

Volmir José Brutscher
Daniela Gomes de Brito Carneiro
Rebecca Cabral de Figueiredo Gomes Pereira
(Organizadores)

GESTÃO DO SUS NA PARAÍBA

Estratégias de educação e apoio



Recife
FIOCRUZ - PE
2017

Cláudia Luciana de Sousa Mascenas Veras

Secretária de Estado da Saúde na Paraíba

Sinval Brandão Pinto Filho

Diretor Fundação Oswaldo Cruz de Pernambuco

Fernando Rocha Lucena Lopes

Diretor Geral do Centro Formador de Recursos Humanos SES/PB

Islândia Maria Carvalho de Sousa

Coordenadora Geral do Curso de Qualificação de Gestores na Paraíba

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

G393 Gestão do SUS na Paraíba: estratégias de educação e apoio / Volmir José Brutscher, Daniela Gomes de Brito Carneiro, Rebecca Cabral de Figueiredo Gomes Pereira, organizadores. — Recife: Fiocruz-PE, 2017.
241 p. : il., graf., mapas.

ISBN 978-85-69717-06-5.

1. Educação em saúde. 2. Recursos Humanos em Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde . 5. Brasil. I. Brutscher, Volmir José. II. Carneiro, Daniela Gomes de Brito. III. Pereira, Rebecca Cabral de Figueiredo Gomes. IV. Título.

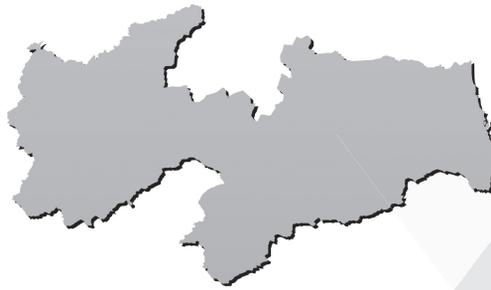
CDU 37:61

Volmir José Brutscher
Daniela Gomes de Brito Carneiro
Rebecca Cabral de Figueiredo Gomes Pereira
(Organizadores)



GESTÃO DO SUS NA PARAÍBA

Estratégias de educação e apoio



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



AGRADECIMENTOS

Enquanto organizadores deste material, agradecemos a toda a equipe de coordenação deste projeto, os que passaram e os que permaneceram. Entendemos que um todo só é possível com a contribuição de cada parte. Assim, cada um que dedicou o seu talento e trabalho a este projeto contribuiu de forma essencial para que ele acontecesse tal como aconteceu.

Agradecemos à Fiocruz, por meio do Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães, por ter acreditado nesta ousada proposta e ter dado seguimento com êxito do início ao fim de todo o processo.

Agradecemos à Secretaria de Estado de Saúde da Paraíba, por entender a importância da qualificação dos espaços de decisão de gestão por meio de uma proposta de qualificação dos gestores e da instituição do Apoio Institucional.

Aos tutores, que fizeram, cada um a seu tempo e modo, o melhor que podiam para a viabilização de forma comprometida, esperançosa e ética deste curso.

Por fim, agradecemos aos estudantes, gestores que lidam com desafios cotidianamente e, mesmo assim, aceitaram a oportunidade de tirar do lugar o que estava estático, com o objetivo de qualificar os processos de decisão de gestão, por meio deste curso, pensando na possibilidade de fazer do SUS da Paraíba o SUS ao qual a nossa população tem direito.



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	09
INTRODUÇÃO: QUALIFICAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO E DOS ESPAÇOS DE DECISÃO	11
I GESTÃO DO SUS NA PARAÍBA	15
CAPÍTULO 1 : ENTRE O SONHO E A AÇÃO: RESGATE HISTÓRICO DA IMPLANTAÇÃO DO SUS NA PARAÍBA (1996-2002)	17
CAPÍTULO 2: CAMINHOS PERCORRIDOS E DESAFIOS NA GESTÃO ESTADUAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: EXPERIÊNCIA DA PARAÍBA (2011-2016)	39
II REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	59
CAPÍTULO 3: CONCEPÇÃO E DESENHO DE REDE: A EXPERIÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NA PARAÍBA.....	61
CAPÍTULO 4: A REDE DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL NA PARAÍBA: AVANÇOS E DESAFIOS	73
CAPÍTULO 5: REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA PARAÍBA: UM PANORAMA	81
III QUALIFICAÇÃO DOS GESTORES DO SUS E APOIO INSTITUCIONAL.....	93
CAPÍTULO 6: APOIO INSTITUCIONAL: CONCEPÇÃO E ARRANJO ORGANIZATIVO NA PARAÍBA:	95
CAPÍTULO 7: A ATUAÇÃO DA COORDENAÇÃO ESTADUAL COM O APOIO INSTITUCIONAL ÀS REGIÕES DE SAÚDE PARAIBANAS.....	111
CAPÍTULO 8: O CAMINHAR DA COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA NO CURSO DE QUALIFICAÇÃO DE GESTORES DO SUS NA PARAÍBA.....	119
CAPÍTULO 9: AVALIAÇÃO DO CURSO PELOS ESTUDANTES-GESTORES	127
IV RELATOS DE EXPERIÊNCIA TUTORES E ESTUDANTES-GESTORES:.....	143
CAPÍTULO 10: A EXPERIÊNCIA DO FORTALECIMENTO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO SERTÃO DA PARAÍBA.....	145

CAPÍTULO 11: A EDUCAÇÃO PROBLEMATIZADORA COMO FERRAMENTA NA QUALIFICAÇÃO DE GESTORES DO SUS	157
CAPÍTULO 12: O APOIO INSTITUCIONAL E O APOIO MATRICIAL NA GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	165
CAPÍTULO 13: A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS GESTORES DO SUS: A EXPERIÊNCIA DA 10ª GRS	179
CAPÍTULO 14: CUIDADO EM SAÚDE PARA TODOS OS CIDADÃOS: UM DESAFIO DA GESTÃO DO SUS NA 10ª REGIÃO DE SAÚDE	185
CAPÍTULO 15: QUALIFICAÇÃO DE GESTORES DO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA COM BASE NA REDE DE ONCOLOGIA DA 11ª REGIÃO DE SAÚDE.....	193
CAPÍTULO 16: A ATUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A RESOLUTIVIDADE DOS CASOS DA REDE PSICOSSOCIAL.....	197
CAPÍTULO 17: O OLHAR DO ESTUDANTE-GESTOR PARA A SITUAÇÃO-PROBLEMA NA 1ª REGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA À LUZ DO ARCO DE MAGUEREZ.....	205
CAPÍTULO 18: O ACOMPANHAMENTO DAS GESTANTES DA 3ª REGIÃO DE SAÚDE FRENTE AO ARCO DE MAGUERZ.....	211
CAPÍTULO 19: A EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE GESTORA NA OBSERVAÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DA REALIDADE NA 8ª REGIÃO DE SAÚDE	217
SOBRE OS AUTORES	225
Anexo 1: Exemplo de Relatório Mensal	233
Anexo 2: Esqueleto da matriz de acompanhamento pedagógico	234
Anexo 3: Cronograma do Curso – Versão Tutor	235
Anexo 4: Instrumento de avaliação tuberculose	238

APRESENTAÇÃO

Escrever um livro com diferentes atores e perspectivas é uma tarefa que exige diálogo e abertura para compreensão do que se quer falar e como falar. Assim, trabalhou-se por meio de um processo participativo no qual foi uma constante o exercício dialógico entre os atores diretamente envolvidos no processo e estes com atores que ocupavam a gestão. O ponto nodal para o encontro foi partilhar a experiência vivenciada na Paraíba de modo a contribuir com aspectos teóricos e práticos. O livro expõe como se deu a experiência do curso semipresencial “Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba” e sua articulação com apoio institucional, explicitando o território em que se deu a experiência ao trazer aspectos históricos e institucionais, o que possibilitará ao leitor compreender como um projeto financiado pela Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba e realizado pela Fiocruz Pernambuco em parceria com o Centro de Formação de Recursos Humanos da Paraíba contribuiu para o fortalecimento do SUS na Paraíba.

