas, que compõem cada módulo, foram selecionadas por proximidade e relação com as práticas vivenciadas, sendo trabalhadas a partir de projetos interdisciplinares *(quadro 1)*.

Quadro 1. Organização curricular dos módulos temáticos interdisciplinares

MÓDULO I – R1	Determinantes Sociais: um olhar sobre o Território Família, Saúde e Sociedade Atenção Primária à Saúde
MÓDULO II – R1	Políticas de Saúde e Modelos de Atenção à Saúde Integralidade do Cuidado Redes de Atenção à Saúde
MÓDULO III – R1	Fundamentos do Apoio Matricial Clínica Ampliada Educação Permanente em Saúde
MÓDULO IV – R1	Gestão do Cuidado – Projeto Terapêutico Singular Trabalho em Equipe Ética aplicada à Saúde

Quadro 1. (cont.)

MÓDULO V – R2	Promoção da Saúde Intersetorialidade Participação Social
MÓDULO VI – R2	Informação e Comunicação em Saúde Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Trabalhos de Conclusão de Curso (TCR) – parte 1
MÓDULO VII – R2	Trabalhos de Conclusão de Curso (TCR) – parte 2 Apresentação de experiências – Núcleos temáticos
MÓDULO VIII – R2	Apresentação dos TCR

O acompanhamento pedagógico foi conduzido pelos tutores de núcleo profissional, por meio da discussão temática modular nos fóruns do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). O AVA foi customizado de modo a inserir os grupos por núcleo profissional (tutor, preceptor e residente), independentemente do município de atuação do residente. Para conhecer mais sobre o AVA EADSUS-BA, acessar a página: www.eadsus.ba.gov.br/.

Os tutores de campo foram responsáveis pelo fomento à discussão presencial da área de concentração do programa – saúde coletiva –, bem como pela elaboração de projetos de intervenção. Já os preceptores conduziram presencialmente as discussões quinzenais de narrativas, usuários-guia ou de situações-problema processando a espiral construtivista com os residentes.

A cada módulo temático, portanto, foram apresentadas pelos residentes no AVA até três narrativas e uma síntese reflexiva ampliada correspondente. Nessa síntese, o residente dialoga com suas experiências formativas de aprendizado e com a literatura.

Todo final do módulo temático culminou com a realização de um Seminário Trimestral Interdisciplinar de Avaliação (STI), de presença obrigatória para os residentes. Ocorreram oito deles ao final do Programa, oportunidade para sistematizar as discussões modulares, debater proposições, realizar dinâmicas educacionais (como oficinas, mesas redondas e *team based learning*) e a troca de experiências regionalizadas, com o intuito de fortalecer o aprendizado.

Essa aposta metodológica enfatiza a aprendizagem significativa, cuja análise crítica e contextualizada dos temas propostos com preceptores, tutores, equipes de saúde e coordenações locais promoveu a concepção sociopolítica do território e da família nesse contexto. Outrossim, a apropriação no campo da saúde coletiva de modo ao enfrentamento de problemas concretos e busca de respostas sociais aos problemas de saúde, traduzidos na territorialidade de políticas públicas, equipamentos e ações, ratificando assim a relevância do território como objeto e lócus da atenção primária.

Gestão do cuidado: problematização e planejamento

> *A localização termina, como corresponde a todo método intelectual, na interrogação que pergunta pela situação do lugar. (Heidegger, 1998).*

A atenção primária vem progressivamente se tornando um complexo assistencial que envolve difíceis definições de tecnologia apropriada, em que se pode identificar diferentes espaços e estratégias de intervenção

sanitária[17]. Dessa forma, o conhecimento do território proporciona um entendimento sequencial que adota a direção da gestão do cuidado de modo mais viável e efetivo; neste sentido, o Planejamento Estratégico Situacional (PES) pauta o modelo a ser utilizado, na medida da programação local de saúde, considerando a necessidade de utilizar um enfoque estratégico de planejamento que permita apreender a complexidade dos processos sociais.

Esse modelo estratégico fomenta e fundamenta a clínica ampliada, que se contrapõe ao modelo assistencial tradicional, por centrar-se no sujeito e em suas necessidades, considerando sua singularidade e propondo a sua corresponsabilização no processo do cuidado. Nela, ferramentas são desenvolvidas de maneira a ofertar ao usuário o cuidado no tempo e espaço oportunos, e com a qualidade requerida, em que o usuário é o grande beneficiário das intervenções, haja vista estarem pautadas em suas necessidades[19].

Assim, os residentes prosseguiram o processo ativo de formação, de modo a implementar ações no cotidiano das práticas por meio do suporte pedagógico da espiral construtivista. Este dispositivo, de teoria sociointeracionista da educação e da trajetória das práticas pedagógicas nas sociedades ocidentais[19], foi implementado pelos preceptores do Programa e apoia a problematização de acordo com os movimentos, análogos aos do PES: 'identificando problemas', 'formulando explicações', 'elaborando questões', 'construindo novos significados', 'avaliando processo e produtos'.

Pautando-se pelo PES, que fornece ferramentas operacionais para a construção de projetos e planos de ação para o enfrentamento de problemas estratégicos e que resultem em um impacto positivo na qualidade de vida da população, o momento normativo é aquele do modelo lógico, ou seja, do planejamento e propostas de ação em diferentes cenários, visando à modificação da situação-problema. Já o momento estratégico está voltado à construção da viabilidade do plano objetivando sua governabilidade e sustentabilidade. Ao passo que colocar o plano em prática, avaliando os resultados e redefinindo novas metas, é o momento tático-operacional, o da gestão do plano[20].

Nesse sentido, vale destacar que alguns dos planos construídos pelos residentes e equipes, para intervir nos cenários de práticas, funcionaram como Trabalhos de Conclusão da Residência (TCR) na modalidade 'relatos de experiências', apoiados pela ESPBA em sua diretriz de elaboração de trabalhos acadêmicos para conclusão de cursos.

Ainda que na essência o planejamento não tenha se afastado de certa racionalidade instrumental, sua prática como uma práxis transformadora demonstra o seu caráter social no cenário das práticas em saúde[21]. O sentido eminentemente teórico pode deixar de existir no momento em que os residentes buscam estabelecer estratégias de enfrentamento dos problemas socialmente determinados, o que se dá à medida que a territorialização se efetiva, transformando sua prática em movimentos de acumulação social pela e para a saúde.

Enfim, parafraseando Milton Santos, compreendeu-se que o conhecimento do território por meio do seu uso, e não o território em si mesmo, é que faz dele objeto de análise social. É, por conseguinte, 'ponte estrategicamente posicionada entre a teoria crítica do espaço e a ação política'. Dessa forma, a territorialização enquanto princípio do Permusf pode proporcionar o planejamento de intervenções pautadas nas necessidades da população, dessa forma, mais potentes e efetivas.

Narrativas, usuários-guia, situações-problema e diário cartográfico

Estes são os dispositivos que disparam o processo formativo dos residentes do Permusf. Narrativas, usuários-guia ou

situações-problema foram utilizados na atividade com o preceptor e postados no ambiente virtual de aprendizagem, como parte do portfólio do residente.

Ao narrar, o residente reconstrói o mundo vivido e, mais do que isso, dota os fatos e vivências narrados de mais sentido e clareza. Dependendo de como se articula conteúdo e forma, a narrativa pode tomar contornos de uma crônica, de uma piada, um conto, uma peça teatral ou de uma fábula, entre tantas outras. Uma narrativa pode vir entremeada de falas e pensamentos dos atores envolvidos, possibilitando sempre que os diversos pontos de vista envolvidos sejam expressos[22].

As narrativas corresponderam a experiências ligadas à prática profissional do residente em formação e que foram consideradas 'críticas', no sentido de terem exigido especial esforço, ações e/ou reflexões do residente ou da equipe mobilizada e cujas questões envolvidas possam reverberar nos demais residentes. Portanto, a narrativa foi orientada a transpirar dúvidas, emoções e reflexões, de modo a transparecer o cenário no qual ocorreram os fatos, que fosse permeável às diferentes posições dos diversos atores e que, sobretudo, mobilizasse os ouvintes e leitores a realizar novas reflexões, estimulando-os a produzir novos conhecimentos a partir da história compartilhada.

As narrativas foram de livre escolha dos residentes, elaboradas por eles, atendendo ao critério de ter ocorrido no campo de prática e seguindo o termo de referência para sua elaboração.

No primeiro encontro mensal, cada residente produz uma narrativa ou usuário-guia e encontra-se com os demais residentes e preceptores para o processamento da narrativa escolhida. O objetivo é gerar o problema, as hipóteses (explicação do problema) e as questões de aprendizagem, ou seja, as três primeiras etapas da espiral, conforme a *figura 1*, também chamada de síntese provisória. Em uma Atividade Autodirigida (AAD), no intervalo entre os encontros, os residentes buscam novas informações para dar seguimento às discussões no segundo encontro mensal com os preceptores, oportunidade em que os residentes levam os resultados de suas buscas. Desta feita, são trabalhadas as duas últimas etapas da espiral construtivista: construindo novos significados e avaliando processos e produtos, também chamadas de nova síntese.

O *quadro 2* traz a dinâmica do processamento da narrativa e outros dispositivos educacionais, quais sejam: usuário-guia e situação problema.

Quadro 2. Encontros mensais para processamento dos dispositivos pedagógicos por meio da espiral construtivista

ROTEIROS PARA PROCESSAMENTO DE DISPOSITIVOS PEDAGÓGICOS	
1º. Encontro Mensal (quinzena 1)	**2º. Encontro Mensal (quinzena 2)**
IDENTIFICANDO O PROBLEMA – Qual a cena escolhida?	– Que práticas podem ser ressignificadas? (CONSTRUINDO NOVOS SIGNIFICADOS)
FORMULANDO HIPÓTESES – Que observações exploratórias?	
ELABORANDO QUESTÕES DE APRENDIZAGEM – Quais facilidades e limitações próprias você percebe para resolver a situação detectada?	– Como foi o processo para o residente, para o grupo e para o preceptor/equipe? (AVALIANDO PROCESSOS E PRODUTOS)
ELABORANDO QUESTÕES DE APRENDIZAGEM – Quais potencialidades e fragilidades você enxerga para a equipe resolver a situação detectada?	

No que tange ao usuário-guia, trata-se do relato da produção do cuidado com um usuário acompanhado no serviço de saúde. Entende-se que a produção do cuidado não se limita à realização de procedimentos técnicos e se dá na relação entre o usuário e o trabalhador. Assim, é necessário compreender o usuário-guia como a narrativa de um encontro. Um encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário, incluindo todos os outros encontros que atravessam esta relação: com outros profissionais, com a família, com outros serviços de saúde, com o bairro etc., ou seja, encontro de encontros. Todavia, trata-se de uma narrativa produzida que tem como referencial o usuário; é, portanto, uma descrição usuário centrada.

Quanto às situações-problema, estas foram elaboradas pela Coordenação Estadual com intencionalidade educacional dirigida, especialmente no primeiro módulo, momento de adaptação dos residentes aos campos de prática e à metodologia proposta.

A construção do diário cartográfico pode ser compreendida como uma possibilidade de produção de visibilidades e novas possibilidades de ver e dizer para os acontecimentos que se estabelecem na produção do processo formativo do residente e das práticas desenvolvidas[23]; para tal construção, é preciso estar aberto aos encontros neles produzidos. A cartografia não tem um roteiro, não precede de um método, não pressupõe uma investigação. Ao contrário, ela pressupõe a abertura para a inventividade e criação, em que cada um pode lançar mão de diversos recursos para dar vazão aos encontros (ou não) do seu processo formativo. Assim, qualquer entrada nesse diário cartográfico é válida, desde que produza múltiplas saídas (afetos e sentidos)[23]. Isso contribui para a autoavaliação e para os ajustes necessários à formação do residente.

Tutoria Permusf

A função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, três anos na área.

A tutoria de núcleo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades práticas e teórico-práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes. No Permusf, o tutor de núcleo profissional é o agente que faz o acompanhamento das atividades do curso por meio do AVA, especificamente das atividades vinculadas ao conteúdo específico da categoria profissional que matriciará a equipe mínima. Na Turma 1, a tutoria de núcleo foi realizada pelos profissionais da Diretoria de Gestão do Cuidado e Diretoria de Vigilância Epidemiológica, bem como dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS/Sesab).

Já a tutoria de campo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades práticas e teórico-práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes, no âmbito do campo de conhecimento – Saúde Coletiva (SC) –, integrando núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa. No Permusf, o tutor de campo da SC é o agente que faz o acompanhamento das atividades do curso por meio da visita *in loco*, especificamente das atividades vinculadas à temática de saúde da família. Essa tutoria foi desenvolvida pelos apoiadores institucionais da Diretoria de Atenção Básica/Sesab, de modo a inserir os residentes nas atividades realizadas nos territórios dos NRS, com a finalidade de desenvolver projetos de intervenção sobre a realidade dos territórios. O propósito é contribuir para o desenvolvimento das redes locorregionais de atenção à saúde, sendo priorizadas aquelas de acordo com a realidade que se apresenta nos territórios.

A avaliação da tutoria é semestral, conforme termo de referência de avaliação do Permusf, por meio de formulários próprios,

com elementos para realizar o acompanhamento formativo dos residentes. Nos STI, ocorre o *feedback* entre equipes de tutores, residentes e preceptores, por núcleo profissional.

Preceptoria Permusf

Na aposta metodológica escolhida para o Permusf, o preceptor atua como um facilitador do processo de aprendizagem. A realidade é problematizada pelo residente por meio de narrativas ou usuários-guia, ou ainda por meio de situações-problema, elencadas pela Coordenação Estadual. De modo que tais dispositivos apresentem um desafio cognitivo para o qual se reconhece a utilidade, tanto para o residente quanto para a equipe, que também aprende. Os residentes devem participar de modo colaborativo e cooperativo no processamento de tais dispositivos disparadores do processo ensino-aprendizagem e ativar os conhecimentos prévios, determinantes na construção de novos saberes, tornando a aprendizagem significativa.

Ao utilizar os movimentos da espiral construtivista, que projeta uma aprendizagem inacabada, pedagogicamente ela é dividida em dois momentos; para tanto, são previstos dois encontros mensais entre residentes e preceptores, portanto, de intervalo quinzenal, conforme descrito no *quadro 2*.

Os residentes finalizam o estudo da narrativa, do usuário-guia ou da situação-problema, na unidade de saúde, ou em outro local onde aconteçam as discussões entre os preceptores e equipe de saúde, postando a nova síntese no AVA. Chama-se esta nova síntese de síntese reflexiva, que é um texto sistematizado a partir das discussões, com referências da literatura sobre o problema narrado e o conhecimento produzido. O preceptor realiza a avaliação trimestral do residente sob sua responsabilidade, conforme o termo de referência de avaliação do Permusf, em formulário próprio com elementos para realizar o acompanhamento formativo dos residentes.

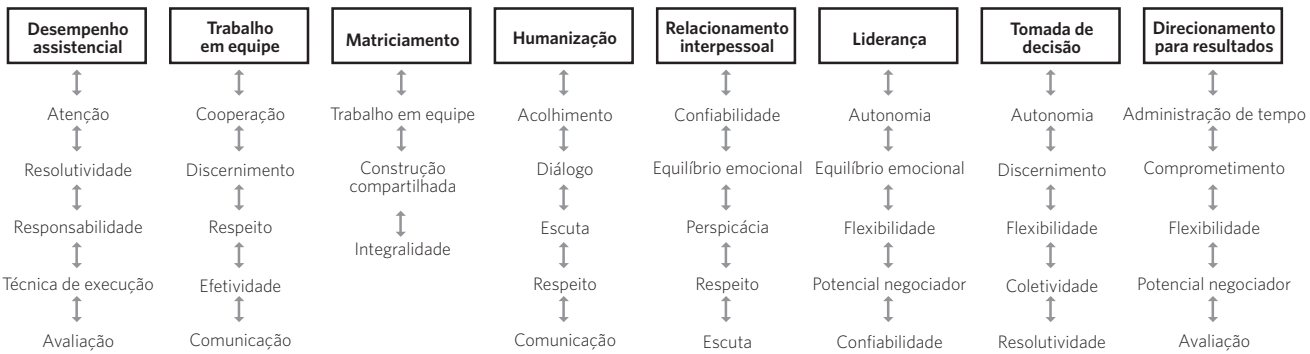
Para aperfeiçoar o desempenho de suas atividades, o preceptor é convidado a fazer parte de oficinas pedagógicas presenciais, que ocorrem nos seminários trimestrais interdisciplinares de avaliação ou por web conferência, considerando seu local de trabalho, no interior do estado e distante da capital.

Avaliação utilizada pelo Permusf

A escolha pedagógica do Permusf exige um processo contínuo de avaliação do residente, prioritariamente formativa, ação esta que permite serem identificadas as potências e superação de barreiras que interferem no processo de ensino-aprendizagem. A avaliação formativa é caracterizada, portanto, como um ato de comunicação entre os pares (residentes, preceptores, tutores e coordenações), capaz de transformar qualitativamente as práticas de saúde. Seu foco deve ser permanente no processo de construção nas áreas de competência da Residência, pautada na matriz de competências básicas (*figura 2*), relativa aos oito módulos temáticos, e das habilidades e atitudes desenvolvidas nos campos de práticas.

Nesse sentido, define-se competência como a capacidade de transformar conhecimento e habilidades em entrega. É a capacidade em mobilizar diferentes recursos para solucionar com pertinência e efetividade uma série de situações da prática profissional, ou seja, transformar conhecimentos, aptidões, habilidades, interesse e vontade em resultados práticos. Ter conhecimento e experiência e não saber aplicá-los em favor de um objetivo, de uma necessidade, de um compromisso, significa não ser competente[24].

Figura 2. Matriz de competências básicas



São competências esperadas pelos residentes no Permusf: compreender as representações sociais do processo saúde-doença; ser capaz de analisar situações de saúde; organizar, coordenar e implementar atividades referentes à formulação e execução das políticas de saúde voltadas para o apoio especializado, em articulação com as políticas locorregionais (Atenção Básica, Segurança Alimentar e Nutricional, Educação Permanente e Humanização, entre outras); realizar as atividades dentro dos padrões de qualidade e princípios da ética/bioética; promover a democratização das relações entre os profissionais envolvidos no cuidado em rede; oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico às equipes de referência; considerar o processo de pesquisa e intervenção estruturante para o desenvolvimento das ações de saúde.

São habilidades e atitudes relacionais esperadas pelos residentes do Permusf: atuar profissionalmente, compreendendo a saúde em suas múltiplas dimensões com o estabelecimento de relações de análise e implicação ética, a partir do reconhecimento da estrutura e formas de organização social, suas transformações e expressões; apoiar as equipes básicas para a construção de projetos terapêuticos voltados para áreas e especialidades não integrantes da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (ESF), fundamentada no trabalho em equipe; ampliar a autonomia e confiança/segurança das Equipes de Saúde da Família (EqSF) na implementação dos projetos terapêuticos multiprofissionais, tomando o trabalho como princípio educativo; construir canais ágeis de comunicação entre os serviços para promover um maior intercâmbio de informações entre as equipes; construir espaços terapêuticos e de diálogo entre as equipes de saúde (ESF e Nasf) e a comunidade, com vistas à autonomia e o controle social; elaborar e desenvolver projeto de intervenção com foco na Atenção Primária à Saúde.

As avaliações propostas pelo Permusf são referenciadas, de acordo com o perfil do egresso, por meio da autoavaliação, avaliação grupal, avaliação dos coordenadores, preceptores e tutores. Essas modalidades objetivam dar retorno ao residente quanto ao seu processo de aprendizagem de modo processual, estabelecendo um plano para melhorar seu desempenho, caso necessário, qualificando o processo, produtos e resultados. Portanto, o Programa realiza avaliação referenciada com todos os sujeitos envolvidos nesse processo formativo, a partir de instrumentos pedagógicos, quais sejam:

narrativas, usuários-guia, sínteses reflexivas, diário cartográfico, formulários de avaliação trimestral e semestral (*feedback* do residente pelo preceptor e tutor).

A avaliação somativa é realizada semestralmente pelos tutores, portanto, ao longo dos 24 meses do Permusf, há 4 avaliações, sendo que a última também contempla a avaliação do TCR, que é individual e se constitui no produto final. Trata-se de um projeto de intervenção exequível sobre a realidade vivenciada ou um relato de experiência sobre uma intervenção desenvolvida ao longo da Residência.

Esta avaliação somativa analisou a tendência de desenvolvimento das competências dos residentes, sendo atribuído o conceito de 'satisfatório' e 'precisa melhorar' ao longo das três avaliações semestrais. Ao final, após a elaboração do TCR, os conceitos atribuídos foram: 'satisfatório' e 'insatisfatório', sendo que todos os esforços dos sujeitos desta formação foram concentrados ao longo do processo, a fim de que o residente tivesse o conceito final 'satisfatório'.

Coordenação local e estadual do Permusf

Na Turma 1, a Coordenação Local do Permusf foi desempenhada pelo coordenador da atenção básica ou pelo coordenador de Educação Permanente em Saúde do município, considerando as articulações necessárias de serem realizadas no município para desenvolvimento do Programa.