Neste sentido, o livro apresenta como se deu o processo de construção participativa, mas, ao tratar dos processos empíricos, seu conteúdo é ancorado em categorias reflexivas que subsidiaram a construção prática. A cada ação no campo prático tanto do curso quanto do apoio institucional, as perguntas subjacentes ao diálogo buscavam responder os conceitos que subsidiariam a reflexão para a prática, e de como as experiências práticas poderiam enriquecer os conceitos.

Assim, o livro é composto por três partes. Na primeira, “Gestão do SUS na Paraíba”, o leitor começa a tomar contato com o território do qual estamos falando, com as práticas de gestão ou ações de gestão que foram desenvolvidas ao longo da história e com os projetos estruturantes que deram corpo ao SUS no estado. Para isso atores estratégicos da gestão anterior e da atual envidaram esforços para falar do ontem, mas também do hoje. Tal conotação histórica, perspectiva às vezes esquecida nos processos de mudança de gestores, pode contribuir para compreender mais tarde como avanços e retrocessos ocorreram na gestão.

Na segunda parte do livro, atores da gestão estadual discorrem acerca das “Redes de Atenção à Saúde” em constante construção na Paraíba. As redes foram campo de tessitura dos tutores e apoiadores institucionais. Durante o processo de formação, os estudantes-gestores se aproximaram das redes e conseguiram tecer juntos novos caminhos para a sua efetivação. Assim, o tema não poderia ficar de fora deste livro e as redes de saúde mental, urgência e emergência e deficiência são discutidas, explicitando-se os avanços e os desafios a serem superados.

Na terceira parte, “Qualificação de Gestores do SUS e apoio institucional”, a experiência do curso e do apoio é exposta de modo reflexivo pelos atores que desenvolveram o curso e coordenaram o seu processo de gestão e avaliação. A parte inicia-se apresentando o arcabouço teórico para concepção do apoio institucional, que se fez na realidade a partir da experiência no território. Trata-se de um modelo que pode ser visto como uma experiência exitosa à medida que articula educação permanente e gestão de modo conjunto. Mas tal experiência só foi possível porque coordenadores, tutores-apoiadores e gestores se apoiavam mutuamente, o que foi basilar para a efetivação do curso e do apoio. Do mesmo modo, a simbiose estabelecida entre os alunos e entre estes e os tutores foi o instrumento que permitiu, na primeira versão do curso, novos processos e mudanças para a segunda oferta, o que rendeu inúmeros processos de aprendizado e maior número de gestores que realizaram a seleção para participar da segunda oferta do curso.

Nesse contexto, o livro não estaria completo se não houvesse abertura para acolher as reflexões dos estudantes-gestores e tutores apoiadores, o que faz da quarta e última parte do livro, “Relatos de experiência: tutores e estudantes”, um campo aberto. Essa parte traz evidências empíricas ao permitir de modo livre que os grupos de estudantes e tutores dispostos ao exercício reflexivo escolhessem o tema que poderiam partilhar.

O alcance de um projeto dessa envergadura – que busca modificar o processo de trabalho por meio de uma problematização teórica reflexiva da prática – modificou os referidos processos de trabalho. Durante o curso, foram realizadas apresentações de trabalho acerca dos problemas práticos que foram resolvidos e tais resoluções desembocaram em outros problemas e novas intervenções, mostrando que o processo de construção do SUS, assim como a própria vida, é constante, vivo.

Aprendemos que, apesar dos desafios e limites, o SUS é uma utopia viva, porque do sonho quase impossível se faz realidade do litoral ao sertão da Paraíba, salva vidas e emociona corações com arte e poesia. Os eventos do curso eram sempre recheados de reflexões críticas com poesia, música e arte. Características de gente que não desiste, que canta a tristeza e mantém firme a esperança de fazer, mesmo na realidade dura do capitalismo, a certeza de que o amor na vida sempre vence.

Islândia Maria Carvalho de Sousa
Coordenadora Geral do Curso

INTRODUÇÃO:

QUALIFICAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO E DOS ESPAÇOS DE DECISÃO

Volmir José Brutscher

Daniela Gomes de Brito Carneiro

Rebecca Cabral de Figueiredo Gomes Pereira

Fernando Rocha de Lucena Lopes

Edna Guedes da Costa

A necessidade de implementar ações inovadoras na gestão da saúde é uma questão urgente e permanente. A gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) tem avançado em sua normatização, a exemplo do Decreto Presidencial 7508/2011, que tratou da organização do SUS, do planejamento na saúde, da assistência e da articulação interfederativa. Porém, para a implementação das normas, é necessário que, em níveis locais, municipais, regionais e estaduais, os gestores lancem mão de novas formas de organização. Ou seja, a regulamentação não é suficiente para que o SUS garantido formalmente seja efetivado na prática. Para isso, necessitamos de gestores e trabalhadores comprometidos e qualificados. Considerando que não há escola formal ou uma prévia preparação para exercer a função de gestor na saúde e que muitos gestores, principalmente em municípios pequenos ou de médio porte, não têm, comumente, intimidade com toda a história e organização do SUS, é imprescindível que se tracem, em todas as esferas de governo, estratégias de Educação Permanente.

Foi pensando na necessidade permanente de qualificar o processo de trabalho dos gestores municipais na Paraíba, bem como os espaços de decisão de gestão ocupados por eles, que se pensou em ofertar o Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba. Este livro é um dos produtos desta iniciativa, que buscou associar a necessidade de Educação Permanente em Saúde para a formação dos gestores da saúde do Estado da Paraíba com a necessidade de apoiar a gestão da regionalização, principalmente nos espaços institucionais das Comissões Intergestores Regionais (CIR), das Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES) e das Gerências Regionais de Saúde (GRS). Um dos maiores objetivos deste projeto foi integrar e comprometer esses espaços com a implementação das Redes de Atenção à Saúde.

Para tanto, buscou-se uma parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), através do Centro de Pesquisas Aggeu Maga-

lhães (Fiocruz Pernambuco), para adaptar e/ou elaborar uma proposta de qualificação de gestores do SUS que pudesse aplicar metodologias ativas, a exemplo da problematização, e que promovesse nos estudantes-gestores a reflexão de suas práticas. Propôs-se que essa reflexão fosse aliada à teorização de conteúdos pertinentes à gestão do SUS e à aplicação prática destes conteúdos no trabalho cotidiano destes gestores, assim como nos espaços institucionais de gestão dos quais eles participam.

Esta qualificação se deu com a criação de uma estratégia de dupla função: tutoria e apoio institucional. Foram convocados 25 trabalhadores (tutores-apoiadores) com formação em Saúde Pública, que formaram uma equipe multiprofissional e que, junto com uma coordenação geral, estadual e pedagógica do curso, puderam acompanhar turmas de estudantes-gestores organizadas por Regiões de Saúde em toda a Paraíba. Coube aos tutores-apoiadores exercer a função de tutoria junto aos estudantes-gestores nas atividades didáticas do curso e serem apoiadores institucionais nos espaços regionais de gestão. Esta presença nas regiões, mediada pela equipe multiprofissional, gerou uma série de resultados interessantes que, em parte, estão sistematizados neste livro.

Durante os dois anos de projeto, foram realizadas várias seleções para tutores-apoiadores. Desde seleções mais complexas, as quais incluíam processos formativos como parte da seleção, até seleções simplificadas, que se constituíam de análise de currículo e entrevista. Dentre os 651 (seiscentos e cinquenta e um) profissionais inscritos para tutor-apoiador institucional, foram homologadas 345 (trezentos e quarenta e cinco) inscrições e selecionados 57 (cinquenta e sete) tutores-apoiadores institucionais, que foram convocados de acordo com a necessidade do projeto.

As primeiras turmas contaram com um número expressivo de inscritos. Ao iniciar o curso, muitos estranharam o formato semipresencial e a metodologia do curso, porém, tão logo se apropriaram dessa nova forma de trabalho e estudo, os estudantes-gestores passaram a divulgar entre seus pares como a formação poderia ser útil para a saúde pública da Paraíba.