Entre outras atividades, coube à Coordenação Estadual do Programa, apoiada pela Coordenação Local: fazer cumprir as deliberações da Comissão de Residência Multiprofissional (Coremu); articular e garantir condições para a implementação do programa; coordenar o processo de autoavaliação do programa; constituir e promover a qualificação do corpo de docentes, tutores e preceptores, submetendo-os à aprovação pela Coremu; fomentar a participação dos residentes, tutores e preceptores no desenvolvimento de ações e de projetos interinstitucionais em toda a extensão da rede de atenção e gestão do SUS; fomentar a participação de tutores e preceptores em processos formativos de qualificação para exercício da docência no ambiente virtual de aprendizagem e nos campos de prática; responsabilizar-se pela documentação do programa e atualização de dados junto às instâncias institucionais locais de desenvolvimento do programa e à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde (CNRMS); promover a articulação do programa com outros Programas de Residência em saúde da instituição, incluindo a médica, e com os cursos de graduação e pós-graduação.

Considerações finais

Ao considerar as escolhas e estratégias pedagógicas adotadas, o processo de ensino-aprendizagem do Programa de Residência está ancorado nas teorias interacionistas, na metodologia científica, na aprendizagem significativa, na reflexão a partir da prática, na dialogia, em ações educacionais apropriadas a cada conteúdo. O processo também está pautado na matriz de competências que valoriza a dimensão atitudinal, para além de habilidades e cognição. Acontecendo por meio do processamento de situações-problema e de narrativas, aprendizagem baseada em equipes (*team based learning*), oficinas de trabalho, plenárias, diário cartográfico, entre outros.

Ao tomar com o ponto de partida as avaliações formativas e somativa realizadas pelos preceptores e tutores do Programa, acredita-se que as escolhas pedagógicas tenham facultado aos 35 egressos da primeira turma do Programa o perfil geral esperado, qual seja de generalista, com formação humanística, capacidade crítica, compreendendo a saúde em suas múltiplas dimensões, com o estabelecimento de relações de análise e implicação ética, a partir do reconhecimento

da estrutura e formas de organização social, suas transformações e expressões.

Evidências apontadas também fazem acreditar que eles puderam ampliar sua capacidade de análise da situação de saúde, compreendendo as singularidades do território para intervenção mais efetiva, vislumbrando maiores possibilidades de fortalecer a atenção primária como estratégia de organização local do sistema de saúde, por meio da gestão da clínica, com vistas à integralidade do cuidado. Como também, organizar, coordenar e implementar atividades referentes à formulação e execução das políticas de saúde, e de realizar atividades dentro dos padrões de qualidade e princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas, sim, com a resolução do problema de saúde e lançando mão de abordagens que busquem compreender a perspectiva de vida comunitária.

Apesar dos desafios enfrentados, especialmente no que tange à formação de preceptores, compreensão do método ativo, estrutura de saúde dos municípios, articulações gestoras, acredita-se no potencial das estratégias educacionais adotadas pelo Permusf como sendo imprescindíveis ao seu objeto e compromisso de formação. O Programa, que está em sua segunda turma, proporciona ao profissional uma compreensão global do conhecimento e promove maiores parcelas de interdisciplinaridade na construção do cuidado à saúde mais integral. Assim, considera-se em uma formação em saúde diferenciada, centrada nas pessoas e que valoriza saberes, dando respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a perspectiva de viver com qualidade, como uma aposta para transformar e qualificar serviços de atenção primária. ■

Referências

1. Oliveira AB. Andragogia, facilitando a aprendizagem: educação do trabalhador; 1999.

2. Saupe R, Yoshioca MR, Arruda ALG. Andragogia na educação em enfermagem. Cogitare Enfermagem, 1998; 3(2):74-80.

3. Milligan F. In defence of andragogy. Nurse Education Today. 1995; 15:22-27.

4. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

5. Santomé JT. Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

6. Ramos MN. Avaliação por competências, 2001. [acesso em 2018 abr.17]. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avacom.html.

7. Bordenave JD. Alguns fatores pedagógicos. [Apostila do curso de capacitação pedagógica para instrutor/ supervisor da área da saúde – Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS]. Brasília, DF: MS; 1994.

8. Montenegro LC. A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. 98 p.

9. Ruiz-Moreno, Romaña MA, Batista SH, et al. Jornal Vivo: relato de uma experiência de ensino-aprendizagem na área da saúde. Interface, 2005; 9(16):195-204.

10. Vasconcelos M, Grillo MJC, Soares SM. Módulo 4: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2009.

11. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciênc. Saúde Colet. 2008; 13(Supl.2):2133-44.

12. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. Interface (Botucatu) [internet]. 2005 [acesso em 2018 abr 10]; 9(17):369-379. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414--32832005000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

13. Campos GWS, Guerrero AVP organizadores. Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2010.

14. Machado MC, Araújo ACF, Dantas JP, et al. Territorialização como ferramenta para a prática de residentes em saúde da família: um relato de experiência. Rev enferm UFPE (online). 2012; 6(11):2851-7.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família [internet]. 2014 [acesso em 2018 abr 17]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149.

16. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Escola de Saúde Pública da Bahia. Termo de referência para implantação do PERMUSF: turma 2. Salvador: SESAB/SUPERH/EESP; 2017.

17. Faria RM, Bortolozzi A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. Ra'e Ga. 2009; 17:31-41.

18. Paim JS, Almeida Filho, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saúde Pública [internet]. 1998 [acesso em 2018 abr 10]; 32(4):299-316. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101998000400001&script=sci_abstract&tlng=pt.

19. Sena TS, Costa ML. Reflexões sobre a inserção da

temática gestão da clínica na formação profissional em saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. 2016; 40(2):278-285.

20. Artmann E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial [internet]. Fiocruz; 2014 [acesso 2018 abr 10]. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2153.pdf.

21. Jesus WLA, Assis MMA, organizadores. Desafios do planejamento na construção do SUS. Salvador: EDUFBA; 2011. 176 p.

22. Educação Permanente em Saúde em Movimento. Tornando-se anfíbios voadores. 2014. [acesso em 2018 abr 17]. Disponível em: http://eps.otics.org/material/entradaexperimentacoes/tornando-se--anfibios-voadores.

23. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed 34; 1995.

24. Libâneo JC. Congressos, encontros, seminários de educação: espaços de desenvolvimento profissional ou mercado de entusiasmo? Revista de Educação da AEC, out-dez 1998; 27(109).

Da graduação à residência em saúde: refletindo sobre o processo de integração ensino-serviço na rede Sesab

From undergraduation to residency in health: reflecting on the process of teaching-service integration in the Sesab network

Laíse Andrade[1], Luciana Alves[2], Izabelle Câmara[3], Milena Dantas[4], Lais Almeida[5]

RESUMO Este artigo trata-se de um relato de experiência sobre a relação dos processos formativos desenvolvidos no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, envolvendo os estágios de graduação e as residências em saúde nos cenários de prática dos estabelecimentos de saúde. O objetivo do trabalho foi discutir o panorama atual da integração ensino-serviço em seus diferentes níveis de formação (graduação e residência) no âmbito estadual, a partir do pressuposto de que é necessário potencializar o diálogo e ampliar o escopo das ações entre os atores envolvidos. Foram utilizados documentos, como relatórios de gestão, apresentações oficiais de dados e gráficos, banco de dados, projeto político-pedagógico dos programas e editais de seleção, relativos aos estágios obrigatórios e não obrigatórios e às residências multiprofissional e médica em 2017. A experiência permitiu reconhecer que a integração ensino-serviço no e para o Sistema Único de Saúde (SUS) só ocorre por meio de diálogo, consensos, investimentos financeiros e vontades político-administrativas entre a educação e a saúde.

PALAVRAS-CHAVE Educação superior. Serviços de integração docente-assistencial. Internato e residência.

ABSTRACT *This article is about an experience report on the relation of the formative processes developed within the scope of the Health Secretariat of Bahia, involving graduate internships and health residencies in the scenario of practice of health establishments. The objective of this study was to discuss the current panorama of the teaching-service integration in its different levels of education (undergraduation and residency) at the state level, based on the assumption that it is necessary to strengthen then the dialogue and broaden the scope of actions among the actors involved. Documents such as management reports, official data and graphical presentations, database, political-pedagogical project of selection programs and announcements, regarding obligatory and non-obligator internships and multiprofessional and medical residencies in 2017 were used. Experience has allowed us to recognize that teaching-service integration in and for the Unified Health System (SUS) only occurs through dialogue, consensus, financial investments and political-administrative desires between education and health.*

KEYWORDS *Higher education. Teaching care integration services. Internship and residence.*

[1] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) – Salvador (BA), Brasil.
laiseandrade@hotmail.com

[2] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) – Salvador (BA), Brasil.
lualvesba@gmail.com

[3] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) – Salvador (BA), Brasil.
izabellepinto@gmail.com

[4] Secretaria de Saúde da Bahia, Escola de Saúde Pública da Bahia (EESP) – Salvador (BA), Brasil.
milenafd@gmail.com

[5] Secretaria de Saúde da Bahia, Hospital Geral Roberto Santos – Salvador (BA), Brasil.
laisalmeida461@gmail.com

Introdução

A reflexão crítica, a partir da troca de experiências, e os conhecimentos produzidos e acumulados no ambiente de trabalho são considerados como base para as ações de qualificação e formação dos trabalhadores da saúde, contribuindo para o desenvolvimento de sujeitos críticos e autônomos. Dessa forma, para que se possa pensar acerca de mudança nessa formação e do processo de ensino-aprendizagem, torna-se necessário refletir sobre a integração ensino-serviço.

O presente artigo trata-se de um relato de experiência da Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), por meio da Escola Estadual de Saúde Pública (EESP), atualmente Escola de Saúde Pública da Bahia (ESPBA), acerca da relação dos processos formativos desenvolvidos na rede da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) que envolvem os estágios de graduação e as residências em saúde nos cenários de prática dos estabelecimentos de saúde. Debate-se a primordialidade de integrar esses processos formativos e as lacunas teóricas e empíricas no que diz respeito à integração entre graduação e residência.

O objetivo deste artigo é discutir o panorama atual da integração ensino-serviço em seus diferentes níveis de formação (graduação e residência) no âmbito estadual, a partir do pressuposto de que é necessário potencializar o diálogo e ampliar o escopo das ações entre os atores envolvidos. Nesse sentido, uma das reflexões suscitadas neste trabalho é: como potencializar a integração ensino-serviço entre os entes responsáveis e participantes da formação em saúde?

Para tanto, toma-se como referência o conceito de integração ensino-serviço como um trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado de estudantes e professores da área da saúde com trabalhadores das equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, no sentido de promover a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, a excelência da formação profissional e o desenvolvimento dos trabalhadores dos serviços, sempre considerando a realidade social. Essa integração pressupõe um alinhamento entre as áreas de conhecimento quanto às diversas atividades pedagógicas realizadas nos cenários das práticas da rede de serviços[1].

O entrecruzamento entre os mundos saúde e educação por meio da integração entre os conhecimentos adquiridos na Universidade e a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano de seus serviços permite a formação de um profissional mais crítico e próximo ao que o sistema preconiza, incidindo sobre a qualificação tanto do cuidado e atenção à saúde ofertados à população quanto dos profissionais que já integram os serviços de saúde[2].

Muitas iniciativas para a integração ensino-serviço têm surgido. No âmbito federal, instituiu-se a Política Nacional de Educação Permanente para o SUS (PNEPS), por meio da Portaria nº 198/2004, com o intuito de adequar a formação profissional e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde, para que estejam vinculados aos princípios da integralidade da atenção e respondam às necessidades dos serviços de saúde[3]. Em 2007, a PNEPS foi atualizada mediante a Portaria MS nº 1.996, atualizando as diretrizes para sua implementação[4].

No âmbito do estado da Bahia, em 2011, publicou-se a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PGTES) que apresenta princípios e diretrizes para educação em saúde: o trabalho "como um processo educativo, criativo, comunicativo, de corresponsabilização e produtor de sentidos e significados"[5(11)]; organização interdisciplinar dos processos educativos e de trabalho; investimento na educação permanente como estratégia.

Essas diretrizes orientam a gestão dos programas de integração ensino-serviço em nível superior, nas áreas de graduação e residências médica e multiprofissional, que são atribuições da ESPBA. Além da formação de trabalhadores e gestores do SUS, também é papel da Escola a regulação de estágios de todos os níveis de formação na perspectiva de ordenar a formação em recursos humanos para o SUS.

Ao entender a necessidade de transformar as práticas profissionais em saúde, articulando cotidianamente o ensino e serviço, é feita a descrição do uso dos campos pelos atores em formação nas unidades de saúde da rede Sesab, refletindo-se sobre a integração ensino-serviço para o desenvolvimento de estágios de graduação e residências em saúde, a partir dos aspectos históricos e contextuais das políticas públicas e da integração ensino-serviço.

Aportes legais e históricos da educação na saúde

Remonta aos anos de 1940, o início de funcionamento dos primeiros programas brasileiros de Residência Médica (RM) no Brasil, os quais, até à década de 1960, concentraram-se basicamente nos hospitais públicos tradicionais e nos hospitais universitários públicos[6].

A insuficiência de treinamento prático proporcionado pelos cursos médicos foi elemento fundamental na multiplicação da procura e oferta de vagas de Residência, ao longo das décadas de 1960 e 1970, ao lado da estruturação de um mercado de trabalho competitivo e voltado à especialização. Não existia, porém, um sistema de regulação, monitoramento e verificação dos programas de Residência oferecidos aos médicos recém-formados, que buscavam oportunidade de trabalhar nos hospitais[6].

Em consequência de movimentos reivindicatórios dos residentes, o Decreto presidencial nº 80.281/1977 formalizou a institucionalização do Programa de Residência Médica e criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), para regulamentar essa modalidade de ensino[7].

Assim, a RM nasceu como complementação da formação médica e depois ampliada para dar conta das demandas político-econômicas da indústria de medicamentos e equipamentos, que impôs remodelagens na formação não apenas dos residentes, mas também dos demais profissionais da graduação da saúde. O centro da formação circunscreveu-se à especialidade, à alta tecnologia e teve, por isso mesmo, como lócus privilegiado o hospital[6].

Rosa e Lopes[8] destacam que, em contraposição a essa lógica, a partir da estruturação da atenção básica, na década de 1970, surgiu a primeira Residência em Medicina Comunitária no Brasil, que, dois anos depois, tornar-se-ia uma Residência Multiprofissional. Outros estados do País seguiram esse modelo de Residência, que perdeu força nas duas décadas seguintes por conta da falta de investimento de política de Estado para manutenção desses programas.

A partir do final dos anos de 1990, com o apoio do Movimento da Reforma Sanitária, muitos dos programas de Residência tiveram seus projetos retomados; e com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), pelo Ministério da Saúde (MS), em 2003, o financiamento e fomento de ações formativas para a área de recursos humanos no SUS foram viabilizados[8].

Assim, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde foi criado para atender à necessidade de reorientação dos modelos de atenção à saúde, especialmente na atenção básica. O seu objetivo é funcionar como estratégia de implantação de serviços que até então ainda sofrem forte influência do hegemônico modelo médico-assistencial restritivo. Para tanto, as ações devem estar arregimentadas pela cooperação intersetorial para a inserção de graduados em saúde no mercado de trabalho e construção do SUS[8].

Nessa perspectiva, a Lei nº 11.129/2005 instituiu como "modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica"[9], as residências multiprofissionais e em área profissional de saúde, abrangendo as profissões da área da saúde descritas na Resolução nº 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)[10].

Esse movimento teve como um dos resultados a publicação da Portaria Interministerial MEC/MS nº 45/2007[11], que

> [...] dispõe sobre os princípios e diretrizes dessa modalidade de formação e institui, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)[12(1)].

As iniciativas de integração ensino-serviço no País datam de longo tempo, destacando-se alguns projetos que marcaram época, tais como o Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA), criado em 1981 pelo Ministério da Educação, com o intuito de articular a academia e os serviços de saúde por meio da inserção de alunos nas unidades de atenção primária[13].

Diversas experiências de programas de integração ensino-serviço foram desenvolvidas a partir da reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais, nas quais se pensou a reorientação dos projetos de formação mais voltados para as realidades locorregionais, partindo de premissas sobre integralidade do cuidado e trabalho em equipe. Exemplos disso são os Projetos UNI (Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde), IDA, Rede Unida na década de 1990, Promed (Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas) nos anos 2002, VerSUS (Estágios e Vivências na Realidade do Sistema Único de Saúde), AprenderSUS e EnsinaSUS em 2004, bem como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no mesmo ano, e mais recentemente, em 2005, os programas Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) e PET Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde)[14].

Os conceitos e princípios empregados para a graduação nesses programas também são compartilhados pelas orientações políticas nacionais aos programas de residência em saúde, o que, para Ferla e Pinto[14], embora se traduzam em um avanço em termos de políticas públicas intersetoriais, ainda se constituem um desafio no que se refere à mudança de práticas no cotidiano das instituições formadoras e docente-assistenciais.

Borges et al. destacam que a proposta metodológica da integração ensino-serviço implica uma possível democratização institucional e desenvolvimento de capacidades que permeiam tanto a aprendizagem como o exercício da docência e também a busca de enfrentamento das questões vivenciadas no trabalho com a saúde[15].

É sabida a desintegração existente entre os níveis de relações no campo de ensino-aprendizagem em contexto de trabalho. Nos serviços de saúde, nos quais, por vezes, predomina o modelo biomédico, o conhecimento é tradicionalmente transmitido e adquirido por vieses de hierarquização a verticalidade na relação preceptor-residente-graduando-usuário[16].

A integração dos cursos de graduação com a residência pode contribuir para uma maior articulação entre a instituição de ensino superior e os serviços. Pizzinato et al. sinalizaram que estratégias como aumento da carga horária de estágios obrigatórios, inserção em programas como PET-Saúde, Pró-Saúde I e II, participação nas reuniões dos Conselhos de Saúde e ampliação de atividades voltadas para o ensino-assistência repercutiram em uma maior participação dos trabalhadores no planejamento das estratégias pedagógicas nos cenários de prática[17].

Com isso, observa-se que, ao longo das últimas décadas, muitas iniciativas foram criadas e implementadas ao redor do Brasil com a finalidade de integrar o ensino e o serviço nos diversos níveis de atenção à saúde, mas ainda identificam-se desafios importantes para a gestão desses processos formativos. Por essa razão, adiante será feita a discussão sobre a importância de implementar esse projeto, a partir da experiência da ESPBA.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, com base na gestão dos processos formativos sob a responsabilidade da ESPBA. Para tanto, foi

realizada uma consulta documental às fontes de informação da ESPBA[18].

Para a análise e discussão, foram considerados documentos da ESPBA/Sesab, como relatório de gestão, apresentações oficiais de dados e gráficos, banco de dados, projeto político-pedagógico dos programas e editais de seleção, relativos aos estágios obrigatórios e não obrigatórios e às residências multiprofissional e médica. Os dados de ocupação da rede de estabelecimentos da Sesab por graduandos e residentes referem-se ao período de 2017.

Por tratar-se de um relato de experiência, baseado em dados de domínio público, sem identificação de participantes, não foi submetida à análise de Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos.

Refletindo sobre os desafios e as potencialidades da integração ensino-serviço na rede estadual

Na análise da experiência da ESPBA, que assume a responsabilidade pela integração do ensino com o serviço no âmbito da rede estadual de saúde, nota-se a existência de três grandes eixos: o da qualificação dos trabalhadores e residentes na saúde; o do reordenamento da formação em saúde; e da produção e disseminação do conhecimento. Neste artigo, tiveram foco os eixos de qualificação de residentes e o ordenamento da formação em saúde.

O investimento na integração ensino-serviço na ESPBA é parte do fazer das coordenações dos diferentes níveis de formação, e estas ações estão orientadas pela PGTES[19]. Aposta-se, portanto, na reflexão crítica, a partir das atividades cotidianas, das trocas de experiências e dos conhecimentos produzidos e acumulados no ambiente de aprendizagem e trabalho como norte para ações de qualificação e formação dos trabalhadores da saúde.

O objetivo do trabalho de integração ensino-serviço da ESPBA é contribuir para o desenvolvimento de residentes e graduandos com postura ética, crítica e propositiva, em todos os espaços de formação da rede tanto em hospitais, centros de referências, maternidades, núcleos regionais de saúde, que representam a Secretaria de Saúde de forma descentralizada, além dos espaços de formação para a gestão, tais como as diretorias e superintendências.

Esse amplo espectro de atuação no âmbito estadual exigiu que a ESPBA criasse espaços institucionais responsáveis pela gestão das ações voltadas à formação, tanto para a graduação como para as residências. Assim, foram criadas a Coordenação de Integração da Educação com o Trabalho na Saúde (Ciet), em 2008, e o Núcleo de Residências da Saúde (Nures), em 2015, com vistas a aprofundar o debate e melhorar a gestão de estágios e residências médicas e multiprofissionais na rede, reconhecendo as peculiaridades de cada um desses níveis de formação, seus fluxos interinstitucionais nos Ministérios da Educação e da Saúde, Conselhos de Classe, Instituições de Ensino Superior (IES) e Estabelecimentos de Saúde (ES).

A Ciet e o Nures atuam no desenvolvimento de estratégias voltadas para o estabelecimento de novas relações de compromisso e responsabilidade das IES e dos ES com a defesa e implementação do SUS, por meio da integração entre o serviço e o ensino.

É amplo o escopo de atuação da Secretaria da Saúde no que tange à residência, indo desde o planejamento, execução e acompanhamento de algumas residências, até o investimento financeiro para existência e ampliação desses programas na rede estadual de saúde. Exemplo disso é o fato de a Secretaria da Saúde, por meio da ESPBA, coordenar dois programas de RM: o Programa de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e o Programa de Residência Regionalizada Multiprofissional em Saúde da Família (Permusf).

O Permusf ofertou, em 2017, 60 vagas para 7 categorias da saúde, distribuídas em 10

municípios do estado onde se desenvolveram as residências, todas financiadas pelo MS[18].

A Escola também é responsável pela coordenação e execução do processo seletivo e tem relevante participação no fomento às residências médicas no âmbito estadual na capital e interior, tendo investido R$ 35.728.853,04 em 2017[18].

O outro eixo de ação da ESPBA para o qual se quer estreitar relação com a residência é o do ordenamento da formação graduada. Destacam-se dois fazeres nesse sentido: o investimento nos programas de estágio não obrigatório para estudantes de todos os cursos da saúde, além de graduações que não são da saúde, mas podem atuar no SUS, e a regulação dos campos de estágios obrigatórios para universidades com cursos da saúde na rede Sesab.

As expressões quantitativas, no que se refere à integração ensino-serviço para a graduação na saúde não se distanciam da residência, pois, em 2017, a ESPBA regulou o ingresso de 14.352 estudantes de 30 universidades, para que realizassem estágio obrigatório de graduação nos ES da rede Sesab, sob gestão direta e indireta. Toda a rede assistencial da Sesab é território de aprendizagem desses estudantes, incluindo as maternidades, hospitais e centro de referências onde as residências se desenvolvem.

Também nesses estabelecimentos de saúde, buscando fortalecer a integração ensino-serviço, a ESPBA/Sesab viabilizou, em 2017, o fomento de 600 bolsas de estágio em Programas de Estágios Não Obrigatórios na Rede Estadual de Saúde, por meio dos quais estudantes de todas as graduações da saúde têm a possibilidade de estagiar em áreas típicas da gestão (regulação, ouvidoria, assessoria jurídica, gestão de recursos humanos etc.) em interação direta com profissionais de diversas categorias da saúde, administração, direito, logística, pedagogia, engenharia, comunicação e outros. O público-alvo são graduações da saúde, direito, administração, contabilidade, entre outras, que buscam conhecer a gestão, planejamento e execução de políticas e programas no SUS, tendo em vista as lacunas existentes na formação graduada em relação às áreas de gestão do SUS.

Observa-se, portanto, que os campos de estágio da Sesab são ocupados como espaço de ensino-aprendizagem para milhares de estudantes e residentes ao longo do ano, inseridos em diferentes processos formativos, em níveis de graduação diversos, desde o nível técnico, passando pela graduação e pós graduação *lato sensu*, até a residência, padrão ouro da formação em saúde. É notório que o desafio está colocado: envolver/integrar trabalhadores, preceptores, professores das IES e estudantes na formação para o SUS, garantindo a função e responsabilidade precípuas da Sesab de promover a qualidade e a integralidade no cuidado ao usuário da rede.

É no espaço da gestão do cuidado da rede estadual que residentes e estagiários de todas as graduações da saúde dividem espaço, trocam saberes e realizam práticas de atenção aos usuários. Ademais, é nesses espaços, nos quais aprender cuidando se desenvolve, que o desafio da integração ensino-serviço entre residentes e graduandos de diferentes cursos da saúde requer mais atenção e investimento.

Em busca de produção científica com foco na articulação entre residências e graduações da saúde, os trabalhos encontrados foram escassos; e, de modo geral, os achados situam-se no campo da atenção primária, tratando das residências de medicina de família e comunidade e multiprofissional em saúde da família. Hipóteses podem ser levantadas a respeito da ausência dessa temática em publicações, tais como poucas experiências práticas de integração por parte das instituições de ensino e estabelecimentos de saúde, naturalização da desintegração pelos atores participantes desses processos formativos ou dificuldade de apresentar uma crítica sistemática com dados empíricos sobre a desintegração no campo da gestão dos processos formativos e também nos serviços onde ocorrem.

Desse modo, os desafios encontrados na gestão merecem ser destacados para que, a partir deles, possam ser feitas as necessárias

críticas, dando lugar à criatividade no planejamento de políticas, de estratégias formativas e de mudanças na cultura institucional nos estabelecimentos de saúde, quanto à postura dos trabalhadores dos serviços perante o processo formativo de residentes e graduandos, bem como na gestão dos currículos pelas universidades e coordenações de programas de residências.

Entre os desafios identificados em relação à gestão das residências e dos estágios de graduação na rede estadual, sinaliza-se a necessidade de produzir mais diálogos e encontros entre os atores envolvidos (estudantes de graduação, residentes, trabalhadores da saúde e docentes) de modo a construir estratégias coletivas de integração.

Além disso, faz-se necessário refletir sobre a oferta e organização dos estágios e cenários de prática na rede, buscando a ampliação da oferta de residências para o interior do estado, com foco no cuidado integral ao usuário, envolvendo os diversos saberes das várias categorias profissionais que participam do processo de cuidado.

Também é necessário alargar o entendimento de gestores da saúde e professores acerca das possibilidades de criação de novos cenários de ensino-aprendizagem na rede estadual. Atualmente há concentração de demandas de universidades, tanto para estágio quanto para funcionamento de residências em alguns hospitais, o que aponta para a necessidade de investir na construção de parcerias com outras unidades não apenas hospitalares, visando à ampliação da oferta de vagas de estágio e programas de residência, bem como a ampla qualificação da rede Sesab como espaço de ensino-aprendizagem.

Por fim, é fundamental pensar na qualificação e valorização dos atores que participam do processo de ensino-aprendizagem, nos diferentes níveis de formação, principalmente os trabalhadores da rede Sesab que atuam na condição de preceptores desses estudantes e que têm papel fundamental na formação de sujeitos críticos e comprometidos com o SUS.

Considerações finais

É um grande desafio ampliar o debate e introduzir novos atores em diálogos e parcerias já existentes, a exemplo das relações interinstitucionais com a Comissão Estadual de Residência Médica, Comissão Estadual de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde, Ministérios da Educação e Saúde, residentes, estagiários, professores e preceptores dos serviços.

O modo de tecer esses novos entrelaçamentos de processos formativos de residentes e estagiários nas unidades da Secretaria de Saúde requere atuação articulada nas diversas, e não consecutivas, etapas da formação em e para a saúde, o que implica debater, reescrever, avaliar e qualificar para uma ação integradora na formação, desde o planejamento das ações educativas de forma colegiada e articulada, passando pelo seu desenvolvimento nos serviços de saúde, até a avaliação dos perfis dos egressos das graduações de saúde e residentes que estão sendo formado no SUS.

Para além da expressão quantitativa dos investimentos da ESPBA nas residências e na graduação em saúde, vale destacar que seu planejamento, para 2018, foi desenhado no sentido de fortalecer a ligação entre formação de graduandos e residentes na rede Sesab, cabendo destaque para algumas ações colocadas como prioritárias: integração dos campos de prática para estagiários e residentes; realização de oficinas de integração ensino-serviço com IES para alinhamento do uso da rede Sesab como campo de estágio e prática; apoio para certificação de unidades hospitalares da rede Sesab como hospital de ensino; construção e atualização de normatizações do uso do campo; oficinas com estagiários e residentes para avaliação de seu próprio processo formativo na rede; descentralização das vagas nos territórios das universidades estaduais e fortalecimento da parceria entre as IES estaduais e ES da rede Sesab.

Operar as intenções colocadas no planejamento das ações, mudar lógicas antigas e

repensar a formação são a tarefa cotidiana de gestores, trabalhadores da saúde, professores e preceptores. Só assim a integração se dá: com muito diálogo, construção de consensos possíveis, investimentos financeiros e vontades político-administrativas tanto na educação quanto na saúde. Esta é a busca e o esforço empreendido para potencializar a integração ensino-serviço no e para o SUS. ■

Referências

1. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. Rev. Bras. Educ. Med. [internet]. 2008 dez [acesso em 2018 abr 15]; 32(3):356-362. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100--55022008000300010&script=sci_abstract&tlng=pt.

2. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. Integração "ensino-serviço" no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. Interface (Botucatu) [internet]. 2011 [acesso em 2018 abr 28]; 15(39):1053-1070. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000400008&script=sci_abstract&tlng=pt.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 13 fev 2004. [acesso em 2018 abr 18]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1489.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, 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. 20 ago 2007. [acesso em 2018 abr 18]. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1996-%5B2968-120110-SES-MT%5D.pdf.

5. Bahia. Secretaria da Saúde. Política estadual de gestão do trabalho e educação na saúde do SUS Bahia. 2. ed. Salvador: Superintendência de Recursos Humanos; 2011.

6. Ribeiro M. Apontamentos sobre residência médica no Brasil. Câmara dos Deputados. Brasília, DF. 2011 [acesso em 2018 abr 20]. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/a-camara/documentos-e-pesquisa/estudos--e-notas-tecnicas/areas-da-conle/tema11/2011_123_.pdf.

7. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Decreto no 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União. 5 dez 1977. [acesso em 2018 abr 21]. Dispo-

nível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d80281.htm.

8. Rosa SD, Lopes RE. Residência Multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. Trab. Educ. Saúde. nov 2009-fev 2010; 7(3);479-498 [acesso em 2018 abr 10]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981774620090003000006&script=sci_abstract&tlng=pt.

9. Brasil. Coordenação de Estudos Legislativos. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 30 jun 2005. [acesso em 2018 abr 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998. Relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho. Diário Oficial da União. 8 out 1998. [acesso em 2018 abr 24]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html.

11. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União. 12 jan 2007. [acesso em 2018 abr 29]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf.

12. Haddad, AE. Sobre Residência Multiprofissional em Saúde. Interface. jan-mar 2009; 13(28);213-37.

13. Costa HOG, Kalil MEX, Sader NMB. Rede UNIDA: Un nuevo actor social en El campo de las políticas públicas. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos CM, editores. La educación de los profesionales de la salud em latino america: teoria e prática de um movimento de mudança. Tomo 1: um olhar analítico. São Paulo: Hucitec; 1999, p. 1-16.

14. Ferla AA, Pinto HA. I Integrando universidade e sistemas locais de saúde: experimentações, memórias e produções da educação pelo trabalho. In: Integração entre universidade e sistemas locais de saúde: experimentações e memórias da educação pelo trabalho. Porto Alegre: Rede Unida; 2017. p. 4-20. [acesso em 2018 abr 10]. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/171167/001055533.pdf?sequence=1.

15. Borges FT, Garbin CAS, Siqueira CE, et al. Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) no Brasil: regulação da integração ensino serviço e sustentabilidade administrativa. Ciênc. Saúde Coletiva. 2012, 17(4):977-987. [acesso em 2018 abr 16]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a20.pdf.

16. Barreto VHL, Monteiro ROS, Magalhães GS, et al. Papel do Preceptor da Atenção Primária em Saúde na Formação da Graduação e Pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco - Um Termo de Referência. Revista Brasileira de Educação Médica. 2011 [acesso 2018 abr 16]; 35(4):578-583. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n4/a19v35n4.pdf.

17. Pizzinato A, Gustavo AS, Santos BRL, et al. A integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUS. Revista Brasileira de Educação Médica. 2012 [acesso em 2018 abr 16]; 36(1, Supl. 2):170-177. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a25v36n1s2.pdf.

18. Escola de Saúde Pública da Bahia. Relatório de gestão da Escola Estadual de Saúde Pública. Bahia: Secretaria da Saúde do Estado; 2017.

19. Secretaria de Estado da Saúde Pública. Comissão Estadual de Residência Multiprofissional em Área Profissional de Saúde. Edital nº 001/2017. Bahia: Secretaria da Saúde do Estado; 2017.

Projetos de Intervenção em Saúde: construindo um pensamento crítico

Health Intervention Projects: Building Critical Thinking

Shirlei da Silva Xavier[1], Cristiane Teixeira Sampaio[2], Aline Lira Villafãne Gomes[3], Rita de Cássia Sousa Nascimento[4], Monique Azevedo Esperidião[5]

[1] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) – Bahia (BA), Brasil.
xaviershirlei@gmail.com

[2] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) – Bahia (BA), Brasil.
crissampaio@terra.com.br

[3] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) – Bahia (BA), Brasil.
alinevillafane@hotmail.com

[4] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) – Bahia (BA), Brasil.
nascimento.rita@gmail.com

[5] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Bahia (BA), Brasil.
moniqueesper@yahoo.com.br

RESUMO O objetivo deste relato foi apresentar a experiência da Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis na proposição de Projetos de Intervenção (PI) em Saúde como modalidade de trabalho de conclusão das residências e outros formatos de cursos de especialização, incluindo um debate sobre os elementos teóricos e metodológicos que fundamentam o PI, a descrição das suas etapas constitutivas e uma discussão acerca da sua aplicabilidade e potencial de resolução de problemas enfrentados por profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

PALAVRAS-CHAVE Intervenção. Saúde pública. Planejamento em saúde.

ABSTRACT *The objective of this report was to present the experience of the Bahia Public School of Health Professor Jorge Novis (ESPBA) in the proposal of Health Intervention Projects (IP) as a modality of completion work for residencies and other formats of specialization courses, including one debate on the theoretical and methodological elements that underpin the IP, a description of its constituent stages and a discussion about its applicability and potential for solving problems faced by professionals and users of the Unified Health System (SUS).*

KEYWORDS *Intervention. Public health. Health planning.*

Introdução

O processo de produção de conhecimento por trabalhadores que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) e a perspectiva que estes têm, em geral, sobre as práticas de pesquisa e planejamento/intervenção são relevantes discussões realizadas na Escola Estadual de Saúde Pública (EESP), atualmente, Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA), da Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Para o senso comum, a teoria é o 'mundo da reflexão e do pensamento', enquanto a prática corresponderia ao 'mundo da ação, do fazer ou realizar as coisas'[1]. Os que atuam no mundo prático, a exemplo dos serviços de saúde, acreditam muitas vezes não lançar mão de modelos teóricos; e alguns acadêmicos preferem se distanciar do universo das práticas. Contudo, tanto acadêmicos quanto trabalhadores que atuam nos serviços de saúde teorizam, mobilizam saberes diversos em sua prática de trabalho e constroem conhecimento, sistematizando efeitos e resultados de suas ações. As práticas estão permeadas de teorias: "o agir humano é sempre inspirado por alguma teoria, seja ela implícita, vaga ou contraditória"[1(31)]. Os que atuam nos serviços de saúde, o fazem a partir de alguma teoria; por sua vez, teorizar é também desenvolver uma prática.

Pode-se considerar que existem variadas formas de construção e expressão do conhecimento, a exemplo dos mitos, das religiões, das filosofias, da poesia e da arte[2]. Todavia, a intencionalidade humana e a sua capacidade de antecipar em ideias, os objetivos da ação, levaram à produção do campo científico[3]. Tal perspectiva permite entender a pesquisa científica como uma atividade natural, porque realiza uma exigência da essência humana, de se aperfeiçoar e progredir no seu desenvolvimento[4].

Existem as chamadas pesquisas puras ou básicas, baseadas simplesmente no desejo de conhecer ou compreender[5]. Nesse contexto, a ampliação do conhecimento as justificaria. Entretanto, as pesquisas denominadas práticas ou aplicadas baseiam-se na busca por conhecer a fim de tornar-se capaz de fazer algo melhor ou de maneira mais eficiente. Estas buscam a solução de problemas imediatos dos pesquisadores e das comunidades em que estão inseridos, características que melhor se aproximam do objetivo de produção e disseminação do conhecimento proposto pela Sesab, por intermédio da ESPBA.

A Escola vem desenvolvendo práticas de formação e pesquisa no campo da saúde coletiva que é um campo interdisciplinar que está conformado por três grandes áreas, a saber: epidemiologia (especialmente a epidemiologia social); planejamento/administração de saúde (planejamento estratégico e planificação em saúde); e ciências sociais em saúde[6].

A prática da pesquisa, ao interior da saúde coletiva e áreas afins, vem sendo estimulada e desenvolvida em diferentes experiências formativas da ESPBA, configurando e reforçando as chamadas iniciativas de 'pesquisa em serviços de saúde', cuja natureza e cujo propósito voltam-se à reorientação das políticas de saúde. Conforme expressa o Projeto Político Pedagógico da ESPBA, a produção de conhecimento assume destaque ao estimular os trabalhadores a realizarem atividades de pesquisa e intervenção, encorajando-os a refletir sobre o seu processo de trabalho, sobre os dados produzidos nas unidades onde trabalham e como esses dados podem implicar em melhorias para a saúde no Estado[7]. Ademais, o estímulo à realização de pesquisas e intervenções, pode instituir um processo sistemático de acompanhamento, monitoramento e avaliação como parte do cotidiano do trabalho, contribuindo para a construção ativa e reflexiva da instituição.

Entre as modalidades de produção de pesquisa, o Projeto Político Pedagógico da ESPBA aponta para o Projeto de Intervenção em Saúde, possibilidade em que se conjuga a análise concreta de problemas do estado de saúde da população bem como dos serviços

de saúde, assim como permite o planejamento de intervenções sensíveis e de interesse institucional. O Projeto de Intervenção (PI) visa orientar uma mudança ou transformação em uma dada realidade, seja na estrutura, seja no processo, enquanto os de pesquisa buscam conhecer algo da realidade, sem a preocupação precípua de desenvolver um plano de ação para agir sobre a realidade detectada. Pode ser desenvolvido no âmbito de contextos ou organizações, com o objetivo de introduzir modificações na estrutura, dinâmica da organização ou contexto e afetar positivamente o seu desempenho[8]. Persegue a solução de problemas ou atendimento de necessidades identificadas e deve ser compreendido e desenvolvido como ação conjunta, que ocorre no e com o coletivo[9].

O PI deve ser reconhecido como uma modalidade de produção científica, na medida em que é racional, fundamenta-se nos conhecimentos já produzidos acerca de um determinado problema que se pretende enfrentar e apoia-se nos princípios que regem a ciência. É um projeto social porque se caracteriza como uma ferramenta de transformação de realidades e busca um profundo conhecimento dos contextos em que pretende atuar[10]. Outro aspecto importante a ser ressaltado é que os PI se constituem como principal meio de operacionalização das políticas sociais. Baseados nos pressupostos do Planejamento Estratégico-Situacional (PES)[11], podem se fortalecer e se desenvolver como elos que aproximam as políticas da realidade, com a participação ativa dos atores sociais que vivem e atuam em um determinado contexto.

Nesse sentido, a ESPBA vislumbra nos processos formativos, a possibilidade de qualificar os trabalhadores para a identificação de problemas de pesquisa e intervenção relacionados com os processos de trabalho que desenvolvem em suas diversas áreas de atuação. Além de identificar problemas, os trabalhadores são preparados para elaborar e desenvolver projetos, tendo como centralidade a atitude reflexiva e a implementação de mudanças nas práticas de trabalho.

Este relato apresenta a experiência da ESPBA na proposição de PI como modalidade de trabalho de conclusão das residências e outros formatos de cursos de especialização. Pretende-se apresentar os elementos teóricos e metodológicos que fundamentam o PI, descrever as suas etapas constitutivas e discutir a sua aplicabilidade e potencial de resolução de problemas enfrentados por profissionais e usuários do SUS.

Elementos para a fundamentação teórica do PI

É bastante comum pensar que os PI, por serem desenvolvidos para solucionar problemas práticos, não estariam balizados por elementos teóricos. Contudo, é possível afirmar que a produção teórica e estudos desenvolvidos são importantes aliados na sua formulação.

As discussões acerca dos pressupostos teórico-metodológicos que deram origem ao PI, por outro lado, remontam à área do planejamento em saúde e à pesquisa-ação, caracterizando-o como instrumento de elevada complexidade, que se apresenta simultaneamente como ferramenta de gestão e método científico. Nessa perspectiva, envolve técnica, mas é atravessado sobretudo pelo conjunto das relações sociais e políticas constituintes de um dado contexto.

Enquanto síntese de uma determinada política, o PI poderia ser orientado por diferentes matizes e possibilidades teóricas do campo do planejamento em saúde. Nesse sentido, optou-se por destacar as contribuições do PES para as intervenções em saúde. A formulação de uma política de saúde pode ser definida como

> [...] um processo através do qual a autoridade política estabelece objetivos gerais e meios para alcançá-los, de modo claro e preciso, considerando-se um determinado período de tempo[12].

Ao pensar a esfera política, Matus[11] desenvolveu a teoria e o método PES como modelo de explicação da realidade, sob o qual a análise situacional, superando a visão tradicional da ciência, reconheceria o sujeito como ator comprometido com os resultados do jogo, e não apenas como um mero expectador.