Assim, não houve dificuldades em formar a segunda fase de turmas. As vagas foram pactuadas nos colegiados da gestão da saúde da Paraíba (CIRs e CIB) e os estudantes desistentes no primeiro mês do curso foram sendo substituídos pelos colegas que estavam inscritos numa lista

de suplência. Os estudantes que não compareceram à plataforma tiveram sua Matrícula Automaticamente Cancelada (MAC). Estes também foram substituídos pelos estudantes da lista de suplência.

Os quadros abaixo mostram os dados quantitativos que ilustram a situação geral das turmas oferecidas pelo curso.

TURMAS 2015

Inscritos	Selecionados	Matriculados	MAC	Desistentes	Reprovados	Aprovados
483	422	398	24 (5,6%)	42 (11%)	14 (4,8%)	279 (86,2%)

22 turmas, 15 a 20 estudantes.

TURMAS 2016

Inscritos	Selecionados	Matriculados	MAC	Desistentes	Reprovados	Aprovados
747	525	404	15 (3,7%)	40 (9,9%)	6 (1,5%)	320 (88,6%)

Turmas, 15 a 20 estudantes (para estas turmas foram convocados 25 suplentes).

TOTAL GERAL

Inscritos	Selecionados	Matriculados	MAC	Desistentes	Reprovados	Aprovados
1.230	947	802	39 (9,3%)	82 (20,9%)	20 (6,3%)	599 (87,4%)

Além de formador, no que se refere ao conteúdo específico do curso, o tutor-apoiador institucional também deveria se posicionar como retaguarda técnico-político-pedagógica aos gestores da região de saúde em que atuava, centralmente por meio dos espaços institucionais regionais. Além disso, também seria um elo entre a SES e as regiões de saúde, com conhecimento das ações e prioridades da Secretaria de Estado da Saúde e potente articulador entre esta e os atores da região de referência, em função do cumprimento da política estadual de saúde. Abaixo destacamos alguns resultados que foram obtidos por meio das atividades que foram desenvolvidas por esses profissionais em seu papel de articuladores das políticas públicas de saúde do estado, ou seja, de apoio institucional.

No que se refere às Comissões Intergestores Regionais (CIR), em muitas regiões, foi possível a elaboração e o cumprimento de um calendário anual de reuniões ordinárias, a reformulação e aprovação dos

Regimentos Internos, a criação e funcionamento das Câmaras Técnicas e aprovação de resoluções; em outras regiões, as CIR foram revitalizadas voltando a ter reuniões mensais, os Regimentos Internos foram revisados e Câmara Técnicas voltaram a funcionar, ainda que de forma frágil. As reuniões passaram a ocorrer mensalmente nas regiões, além de haver realização de reuniões extraordinárias.

Em relação aos Grupos Condutores Regionais de Redes de Atenção à Saúde, além de fortalecer os grupos condutores estaduais, muitas regiões criaram grupos condutores regionais das Redes de Atenção à Saúde, com resolução aprovada em CIR; algumas regiões criaram um grupo condutor regional de todas as redes (grupo único). Os grupos condutores tiveram contribuição fundamental na elaboração dos planos das Rede de Atenção à Saúde.

A respeito das Comissões de Integração Ensino e Serviço (CIES), houve mudanças nos Regimentos das CIES, foi realizada, na 1ª Macro, uma Oficina sobre Educação Permanente em Saúde (EPS), iniciaram-se discussões sobre o Contrato Organizativo de Ações Públicas de Ensino em Saúde (COAPES) e houve a instalação de núcleos de EPS. Em geral, as CIES foram revitalizadas, com retomada das reuniões e com o acompanhamento da elaboração e monitoramento dos planos macrorregionais de Educação Permanente em Saúde.

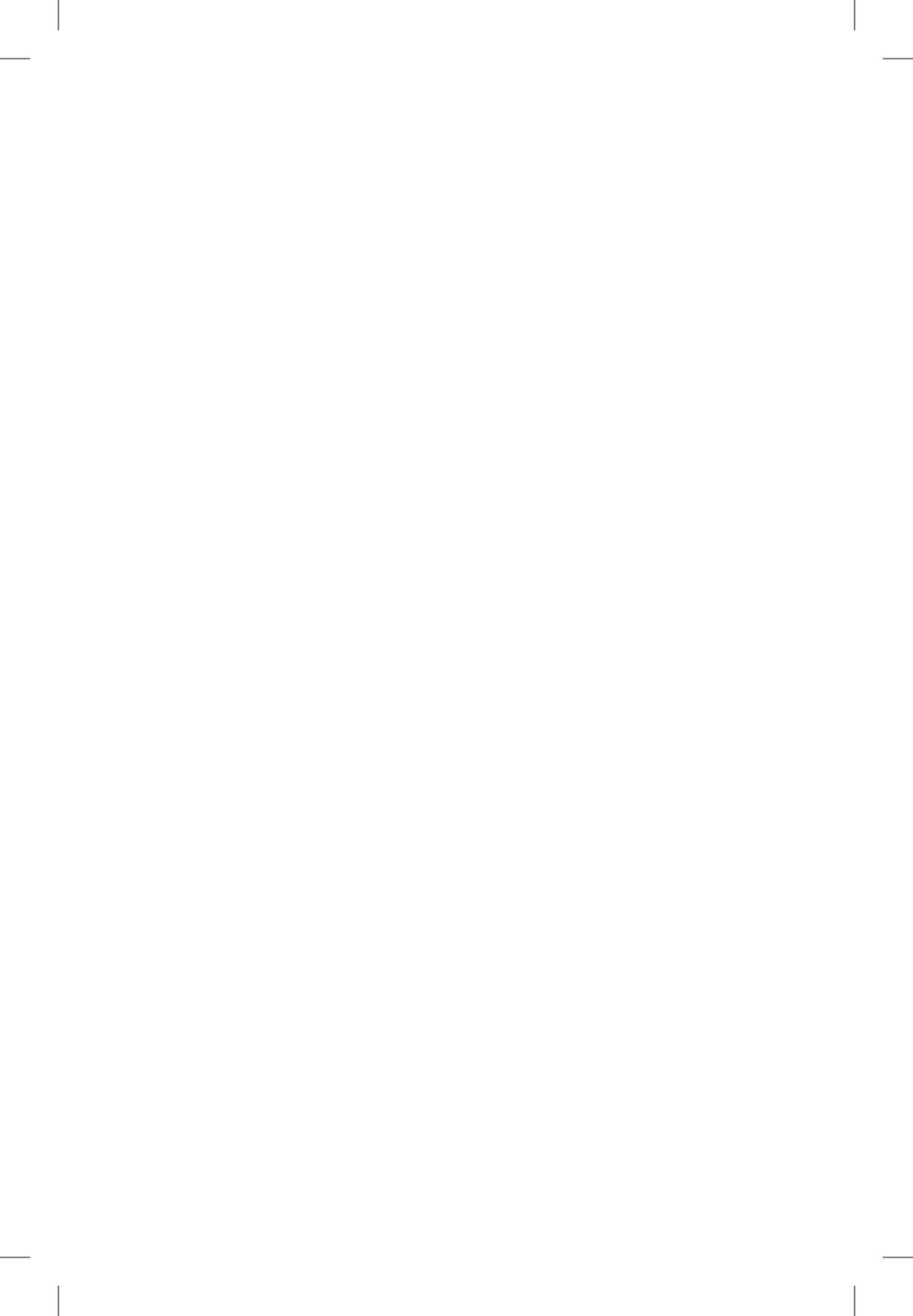
Com relação à Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), todas as regiões de saúde da Paraíba elaboraram os Planos Regionais Integrados, que foram discutidos nas reuniões de CIR. Além disso, os Mapas Regionais de Saúde, que se configuram como a 2ª etapa da PGASS, também foram concluídos e enviados à Gerência de Planejamento do Estado.