O principal ponto de diferenciação do planejamento tradicional para o estratégico-operacional é que este último modelo considera a planificação como "uma forma de organização para a ação". "O plano situacional é um conjunto de operações que correspondem a uma forma concreta de produção"[13(115)]. Inclui a forma como os recursos serão alocados, bem como os responsáveis pelas diferentes funções e operações.

Para planificar, é necessário conhecer e considerar os variados fatores que estariam interferindo na realidade sobre a qual se planifica, não apenas àqueles de ordem econômica[13]. Introduz-se então o conceito de situação, que é relacional e não permite que os problemas sejam analisados de forma restrita, meramente técnica ou circunscrita a um setor, o que implica observar as múltiplas dimensões que atravessam um determinado problema de saúde identificado, também fazer interface com outras áreas, como educação, por exemplo.

O processo de planificação deve orientar as ações do presente, o que lhe confere maior senso prático. Recomenda-se a simulação do problema para o futuro, com a projeção de operações a serem alcançadas em médio e longo prazo; contudo, sem perder de vista o que precisa ser construído hoje.

Um ponto-chave da perspectiva matusiana adverte sobre a participação dos diferentes atores sociais no processo de planejamento. O autor afirma que todos devem ter espaço para opinar sobre os problemas que os afetam e as soluções que seriam mais eficazes para superá-los. Assim, o planejamento estratégico-situacional é formulado a partir de uma análise da realidade que considera os diferentes pontos de vista acerca de um problema. Poderá inclusive admitir que um determinado problema identificado por um grupo social, pode ser uma oportunidade para outro. "A explicação do outro é parte da realidade que devo explicar, faz parte da situação"[13(114)]. Entretanto, tais considerações não devem impossibilitar que a planificação reflita as necessidades de quem gerencia.

A abordagem matusiana reconhece ainda o problema político, ao assumir que as restrições de poder podem obstruir o avanço de um determinado plano. Nesse escopo, o autor leva em consideração os valores, as culturas internalizadas e o posicionamento político dos diversos atores sociais no processo de planejamento.

Além dos fundamentos originários do planejamento em saúde, conforme anunciado acima, é possível identificar semelhanças entre o PI e a pesquisa-ação, uma vez que, nesta modalidade de investigação, os pesquisadores desempenham um papel ativo na resolução dos problemas identificados, no acompanhamento e na avaliação das ações desenvolvidas para sua realização[9]. Ademais, assume-se como princípio que há uma relação dialética entre pesquisa e ação, em que a pesquisa deve ter como função a transformação da realidade.

No Brasil, a pesquisa-ação foi conduzida principalmente pelo sociólogo Michel Thiollent. Segundo este autor, ela é definida como:

> [...] um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo[14(20)].

Destacam-se alguns dos principais aspectos da pesquisa-ação como estratégia metodológica da pesquisa social:

• ampla e explícita interação entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada;

• o objeto de investigação não é constituído pelas pessoas e sim pela situação social e pelos problemas de diferentes naturezas encontrados nesta situação;

• o objetivo da pesquisa-ação consiste em resolver ou, pelo menos, em esclarecer os problemas da situação observada;

• a pesquisa não se limita a uma forma de ação (risco de ativismo): pretende-se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento ou o 'nível de consciência' das pessoas e grupos considerados[14(22-23)].

Para atingir os objetivos da pesquisa, portanto, deve ser elaborado um plano de ação, no qual deve constar, entre outras definições, quem são os atores ou as unidades de intervenção; quais são os objetivos da ação e os critérios de sua avaliação; como assegurar a participação da população e incorporar as sugestões fornecidas; e como controlar o processo e avaliar os resultados[15].

Assim, parece inegável a aproximação entre a estratégia metodológica da pesquisa-ação e do PI. Entretanto, a pesquisa-ação tem dois objetivos: o prático e o de conhecimento. O primeiro visa contribuir para uma melhor avaliação do problema central na pesquisa, bem como no levantamento de soluções e de ações necessárias às soluções para capacitar o agente na sua atividade transformadora da situação. O segundo, por sua vez, busca obter informações e aumentar o conhecimento de determinadas situações[14].

Já o PI, por ser eminentemente voltado para o planejamento de ações relacionadas com o mundo do trabalho, não tem como objetivo imediato a produção de conhecimento científico. Certamente que a avaliação de um PI pode gerar questões que justifiquem um projeto de pesquisa, e, da mesma forma, os resultados de uma pesquisa podem apontar para a necessidade de uma intervenção. Todavia, conforme bem salientam outros autores, "a preocupação constante durante a elaboração de um PI é de que o mesmo seja tecnicamente exequível, economicamente viável, socialmente desejável e politicamente aceitável"[9(5)], ou seja, características voltadas eminentemente para sua implementação e execução.

Feitas estas considerações sobre os aspectos teóricos, serão apresentadas a seguir uma proposta de estruturação de um PI e uma breve definição de suas seções.

Etapas de um PI

Os PI devem descrever a situação-problema que será objeto de discussão do projeto, as etapas do planejamento da intervenção proposta, a análise de viabilidade e resultados esperados. Portanto, sua estrutura e estratégia metodológica apresentam especificidades que se destacam a seguir. Propõe-se que este conteúdo seja organizado nas seguintes etapas:

Introdução

Nesta seção, o pesquisador deve apresentar o problema de saúde que será objeto da intervenção a ser planejada e proposta. Como uma breve 'análise de situação de saúde', é necessário caracterizar o problema, trazendo uma explicação sobre suas causas e determinantes sociais, assim como relevância social e sanitária. Esse processo de construção da introdução se dá por meio de uma revisão de literatura especializada sobre o tema. É ainda importante, na introdução, identificar experiências exitosas de intervenções semelhantes, já implantados em outros estados e municípios brasileiros, ou mesmo iniciativas internacionais, que poderão servir de inspiração e comparação com o projeto que se pretende desenvolver.

Um problema não pode ser apenas um

mal-estar ou necessidade sentida pela população, considera-se, portanto, que este demanda uma ou mais ações[16]. Pode ser visto como uma realidade insatisfatória superável (ainda que parcialmente) que permite um intercâmbio favorável e positivo de problemas com outra realidade, uma vez que não pode ser encarado como um processo estanque e não é solucionado definitivamente. Assim, ao desenvolver-se uma intervenção eficaz na realidade, ela produzirá outras necessidades que deverão ser supridas em outros cenários.

A definição do problema é a base para a etapa de elaboração dos objetivos e dos resultados a serem alcançados com o projeto. Esta descrição da situação-problema deve partir de dados epidemiológicos ou outras fontes de informação (relatórios de gestão, sistema de informação de saúde, literatura técnico-científica, oficinas de trabalho etc.).

Para a elaboração de um PI, portanto, é necessário que os autores conheçam as condições de saúde da realidade e o problema que motiva a intervenção. Esse conhecimento produzirá as informações que ajudarão a compor o roteiro de intervenção, além de permitir ao planejador a identificação dos fatores que podem atuar como limitadores e potencializadores dos efeitos da intervenção. Denomina-se essa investigação de análise situacional, também conhecida por análise de contexto, avaliação de marco zero, diagnóstico social ou análise de cenário[10].

Outro item importante da Introdução é a justificativa, ou seja, a apresentação das razões, motivos e importância do PI, fundamentando-se a proposta na análise situacional realizada e nas leituras teóricas sobre a especificidade da temática e do fazer profissional. Deve tratar de aspectos macro (transformações do mundo do trabalho, políticas sociais etc.), como também locais (estratégias institucionais, rede de serviços disponíveis, correlações de forças, entre outros).

Objetivos geral e específicos

Indicam de forma afirmativa a intenção de oferecer uma solução para o problema apontado no projeto. Devem definir aquilo que se pretende atingir, as mudanças que se pretende operar, a ação que conduzirá ao tratamento da questão indicada no problema. Devem ser coerentes com a metodologia, seja em termos de conteúdo, seja em termos de possibilidades efetivas de serem alcançados.

Referencial teórico

Explicita os pressupostos teóricos que fornecem o embasamento, a consistência e a coerência da proposta. Nesse tópico, estão incluídos os enfoques dados pelos teóricos que tratam dos temas correlacionados ao problema. É utilizado para esclarecer os conceitos aplicados no projeto (referendado por diversos autores)[9].

Metodologia

As estratégias metodológicas de um PI guardam alguma aproximação com a metodologia do projeto de pesquisa, visto que, em ambos, busca-se responder à mesma questão: como se pretende alcançar os objetivos propostos. Entretanto, é aqui que residem as suas principais diferenças, pois, em geral, a metodologia é apresentada na forma de uma representação lógica e gráfica das ações que definem a sequência do trabalho a ser realizado. Esse tipo de apresentação auxilia no gerenciamento do projeto, possibilitando a visualização de seu andamento de forma rápida.

A metodologia explica como o PI será implantado, como foram escolhidas as ações e como elas serão implementadas. Seus principais itens são:

- Cenário – descrição do local em que a intervenção ocorrerá em seus aspectos físicogeográficos, demográficos, sociais, políticos e tudo mais que subsidie o plano.

• Público-alvo – caracterização das pessoas ou os grupos de pessoas que serão mobilizadas, que participarão das atividades, mais especificamente aquelas que estarão envolvidas diretamente no contexto do objetivo geral e a serviço de quem o PI se direciona[9].

• Plano de Ação – destaque da metodologia do PI, especifica atividades, tarefas e recursos, encadeados no tempo e no espaço, tendo em vista maximizar a eficiência na realização dos objetivos do projeto[8].

Existem diferentes modelos de exposição diagramática ou em tópicos da metodologia de implementação de um PI. De modo geral, conforme a perspectiva matusiana, eles guardam uma estrutura que contempla a elaboração de um 'plano' com explicitação clara do conjunto de objetivos, diretrizes e valores (imagem-objetivo) e uma 'programação ou programa' ou 'momento de programação das ações' articulando objetivos, atividades e recursos. Há ainda a possibilidade de desenvolver 'projetos dinamizadores' para tornar viável a realização do PI, como pequenos projetos para sensibilizar profissionais, para captar recursos, etc. Citamos alguns deles, e a seguir, apresentamos o modelo adotado pela ESPBA.

Alguns autores[9] adotam a Estrutura Analítica do Projeto (EAP), baseando-se no 'Manual do Ministério da Saúde'. Propõem a representação gráfica das ações previstas, na qual está relacionado hierarquicamente o conjunto de atividades necessárias para que se atinja o objetivo geral do projeto. A EAP é um diagrama que permite a visualização de todos os produtos ou subprodutos do projeto e de suas partes; todas as atividades necessárias e o tempo para realizá-las; responsabilidades associadas a cada atividade; recursos a serem disponibilizados e os custos associados[17].

Um modelo de planejamento e gestão de projetos educacionais pode ser estruturado a partir de três componentes básicos: Escopo, Plano de Ação e Plano de Controle e Avaliação, em que o escopo é tomado como referência para a elaboração dos planos[8]. Nessa proposta, o Plano de Ação indica todos os procedimentos e recursos que serão mobilizados para a execução daquilo que foi expresso no escopo do projeto. Já o Plano de Controle e Avaliação relaciona, de forma estruturada, todos os procedimentos necessários para acompanhamento e avaliação sistemática da execução do projeto e dos resultados alcançados.

A ESPBA, visando adequar essas diferentes propostas, e as contribuições teórico-metodológicas do PES[13], aos objetivos educacionais das residências e outros cursos de especialização que promove, sugere a adoção da Matriz do Plano de Intervenção, abaixo apresentada.

Quadro 1. Matriz do Plano de Intervenção

Objetivos Específicos	Ações/ Atividades	Metas	Indicadores	Recursos	Prazo	Responsável

Fonte: ESPBA, 2016.

As metas buscam quantificar aquilo ao qual o PI se propõe de maneira pragmática. Devem ser definidas de forma objetiva e clara, compondo uma ou mais metas para cada objetivo específico, e estabelecer a previsão de realização em determinado período de tempo.

Os indicadores da matriz se referem ao acompanhamento contínuo e sistemático das atividades previstas, verificando se a execução do projeto está ocorrendo conforme o planejado. Também chamado de indicadores de monitoramento[8], visam acompanhar o trabalho que está sendo realizado com foco nos produtos do projeto, por meio de indicadores viáveis para seu acompanhamento.

É importante distinguir estes indicadores da Matriz, voltados para o passo a passo das ações realizadas, dos indicadores de avaliação, que são as estratégias que permitem a quantificação e qualificação dos resultados de intervenção, isto é, procedimentos previstos que deverão ser utilizados para avaliar se os objetivos foram alcançados. Esses procedimentos que avaliam resultados se referem de modo estreito aos objetivos propostos. Há ainda a avaliação de impacto, que são os resultados estendidos do projeto, que podem ocorrer algum tempo depois do encerramento, como consequências dos resultados alcançados mais a longo prazo[8].

Como esses indicadores de avaliação são mais amplos e diretamente relacionados com os resultados esperados, propõe-se que na estruturação do projeto eles sejam designados mais adiante.

Na Matriz, devem constar ainda os recursos humanos e materiais necessários para a realização das ações, os prazos – período de cada ação – e os setores/agentes responsáveis – os atores que contribuirão para a concretização do projeto.

Cronograma de execução

Disposição gráfica do tempo que será gasto na realização do projeto, de acordo com as ações a serem cumpridas ao longo do seu desenvolvimento.

Orçamento

Planejamento de custos com a descrição dos recursos financeiros disponíveis e os necessários para a execução do projeto.

Análise de viabilidade

Ponderações quanto à governabilidade e à sustentabilidade do PI proposto no âmbito em que será implementado. Deve-se apresentar fatores que podem atuar como limitadores e potencializadores da realização da intervenção. Na perspectiva do planejamento estratégico em saúde, é possível destacar alguns elementos importantes, entre eles, a 'análise de coerência' (identificar coerência e plausibilidade das ações tendo em vista os objetivos); 'análise de factibilidade' (identificar se estão disponíveis os recursos, tecnologias e modos de organização do trabalho); e a 'análise de viabilidade' como análise política para realização do projeto.

Para a análise de viabilidade, podem ser observados os seguintes critérios:

- Interesse social e institucional;
- Informações disponíveis e de fácil acesso;
- Dificuldades para a implementação;
- Tempo para realizar o projeto, considerando-se o cronograma do curso.

Indicadores de avaliação

Conforme descrito acima, são estes indicadores que vão verificar a validade da intervenção ou subsidiar a sua reformulação. Cabe destacar, porém, que os indicadores nem sempre são quantitativos. É possível ainda pensar dimensões qualitativas das práticas avaliativas.

Resultados esperados

Discussão sobre os benefícios esperados a

partir da implementação do PI. Os resultados esperados mantêm uma estreita relação com os objetivos propostos. Podem indicar solução de problemas, melhorias de desempenho de pessoas ou da instituição, aumento do nível de satisfação, redução de perdas etc. Trata-se, portanto, da expectativa de contribuição do projeto para a resolução de um problema detectado no local de serviço e/ou para a proposta de saúde em geral.

Aplicabilidade e potencial de resolução de problemas

A ESPBA oferece regularmente dois cursos de residência e outros quatro cursos de especialização: O Programa Estadual de Residência Multiprofissional Regionalizada em Saúde da Família (Permusf); o Curso de Residência em Medicina, Família e Comunidade (CRMFC); o Curso de Gestão da Atenção Básica com ênfase nas Redes de Atenção à Saúde (Cegeab – Redes); o Curso de Gestão de Serviços de Saúde (Cegess); o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEO) e o Curso de Especialização em Saúde Pública (Cesp).

Uma análise dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) dos egressos desses cursos permite uma visão panorâmica da relevância dos PI nos processos formativos dos trabalhadores de saúde do estado da Bahia. Os cursos CEEO, Cegeab – Redes, Cegess e Cesp reuniram 133 discentes, dos quais 130 apresentaram os TCC. Somando-se aos programas de residência, totalizam-se 192 discentes com apresentação de 189 trabalhos. Entre esses, 155 (83%) adotaram a modalidade do PI.

Vale ressaltar, entretanto, que essa modalidade era obrigatória nos cursos CEEO e Cegess. Por outro lado, havia uma flexibilidade em relação à modalidade do TCC a ser desenvolvido pelo discente nos demais cursos. Ademais, apesar disso, é curioso observar que a escolha por PI se deu em cerca de 72% dos discentes de cada curso.

Destaca-se, ainda, que poucos trabalhos inicialmente propostos como PI foram modificados para revisões de literatura ou relatos de experiência pelas dificuldades encontradas pelos autores no processo de análise de viabilidade, especialmente por restrições orçamentárias e falta de apoio da gestão para a execução do projeto.

Isso revela a aplicabilidade dessa modalidade de trabalho à realidade do corpo discente da ESPBA, formado pelos trabalhadores da Secretaria de Saúde do Estado, dentro da perspectiva educação permanente, em que o discente-trabalhador é motivado pelos desafios do seu cotidiano, ao desenvolvimento da aprendizagem e da produção de conhecimento a partir de um processo continuo de reflexão e ação sobre a sua realidade.

Assim, a valorização do espaço de trabalho como eixo formador para os profissionais de saúde do SUS tem-se revelado como uma tendência cada vez mais presente nos processos formativos da ESPBA, manifestando-se, entre outras experiências, por meio do privilégio direto ou indireto, aos PI, em detrimento dos demais – como tem ocorrido no incentivo às recentes turmas do programa de residência de medicina, família e comunidade à elaboração e implantação dos referidos projetos.

Especificamente no que se refere aos PI apresentados pelos discentes, identificou-se uma divisão em alguns eixos temáticos, a saber: gestão, cuidado, educação permanente e controle social.

Ao considerar que pensamento crítico e autocrítico sobre o fazer laboral remete, via de regra, a uma reflexão sobre os processos de trabalho, não seria de surpreender que a maior parte dos PI (44%) apresentasse a gestão como eixo temático, corroborando as discussões teóricas que caracterizam o PI como importante ferramenta para esta área. O cuidado apresentou-se com o segundo maior percentual (42%), refletindo o caráter essencial da prática do profissional de saúde. Em terceiro lugar, aparecem os trabalhos que têm a educação permanente como objeto de

intervenção. Apesar do percentual mais reduzido (13%), esse interesse reflete a necessidade de qualificação profissional como um dos grandes desafios apontados pela Política Nacional de Gestão do Trabalho.

Chama atenção, contudo, a quantidade insignificante de trabalhos envolvidos com a temática do controle social. Apesar de se constituir em um dos pilares do SUS, há um indicativo de que esse eixo temático não se faz presente no cotidiano dos trabalhadores da saúde do estado. A busca de um maior entendimento desse fenômeno abre perspectiva para o desenvolvimento de novos estudos exploratórios capazes de potencializar os processos formadores para o fortalecimento desse campo estruturante do SUS.

Considerações finais

Ao se considerar as concepções teórico-metodológicas adotadas pela ESPBA e que o seu público-alvo é o trabalhador que atua no SUS/BA, o lócus de trabalho é acionado como campo de pesquisa e de intervenção nas ofertas pedagógicas, que não devem ser vistas como simples somatório de conteúdos e técnicas, mas como processos que estão intimamente articulados com o próprio trabalho, assumindo-o como base para produção e reconstrução de conhecimentos e práticas, como preconiza a educação permanente, em um exercício contínuo de ação-reflexão-ação, na perspectiva da aprendizagem significativa.

Problemas e necessidades identificadas pelos trabalhadores em seus contextos de ação aproximam a formação da realidade do trabalho em saúde e das reivindicações dos usuários dos serviços de saúde, reiterando a importante e intrínseca relação entre prática e teoria. Ademais, ricas discussões realizadas nos cursos provocaram a reflexão sobre as possibilidades e desafios de uma atuação profissional que favoreça uma melhor articulação entre as diversas áreas do conhecimento e reverbere em ações de saúde mais integrais nos diferentes territórios, uma vez que o trabalho em equipe enriquece a prática e possibilita que a rede de cuidados se realize de forma mais eficiente.

O debate sobre os possíveis elementos teóricos que influenciam ou estariam na origem do PI como ferramenta de gestão e prática científica reúne aspectos que o caracterizam e apresenta princípios que devem ser observados antes de formular e desenvolver um projeto como esse. Retrata a sua complexidade ao destacar as questões políticas como importantes fatores que podem facilitar ou impossibilitar a abertura, avanço ou consolidação dos projetos.

No que se refere à análise dos projetos desenvolvidos pelos discentes da ESPBA, ao longo desse período em que se aperfeiçoou o entendimento teórico acerca do PI, observa-se que houve maior incremento, tanto qualitativa quanto quantitativamente, dos trabalhos nos cursos. Falta avançar em outros estudos que possam revelar em que medida esses projetos foram implementados e quais as principais mudanças identificadas nas práticas, a partir da análise da situação e dos indicadores de avaliação propostos.

Por fim, espera-se que o contínuo aperfeiçoamento das práticas de elaboração dos TCC contribua com a produção e disseminação de conhecimentos na Rede SUS-Ba, inclusive para a percepção crítica dos cenários e ampliação da capacidade de intervenção dos egressos, propósito que integra o conjunto de competências da ESPBA e fortalece, consequentemente, a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PEGTES).

Colaboradores

As autoras participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo. ■

Referências

1. Marsden R, Townley B. A Coruja de Minerva: reflexões sobre a teoria na prática. In: Clegg SR, Hardy CC, Nord WR, organizadores. Handbook de Estudos Organizacionais. Reflexões e Novas Direções. São Paulo: Atlas; 2001. p. 31-56.

2. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2009. p. 9-29.

3. Saviani D. Sobre a natureza e a especificidade da educação. In: Saviani D. Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações. 11. ed. rev. São Paulo: Autores Associados; 2011. p. 11-20.

4. Santos AR. Metodologia Científica: a construção do conhecimento. 7. ed. rev. Rio de Janeiro: Lamparina; 2007.

5. Goldenberg M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8. ed. Rio de Janeiro: Record; 2004.

6. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saúde Pública. [internet]. 1998 jun [acesso em 2016 jul 22]; 32(4):299-316. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101998000400001&script=sci_abstract&tlng=pt.

7. Bahia. Secretaria da Saúde. Proposta Pedagógica da Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Netto: Uma construção coletiva. Salvador: Secretaria da Saúde; 2004.

8. Moura DG, Barbosa EF. Trabalhando com Projetos - Planejamento e Gestão de Projetos Educacionais. Petrópolis: Vozes; 2006.

9. Oliveira CM, Oliveira MA. Projeto de intervenção associado a arvore do problema: metodologia para elaboração do Projeto de Intervenção (PI). UNASUS/UNIFESF. [internet]. 2015 [acesso em 2017 jul 5]. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/6/unidades.../unidade04.pdf.

10. Ribeiro BA. Os Passos Metodológicos para a elaboração de Projetos Sociais. Conexão Ciência (Online). [internet]. 2011 jul [acesso em 2016 jul 22]; 5(1):11-22. Disponível em: https://periodicos.uniformg.edu.br:21011/ojs/index.php/conexaociencia/issue/view/10.

11. Matus C. Los 3 cinturones del gobierno: gestión, organización y reforma. Caracas: Fondo Editorial Altadir; 1997.

12. Centro Panamericano de Planificação em Saúde/ Organização Panamericana de Saúde (CPPS/OPS). Formulacíon de politicas de salud. Santiago: OPS; 1975.

13. Matus C. Carlos Matus e o planejamento estratégico-situacional. In: Rivera FJU, organizador. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez/ABRASCO; 1989. p. 105-149.

14. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo: Cortez; 2011.

15. Picheth S, Cassandre M, Thiollent M. Analisando a pesquisa-ação à luz dos princípios intervencionistas. Educação (Porto Alegre). [internet]. 2016 dez [acesso em 2018 abr 16]; 39:3-13. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/viewFile/24263/15415.

16. Matus C. Teoria do jogo social. São Paulo: FUNDAP; 2005.

17. Brasil. Ministério de Saúde, Secretaria Executiva, Datasus. Metodologia de gerência de projetos do Datasus. Ministério da Saúde, Datasus, Brasília, DF. [internet] 2001 [acesso em 2018 abr 18]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gerencia_projeto_datasus.pdf.

Escola de Saúde Pública: apoio integrado para implantação e expansão de Programas de Residência em Saúde no estado da Bahia

School of Public Health: integrated support for the implantation and expansion of Health Residency Programs in the State of Bahia

Marcele Carneiro Paim[1], Derbeth Silva do Carmo[2]

RESUMO Este relato de experiência pretendeu destacar o papel da Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, por meio da sua Escola de Saúde Pública, no ordenamento e regulação da formação em serviço e desenvolvimento profissional e sua relação com a transformação das práticas de atenção à saúde, por meio da estratégia de apoio integrado desenvolvido pelo seu Núcleo de Residências em Saúde. Nessa perspectiva, foi apresentado um panorama atual das Residências em Saúde na Bahia, com ênfase na responsabilidade gestora da Escola de Saúde Pública na qualificação dos processos formativos no âmbito do Sistema Único de Saúde Bahia.

PALAVRAS-CHAVE Gestão em saúde. Internato e Residência. Internato não médico. Apoio integrado.

ABSTRACT *This experience report intends to highlight the role of the Superintendency of Human Resources of the State Health Department of Bahia, through its School of Public Health in the organization and regulation of in-service training and professional development and its relation with the transformation of health care, through the integrated support strategy developed by its Health Residencies Center. From this perspective, a current scenery of the Health Residencies in Bahia is presented, with emphasis on the responsibility of School of Public Health in the qualification of the training processes within the Unified Health System Bahia.*

KEYWORDS *Health management. Internship and Residency. Internship, nonmedical. Integrated support.*

[1] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) – Salvador (BA), Brasil.
marcele.paim@saude.ba.gov.br

[2] Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA) – Salvador (BA), Brasil.
deberthcarmo@yahoo.com.br

Introdução

No Brasil, o ordenamento da formação de recursos humanos em saúde é um dos preceitos da Constituição Federal de 1988 que estabelece a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Por conseguinte, os serviços públicos que integram esse sistema se constituem como campos de prática para ensino e pesquisa[1]. Todavia, essa execução nos estados ainda consiste em desafio para a gestão.

Os Programas de Residência (médica e em área profissional de saúde) são pós-graduações *lato sensu* (especializações) para profissionais da área da saúde caracterizadas por educação em serviço. Essa modalidade formativa, portanto, exige uma ação articulada nos diferentes níveis de atenção à saúde, bem como entre os sistemas de saúde e educação. A formação de especialistas vem promovendo mudanças nos serviços de saúde, na qualidade da assistência e demanda organização de processos de educação na saúde[2].

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), por intermédio da Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), por meio da Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco de Magalhães Netto (EESP), atualmente Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA), é cogestora dos Programas de Residências em Saúde caracterizados como formação em serviço, em articulação com a Comissão Estadual de Residência Médica (Cerem-BA) e com a Comissão Estadual de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde (Ceremaps-BA).

Nessa perspectiva, a equipe do Núcleo de Residências em Saúde (Nures) da ESPBA vem desenvolvendo ações cotidianas tais como apoio à criação e ao credenciamento de novos Programas de Residência em Saúde; coordenação pedagógica de Programas de Residência; gerenciamento do financiamento das bolsas Sesab dos residentes em saúde; regulação dos campos de práticas de formação em serviço a serem desenvolvidos nos estabelecimentos de saúde da Rede Própria/Sesab sob gestão direta e indireta; qualificação de preceptores, tutores e secretárias dos programas; participação nos espaços de gestão de programas como Mais Médicos (PMM) e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), bem como a condução de grupo de trabalho com as Instituições de Ensino Superior (IES) públicas do estado para potencializar a integração educação e trabalho em saúde nas unidades da rede como campo de prática de forma regionalizada.

Enquanto instituição formadora, a Escola de Saúde Pública é responsável pelo Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e pelo Programa Estadual de Residência Multiprofissional Regionalizado em Saúde da Família (Permusf), ambos contemplados com bolsas de financiamento federal. O PRMFC é credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação (CNRM/MEC) desde 2010 e realizado em parceria com instituições de ensino, serviços de saúde e municípios. Já o Permusf é credenciado pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) desde 2014 e articulado ao Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems-BA) com experiências de inserção dos residentes nos municípios baianos de Alagoinhas, Araçás, Baixa Grande, Barreiras, Coribe, Guanambi, Ilhéus, Itabuna, Itajuípe, Jacobina, Juazeiro, Presidente Tancredo Neves, Salvador, Santo Antônio de Jesus, São Felipe, São Francisco do Conde, São Gonçalo dos Campos, Teixeira de Freitas e Vitória da Conquista.

A criação de novos programas, ampliação de vagas e concessão de bolsas de Residência, considerando as necessidades de saúde locorregionais e as regiões com maior vulnerabilidade, são um investimento essencial para responder às demandas e contribuir para uma melhor distribuição geográfica de profissionais no estado, priorizando áreas com carência assistencial e de formação para o SUS. Nesse sentido, a interiorização, a descentralização e regionalização dos Programas de Residência em Saúde e de formação de preceptores se constitui política

pública estratégica para formação e provimento de profissionais para o SUS no estado e como potencial de fixação do residente na região onde ele realiza essa formação especializada.

Tem-se, portanto, uma relevante demanda de qualificação da formação em saúde que reforça a importância de fortalecer e legitimar o papel do Estado enquanto agente ordenador e regulador desse processo. Este relato de experiência pretende destacar o papel da SUPERH, por meio da ESPBA, no ordenamento e regulação da formação em serviço e desenvolvimento profissional e sua relação com a transformação das práticas de atenção à saúde, por meio da estratégia de apoio integrado desenvolvido pelo seu Nures. Nessa perspectiva, será apresentado um panorama atual das Residências em Saúde na Bahia, com ênfase na responsabilidade gestora dessa Escola de Saúde Pública na qualificação dos processos formativos no âmbito do SUS Bahia.

Alguns marcos históricos e político-institucionais das Residências em Saúde na Bahia

No início da década de 1960, o Hospital Universitário Professor Edgar Santos introduziu a Residência Médica na Bahia, com a implantação dos programas de Clínica Médica, Cirurgia e Pediatria. Na década de 1970, foi implantado o programa de Cirurgia de Urgência do Hospital Getúlio Vargas e, em 1981, no Hospital Geral Roberto Santos (HGRS). Começa assim a Residência Médica da Sesab, criada pela Portaria nº 235/81, de maio de 1981, do então Instituto de Saúde da Bahia (Iseb). Até 1984, o Iseb contava apenas com sete Programas de Residência Médica (PRM)[3].

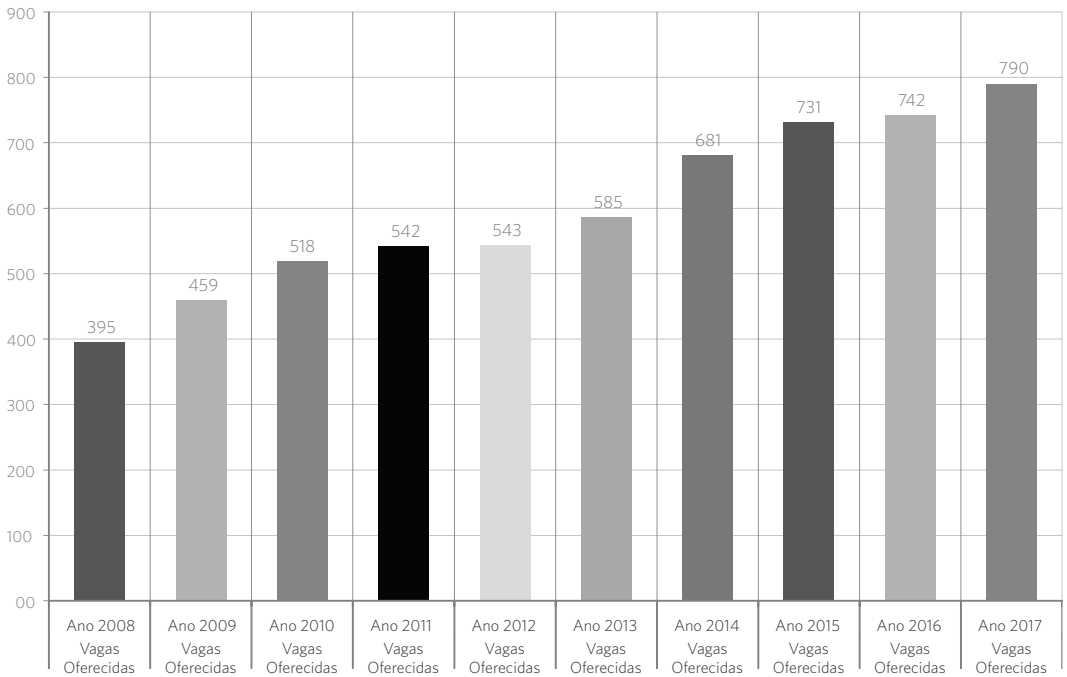
Na década de 1990, houve uma intensificação e ampliação dos PRM em hospitais de ensino existentes. É importante ressaltar que ocorreu o processo de interiorização de alguns programas nas áreas básicas, já nesse período, para atender à formação de recursos humanos no interior do estado. No ano de 1999, a Bahia já contava com 28 PRM distribuídos pelos hospitais existentes[3].

Com a criação da EESP, em 2002, a Sesab passou a contar com uma unidade escolar voltada para qualificação de profissionais de nível universitário em sua administração direta, possibilitando uma melhor organização dos processos educativos dedicados a esse público, incluindo a gestão das Residências em Saúde. Observa-se, a partir de 2007, um incremento nos processos de execução, avaliação e redimensionamento dos PRM, Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde, oferecidos pela rede própria da Sesab ou financiados com recursos do Tesouro Estadual, no sentido de ampliar os espaços de formação dos residentes, viabilizar estágios na gestão e serviço, bem como organizar a oferta e articulação dos programas de Residência para atender às necessidades de formação de acordo com os princípios do SUS.

No ano de 2007, em consonância com o movimento no âmbito nacional de novas diretrizes e estratégias para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), cabe destacar o processo de elaboração coletiva da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PGTES) na Bahia. Com a primeira versão publicada em 2008, a Sesab assume o papel de ordenamento da formação dos trabalhadores e na transformação das práticas de atenção à saúde por meio da gestão do trabalho[4]. Mediante a implementação da PGETS, buscou-se a consolidação de espaços e estratégias de regulação e qualificação desse processo educativo para o desenvolvimento do SUS[5].

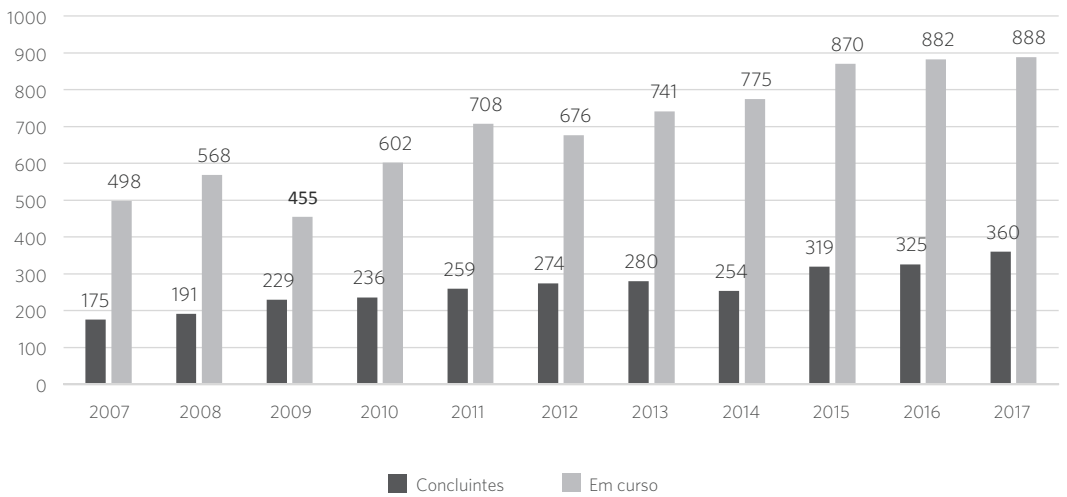
Os gráficos a seguir ilustram a evolução do investimento na formação de profissionais qualificados por meio da Residência Médica, ao longo da última década, a partir da implementação da PGETS. O *gráfico 1* evidencia a ampliação de vagas no estado, já o *gráfico 2*, o crescimento do número de bolsas financiadas pela Sesab.

Gráfico 1. Evolução do número de vagas de Residência Médica na Bahia, 2008-2017



Fonte: Sesab[8].

Gráfico 2. Residência Médica - Bolsa Sesab. Evolução do número de bolsas financiadas pelo estado da Bahia, 2007-2017



Fonte: Sesab[8].

No que tange às Residências em área profissional de saúde, destaca-se, em 1997, a proposta de criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família realizada pela Sesab em parceria com a Universidade Federal da Bahia (UFBA), por meio do seu Instituto de Saúde Coletiva (ISC). Tratava-se de uma das atividades

nucleares do então Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Pessoal de Saúde da Família do Estado da Bahia, espaço de articulação interinstitucional conduzido pela Sesab em parceria com a UFBA e os Departamentos de Saúde das Universidades Estaduais[6].

Outro passo relevante para a consolidação dos programas de Residências em Áreas Profissionais de Saúde (uni e multiprofissional) no estado foi a criação da Comissão Estadual de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional de Saúde (Ceremaps) por meio da Portaria nº 1.631, de 05 de outubro de 2009, Resolução CIB (Comissão Intergestores Bipartite) nº 054/2009, que tem como finalidade atuar na formulação, execução e controle dos Programas de Residência em Área Profissional de Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, constituindo-se em um espaço democrático de discussão, com participação de diversos atores.

Atualmente, a Sesab é o principal órgão mantenedor das bolsas de Residência Médica no estado, absorvendo em torno de 65% delas. Os outros 35% são financiados por instituições privadas, filantrópicas e pelo Ministério da Saúde (MS). Em 2017, a Bahia tinha 1.442 médicos residentes. Destes, 894 são bolsas Sesab, 298 são bolsas MEC, 237 são bolsas Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência/MS) e 13 são bolsas de entidades privadas[7]. As 894 bolsas financiadas pelas Sesab correspondem a um investimento mensal de R$ 2.977.404,42 e anual de R$ 35.728.853,04[8].

O Estado da Bahia, para 2018, ofertou vagas para 182 PRM, em 61 especialidades, distribuídos entre os estabelecimentos de saúde da rede própria sob gestão direta e indireta, com o total de 675 vagas para residentes do primeiro ano (R1) entre os PRM[7].

Para as Residências Multiprofissionais e em Área Profissional de Saúde, a Sesab financiou aproximadamente 700 bolsas entre os anos de 2013 e 2017. Além da gestão dessas bolsas, a ESPBA/SUPERH gerencia o processo seletivo para ingresso nos programas e realiza, anualmente, a matrícula e acolhimento de cerca de 140 novos residentes, totalizando um investimento anual de R$ 5.856.000,00[8].

O processo seletivo unificado para ingresso nos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (modalidades Uni e Multiprofissional) do Estado da Bahia ofertou, em 2018, um total de 220 vagas, distribuídas em 20 programas, contemplando 11 profissões de saúde, entre elas: enfermagem, odontologia, serviço social, nutrição, fisioterapia, psicologia, farmácia, fonoaudiologia, medicina veterinária, terapia ocupacional e bacharelado em saúde coletiva[9].

O apoio integrado da Escola de Saúde Pública da Bahia

A ideia de suporte, de amparo é clara no núcleo semântico da função 'apoio'. A concepção ampliada de gestão, objetivando a produção de bens ou serviços, assim como a produção de sujeitos coletivos são uma crítica à racionalidade gerencial hegemônica, proposta na metodologia Paidéia, que significa formação integral do ser humano[10, 11].

O apoio pressupõe uma forma de cogestão, na qual de

> [...] um modo interativo, um modo que reconhece a diferença de papéis, de poder e de conhecimento, mas que procura estabelecer relações construtivas entre distintos atores sociais[10(86)].

Qualifica-se como o referencial pedagógico para a formação em saúde e retrata, ainda, uma postura que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão.

A criação de espaços coletivos que oportunizem a interação intersujeitos, que suscitem reflexões, análise de situações e tomada de decisões conjuntas, que possibilitem

análise dos processos de trabalho e construção de objetivos e compromissos são alguns recursos da função apoio que podem ser enfatizados nos processos de trabalho do Nures da ESPBA. É possível ainda afirmar que a prática do apoio inspirou a equipe do Nures na construção coletiva das suas competências, a partir de um modelo de gestão colegiada.

São competências do Nures[12]:

– fomentar o credenciamento de Programas de Residência em Saúde, em acordo com as necessidades do SUS-BA, observando os princípios e diretrizes do SUS;

– articular intrainstitucionalmente e interinstitucionalmente (com Cerem, Ceremaps, IES, estabelecimentos de saúde e outros) a fim de ordenar a formação e fortalecer os Programas de Residência em Saúde no Estado da Bahia;

– atuar no desenvolvimento de novas relações de compromisso e responsabilidade das IES e dos estabelecimentos de saúde no SUS/BA, com foco na interseção entre trabalho e educação;

– acompanhar e avaliar periodicamente convênios, contratos e termos de cooperação técnica/de compromisso, bem como as atividades práticas de formação em serviço na Rede SUS/BA;

– desenvolver e fomentar pesquisas e produção de conhecimento sobre e no âmbito das Residências em Saúde;

– regular os campos de práticas de formação em serviço a serem desenvolvidos nos estabelecimentos de saúde da Rede Própria/Sesab sob gestão direta e indireta;

– desenvolver estratégias para oferta de qualificação dos tutores, preceptores e orientadores que atuam nos Programas de Residência em Saúde;

– gerenciar o financiamento das bolsas Sesab dos residentes em saúde;

– organizar o Processo Seletivo Unificado para o ingresso nos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde e colaborar com o Processo Seletivo Unificado para o ingresso nos PRM.