O formato de integrar apoio institucional e curso, exigindo 40 horas semanais dos tutores-apoiadores, formando turmas em todas as regiões de saúde por dois anos consecutivos e utilizando-se radicalmente da metodologia problematizadora, configurou-se como um ousado e desafiador projeto. No entanto, ao longo desse período, o projeto foi coordenado e operado por profissionais comprometidos e cheios de esperança e criatividade, o que resultou nos achados esboçados neste livro. Assim, consideramos que este trabalho traz importantes reflexões sobre gestão, apoio institucional e educação permanente, contribuindo com o surgimento de uma nova era de gestores, norteados pelos princípios do SUS e prontamente conscientes do cumprimento de suas responsabilidades.



I

GESTÃO DO SUS NA PARAÍBA



CAPÍTULO 1

ENTRE O SONHO E A AÇÃO: RESGATE HISTÓRICO DA IMPLANTAÇÃO DO SUS NA PARAÍBA (1996-2002)

Lindemberg Medeiros de Araújo

Jória Viana Guerreiro

André Luis Bonifácio de Carvalho

INTRODUÇÃO

Resgatar a história representa sempre uma abertura para muitas possibilidades; um exercício que pode nos levar a diferentes dimensões ou singularidades da coisa, fato, objeto ou período a ser historiado. Aqui, o resgate histórico que propomos diz respeito à reforma sanitária brasileira – ou pelo menos ao fragmento relativo à Paraíba. Um movimento que se espalhou por todo o país, ainda durante a ditadura militar, para desabrochar com a Nova República, marcando o início da redemocratização no Brasil, e a reforma da Constituição Federal promulgada em 1988, processo que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e possibilitou a sua implantação aqui na Paraíba.

A adoção do SUS enquanto política de Estado, possibilitada por essa Constituição, além de favorecer o acesso universal e gratuito às ações e serviços de saúde, provocou a reorientação do papel dos entes federados – União, Estados e Municípios – impulsionados pelas diretrizes de descentralização e regionalização das ações, serviços e recursos financeiros. Porém, é preciso se ter em mente que o processo de construção do SUS é tortuoso e ainda inacabado; e vem ocorrendo em conjunturas políticas quase sempre adversas.

O movimento pela reforma sanitária brasileira focou, num primeiro momento, o direito à saúde; isso muito em resposta ao crescente mercantilismo que se estruturava no setor, já na década de 1970, sob os auspícios do governo da ditadura¹; e na discussão do financiamento e

1 O governo federal lançara, à época, o Fundo de Assistência Social (FAS), que oferecia a fundo perdido

da participação popular como forma de se enfrentar as práticas autoritárias, centralizadoras e racionalizadoras da assistência médico-previdenciária, instaladas no aparelho estatal durante as duas décadas de ditadura militar.

A ideia do movimento de reforma sanitária era a de integrar ao sistema de saúde, previdência e assistência social um contingente de mais de 50% da população brasileira que ficava à margem, posto que só quem estivesse na condição de população economicamente ativa empregada era integrada, passando a gozar algum direito de assistência. Isso por si só exigia um esforço hercúleo, uma contra-hegemonia fundada em princípios doutrinários e organizativos que, depois de garantidos em lei, passariam ao difícil processo de implantação nos estados e municípios².

O SUS adquiria, portanto, uma amplitude e acuidade técnica e política. Constituía-se, desde o seu início, como a utopia civilizatória de uma geração de sanitaristas assentados na academia e em serviços de saúde; e de integrantes de diferentes movimentos sociais espalhados pelos quatro cantos do país³ que, conscientes da existência e da necessidade de se enfrentar desigualdades sociais, econômicas, políticas e epidemiológicas, tomavam as rédeas do seu próprio destino e buscavam transformar o Brasil. E é justamente sobre o duro e tortuoso caminho da realização dessa utopia aqui na Paraíba que este texto vai tratar.

E aqui é imperioso fazer-se um alerta ao leitor: os autores deste capítulo não ocupam um lugar de distância do objeto em discussão. Ao contrário, foram e são participantes ativos do movimento de construção do SUS nacional e estadual/municipal, inclusive atuando em diversos

recursos para iniciativas de assistência pública ou privada (Lei nº 6.168, de 9 de dezembro de 1974). Esse recurso poderia ser usado, por exemplo, na construção e aquisição de equipamentos para hospitais de pequeno, médio e grande portes, que depois eram credenciados pelo sistema médico-previdenciário e passavam a operar no setor de assistência. Ou seja, abria-se o flanco para a privatização da saúde, a acumulação e o lucro no setor. Esse movimento, como se viu depois, não ampliou o acesso como se desejava e ainda abriu largo espaço para a fraude e a corrupção.

2 A real implantação do SUS se deu a partir de 1990 com as leis orgânicas da saúde (8.080 e 8.142). Desde o início, esse foi um processo marcado pela constante tensão entre duas posições antagônicas: de um lado, os que defendiam a construção de um sistema de saúde público e estatal; e do outro, aqueles que propugnavam por um sistema privado misto com a presença mínima do Estado, consoante com a posição neoliberal de não intervenção na economia e na área social, o que incluía saúde e educação. O movimento contra-hegemônico que o SUS passou a representar sustentava a maior participação e a responsabilização do Estado nas ações que envolviam o processo saúde/doença/cuidado. Essa tensão esteve e está na raiz das dificuldades, mas também dos avanços, na construção da política de saúde, no Brasil, com a adoção de um sistema universal, descentralizado, com controle social e presença da iniciativa privada em caráter complementar.

3 A Paraíba contou neste período com valorosos e aguerridos profissionais de saúde aliados com os movimentos sociais e de classe, que desde o início se acostaram aos movimentos nacionais e suas bandeiras unificadoras em torno dos direitos sociais dos homens e mulheres, trabalhadores e trabalhadoras do Brasil; e das liberdades democráticas. Portanto, introjetar e assumir os ideais e as tarefas programáticas e libertárias do movimento de reforma sanitária brasileira foi mera consequência.

espaços institucionais (conselhos de saúde, cargos de gestão, serviços e academia). Assim, imbricados com o problema em questão, buscarão lançar um olhar crítico sobre todo o processo, reconhecendo avanços e também contradições, pois foi assim que passamos e continuamos passando do sonho à ação, na construção do SUS com a qualidade e a participação desejadas.

O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS NA PARAÍBA (1996-2002)

Um início de promessas não cumpridas

Qualquer tentativa de recuperação da história da implantação do SUS na Paraíba só terá sentido se buscarmos compreender as contradições e dificuldades vividas pelo estado no meio da década de 1990 nos mais diversos quadrantes: geopolítico, administrativo e econômico; e se nos detivermos nos indicadores sociais de desenvolvimento humano. Nesse período, a Paraíba já contava com os 223 municípios de hoje, 52 criados em 1994 com um claro intuito de acomodar pressões de acumulação e de repectuações de poder das oligarquias regionais.

Naquele momento, esses municípios se distribuía em 12 regiões geoadministrativas congregando aproximadamente 3,4 milhões de habitantes numa aglomeração marcadamente urbana. Considerando-se a economia, havia uma população economicamente ativa de 38% e um PIB per capita de U\$ 1.915. Um setor primário baseado na agricultura de subsistência e alguma potência na produção de frutas na Zona da Mata, Brejo e áreas irrigadas; uma industrialização calcada na transformação de matérias-primas com alguma concentração nos setores têxtil, calçadista e alimentício, em cidades polo como João Pessoa, Cabedelo, Caaporã, Campina Grande, Patos e Cajazeiras; além de um setor de serviços em franca expansão, alavancado em boa medida pelo comércio e pelo turismo (IBGE, 1997).

Já do ponto de vista do desenvolvimento humano, apresentava-se com uma esperança de vida de 53,7 anos, uma taxa de mortalidade in-

fantil de 65/1000 nascidos vivos (mas que chegava acima de 100/1000 nascidos vivos nos bolsões de miséria); uma taxa de analfabetismo de 41,7% e um Índice de Gini em torno de 0,6; dados que refletiam o grau de desigualdade e iniquidade econômica e social a que estava submetida a população paraibana em relação à própria região Nordeste e ao Brasil como um todo, situação que rebatia negativamente sobre as oportunidades de expansão do potencial humano das gerações presentes e futuras (FRANÇA; ARAÚJO; CARVALHO, 1997).

Este quadro era emoldurado pela situação política do estado, que começava a viver um novo ciclo de gestão⁴. O novo governo, com o slogan “Governo da Solidariedade”, afirmava uma opção preferencial pelos pobres e estabelecia, entre outras prioridades, a otimização da rede pública de saúde e a elaboração de um arrojado programa de educação pública, inclusive com a instalação de bibliotecas pelos municípios e preocupação com a geração de emprego e renda (LISBOA, 2006). Mas, em que pese ter assumido uma linha progressista no plano do discurso, pelo menos num primeiro momento, o novo governo não indicou possuir capacidade nem vontade concreta de tirar a saúde estadual de uma delicada e caótica rota de desmandos administrativos, na qual a ausência de sintonia com a gestão federal do SUS e com as políticas públicas que vinham sendo pactuadas na perspectiva de sua implantação era flagrante⁵.

A situação só viria a mudar na metade do segundo ano de governo, a partir da entrada em cena do terceiro secretário estadual de saúde⁶; este um médico sanitarista, funcionário de carreira do Ministério da Saúde, com larga experiência na atenção e na gestão da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), um dos órgãos federais que compuseram posteriormente a atual Fundação Nacional de Saúde.

4 Para comandar esse novo ciclo de gestão, vencera a eleição para o governo do estado, em 1994, o então senador Antônio Marques da Silva Mariz (PMDB). Assumindo em 1º de janeiro de 1995, governou por pouco tempo, pois, já na campanha eleitoral, soube-se que apresentava um grave problema de saúde. Logo após a posse, esse problema de saúde se agravou, até sua morte em 16 de setembro de 1995. Assumiu na ocasião o seu vice, José Targino Maranhão.

5 Especificamente em relação à saúde, o início do governo mostrou-se instável e inoperante, trocando-se por duas vezes de secretário ainda no primeiro ano. O segundo secretário, inclusive, demonstrava claramente nos fóruns nacionais e encontros de secretários de saúde má vontade em relação à implantação do SUS no estado. Isso criou um clima hostil interna e externamente que atrasou sobremaneira avanços no setor.

6 Referimo-nos ao Dr. José Maria de França, que ocupou o cargo de secretário de estado da saúde entre maio de 1996 e dezembro de 2002.

A SES-PB coloca o SUS na sua agenda de trabalho

O novo secretário estadual, um aliado da reforma sanitária brasileira, buscou compor a sua equipe de trabalho com técnicos vindos das diversas instituições que compunham o setor saúde na Paraíba, inclusive da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), uma das instituições formadoras de recursos para o SUS no estado. Com a equipe formada, ficou claro que o objetivo seria realmente o da viabilização da implantação do SUS, posto que, além da vontade política, percebia-se na equipe potência na formulação estratégica e capacidade de planejamento e execução.

E isso ficaria claro logo nas primeiras semanas quando o secretário convocou os diversos segmentos sociais e entidades do setor saúde para apresentar sua equipe e as primeiras iniciativas da SES-PB. Na reunião, tensa como já se esperava, em face de um histórico de relação conflituosa com os movimentos sociais⁷, essas iniciativas foram divulgadas na forma de uma agenda mínima de trabalho a ser seguida:

- Afirmação do SUS e alinhamento, ainda que crítico em alguns momentos, às ações e propostas do Ministério da Saúde;
- Debate político em torno da descentralização e da figura do município como gestor e não apenas prestador de serviços;
- Integração do estado aos fóruns intergestores da política nacional de saúde;
- Reabertura do Conselho Estadual de Saúde a partir de uma recomposição abrangente e paritária;
- Distensão e reorganização da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-PB);
- Organização dos Núcleos Regionais de Saúde e sua preparação para os processos de descentralização;
- Capacitação das equipes regionais visando à implantação de um planejamento ascendente e uma Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- Construção do Plano Estadual de Saúde.

⁷ Havia um clima de desconfiança que vinha desde o governo estadual anterior em face de conflitos que levaram o governador de então a mandar fechar o Conselho Estadual de Saúde e entrar em rota de colisão com os movimentos sociais, situação até então mantida sem solução no governo atual.

Essa reunião revestiu-se de grande importância, porque, além de reabrirem-se os canais de diálogo com os movimentos sociais, algo essencial para a evolução da participação social nas políticas de saúde, ficaram firmadas algumas questões: a Paraíba finalmente passava a integrar o leito comum dos estados brasileiros, deixando de lado sua resistência ao SUS e fazendo uma opção definitiva pela implantação do sistema no estado; retomava-se na CIB-PB a implantação da NOB-SUS 93 com a adesão de novos municípios e a efetivação de Campina Grande e João Pessoa na Gestão Semiplena, mesmo reconhecendo-se todas as contradições e gargalos políticos existentes, ao mesmo tempo em que a SES-PB comprometia-se com a reorganização político-administrativa e com a capacitação técnica das instâncias regionais (com uma visão macrorregional nos momentos necessários) com vistas à efetivação do SUS.

O diagnóstico e o pensamento estratégico começam a esboçar os passos para a real implantação do SUS no estado

Vencida a etapa de apresentação e legitimação da equipe, partiu-se para um diagnóstico da situação mais geral da saúde estadual, considerando-se os aspectos políticos, técnico-administrativos e epidemiológico-sociais com vistas à montagem de um plano estadual de saúde que norteasse as mudanças e transformações necessárias ao processo de implantação do SUS no estado.

Tendo que avançar rapidamente e radicalizar com a implantação da Norma Operacional Básica do SUS de 1993 (NOB-SUS 01/93), a gestão estadual teve que se superar internamente. Com uma composição técnico-administrativa que resultava de um caldeamento institucional marcado pela dificuldade de convivência entre culturas institucionais distintas, representadas, de um lado, pelo antigo INAMPS, centrado na assistência médico-ambulatorial e hospitalar e parametrizada por um forte sistema de controle físico-orçamentário; e de outro, por um modelo de saúde pública fortemente informado pelo sanitarismo campanhista, vindo do próprio MS desde décadas anteriores.

Era difícil vencer a centralidade de uma prática voltada para programas verticais de execução de ações de baixa e média complexidades que propiciavam ora desarticulação ora superposições que desvirtuavam a missão institucional gestora proposta pelo SUS, posto que ainda

vista como uma máquina de produzir serviços. Um desafio difícil e educativo, um equilíbrio precário mantido à base de muito diálogo, onde todos estavam a todo instante tendo que rever sua posição em nome do objetivo maior definido como missão institucional.

A SES-PB e os municípios conviviam com um incipiente desenvolvimento institucional, lastreado por um modelo administrativo no qual imperava a contratação de recursos humanos com base no critério político-eleitoral. A máquina era inchada e ineficiente e, mesmo os recursos humanos de nível superior, apresentavam baixa capacitação, qualificação e motivação. Estavam inadequadamente distribuídos no território estadual como que dispostos em cabides de emprego tão efêmeros quanto precários⁸. Não havia PCCR (Plano de Cargos Carreira e Remuneração). Não eram reconhecidos nem atuavam como força de trabalho efetiva.

Outro aspecto que deve ser ressaltado diz respeito à existência de uma prática intersetorial e interinstitucional frágil que dificultava a construção de agendas sólidas e um adequado provimento de insumos básicos, revelando uma patente fragmentação das ações frente ao processo saúde-doença-cuidado da população. Essa fragilidade, na maioria das vezes, estava vinculada a uma visão estreita do que seria a saúde/doença e ao uso inadequado ou inexistente de informações para a tomada de decisão. Um fator também preocupante dizia respeito à existência ou à qualificação do controle social, tão necessário ao processo de descentralização e de implantação das normas vigentes, no qual a habilitação de municípios exigia o funcionamento de conselhos de saúde⁹.