Produzir "análise e transformação dos processos de trabalho e dos modos de relação entre sujeitos em uma organização"[13(46)] é premissa do apoio institucional. Já o apoio matricial é baseado em duas dimensões: oferta de retaguarda especializada e suporte técnico pedagógico para equipes de referência[14,15]. O apoio integrado, por sua vez, pode ser compreendido como uma estratégia que:

> [...] busca privilegiar a função formativa para estabelecer relações construtivas entre as três esferas de governo, funcionando como um dispositivo de apoio à gestão e fortalecimento da capacidade de governo sobre o sistema de saúde nos âmbitos estadual e municipal. O propósito é o de intermediar e promover a cooperação técnica aos sistemas estaduais de saúde, a partir do envolvimento participativo e integrado de todas as áreas ministeriais, atuando assim como indutor de um reordenamento e qualificação na gestão do próprio Ministério da Saúde, pela necessidade de se estabelecer fluxos transversais de demandas e respostas integradas[16(10)].

Nesse sentido, respeitando as competências específicas de cada ente federativo, a ESPBA, enquanto responsável pela gestão das Residências no estado e formação de especialistas para o SUS, propõe-se a compor essa Rede de Apoio Integrado no que tange à formação em serviço na modalidade Residência. Para tanto, ao analisar e intervir no âmbito da PGETS, constituindo-se em retaguarda especializada de apoio às equipes de referência regionais e municipais,

corresponsabilizando os sujeitos com uma função técnico-pedagógica, incluindo transferência de tecnologias para a qualificação das equipes, fundamenta-se no apoio institucional e no apoio matricial.

A opção pelo apoio integrado tem-se revelado para a ESPBA um caminho interessante para criação de novos programas, ampliação de vagas e concessão de bolsas de Residência, por agregar a experiência de instituições bem-sucedidas no desenvolvimento de programas e incentivar uma melhor organização regional da assistência em saúde. Realizar o apoio integrado, ou melhor, apoiar institucionalmente e matriciar a implantação e implementação dos processos formativos na modalidade Residência, de forma regionalizada, é um dos propósitos e desafios da Escola.

Experiências com apoio através dos Programas de Residência da Escola de Saúde Pública da Bahia

Na Bahia, um conjunto expressivo de municípios foi contemplado para expandir as vagas e criação de novos cursos de medicina, totalizando mais de 880 novas vagas. A Sesab, por meio da SUPERH/ESPBA, deu início ao suporte aos municípios em 2013 quando o Ministério da Educação, no Diário Oficial da União de 23 de outubro de 2013, publicou o Edital nº 03 de Pré-Seleção de Municípios para Implantação de Curso de Graduação em Medicina por Instituição de Educação Superior Privada. Desde então, as atividades vêm acontecendo, e o suporte consiste em realização de oficinas, visitas técnicas a municípios, orientação para credenciamento de novos PRM e acompanhamento de visita de avaliadores da CNRM para aprovação de novos PRM no estado.

A ESPBA compreende que a ampliação das vagas, associada à desconcentração dos cursos, contribuirá para construção de redes de formação e consequente qualificação e organização das redes locorregionais de gestão e atenção. Cabe ainda ressaltar a importância da articulação com a Diretoria de Atenção Básica (DAB) para a realização de apoio institucional compartilhado com suas instâncias locorregionais, no sentido de fortalecer a rede de atenção que representa o cenário privilegiado das práticas de formação em serviço.

Os apoiadores da DAB trabalham também em articulação com a equipe do Nures como tutores de campo do Permusf. Para isso, a ESPBA vem ainda realizando sessões de educação permanente visando à qualificação da equipe. Os apoiadores devem organizar as necessidades e demandas de cada região/município e construir uma agenda de apoio, dialogicamente e pactuada com os diversos atores corresponsáveis pelo processo.

Já o PRMFC da ESPBA vem também estimulando a criação de novos programas de Medicina de Família e Comunidade no Estado, em municípios e universidades parceiras, bem como atuando no matriciamento destes. Atualmente, é um dos únicos programas ativos e com residentes do estado. Além do PRMFC/ESPBA, a especialidade conta com mais três Programas de Residência ativos e com candidatos (Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf, município de Juazeiro, Universidade Estadual de Santa Cruz – Uesc com um residente no município de Una e Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sendo o programa da Bahiana desenvolvido em articulação pedagógica com a Escola, apesar de serem programas distintos). Existem ainda outros programas no estado que não estão ativos porque não receberam candidatos por um período, ou ainda, outros que estão credenciados perante a CNRM, mas não tiveram candidatos.

A Lei que institui o programa Mais Médicos[17] define que, até 2018 (para início em 2019), o 1º ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade

será obrigatório para o ingresso nos PRM de medicina interna, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, psiquiatria e medicina preventiva e social. Cabe lembrar, portanto, sobre a necessidade de fomentar a medicina geral de família e comunidade, além das especialidades básicas – clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia e urgência/emergência e considerando a proposta de universalização da Residência Médica no Brasil.

Uma das principais dificuldades identificadas pelas Comissões de Residência Médica (Coremes) das unidades da rede própria Sesab é a gestão administrativa dos PRM, o que igualmente demanda o apoio institucional da ESPBA visando a sua implantação e implementação. Hoje, além do PRMFC/ESPBA, a Coreme da Escola é referência dos PRM em clínica, médica, cirurgia geral, medicina intensiva e coloproctologia do Hospital de Juazeiro; de pediatria, neonatologia e cirurgia pediátrica do Hospital Estadual da Criança (HEC) em Feira de Santana; e de ginecologia e obstetrícia da Maternidade de Referência José Maria de Magalhães, em Salvador.

Nessa perspectiva da estratégia de apoio adotada, a ESPBA vem ainda conduzindo, juntamente com a Coordenação de Integração da Educação com o Trabalho na Saúde (Ciet) da ESPBA, um grupo de trabalho composto por Universidades Públicas Estaduais e Federais para articulação de parcerias e suporte técnico pedagógico para certificação dos hospitais da rede como hospitais de ensino, desde junho de 2017. Dessa forma, a organização dos campos de prática da rede Sesab vem sendo discutida de forma articulada com os estágios de graduação e com as Residências em Saúde.

Nesse contexto, a equipe do Nures estabeleceu três dimensões para subsidiar o apoio: uma dimensão normativa que trata dos instrumentos que regulamentam e regulam o processo de formação em serviço; uma dimensão organizativa estrutural que se refere aos processos de trabalho, à infraestrutura e logística para o adequado desenvolvimento das atividades; e uma dimensão político pedagógica, relacionada com as abordagens, metodologias, práticas e instrumentos de ensino aprendizagem como, por exemplo, o exercício da preceptoria.

A implementação do apoio conta com diversas ferramentas. Além de encontros presencias, os apoiadores utilizam comunicação eletrônica, realização de fóruns a distância via plataforma virtual, teleconferências, videoconferências, Telessaúde, entre outros, a depender das necessidades e demandas dos projetos.

Considerações finais

Uma das potencialidades para consolidação da estratégia de apoio integrado e alcance dos objetivos está no fato de se constituir uma demanda institucional, consoante com as diretrizes nacionais e com a PGETS, portanto uma das agendas prioritárias da ESPBA. Outro fator importante é a motivação da equipe Nures/ESPBA que, para além da formação em serviço e do desenvolvimento dos trabalhadores, visa contribuir com a organização das redes locorregionais de gestão e atenção à saúde, no sentido de promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde das pessoas. Vislumbra-se, ainda, a possibilidade de construir relações transversais e solidárias entre os entes federados, fortalecendo a função pedagógica da gestão e o papel do Estado enquanto agente regulador.

Por outro lado, alguns aspectos são desafiadores, como a inexistência de uma Política Nacional e Estadual que regulamente, por exemplo, as competências de cada esfera na gestão da formação em serviço na saúde, ou ainda uma Política de Residências. Portanto, a diversidade de atores e instituições com as quais se faz necessário dialogar, negociar, pactuar, considerando os diferentes interesses que permeiam essas relações, são elementos condicionantes. Todavia, a

possibilidade de construir coletivamente factibilidade para superação das necessidades de qualificação dos trabalhadores para e do SUS é estimulante.

Reconhecidas como 'padrão ouro de formação', as Residências em saúde vêm experienciando avanços e se fortalecendo como modalidade formativa de treinamento em serviço. A Bahia vem apostando nessa modalidade como fomento para mudanças e qualificação das práticas de atenção à saúde, sendo que os esforços empreendidos e investimentos realizados pela Secretaria da Saúde ratificam o compromisso ético, político e social com a formação de novos profissionais de saúde para o estado em consonância com as necessidades de saúde da população. ■

Referências

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

2. Araújo EFS, Aguiar AC, Pagani R, et al. Referências Político-Institucionais e Normativas da Oferta de Programas de Residência no Brasil. In: Aguiar AC, organizadora. Preceptoria em Programas de Residência: Ensino, Pesquisa e Gestão. Rio de Janeiro: Cepesc; 2017. p. 32-48.

3. Barboza Filho JC. A residência médica: um breve histórico. In: Souza NA. Manual do Residente e do interno. 4 ed. Salvador: Sesab; 2002. p. 23-29.

4. Bahia. Secretaria da Saúde. Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS-Bahia. Salvador: Superintendência de Recursos Humanos da Saúde; 2012.

5. Oliveira TDT, Pinto ICM. Superintendência de Recursos Humanos: Políticas e Ações no Campo da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. In: Solla JJSP, organizador. Estratégias da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: Experiências da Bahia. Salvador: Edufba, 2014. p. 21-52.

6. Vilasbôas ALQ. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: a experiência da parceria entre o Instituto de Saúde Coletiva e a Escola Estadual de Saúde Pública na Bahia. In: Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. p. 47-60.

7. Bahia. Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola de Saúde Pública da Bahia. Nota técnica 007/2018 sobre a Aula Inaugural do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da EESP. Salvador: Sesab/EESP, 2018.

8. Bahia. Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola de Saúde Pública da Bahia. Relatório de Gestão da Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Netto 2017. Salvador: Sesab, 2017.

9. Bahia. Fundação de Apoio à Educação e desenvolvimento Tecnológico. Edital nº001/2017 de 17/11/2017 que publiciza o Processo Seletivo Unificado para Residência em Área Profissional da Saúde (Uniprofissional e Multiprofissional) [internet]. Bahia: Cefet; 2018 [acesso em 2018 abr 30]. Disponível em: http://www.fundacaocefetbahia.org.br/sesab/eesp/2018/residencia/selecao.asp.

10. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.

11. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

12. Bahia. Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto. Portaria Interna da Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto EESP 003/2014. Diário Oficial do Estado da Bahia (DOEBA). 31 jul 2014.

13. Oliveira GN. Devir Apoiador: Uma Cartografia da Função Apoio [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2011. 175 p.

14. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc. Saúde Colet. 1999; 4(2):393-402.

15. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(2):399-406.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Apoio integrado à gestão descentralizada do SUS [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2014 dez 18]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=2860.

17. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 out 2013.

Residência em Saúde Coletiva com concentração em planejamento e gestão em saúde: a experiência do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

Residency in Public Health with concentration in health planning and management policy: experience of the Institute of Collective Health of the Federal University of Bahia

Catharina Leite Matos Soares[1], Ana Luiza Queiroz Vilasbôas[2], Cristiane Abdon Nunes[3], Liliana Santos[4]

RESUMO O artigo apresenta um relato da experiência do Curso de Especialização em Saúde Coletiva sob forma de Residência com concentração em planejamento e gestão em saúde na perspectiva dos gestores do Curso. Trata-se de um Programa de Residência ofertado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Apresenta uma discussão acerca da gestão geral do Curso, os princípios de diretrizes político-pedagógicas que orientam as tomadas de decisão sobre ele, as estratégias de integração ensino-serviço e, por último, a orientação dos processos avaliativos.

PALAVRAS-CHAVE Capacitação profissional. Saúde pública. Planejamento em saúde. Gestão em saúde.

ABSTRACT *The article presents an account of the experience of the Specialization Course in Public Health in the form of Residency with a concentration in health planning and management from the perspective of the course managers. This course is offered by the Institute of Public Health of the Federal University of Bahia. It presents a discussion about the general management of the course, the principles of political pedagogical guidelines that guide the decision making about it, the strategies of teaching service integration and, finally, the orientation of the evaluation processes*

KEYWORDS *Professional training. Public health. Health planning. Health management.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *catharinamatos@gmail.com*

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *analuvilas@gmail.com*

[3] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *abdoncris@gmail.com*

[4] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *lilianapsico@gmail.com*

Introdução

A formação em saúde tem sido objeto de debate e de intervenções. Há um reconhecimento internacional da necessidade de adequação das práticas dos profissionais de saúde ante as demandas sociais nos serviços de saúde. Essa relação, entretanto, apresenta inúmeros desafios, a exemplo do rompimento com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicionais; da formação de profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado; da construção de desenhos formativos que contemplem, ao mesmo tempo, apropriação de conhecimentos, formação técnica e capacidade analítica, crítica e propositiva[1].

No Brasil, a emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) como proposta de sistema universal tem imposto às instituições formadoras diversificação e estruturação de modelos de formação que contemplem as diversas dimensões: humana, técnica, política e científica, considerando os serviços de saúde em seu contexto real como cenário de práticas[2]. Nessa perspectiva, os Programas de Residência em Saúde representam uma modalidade de formação em serviço com essas características, tendo o trabalho como eixo condutor, e os serviços de saúde como lócus de práticas[3-5].

Em 2005, formalizaram-se, por Lei Federal, os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde, sem a presença dos médicos, reconhecendo a formação em serviço para distintos profissionais de saúde. Em decorrência disso e conforme as necessidades de formação nos contextos de prática, houve crescimento da oferta dessa modalidade de Residência, bem como a sua diversificação, particularmente pela criação de uma variedade de áreas de concentração[6].

Segundo Rosa e Lopes, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde devem ser constituídos como programas de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente para a construção do SUS[7].

Em 1980, o Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia (DMP/UFBA) criou o Curso de Especialização em Medicina Social sob a forma de Residência, de caráter multiprofissional, oferecido a médicos e enfermeiros. Quando o Programa foi credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica, a entrada nele ficou restrita aos médicos. O Curso foi oferecido com três áreas de concentração: planejamento e administração em saúde, epidemiologia e saúde ocupacional, até 1996 quando já estava sob a responsabilidade do Instituto de Saúde da Coletiva (ISC), unidade criada por docentes do DMP da UFBA.

Vale destacar que esse Programa abarcava conteúdos pertinentes à situação do sistema público de saúde da época, ocasião em que o Movimento pela Reforma Sanitária se constituía como luta pela democratização do Estado brasileiro e da saúde, antes da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde que deliberou pela criação do SUS.

Em 2016, o ISC criou o Programa de Residência em Saúde Coletiva, com concentração em planejamento e gestão em saúde, atualização da proposta e nomenclatura do Curso que foi oferecido até 1996.

Diante do exposto, este artigo apresenta a experiência de implantação do Programa de Residência em Saúde Coletiva com concentração em planejamento e gestão em saúde, na perspectiva dos gestores do Curso.

O processo de gestão do Curso

A primeira turma do Curso de Especialização em Saúde Coletiva sob forma de Residência com concentração em planejamento e gestão em saúde foi oferecida em 2016 para egressos de três categorias profissionais: odontólogos, enfermeiros e graduados em saúde coletiva, sendo composta por 18 residentes.

Em 2018, outras categorias profissionais foram agregadas, a saber: psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e fisioterapeutas, por sugestão dos residentes que compuseram a primeira turma.

De início, um grupo composto por três professores da área de concentração de planejamento e gestão formularam o projeto inicial. Esse mesmo grupo passou a integrar a gestão colegiada do Programa, reunida semanalmente para organizar os processos da Residência, agregando, ao longo do primeiro ano desta, mais um professor da área de concentração de planejamento e gestão em saúde.

O desenho da Residência prevê o diálogo entre docentes que atuam como supervisores pedagógicos e preceptores profissionais dos serviços de saúde. São sujeitos importantes do processo de ensino e aprendizagem realizado no âmbito da Residência, acompanhados pelo grupo gestor do Programa. Vale mencionar que o princípio básico desse processo é a autonomia. Cada preceptor, em consonância com o supervisor de seu grupo de residentes, tem liberdade para definir as atividades dos planos de trabalho dos residentes. A gestão do processo de ensino-aprendizagem dos residentes é atribuição do supervisor pedagógico da equipe de professores do ISC que, em acordo com os preceptores dos serviços de saúde, conduzem esse processo.

Embora seja um processo autônomo, é partilhado por todo o grupo de supervisores e gestores do Programa, em reuniões mensais, espaços de compartilhamento e discussão em que cada supervisor apresenta as atividades desenvolvidas pelos seus supervisionados, assim como os avanços e as dificuldades encontradas ao longo do processo. Essa forma de condução permite à equipe gestora tomar decisões sobre a Residência, após o amadurecimento coletivo dos problemas que circundam a formação sob forma de Residência, aportando a equipe de segurança e alinhamento, com base em decisão coletiva. Vale ressaltar que, atualmente, a equipe de supervisores é composta por 11 professores da UFBA, sendo 2 de outras unidades da UFBA, particularmente do colegiado do Curso de Fonoaudiologia.

De modo complementar, institucionalizou-se mensalmente uma agenda de reuniões com a Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão em Saúde (DEPG) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador. A cooperação entre ISC e DEPG permite o estabelecimento, por consenso, da definição dos locais de campo de práticas para introduzir os residentes e constitui-se como espaço de escuta de demandas oriundas dos serviços e de priorização de atividades, considerando a área de concentração do Programa. Esse diálogo constante tem favorecido a definição de atividades estratégicas, a exemplo da colaboração dos residentes na elaboração do Plano Municipal de Saúde do Município de Salvador de 2018-2021.

Essa forma de condução da Residência constitui um formato próprio da gestão desse Curso. Todavia, a gestão também atende às normas da UFBA. Para tanto, o colegiado do Curso está composto por representações da coordenação, supervisores, docentes, residentes e servidores técnico-administrativo. Esse espaço colegiado diz respeito ao espaço formal de deliberação, espaço no qual o processo decisório é concluído, visto que as propostas são previamente formuladas nos espaços colegiados 'informais'.

Princípios, conceitos e fundamentos norteadores da formação especializada em planejamento e gestão em saúde sob a forma de Residência

São muitos os desafios que se colocam para uma formação especializada que tem como objetivo principal qualificar profissionais de saúde para a execução e coordenação de práticas de planejamento, gestão e avaliação em saúde coletiva,

em todos os níveis de gestão da saúde de populações humanas. Também, há que se considerar o compromisso da universidade com a formação de profissionais eticamente e tecnicamente qualificados para atuar no SUS, atendendo às necessidades de saúde da população.

Consoante essa proposta, três pilares orientam a formação nesse Curso: o trabalho desenvolvido em contexto real, o enfoque estratégico situacional e a participação social.

O trabalho desenvolvido em contexto real é o princípio pedagógico basilar dessa formação. Nesse sentido, o desenvolvimento de práticas de planejamento e gestão no âmbito do SUS implica considerar a complexidade e a diversidade de problemas e necessidades de saúde que acometem a população de um determinado território. Ademais, consideram-se também os modos como a gestão da saúde se organiza nos espaços locais, distritais e centrais, visando assegurar a execução planejada e articulada de ações resolutivas para o enfrentamento dos problemas encontrados nos serviços de saúde. Implica ainda tratar as organizações de saúde como complexas, em que todos os problemas se manifestam em sua máxima complexidade[8].

O Curso também adota o enfoque estratégico-situacional do planejamento[9,10] como um fundamento para a reflexão sobre as práticas desenvolvidas nos serviços de saúde onde atuam os residentes. Parte-se do pressuposto de que o planejamento e a gestão em saúde são práticas sociais, historicamente determinadas, providas de certa intencionalidade e direcionalidade, e enquanto tecnologias de gestão que podem ser utilizadas para a manutenção, mudança ou transformação de uma dada realidade. Os residentes são, portanto, estimulados a refletir sobre suas práticas e a desenvolver ações a partir dessa abordagem.

A participação social também é elemento indispensável na construção de um sistema de saúde mais humanizado e voltado para os interesses da população. Nessa perspectiva, as ações de planejamento e gestão em saúde só adquirem sentido se estiverem ancoradas em práticas democráticas e participativas que assegurem a presença dos usuários dos serviços de saúde nos espaços de discussão e definição dos problemas prioritários assim como os modos de intervenção sobre eles.

A complexidade das práticas de planejamento desenvolvidas nos espaços centrais, distritais e locais da gestão em saúde demanda, necessariamente, a aquisição de novos conhecimentos, habilidades e atitudes/valores, que são objeto desse processo de formação. Nesse sentido, o Curso é estruturado em módulos temáticos que agregam e articulam conceitos dos eixos básicos da saúde coletiva (epidemiologia; políticas, planejamento e gestão e ciências sociais em saúde). Entretanto, a sua distribuição temporal não é linear e se organiza de forma distinta nas turmas de Residência. Isso ocorre porque a prática assegurada por meio de planos de trabalhos é que define os conteúdos teóricos a serem trabalhados, com vistas à constituição de uma práxis técnica, mas também política, em consonância com a concepção de saúde coletiva[11].