Particularmente entre os problemas vivenciados pelos conselhos de saúde, estavam as ingerências políticas na sua constituição e deliberações, a baixa capacitação dos conselheiros, as deficiências nas suas estruturas e a baixa comunicação entre os membros e suas bases de representação. Estes aspectos não estavam descolados da discussão afeta ao processo de descentralização, pois o advento das “NOBs” trazia em seu bojo, à luz das leis orgânicas, a busca da construção de um processo de descentralização que ampliasse o acesso da população a ações e serviços de saúde com qualidade.

8 Os governos se sucediam e a cada um deles a máquina do empreguismo e do compadrio era trocada, substituída ao sabor das conveniências político-partidárias de ocasião.

9 Requisito para habilitação, o conselho de saúde era também condição para o recebimento de recursos para a atenção à saúde, a exemplo da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Era patente a tentativa de centralização da maioria das ações e serviços de saúde junto à SES-PB, e mesmo havendo um compromisso assumido com o Ministério da Saúde de um processo de descentralização por nível de hierarquia, o que imperava era um processo de municipalização cartorial e a compreensão da expressão da descentralização como perda de poder, influenciando fortemente no posicionamento político dos atores, principalmente quando os municípios passavam a assumir integralmente as ações de atenção básica, criando certo vazio institucional no âmbito da SES-PB e a consequente entrada dos gestores municipais que passaram a tomar decisões sobre a organização das ações e serviços antes operados pelo estado em seus territórios.

Estes achados, somados aos aspectos vinculados ao modelo de atenção, ajudaram os dirigentes e técnicos a estruturarem um quadro favorável às práticas de gestão desejadas e, ao mesmo tempo, permitiram identificar as forças sociais aliadas e oponentes à construção do novo projeto que se iniciava e as consequências dos embates futuros. O impacto causado pela sinergia desses processos desarticuladores e desagregadores se traduzia na baixa qualidade da assistência prestada, o que resultava na insatisfação da população usuária dos serviços de saúde.

Dessa forma, a SES-PB buscou redefinir o seu papel, tendo como base a evolução normativa que apontava para a radicalização do processo de descentralização e o fortalecimento das bases da regionalização no âmbito do SUS. Para tanto lançou mão da construção de parcerias institucionais com a UFPB, por meio do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC/UFPB), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e UNICEF além, é claro, de fortalecer os processos de cooperação com o Conselho Paraibano de Secretários Municipais de Saúde (COPASEMS) e o Ministério da Saúde, objetivando a construção de uma agenda federativa solidária e cooperativa.

Foi assim que a SES-PB organizou, no período 1996-2002, um conjunto de agendas estratégicas envolvendo a construção, de forma participativa, do Plano Estadual de Saúde; instituiu o processo de oficinas macrorregionais para a implementação dos dispositivos das normas operacionais e fortalecimento da atenção básica; reestabeleceu o funcionamento do CES; apoiou a realização de duas Conferências Estaduais de Saúde, vinculadas às Conferências Nacionais (X e XI); e investiu na organização de oficinas para o desenvolvimento de práticas de planejamento e gestão do SUS com destaque para a Oficina de Planejamento

Estratégico e Gestão da Qualidade¹⁰, realizada em 1996, que apontou dentre as principais estratégias:

- Estimular a capacidade de planejamento e gestão, objetivando o fortalecimento do processo de descentralização/municipalização;
- Desenvolver ações de planejamento, acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços a serem produzidos;
- Coordenar a programação pactuada e integrada entre gestores (estaduais, federais e municipais);
- Ampliar e qualificar o processo de cooperação técnica com os municípios;
- Investir de forma ampla no desenvolvimento dos recursos humanos;
- Participar de forma ativa na regulação e exercício das relações entre setor público e sociedade civil;
- Utilizar a inteligência epidemiológica como norteadora das ações e atividades inerentes à identificação e intervenção sobre problemas de saúde;
- Fortalecer e qualificar as instâncias de controle social;
- Investir na formulação de uma política de informação, comunicação e educação em saúde coerente com as diretrizes do SUS;

Os projetos estruturantes da implantação do SUS na Paraíba

Pode-se aquilatar a força transformadora dessa gestão com quatro exemplos, entre vários, de projetos estruturantes e dinamizadores da implantação e consolidação do SUS no estado:

¹⁰ Essa oficina foi um marco fundamental para os desdobramentos que vieram a nortear a implantação e gestão inicial do SUS no estado da Paraíba. E não só porque ela propiciou embates internos envolvendo seus dirigentes e a equipe técnica, fazendo avançar as relações internas da SES-PB naquele momento; mas, sobretudo, por sua amplitude em termos de representação externa em condições de influir diretamente nos rumos que ela tomaria. Foi realizada com a participação de técnicos e gestores da própria SES, representantes do Ministério da Saúde, do UNICEF, do COPASEMS, dos prestadores privados conveniados ao sistema, da UFPB, do movimento sindical ligado à saúde e de ONGs com atuação na área da saúde. Isso a revestiu de um simbolismo muito grande, pois ali estavam presentes praticamente todos os interessados na questão da saúde no estado. Para maior informação e compreensão da importância dessa oficina de trabalho, o ideal seria a leitura do seu relatório final; mas a essa altura, passados já 20 anos, não é possível garantir que uma incursão pelo acervo da SES-PB permita encontrar esse documento. Infelizmente preservar a memória não é um traço forte da nossa cultura institucional. Mas, quem sabe...

1. Pacto pela Atenção Básica

Nesse projeto, a SES-PB se acostou a uma proposta do MS, nos moldes sugeridos por normas aprovadas na Comissão Intergestores Tripartite e depois editadas pelo MS11, apontou caminhos e delineou estratégias para a evolução e reorientação da atenção básica no estado. Para tanto criou um grupo de condução, composto pelas coordenações de Planejamento; Epidemiologia; PACS/PSF e Vigilância Sanitária e Saúde. Esse grupo de condução incentivou e assessorou a criação dos sistemas locais de saúde; o fortalecimento e expansão da Estratégia Saúde da Família; e a constituição de sistemas locais de informação em saúde, alimentadores das salas de informação em saúde, uma ferramenta que impingia inteligência para que cada município planejasse, avaliasse e reorientasse práticas de atenção à saúde. A partir dessa experiência é que se colocou em prática o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, operacionalizado através de oficinas macrorregionais¹².

Foi nesse período que a Paraíba avançou de uma dezena de equipes de saúde da família em dois ou três municípios para centenas delas em dezenas de municipalidades. A transformação da saúde da família em estratégia nacional de atenção à saúde, provocando a interiorização do trabalho em saúde, foi a grande “sacada” do movimento sanitário e do MS; e sua implementação no estado da Paraíba, a grande virada no modelo de atenção rumo à universalidade, equidade e integralidade propostas pelo SUS, além da operacionalização das ideias de prevenção e promoção da saúde que vinham da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, Cazaquistão (1978).

2. Consórcios Intermunicipais de Saúde

Com a finalidade de apoiar a atenção básica e fortalecer a integralidade da atenção em saúde, a coordenação de planejamento da SES-PB presidiu, em conjunto com outras áreas da SES-PB (Assistência à Saúde e Controle Avaliação e Auditoria) e com o apoio decisivo do COPA-SEMS, a criação de sete consórcios intermunicipais de saúde em regiões estratégicas. O processo de construção desses consórcios envolveu

11 Referimo-nos à Portaria GM/MS 3.925 de 1998, que aprovou o "Manual para Organização da Atenção Básica", e à Portaria GM/MS 476 de 14 de abril 1999, que regulamentou o processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica. Estes instrumentos visaram orientar o processo de avaliação e monitoramento da Atenção Básica no âmbito do SUS. O Pacto de Indicadores da Atenção Básica foi, então, concebido como um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica.

12 Nessas oficinas, a SES-PB contou mais uma vez com o apoio dos seus parceiros usuais, COPASEMS e UFPB-NESC. A empreitada juntou 30 técnicos da SES-PB, que atuaram como instrutores facilitadores, e um total de 378 participantes, entre secretários e assessores das secretarias municipais de saúde.

uma arquitetura política e jurídica cuidadosa, minuciosa e complexa, pois, em algumas situações, estavam envolvidas composições políticas de difícil costura, dadas as veleidades geopolíticas do estado naquele momento. Esses consórcios cobriram uma população de aproximadamente 650 mil habitantes e ofereceram consultas e exames em inúmeras especialidades em dez polos regionais¹³, envolvendo 63 municípios (FRANÇA; ARAÚJO; CARVALHO, 2000).