Dentre os objetivos de aprendizagem, destacam-se: analisar as tendências atuais das políticas de saúde e suas repercussões sobre o sistema de saúde; compreender a noção de território e suas relações com o processo saúde-doença; identificar problemas do estado de saúde da população, dos sistemas e serviços de saúde e as formas de organização social no território; utilizar a informação como ferramenta para conhecimento da realidade, identificando as fontes de informação em saúde, calculando e interpretando indicadores de saúde; planejar e programar ações para intervenção de problemas em situações concretas, utilizando técnicas de planejamento e programação em saúde; organizar e gerenciar ações e serviços de saúde em estabelecimentos e sistemas de saúde, articular ações intersetoriais para intervenção sobre os determinantes dos problemas prioritários em distintos territórios de atuação, entre outros.

Em todo o percurso, e a partir de cada tema de aula, são introduzidos conceitos que resgatam a reflexão sobre as ações desenvolvidas nos campos de prática, oportunizando um processo circular de ação-reflexão-ação[12], buscando-se soluções para os desafios enfrentados na prática. Ou seja, embora haja certo alinhamento teórico-conceitual a cada ano de Residência, a sua distribuição é orientada pela prática dos residentes nos serviços de saúde, de modo que os conteúdos de cada módulo temático obedeçam às orientações específicas para cada turma.

Os espaços de ensino-aprendizagem promovidos durante o Curso buscam também estimular o desenvolvimento de habilidades e atitudes necessárias ao perfil dessa formação, tais como: demonstrar uma visão interdisciplinar, reconhecendo e valorizando as competências específicas dos outros profissionais da equipe de saúde, dado que se trata de uma formação voltada para a atuação multiprofissional; trabalhar de forma cooperativa e sinérgica em equipe; desenvolver atitudes que favoreçam a comunicação interativa, respeitando os valores e crenças dos diversos atores sociais em situação; administrar situações de conflito, tomar decisões em saúde, levando em consideração a realidade epidemiológica e sanitária, entre outras.

A experiência desse Curso tem permitido aprofundar o debate e a reflexão acerca da relevância da formação de profissionais qualificados para o planejamento das ações desenvolvidas no âmbito do SUS, tendo em vista a complexidade do perfil epidemiológico da população brasileira e os desafios enfrentados para a organização e funcionamento de um sistema de saúde universal e equânime. Destaca-se que a coordenação e o corpo docente do Curso entendem que a Residência é uma estratégia essencial para a formação de profissionais que possam atuar de modo competente e crítico, no fomento à institucionalização das práticas de planejamento nos diversos espaços de gestão em saúde e no processo de consolidação do SUS.

Integração ensino-serviço e formação especializada em planejamento e gestão em saúde sob a forma de Residência

O Programa tem desenvolvido as práticas dos residentes nos campos oferecidos pela SMS de Salvador, mediante um processo colaborativo com a DEPG, Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) e Coordenações de Distritos Sanitários dessa instituição.

Há que se destacar o pressuposto político-pedagógico que orienta a colaboração entre a Universidade e os serviços de saúde na experiência dessa Residência. O trabalho desenvolvido em contextos reais, como já referido anteriormente, é o princípio pedagógico estruturante dessa formação. Assim, os residentes realizam suas práticas a partir da negociação conduzida em parceria entre a coordenação do Programa/Curso e a SMS, representada pela DEPG, de modo a atender, por um lado, às necessidades de formação e, de outro, às demandas dos serviços quanto ao desenvolvimento das ações de planejamento e gestão realizadas pelas coordenações de Distritos Sanitários e estruturas do nível central dessa instituição.

Antes do início de cada turma de residentes, a representação da DEPG propõe à coordenação da Residência os campos de prática para o R1 e R2. Para os residentes do primeiro ano, é oferecida, geralmente, a atuação nos Distritos Sanitários atendendo aos critérios de disponibilidade de preceptoria local, interesse e compromisso da equipe com o desenvolvimento de ações de planejamento e de apoio à gestão compartilhadas com os residentes.

Quanto aos residentes do segundo ano, são oferecidas práticas em estruturas de nível central da SMS, sob forma de rodízio trimestral. Cabe destacar que, no nível das atividades, a negociação da supervisão realizada pelos docentes do ISC é fundamental para o estabelecimento dos planos de trabalho

individuais de cada um. Destaque-se que os preceptores, profissionais de carreira da SMS, em sua maioria, possuem formação pós-graduada em saúde coletiva, alguns egressos de Residências Multiprofissionais e de Mestrados de Saúde Coletiva.

A primeira turma de R2 (2017) teve a oportunidade de atuar diretamente na elaboração do Plano Municipal de Saúde 2018-2021; para isso, ela manteve a relação com os Distritos Sanitários aos quais esteve vinculada durante o primeiro ano do Curso. A segunda turma de R2 (2018) está desenvolvendo suas práticas na DEPG e na DAS. Nessas estruturas, há o atendimento aos critérios acima mencionados de modo a assegurar a qualidade do desenvolvimento das práticas.

Após o levantamento inicial dos campos de prática, realiza-se uma oficina de planejamento conjunto entre coordenação, docentes supervisores do ISC e técnicos da DEPG e dos Distritos Sanitários, para a definição da entrada no campo e o levantamento de possíveis atividades a serem contempladas no plano de trabalho dos residentes, instrumento de planejamento pedagógico a ser construído de modo ativo com esses estudantes, na interação com a preceptoria local e supervisão docente.

A integração da Residência com a SMS é dinâmica e busca atender aos interesses formativos e de aprimoramento das práticas de planejamento e gestão dos serviços. A presença dos residentes sob supervisão docente semanal nos Distritos e nas estruturas do nível central produz um processo colaborativo que gera ganhos mútuos para as duas instituições envolvidas.

Uma experiência considerada, pelos atores envolvidos, como bastante positiva nesse processo colaborativo é a participação dos residentes no Grupo de Trabalho de Planejamento (GTPLAN), distrital e central, criado pela DEPG que reúne representantes de todos os Distritos Sanitários e/ou das estruturas do nível central da SMS, que tem a responsabilidade de conduzir e apoiar o processo de planejamento, programação, monitoramento e avaliação, conforme as diretrizes e linhas de ação do Plano Municipal de Saúde em vigência.

As reuniões mensais são um importante espaço de produção de tecnologias sob a forma de orientações metodológicas para a elaboração de instrumentos de programação e monitoramento de ações de saúde, além de ser um momento importante de reflexão crítica sobre o trabalho realizado. Esses momentos configuram-se como uma prática de educação permanente, em seu sentido pleno, aquele que coloca o trabalho concreto no centro do processo de formação e de aprimoramento das práticas institucionais, pertinente a todos os envolvidos, residentes, preceptores e representação da DEPG.

É importante mencionar que há vários processos de ensino-aprendizagem em curso que não se restringem aos residentes em formação. As demandas trazidas pela SMS alimentam a oferta de conteúdo teórico-metodológico não só para os residentes, mas também para os preceptores e para outros profissionais dos serviços. Destaque-se também que os docentes e supervisores muito se beneficiam dessa interação com os serviços, especialmente no que se refere à construção compartilhada de tecnologias leves, muitas delas com grande potencial de inovação tecnológica no planejamento e gestão de nível local e municipal. Os processos de planejamento apresentam-se, então, como um processo pedagógico fundamental para a aprendizagem coletiva.

A expertise dos preceptores locais, tanto nos Distritos quanto nas estruturas do nível central da SMS, tem sido fundamental para provocar a atualização do conteúdo técnico-científico que é colocado à disposição dos residentes, seja nos momentos teórico-metodológicos (terças e sextas no ISC), seja nos momentos de supervisão local pelos docentes.

Outro benefício gerado pela colaboração entre o ISC e a SMS de Salvador é a

consolidação dos campos de prática para estudantes do Curso de Graduação em Saúde Coletiva e de outras graduações de saúde da UFBA. A presença permanente dos docentes supervisores nos Distritos e estruturas do nível central tem permitido o desenvolvimento de atividades mais bem articuladas aos interesses dos serviços, além do proporcionar experiências concretas de intervenção no território pelos estudantes de graduação, afastando-os das práticas da oferta de 'visitas' aos serviços, o que pode tornar o conteúdo da saúde coletiva se não mais atrativo, pelo menos com maior produção de sentido para os futuros profissionais.

Ademais, a presença dos residentes, principalmente no nível distrital, tem qualificado os processos de trabalho e de gestão, haja vista o conjunto de produtos apresentados aos gestores nesse âmbito que envolve bancos de dados, produção de relatórios sistematizando informações, propostas concretas de intervenção, entre outros.

Os desafios postos para construir a viabilidade político-institucional e técnico-organizativa das práticas programadas de comum acordo entre residentes e preceptores são objeto da construção de estratégias de superação das dificuldades que são esperadas nesse tipo de colaboração, tanto nos locais de atuação dos residentes quanto nos momentos conjuntos de monitoramento realizados entre a coordenação da Residência e a DEPG.

Monitoramento e avaliação no Programa de Residência em Saúde Coletiva com concentração em planejamento e gestão

O Curso de Especialização sob forma de Residência em Saúde com concentração em planejamento e gestão adota duas perspectivas avaliativas: formativa e somativa. Além disso, há uma preocupação em desenvolver a avaliação em distintos âmbitos, quais sejam a avaliação da aprendizagem, avaliação do processo de formação do residente, avaliação do Curso. Trata-se, portanto, de um processo que busca uma prática avaliativa que permita tanto a sistematização da aprendizagem dos residentes quanto os aspectos relacionados com a qualificação profissional.

No aspecto formativo, a avaliação é processual e dialógica, pautada nos encontros semanais entre dois atores fundamentais, os supervisores e os residentes. Nesses encontros de supervisão, de cunho pedagógico, residentes e supervisores discutem acerca do cotidiano do trabalho desenvolvido nos serviços de saúde e sobre desafios postos pela gestão do serviço de saúde e pela organização dos processos de trabalho dos espaços locais, distritais e centrais da SMS de Salvador. Há que se destacar que se trata de uma organização situada na capital de um importante estado da região Nordeste, responsável pela saúde de cerca de 3 milhões de habitantes[13].

O desenvolvimento dessa prática avaliativa ancora-se na concepção de educação freireana[14]. Nessa perspectiva, a educação só se consolida pela transformação da realidade. Ao longo do processo, a relação entre residentes e supervisores tem possibilitado a constituição de um olhar ampliado acerca dos desafios dos processos de trabalho e, por conseguinte, do trabalho nas organizações de saúde.

Essas reflexões semanais são registradas pelos residentes em portfólio de aprendizagem[15,16] que contempla as atividades desenvolvidas nos campos de prática dos serviços de saúde, as relações com os conceitos e referenciais teóricos trabalhos nas aulas teóricas, que representam momentos conceituais de reflexão sobre a ação prática nos serviços. Os portfólios também funcionam como registro dos aprendizados consolidados ao longo da Residência e das questões em aberto que mereçam desdobramentos em outros momentos do Curso. Esses registros têm por base os planos de trabalho definido em conjunto pelos residentes, supervisores

e preceptores dos serviços de saúde. Nos planos de trabalho, por sua vez, constam os objetivos de aprendizagem e definição de produtos sob responsabilidade do trio ou dupla de residente que atuam em um determinado campo de prática.

Vale ressaltar que o portfólio corresponde a uma importante estratégia de produção da escrita no plano individual, trabalhando, portanto, a competência escrita. Nessa produção, embora seja uma avaliação escrita individual que coloca para os residentes questões objetivas do cotidiano da práxis do sanitarista, essas se articulam com as questões subjetivas dos sujeitos implicados no processo de ensino-aprendizagem[15,16].

Além do portfólio, há também a análise do processo de formação do residente no âmbito do Programa de Residência. Para tanto, o Curso utiliza um instrumento que comtempla as várias competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) esperadas para a formação especializada nessa área de concentração. Esse instrumento é preenchido pelas supervisoras do processo pedagógico em acordo com o preceptor do serviço de saúde, ou seja, a análise das competências alcançadas pelos residentes é realizada por consenso e discussão entre dois atores fundamentais do processo de ensino-aprendizagem do residente.

Assim como o supervisor e o preceptor do serviço de saúde avaliam o residente e suas competências alcançadas a cada ano do Curso, os residentes também analisam, por meio de um instrumento de avaliação, o desempenho do supervisor ao longo do processo, os campos de prática onde desenvolveram suas atividades, os momentos de reflexão teórica, a inserção nos grupos de pesquisa do Instituto, ou seja, avaliam a Residência. Com base nas percepções dos residentes, a coordenação da Residência sistematiza os dados e consolida as informações, discute com o grupo de condução do processo e com os residentes e transforma os problemas mencionados em intervenções para a turma do ano seguinte.

Pode-se citar ainda, como estratégia de avaliação processual, as oficinas de compartilhamento realizadas nos encontros de GTPLAN distrital e central, em que os residentes apresentam seus produtos uns aos outros. Essas reuniões ocorrem, geralmente, no meio do ano, e correspondem a espaços de troca e entre residentes, supervisores, preceptores e atores da DEPG que conduzem o processo de planejamento na secretaria municipal de saúde de salvador.

Por último, cabe registrar que, ao final do ano, realiza-se uma oficina de escuta qualificada dos residentes, abordando questões amplas do Curso, com a participação de professores, supervisores e coordenação da Residência. Esses momentos têm sido relevantes para uma análise qualitativa acerca do andamento do Programa, validando boas experiências e reorientando a condução do trabalho.

Considerações finais

O Programa de Residência em Saúde Coletiva com concentração em planejamento e gestão em saúde representa uma inovação importante para a qualificação das práticas de planejamento nos espaços locais, distritais e centrais da SMS. De outro ponto de vista, a prática de planejamento da Residência vem se configurando como um exercício de diálogo entre a instituição de ensino e o serviço de saúde, representando uma articulação constante entre educação e trabalho, cumprindo, por sua vez, a função da universidade. Nesse particular, essa ação estabelece uma rede de reciprocidade e compromisso mútuo, para além dos processos educativos formais, tendo em vista que o objetivo precípuo é contribuir para a melhoria da qualidade da atenção aos usuários do SUS. ■

Referências

1. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cad. Saúde Pública. 2004 jun; 20(3):780-788.

2. Almeida Filho N. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2013; 18(6):1677-1682.

3. Nunes MPT. Residência Médica no Brasil: situação atual e perspectivas. Cad. ABEM. 2004; 1:30-32.

4. Nascimento DMG, Oliveira MAC. A Política de formação de profissionais de saúde para o SUS: consideração sobre a residência multiprofissional em saúde da Família. REME Rev Min Enferm. 2006 out-dez; 10(4):435-439.

5. Nascimento DMG, Oliveira MAC. Competências Profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. Saúde Soc. 2010 out-dez; 19(4):814-827.

6. Brasil. Ministério da Educação. Lei no 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui a Residência em área profissional da Saúde e cria uma comissão nacional de Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. Diário Oficial da União. 30 jun 2005.

7. Rosa SD, Lopes REL. Residência Multiprofissional em Saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. Trab Educ Saúde. 2010 fev; 7(3):479-498.

8. Testa M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p. 17-70.

9. Matus C. Política, planificação e governo. Brasília, DF: IPEA; 1993.

10. Testa M. Pensar en salud. 3. ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.

11. Sá-Chaves I. A construção do conhecimento pela análise reflexiva da práxis. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian; 2002.

12. Davini MC. Do processo de aprender ao ensinar: capacitação pedagógica para instrutor/supervisor - área de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1984.

13. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 13. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1999.

14. Melo ES, Bastos WG. Avaliação escolar como processo de construção de conhecimento. Est Aval Educ. 2012 maio-ago; 23(52):180-203.

15. Araújo ES. O uso do Portfolio reflexivo na perspectiva histórico-cultural. In: XII Congresso SPCE; 2014 set 11-13; Vila Real. Vila Real: Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro; 2014.

16. Cotta RMM, Mendonça ET, Costa GD. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. Rev Panam Salud Pública. 2011:30(5):415-21.

Supervisão na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva: concepções, práticas e perspectivas

Supervision in the Multiprofessional Residency in Collective Health: conceptions, practices and perspectives

Monique Azevedo Esperidião[1], Yara Oyram Ramos Lima[2], Mariluce Karla Bomfim de Souza[3], Alcione Brasileiro Oliveira Cunha[4], Ana Cristina Souto[5], Erika Santos de Aragão[6]

RESUMO O artigo descreve concepção e práticas da função de supervisão das atividades desempenhadas no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde, destacando aspectos, como: articulação de campos de práticas; rotina de acompanhamento; produtos alcançados e processos avaliativos. São realizadas as distinções conceituais entre supervisão, preceptoria e tutoria como modalidades de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teórico-práticas desenvolvidas no âmbito do campo de atuação. Por fim, busca apontar avanços e fragilidades no processo de supervisão, considerando os desafios dos campos de prática e da formação em serviço, representada pela Residência Multiprofissional, em tempos de desmonte do Sistema Único de Saúde, analisando como o encontro entre conhecimentos teóricos e práticos podem favorecer uma formação diferenciada para o enfrentamento da crise.

PALAVRAS-CHAVE Residências Multiprofissionais. Saúde pública. Planejamento em saúde. Gestão em saúde. Prática profissional.

ABSTRACT *The article describes the conception and practices of the supervising function of the activities carried out in the Multiprofessional Residency Program in Public Health with a focus on Health Policy, Planning and Management, highlighting aspects such as: articulation of practice fields; follow-up routine; products achieved and evaluation processes. The conceptual distinctions between supervision, preceptory and tutoring are made as modalities of academic guidance focused on the discussion of the theoretical-practical activities developed within the field of action. Finally, it seeks to point out advances and weaknesses in the supervision process, considering the challenges of the fields of practice and in-service training, represented by the Multiprofessional Residency, in times of dismantling of the Unified Health System (SUS), analyzing how the encounter between theoretical and practical knowledge can favor a differentiated training to cope with the crisis.*

KEYWORDS *Multiprofessional Residences. Public health. Health planning. Health management. Professional pratice.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *moniqueesper@yahoo.com.br*

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *yaraoyram@yahoo.com.br*

[3] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *marilucejbv@yahoo.com.br*

[4] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *alcionecunha27@gmail.com*

[5] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *anasouto@ufba.br*

[6] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *erikapecs@gmail.com*

Introdução

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) foram instituídas em 2005 por meio da Portaria Interministerial nº 2.117/05, do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde[1], e mostram-se como importantes perspectivas formativas para o Sistema Único de Saúde (SUS), como nova modalidade que permite aproximar a academia dos campos de práticas, ao interior dos serviços de saúde, abrindo a possibilidade da redefinição dos conteúdos das práticas e possibilitando a emergência de novos saberes e práxis.

As Residências Multiprofissionais em Saúde Coletiva, em particular, permitem tencionar a habitual lógica reproduzida no cotiando dos serviços de saúde, como velhas práticas da saúde pública tradicional, para uma perspectiva de inovação que reconfigure os modelos de gestão e cuidado em saúde. Desenvolver práticas coletivas que enfrentem as ações fragmentadas reforçadas pelas formações iniciais é um valor da RMS que deve ser reforçado nas atividades cotidianas, inclusive como compromisso com os princípios e diretrizes do SUS, principalmente no que se refere à integralidade[2]. Destaquem-se ainda as possibilidades que encerram tais propostas na mediada em que a formação de tais categorias profissionais permite implementar mudanças no modelo assistencial vigente, como alternativas aos modelos hegemônicos estruturantes na formação graduada[3].

Os Programas de Residência Multiprofissional destinados às profissões da saúde, excetuada a médica, constituem modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* sob forma de curso de especialização, caracterizados por ensino em serviço, com carga horária semanal de 60 horas, dedicação exclusiva e duração mínima de dois anos[4] para a qual é destinada uma bolsa de estudos, o que muitas vezes se configura como grande atrativo para os profissionais recém-formados, que dificilmente receberiam no mercado de trabalho valor igual na condição de iniciantes.

A despeito de no senso comum se encontra a noção de supervisão prelaciada à direção, controle e vigilância, no campo da saúde, e, em particular, considerando os processos formativos de profissionais voltados para a educação em serviço, como é o caso das Residências, nesta experiência encontra-se uma delimitação mais precisa. O papel do supervisor está geralmente relacionado com as atribuições de acompanhamento e avaliação de desempenho de conhecimentos e habilidades de profissionais ainda em início de carreira. Nas RMS o supervisor tem a função de estabelecer uma mediação entre teoria e prática, com propósitos acadêmicos, o que o diferencia, por exemplo, do papel de preceptor, este último mais voltado para a formação a partir da inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho.

Este trabalho tem por objetivo apresentar um relato de experiência do processo de supervisão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde (PPG), ofertado pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), descrevendo suas concepções e práticas na articulação de campos de práticas, rotinas de acompanhamento das atividades desempenhadas, produtos alcançados e processos avaliativos na formação dos residentes. Foram consideradas as experiências das supervisoras do Programa, desde 2016, no acompanhamento de três turmas de residentes, incluindo alunos com distintas formações em saúde, entre eles, o bacharel em saúde coletiva.