3. Programação Pactuada e Integrada (PPI)

A SES-PB, depois de um processo em que pesquisou “in loco” a capacidade instalada de cada município, estabeleceu a novidade da pactuação intergestores como instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e de gestão do SUS-PB. O processo envolveu as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, vigilância sanitária e epidemiológica e o controle de doenças. Vale destacar que, durante todo o processo, buscou-se respeitar a autonomia de cada gestor. E assim, com o assessoramento da SES-PB, cada município elaborou sua programação e a aprovou no seu conselho municipal de saúde. Coube ao estado harmonizar e compatibilizar as programações municipais, incorporando-as às ações sob sua responsabilidade, mediante negociação na CIB-PB.

O objetivo dessa programação era explicitar as responsabilidades de cada município em relação ao acesso da população aos serviços de saúde de forma integral, partindo da atenção básica, responsabilidade estritamente municipal. O resultado dessa negociação foi posteriormente levado à homologação do Conselho Estadual de Saúde (CES-PB) (PARAÍBA, 1999).

Jogou um papel muito importante nesse processo de reorganização do modelo de atenção e gestão, o investimento feito pelo estado na regionalização da assistência ambulatorial e hospitalar via criação dos complexos regionais de saúde (hospital geral e pediátrico + maternidade + apoio laboratorial) e da hemorrede da Paraíba, compreendendo um conjunto de dois hemocentros (João Pessoa e Campina Grande) e mais dez hemonúcleos distribuídos nas 12 regionais de saúde. A partir desse conjunto de unidades, visou-se à promoção e organização de ações e serviços referentes à assistência hemoterápica e hematológica, assegu-

13 Curimataú Paraibano (Picuí e Cuité); Cariri Ocidental (Monteiro, Sumé e Serra Branca); Cariri e Seridó (Juazeirinho); Vale do Piancó (Piancó); Curimataú Oriental (Araruna); Alto Piranhas (Cajazeiras); e Brejo Paraibano (Guarabira).

rando a melhoria da qualidade do sangue e hemoderivados no âmbito do SUS estadual. Igualmente contribuiu nesse processo a estrutura dos sete consórcios intermunicipais de saúde, garantindo a assistência de média complexidade ambulatorial e a oferta de exames complementares dentro de uma determinada estrutura regional.

4. Rede Estadual de Informações em Saúde

Desde os primeiros dias da gestão em foco neste texto, a questão da informação foi colocada como recurso estratégico essencial para o planejamento e avaliação das ações. Tanto que a Paraíba foi reconhecida e escolhida pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) como um dos três projetos-piloto da Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS). Com financiamento do REFORSUS (Banco Mundial), a SES-PB cumpriu o objetivo de assegurar informatização e conectividade aos Núcleos Regionais de Saúde, ampliando a difusão e acesso às informações necessárias à gestão e ao controle social do SUS, contribuindo para a maior efetividade das ações de saúde e melhoria da qualidade de vida do cidadão (PARAÍBA, 1997).

O processo de desenvolvimento dessa rede de informações foi iniciado com 120 municípios que compuseram a primeira etapa do projeto. Estes foram dotados de equipamentos básicos (computadores e insumos de informática), programas e aplicativos disponibilizados pelo DATASUS/MS, necessários ao gerenciamento dos bancos de dados dos principais sistemas de informação que faziam parte da competência municipal naquele momento.

Paralelamente ao processo de distribuição dos equipamentos, promoveram-se cursos e capacitações, ora centralizados ora regionalizados, ou mesmo municipalizados, naqueles municípios de maior porte, visando ao correto uso das ferramentas e da tecnologia de informação. Essas capacitações abrangeram a microinformática básica e o uso da internet e envolveram técnicos, gestores e usuários potenciais dos sistemas locais de informação.

A sequência do trabalho se deu com a implantação de salas de informações em saúde, tendo em vista a organização de sistemas locais de informação em saúde e o esboço de um programa de monitoramento das ações, via sistemas locais de informação. Um aspecto interessante desse processo foi que, quando ele se dava nos municípios, acabavam

por envolver atores os mais diversos: conselheiros de saúde, técnicos das secretarias municipais de saúde e demais secretarias produtoras de dados e informações para a saúde. Eram sempre experiências muito ricas que tentavam fazer compreender aos participantes que as questões relativas ao processo saúde-doença-cuidado interessavam direta ou indiretamente a todos numa gestão.

Os contextos normativos que deram sustentação ao processo de estruturação do SUS na Paraíba

O período no qual os projetos estruturantes do SUS na Paraíba foram formulados e postos em prática se confundiu com os movimentos de gestão do SUS nacional entre os anos de 1996 e 2002, onde vigoraram as normas operacionais básicas NOB-SUS 01/93 e NOB-SUS 01/96, estabelecendo-se progressivamente estratégias para a organização e funcionamento do sistema através de um processo de descentralização político-administrativa com ênfase nas diferentes modalidades de habilitação dos estados e municípios, tipos de serviços e modalidades de financiamento, alicerçando o caminho para o lançamento, em 2001/2002, da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), cuja principal contribuição organizativa para o sistema foi a do estabelecimento de regras para o processo de regionalização das ações e serviços de saúde.

A primeira norma em voga nesse período, a NOB-SUS 01/93, ao contrário das normas anteriores, não sofrera influência da “visão inamptiana”, tendo marco importantíssimo para sua concepção a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde, enfatizando a necessidade da municipalização. Foi concebida e publicada pelo MS depois de um longo processo de discussão e negociação com o conjunto dos atores que constituíam a área da saúde no Brasil. E aí que se destaque a participação determinante do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e a militância do movimento pela reforma sanitária brasileira, que, ocupando lugar estratégico dentro ou fora do aparelho estatal, muito contribuiu com suas críticas e sugestões na versão final do documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, aprovado pelo CNS em 15 de abril de 1993.

Scatena e Tanaka (2001) destacam que a NOB 01/93 foi a primeira a definir o gerenciamento do processo de descentralização nos três ní-

veis de governo, através da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e dos Conselhos Municipais, bem como as condições de gestão para municípios (Incipiente, Parcial e Semiplena) e estados (Parcial e Semiplena). A NOB 01/93, embora de caráter fortemente municipalista, trouxe os estados de volta ao cenário da condução da política de saúde.

Em sua atuação na CIB, o estado, mesmo que muitas vezes de forma resistente e contraditória, passava a dividir com os municípios as responsabilidades de gestão e a gerência da rede de serviços ambulatoriais e hospitalares. Isso implicava a discussão sobre a definição dos tetos financeiros das unidades e conseqüentemente os tetos globais dos municípios e do próprio estado; sobre os critérios de distribuição dos recursos federais e de transferência automática aos municípios e, finalmente, a respeito da necessidade de os municípios avançarem à condição de gestores, ao invés de simples executores de ações.

Esse foi um processo difícil, complexo e traumático, mas extremamente educativo para ambos os lados, posto que totalmente enredado pelas disputas de poder, tanto internamente a cada município, quanto destes municípios com o estado, por conta dos alinhamentos político-partidários. Não foram poucas as manobras de um lado e de outro para evitar ou permitir conquistas para este ou aquele grupo político ou ente federado. Mas, de qualquer modo, a CIB-PB era a instância de poder compartilhado que atuava presidindo e legitimando as discussões e conduzindo a operacionalização da política de saúde no estado.

Um traço importante e interessante para se compreender a implantação e constituição do SUS na Paraíba é o de que, pelo fato de o estado ter-se atrasado no processo de implantação ante os demais estados da federação, a gestão que se dispôs a fazê-lo naquele momento vivia sob os signos da emergência e da concomitância. Emergência, porque o estado encontrava-se numa situação crítica de descompasso em relação à implantação da NOB 01/93, que não deslanchara no estado; e concomitância, porque já se discutia a formulação de uma nova norma operacional, a NOB 01/96, que acenava com avanços importantes para a política nacional de saúde em termos da autonomia de gestão de estados e municípios.