A Residência em Saúde Coletiva com área de concentração em planejamento e gestão em saúde

A primeira oferta do Curso de Especialização em Saúde Coletiva sob a forma de Residência, área de concentração planejamento e gestão em saúde, foi constituída em 2016, por

bacharéis em saúde coletiva, odontólogos e enfermeiros em acordo com a Resolução da CNRMS nº 02, de 13 de abril de 2012, que estabelece o mínimo de três profissões da saúde para caracterizar a Residência Multiprofissional em Saúde[4]. A terceira oferta passou a incluir nutricionistas fisioterapeutas e fonoaudiólogos e psicólogos.

A Residência possui carga horária total de 5.760 horas, concentrando a maior parte das atividades a serem desenvolvidas nos campos de práticas – 'ensino em serviço' –, os quais incluem espaços de gestão pública da saúde no âmbito distrital e municipal de Salvador, no estado da Bahia. Outras possibilidades de inserção dos residentes para além da integração ensino-serviço-comunidade têm-se constituído importantes para a formação, como a articulação com o Curso de Graduação em Saúde Coletiva do ISC/UFBA e o Observatório de Análise Política em Saúde (Oaps), projeto de pesquisa de grade abrangência financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), do qual participam inúmeros docentes da área de PPG do ISC/UFBA, cuja principal finalidade é promover o acompanhamento de políticas de saúde implantadas nas diversas áreas no Brasil.

A definição dos campos de práticas nos espaços de gestão e planejamento incluem especialmente as áreas centrais da Diretoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), mas também as sedes dos Distritos Sanitários (DS). Para a definição desses campos, ocorreu articulação prévia e alinhamento da proposta da Residência e das necessidades apontadas pelos profissionais e gestores dos potenciais campos.

Em cada campo de prática, as ações são orientadas pelo plano de trabalho elaborado por cada residente a partir da discussão com o preceptor (profissional indicado pelo serviço), e revisado pelo supervisor. As ações buscam contemplar necessidades de organização, planejamento e acompanhamento de ações e serviços em cada território. As especificidades inerentes a cada distrito sanitário, conforme observado ao longo desses quase três anos, apontam necessidades de adaptações nos planos de trabalho, inclusive, influenciam nas decisões sobre a permanência ou mudança de determinado distrito como campo de prática da Residência.

A fim de proporcionar a reflexão e a análise crítica dos residentes sobre as políticas de saúde, o Oaps apresentou-se como profícuo pelo seu objetivo e pela sua composição enquanto rede de pesquisadores de variadas instituições voltada para a produção do conhecimento crítico na área de políticas de saúde. Assim, são apresentados aos residentes os 12 eixos do Observatório, em que a sua inserção é livre, sendo percebidas as preferências de inserção nos eixos em que os respectivos supervisores estão envolvidos ou ainda naqueles eixos de identificação com o objeto. Desse modo, os residentes participam e acompanham o desenvolvimento da análise do processo da Reforma Sanitária, estudos e pesquisas de eixos como aqueles voltados para a política de ciência, tecnologia e inovação em saúde, Atenção Primária à Saúde, política de medicamentos, assistência farmacêutica e vigilância sanitária, saúde mental, trabalho e educação na saúde, modelos de gestão e mídia, dentre outros.

Outra proposta apresentada aos residentes tem sido a sua integração com os estudantes do Curso de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC) por meio dos variados componentes curriculares, em especial os componentes Práticas Integradas em Saúde Coletiva (I, II, III, IV e V). Nos últimos dois anos, mediante reuniões dos docentes, do colegiado do curso e do Núcleo Docente Estruturante (NDE), propostas de integração entre os componentes curriculares e articulação/interlocução entre os estudantes de graduação e da Residência têm sido pensadas e já ensaiadas. Nesse sentido, os residentes são inseridos no primeiro ano de Residência (R1) em componentes teóricos e teórico-práticos de 34 e 68 horas semestrais ofertados no turno da noite.

Diante das possibilidades variadas de inserção dos residentes nos espaços de gestão e planejamento do sistema e serviços de saúde e pelas oportunidades de reflexão e discussão crítica sobre as políticas de saúde, além dos encontros para abordagem teórica dos conteúdos que direcionam os módulos teóricos, eles têm sua agenda variada.

A possibilidade de dispor de profissionais que buscam trabalhar harmonizando práticas profissionais e acadêmicas possibilita o desenvolvimento das ações da Residência de forma articulada por meio da ação da supervisão e preceptoria de forma mais integrada.

Concepções de tutoria, preceptoria e supervisão

Distintas situações e conceitos são abordados para definir as atividades de preceptoria, supervisão, mentoria ou tutoria, correspondendo a diferentes concepções, tanto no âmbito da graduação quanto na pós-graduação[5,6]. Pode-se dizer, de modo geral, que as diferenças entre os preceptores e tutores estão relacionadas com o vínculo institucional, tempo de acompanhamento do residente e funções no programa. Para Bolti e Rego, a supervisão

> [...] deve estimular a aplicação da teoria na prática, desenvolvendo habilidades e ensinando o recém-graduado a utilizar adequadamente o tempo, por meio de priorização de procedimentos e atitudes[5(366)].

Nesse sentido, a supervisão pode contribuir para a qualidade dos serviços de saúde, por meio de uma formação reflexiva e crítica das práticas dos profissionais de saúde. Para os mesmos autores, à preceptoria compete

> [...] integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, ajudando o profissional em formação a desenvolver estratégias factíveis para resolver os problemas cotidianos da atenção à saúde[5(371)].

Ao considerar o art. 9º da Resolução nº 06/2016 do Conselho Acadêmico de Ensino da Universidade Federal da Bahia[7], as atividades de supervisão dos residentes serão desenvolvidas por supervisor(a)/coordenador(a), tutores(as) e preceptores(as), nos seguintes termos:

> I - o supervisor(a)/coordenador(a) - será o professor responsável por coordenar o curso, que deverá ser um tutor, com a função de articular as atividades entre os demais tutores e os preceptores; II - o tutor - será o professor responsável pela orientação técnico-profissional, sendo referência para o Residente no âmbito de cada profissão, ou do campo de atuação, orientando-o e supervisionando-o quanto às suas atividades de educação em serviço, individuais e coletivas, articulando e avaliando o desempenho dos mesmos, segundo as estratégias metodológicas estabelecidas pelo Curso, na perspectiva da integração ensino e serviço; III - o preceptor - será o profissional responsável pela orientação técnico-profissional, com formação mínima de especialista, com a função de implementar e acompanhar in loco o processo de formação dos Profissionais Residentes no processo de trabalho, de modo geral e específico, individual e coletivo, conforme o modelo pedagógico-assistencial do Curso, devendo este trabalhar na Unidade de aprendizagem em Serviço, podendo ser docente ou profissional da área; IV - o Preceptor Colaborador - será o profissional responsável pela orientação técnico-profissional e que não tenha vínculo empregatício com a UFBA, e só poderá exercer sua colaboração através de convênio entre a UFBA e a Unidade de aprendizagem em Serviço[7(3)].

A supervisão direta do residente, portanto, é feita pelo preceptor, profissional vinculado ao serviço de saúde onde se desenvolve o programa. O estudo de Vieira[8] apontou que a preceptoria se constitui como uma atividade adicional para o profissional de saúde, sendo uma preocupação a conciliação das funções

assistenciais com as funções de ensino/formação prática dos estudantes, demandando saberes e competências.

Conforme Resolução UFBA, os tutores são docentes que devem ter como qualificação mínima o título de Mestre e experiência profissional de pelo menos três anos. A carga horária das atividades dos docentes envolvidos nas Residências deverá constar do planejamento acadêmico e ser registrada no sistema acadêmico, como forma de evitar situações de excesso de carga horária, embora nem sempre isso seja possível[7].

Ressalta-se que as funções estabelecidas na Resolução nº 06/2016 do Conselho Acadêmico de Ensino da UFBA estão sendo revisadas pela universidade por não abrangerem as especificidades de todos os programas de Residências Profissionais de Saúde. No caso da RMS em PPG, as funções de supervisão são desenvolvidas por professores ligados à UFBA, ao passo que os preceptores são ligados aos serviços, sem possuir vínculo com a universidade.

A prática cotidiana da supervisão no Programa PPG: concepção, atividades e produtos

O cotidiano da gestão de serviços de saúde é permeado por demandas pontuais que precisam de ação rápida e oportuna, a exemplo das ações de vigilância, mas também daquelas decorrentes de processos de médio prazo mediadas no âmbito do planejamento das ações. Ou seja, existem demandas constantes, por tempo ininterrupto e indeterminado, voltadas a responder, quase sempre, a situações-problema existentes nos serviços.

Em que pese a existência de tais demandas, a identificação de atividades pertinentes à área de planejamento e gestão, com ênfase em ações estruturantes internas aos serviços, torna-se uma tarefa relevante para as coordenações e supervisões no processo formativo, ao interior da Residência.

A escolha dos campos de práticas implica a existência de viabilidade de ações no contexto dos serviços, permitindo que o profissional em processo de formação seja inserido em uma realidade concreta e que os processos em curso sejam capazes de problematizar a realidade, estimulando a reflexão crítica acerca dela.

A inserção dos residentes nos espaços de gestão dos DS de Salvador, em um contexto favorável aos processos de planejamento participativo e estratégico, foi um aspecto positivo para a experiência de supervisão. O processo de inserção nos campos e a aproximação com temáticas relevantes a cada distrito foram intermediadas por técnicos que tiveram a função de preceptoria aos residentes, viabilizando a identificação de demandas e a articulação deles com os demais profissionais e serviços existentes no território.

Assim, na primeira turma de Residência, os esforços foram direcionados para o exercício do planejamento na elaboração dos instrumentos de gestão, em especial a preparação da Programação Operativa Anual e dos Relatórios Quadrimestrais, elemento esse importante para a elaboração do Relatório Anual de Gestão.

O processo de supervisão caracterizou-se com uma frequência semanal nos serviços de saúde onde foram inseridos os residentes e em algumas situações alternadas na Universidade. Esses momentos, além do compartilhamento das rotinas técnicas da semana, funcionavam como espaço de trocas e de estudo. O estímulo à problematização acerca da realidade vivenciada, seus conflitos, desafios e sucessos foram um ponto importante na rotina das supervisões, tornando esse momento útil tanto para a socialização das ações realizadas no período, esclarecimentos de questões pertinentes à rotina técnica, quanto espaço de discussão teórica, desde que trazida pelos residentes.

Desse modo, em articulação com os

processos demandados em nível central pela SMS, as atividades foram desenvolvidas em diversas etapas, buscando articular os cronogramas da gestão dando subsidio à construção dos documentos integrantes do processo de planejamento.

Entre os produtos de maior relevância técnica, estão:

• Elaboração de diversos relatórios quadrimestrais que demandaram a articulação com os grupos técnicos na sede dos distritos sanitários e com os profissionais das unidades. Esse movimento gerou maior envolvimento dos residentes com as equipes técnicas, visto que quase sempre havia necessidade de esclarecimentos adicionais sobre os dados coletados.

• Operacionalização do processo de planejamento no âmbito do DS, em articulação com as unidades de saúde, haja vista a elaboração da Programação Operativa Anual.

• Contribuições para a elaboração do Relatório Anual de Gestão dos distritos.

• Análise de situação de saúde envolvendo a discussão sobre os problemas do estado de saúde e dos serviços de saúde, ponto prioritário para a elaboração do Plano Municipal de Saúde.

• Participação na condução de boletins técnicos sobre a hanseníase e a sífilis congênita.

• Elaboração de cartilha informativa sobre todos os serviços disponíveis nos distritos, tendo em vista orientar os próprios profissionais de saúde das unidades sobre os processos de encaminhamento de usuários a diversos serviços de referência.

Vale destacar que a realidade especifica de cada DS apresentou, de forma distinta, aspectos positivos e negativos que merecem ser observados. A supervisão das ações que perpassem o movimento de identificar, propor, realizar e avaliar uma ação não se torna algo simples no âmbito da formação em nível de Residência.

Diferentes modos de condução da gestão dos serviços também podem interferir no rumo das atividades a serem realizadas, e essa parece uma questão importante a ser trazida. A impotência diante da pouca compreensão sobre o planejamento no nível local merece destaque, o que dificulta o acesso a informações relevantes para a condução e contribuição da supervisão na proposição e orientação das atividades dos residentes.

A avaliação do processo de desenvolvimento dos residentes é realizada de modo participativo, com base nas ações desenvolvidas e em habilidades observadas e adquiridas ao longo do percurso. Diferentes instrumentos apontam critérios para composição do processo de avaliação que inclui não só a avaliação do supervisor sobre seu aluno como também dos demais atores envolvidos, bem como avaliação do aluno sobre o supervisor e preceptor, docentes, coordenação, entre outros.

Na avaliação que é feita pelos residentes, priorizam-se dimensões acerca do funcionamento geral do programa, como infraestrutura da unidade de ensino; condições físicas e materiais do campo de prática; mas também avaliação do supervisor na habilidade para administrar problemas que emergiram no campo de prática e condição dos elementos acadêmicos necessários à problematização das práticas profissionais; avaliação pedagógica do processo formativo; avaliação dos docentes e da coordenação. Destaque-se também o instrumento de autoavaliação feito pelo próprio residente.

Na avaliação do residente feita pelo supervisor, consideram-se dimensões como iniciativa, compromisso, habilidades técnicas e de interações interpessoais, além da avaliação da qualidade dos relatórios e produtos finais.

A constituição de equipes formativas

A experiência das equipes formativas desenvolvidas na Residência deve ser ressaltada pela possibilidade de desenvolvimento de atividades e formação com estudantes em distintas etapas de formação – graduação e pós-graduação –, conformando um mesmo espaço de interação e desenvolvimento de ações de forma integrada. Vale ressaltar que tanto os estudantes da graduação quanto os estudantes da Residência – visto que os grupos podem ser compostos por R1 (residente do primeiro ano) e R2 (residente do segundo ano) – encontram-se em distintas etapas de seu processo formativo, já que uns estão cumprindo componentes curriculares que envolvem práticas em serviços enquanto outros já desenvolvem o estágio obrigatório do curso.

A experiência desenvolvida em um DS de Salvador permitiu o desenvolvimento de atividades com um grupo de uma R1, duas R2 e dois estagiários da graduação em saúde coletiva, o que possibilitou o acompanhamento de ações de rotina do trabalho das chefias desse distrito. As atividades foram desenvolvidas de forma complementar, sendo os estagiários de residentes responsáveis por atividades específicas, mas que se complementavam. Todas as atividades foram definidas e acompanhadas pelas chefias, sem desconsiderar que as atividades de R2 permitiam o desenvolvimento do planejamento junto à equipe gestora do DS, ao tempo em que R1 desenvolviam ações junto às chefias de distintas áreas do DS – vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, programas de atenção à saúde – e os alunos de graduação e técnicos do DS apoiavam a execução das ações planejadas.

Outra experiência que se deu em um segundo momento foi o desenvolvimento de ações integradas com R1 e alunos da graduação na realização de atividades do componente de práticas integradas, que, diferentemente dos estágios, são ações mais pontuais no tocante a um objeto e com produto específico ao final do semestre. Na oportunidade, foram desenvolvidos bancos de dados com registros de casos de microcefalia identificados no DS no sentido de apoiar as ações de vigilância epidemiológica; bancos para o registro dos estabelecimentos sob ação da vigilância sanitária e também um seminário e realização de um diagnóstico sobre o conhecimento dos profissionais do DS acerca do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (Notvisa), como resposta a uma necessidade da coordenação do DS em desenvolver uma atividade com os profissionais sobre o tema.

Considerações finais

Aliar formação teórica e prática profissional é certamente um desafio, mas, sem dúvida, encerra um importante pressuposto da educação permanente. A formação em campo de trabalho constitui-se como uma oportunidade especial para reordenamento dos saberes e práticas na lida cotidiana dos serviços de saúde na direção da mudança desejada, em especial em conjunturas de desmonte do direto à saúde, como a que é enfrentada.

No caso apresentado, a Residência tem-se mostrado como importante espaço para mediação de saberes e reinvenção das práticas, reafirmando o lugar do Planejamento, como ferramenta de gestão, mas, sobretudo, processo social em que participam sujeitos, individuais e coletivos, ao interior e das Secretarias de Saúde, Municipal ou Estadual, mas também na gerência dos DS e unidades de saúde.

De fato, os programas de Residências em saúde vêm sendo apontados como importantes ativadores dos processos de trabalho e, em particular, do trabalho em equipe[9], favorecendo a qualificação profissional, promovendo o envolvimento e participação dos trabalhadores no desenvolvimento das atividades, agregando conhecimentos e habilidades ao trabalho em

saúde, muitas vezes desprovido de sentido ou reificado, alienado.

Por outro lado, há que se destacar dificuldades na inserção dos residentes nas equipes de gestão e equipes de saúde, o que se configura em entraves aos processos de trabalho nas instituições de saúde, cuja dinâmica apesenta-se com relativa complexidade, seja em suas funções, seja na interação entre os sujeitos. O estudo de Cruz[9] aponta alguns desses obstáculos, tais como conhecimento insuficiente para execução de novas atividades; dificuldades para exposição de ideias em virtude de características pessoais; relacionamento interpessoal com pessoas estranhas à equipe; tempo insuficiente para participar das atividades em decorrência da sobrecarga de demandas; e tempo insuficiente para desenvolvimento das ações propostas.

As dificuldades apontadas pelo estudo são reiteradas pela rotatividade dos residentes que acompanham atividades em distintos âmbitos da organização dos serviços no período dos dois anos da formação. Esse fato se apresenta como positivo para o especializando, pois permite que ele tenha experiências em distintas instâncias da organização administrativa do município; por outro lado, impossibilita a conclusão de algumas atividades e a criação de vínculos mais estáveis com as equipes no sentido de permitir uma relação de colaboração plena no desenvolvimento das atividades.

Para além das questões relacionadas com a formação, deve-se lembrar que um desafio importante no desenvolvimento das práticas da RMS refere-se à integração que se faz necessária entre coordenação, professores, tutores e preceptores. Ressalta-se que essa relação não se dá de forma horizontalizada e pode envolver questões melindrosas, como no tocante à inexistência de programa de incentivo institucional, ao aumento da carga de trabalho sem mudança na remuneração, à falta de capacitações na área de ensino, entre outros. Ademais, muitos desses profissionais não gozaram, ao longo de sua formação acadêmica, de metodologias de ensino pautadas no trabalho multiprofissional em busca da integralidade dos cuidados. Assim, é mister apontar que um dos desafios está justamente em considerar que, ao longo da trajetória do aluno, formam-se também as competências e habilidades do supervisor, preceptor e tutor. A educação permanente e o estímulo para que os egressos continuem participando do programa, como preceptores, são caminhos implementados como apostas para melhorar esse quadro[2]. Ainda, o processo de formação dos preceptores pode ser apontado como uma forma de contornar esse desfaio. Nota-se o desenvolvimento recente de editais nessa linha, o que representa uma importante oportunidade de qualificação dos programas de Residência.

Colaboradores

As autoras participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº2117/GM, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 3 nov 2005 [acesso em 2018 maio 8]. Disponível em: http://www.fonosp.org.br/publicar/publicacoes/multiprofissional.pdf.

2. Cheade MFM, Frota OP, Loureiro MDR, et al. Residência Multiprofissional em Saúde: a busca pela integralidade. Cogitare Enferm. 2013 jul-set; 18(3):592-595.

3. Rosa SD, Lopes REL. Residência Multiprofissional em Saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. Trab. Educ. Saúde. 2009; 7(3):479-498.

4. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Diário Oficial da União. 13 abr 2012.

5. Bolti SHO, Rego S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: quais são seus papéis. Rev Bras Educ Méd. 2008 jul-set; 32(3):363-373.

6. Parente JRF. Preceptoria e Tutoria na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Sanare. 2008 jul-dez; 7(2):47-53.

7. Universidade Federal da Bahia. Resolução nº 06/2016 do Conselho Acadêmico de Ensino da Universidade Federal da Bahia. Estabelece as normas complementares para Cursos de Pós-Graduação lato sensu sob a forma de Residências Profissionais da UFBA. Universidade Federal da Bahia. 2016.

8. Vieira ANM. Competências do preceptor da residência multiprofissional em saúde no âmbito hospitalar [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2015.

9. Cruz LM. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – percepção dos profissionais do Serviço no Município de Palmas/Tocantins [dissertação]. São Paulo: Unifesp; 2013.

Diagramação e editoração eletrônica
Layout and desktop publishing

Rita Loureiro
www.apoioacultura.com.br

Design de Capa
Cover design

Rita Loureiro
www.apoioacultura.com.br

Normalização e revisão de texto
Normalization and proofreading

Ana Luisa Moreira Nicolino (revisão inglês)
Luiza Nunes (normalização)
Mariana Acorse (normalização)
Wanderson Ferreira da Silva (revisão português e inglês)

Impressão
Printing

Grafitto Gráfica e Editora LTDA.

Tiragem
Number of Copies

300 exemplares*/copies*

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²
Miolo em papel couché matte 90 g/m²

Cover in ensocoat card LD 250 g/m²
Core in couché matte 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Divulgação em Saúde para Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1989) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2018.

n. 58; 27,5 cm

ISSN 0103-4383

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE

Universidade Federal da Bahia

ESPBA
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA BAHIA
PROFESSOR JORGE NOVIS

SECRETARIA DA SAÚDE
BAHIA
GOVERNO DO ESTADO

SUS