Assim, a equipe técnica e política que assumira a gestão estadual tinha um papel duplo e simultâneo de avançar celeremente com as

tarefas da NOB 01/93 no estado e discutir com o conjunto dos demais estados da federação e com o MS a formulação e implementação da NOB 01/96¹⁴.

As NOBs, vale reiterar, foram um dos principais instrumentos normalizadores do processo de descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e um dos pilares de sustentação da implementação do Sistema Único de Saúde. E aqui referindo, mais uma vez, e concordando com Scatena e Tanaka (2001), pode-se afirmar que elas (as normas operacionais do SUS) transcenderam o seu papel regulador, transformando-se em instrumentos de conformação do modelo de atenção à saúde e até mesmo de direcionamento de políticas públicas para este setor.

E isso aconteceu especialmente com a NOB-SUS 01/96, que redefiniu o modelo de gestão do SUS. Esta norma operacional ampliou as competências do poder público municipal na busca de sua plena responsabilidade, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, execução, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Com a NOB 01/96, foram criados novos mecanismos de transferências governamentais e duas novas formas de gestão municipal: a “Gestão Plena da Atenção Básica” e a “Gestão Plena do Sistema Municipal”.

Naquele contexto, ficava claro que o desempenho dos papéis atribuídos aos gestores era condição para a consolidação da direção única do SUS em cada esfera de governo, para a efetivação e a permanente revisão do processo de descentralização e para a organização de redes regionais de serviços hierarquizados. Reforçava-se o papel das comissões intergestores – CIT e CIB –, que se destacavam como instâncias para a viabilização dos propósitos integradores e harmonizadores da viabilização dos princípios de unicidade e de equidade no SUS.

Dentre as mudanças trazidas pela NOB-SUS 01/96, destacaram-se as relacionadas ao financiamento, que continuou sendo responsabilidade das três esferas de governo, mas passou a ser estabelecido por tetos,

14 Esse momento foi particularmente rico, porque, poucos meses após iniciado o trabalho na Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, o grupo condutor da SES-PB buscou os estados vizinhos para um processo de discussão de aspectos que interessavam ao conjunto dos estados nordestinos. Dessas discussões surgiu um grupo, inicialmente composto pelos estados de Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Ceará, que passou a constituir uma agenda de trabalho baseada na solidariedade e na troca de experiências comuns àqueles estados. Esse grupo logo se expandiu para os demais estados do Nordeste e, mais para frente, para as demais regiões do Brasil, vindo depois a constituir-se numa câmara técnica de planejamento e gestão do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS). Esse grupo foi essencial para a formulação e implantação da NOB 01/96 nos anos seguintes, atuando de forma proativa e muitas vezes crítica junto à Comissão Intergestores Tripartite (CIT/MS).

resultado da metodologia desenvolvida a partir da noção da programação pactuada e integrada (PPI). Instituíram-se, assim, novos subtipos de recursos, como: o Piso da Atenção Básica (PAB), a Fração da Assistência Especializada (FAE), o Teto Financeiro para as ações de Epidemiologia e Controle das Doenças (TFECD) e o incentivo ao Programa de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários em Saúde (PACS). Essa fragmentação no financiamento, é importante ressaltar, foi polêmica, pois continuava a revelar a dificuldade do MS em soltar as amarras de controle ora políticos, ora financeiros, sem deixar de explicitar que comprometia o princípio da integralidade das ações de saúde, promovendo a separação das ações de promoção, proteção e recuperação.

Não podemos desprezar também a memória centralizadora e fragmentadora de décadas passadas¹⁵, ainda muito presente nos corações e mentes das equipes técnicas em todas as esferas de gestão, desde o MS até as secretarias municipais. Por outro lado, porém, não se pode negar que o estabelecimento de tetos, subtipos e frações facilitava a implantação do novo modelo desejado por todos.

Considerando-se a evolução do SUS na Paraíba, pode-se dizer que foi com a implantação da NOB-SUS 01/96, nos anos de 1997/1998 e seguintes – malgrado todas as dificuldades que sempre são enfrentadas em ocasiões em que é preciso se instituir o novo –, que a SES-PB experimentou o seu amadurecimento e legitimidade diante dos municípios¹⁶. Os projetos estratégicos e suas repercussões na saúde do estado da Paraíba não teriam acontecido sem a grande impulsão que essa norma permitiu.

A NOB 01/96 foi o grande broquel para os avanços desse período. Foi sob a égide dessa norma que a Paraíba passou de “patinho feio” a um dos “cisnes” do SUS no Brasil. Passou a ser um estado reconhecido e respeitado no concerto da implantação das políticas de saúde, por conta de sua insinuação e evolução nas informações e estatísticas dos sistemas do DATASUS e nas planilhas da CIT/MS, ainda que saibamos que as estatísticas têm o condão de mostrar a “paisagem” e por vezes esconder as diferenças, apagar os extremos que compõem a realidade concreta por trás dessa mesma paisagem.

15 Não à toa é que, durante as discussões, sempre vinha à tona a grande dificuldade de integração das equipes técnicas, seja no MS, seja nas secretarias estaduais ou municipais dos municípios de médio e grande porte. Jocosamente falava-se dos vários ministérios da saúde ou das várias secretarias dentro de uma única instituição; ou mesmo da exacerbação da importância da assistência (principalmente a hospitalar àquela época) diante das demais áreas da atenção à saúde; do curativo sobre o preventivo e a promoção da saúde.

16 É importante pontuar que esse amadurecimento e legitimidade se davam, de modo geral, muito mais diante e por conta da atuação das equipes técnicas das secretarias estadual e municipais, do que por conta das direções políticas infra e suprarregionais/municipais.

Mas o fato é que a Paraíba, depois de dois anos da gestão que assomira a SES-PB em meados de 1996, realizara os que fazeres prometidos e não cumpridos no início do governo, na área da saúde; e, de quebra, colocara o SUS/PB no cenário nacional. Passara do patamar de cumpridor de tarefas do instituído ao de formulador, junto com outros estados, do instituinte, pois a gestão seguia se consolidando na vanguarda da implementação do SUS, ampliando as responsabilidades dos municípios na atenção básica e estabelecendo processos de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde na busca de maior universalidade, equidade e integralidade.

Os consórcios intermunicipais e os complexos regionais de saúde, ao criarem mecanismos para o fortalecimento da capacidade de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde, foram de certa forma uma antecipação natural do que viria na sequência em termos de normas operacionais do SUS, no limiar do novo milênio.

E os anos 2000 vieram, justamente procedendo à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. As normas anteriores (NOB 01/93 e NOB 01/96) focaram muito na autonomia de gestão dos municípios; e esse movimento repercutiu sobremaneira no financiamento e na gestão e gerência de estabelecimentos de saúde, que, instalados num determinado município, possuíam características supramunicipais na medida em que se tornavam referência para um conjunto de outros municípios circunvizinhos de menor capacidade técnica e tecnológica.

Esse movimento trouxe alguns gargalos, entre os quais se poderiam citar: limitação do acesso às ações e baixa na resolubilidade dos serviços, talvez por certa indefinição ou conflito em relação às responsabilidades no planejamento, organização e execução das ações de saúde; e certa crise de identidade de alguns estados, que se sentiram esvaziados no seu papel dentro do pacto federativo (FRANÇA; GUERREIRO; ARAÚJO, 2010). A “perda” de unidades antes sob sua gestão mexia com o poder político e a instituição dos repasses fundo a fundo (MS-Município) mexera enormemente nos tetos estaduais e municipais e, portanto, com as relações político-administrativas dentro do estado, além de outros problemas particulares de cada ente federado que afloravam no dia a dia das suas relações¹⁷.

17 Muitos ingredientes estavam envolvidos nesse processo: conformação ou inadequação de rede; pactos mal feitos, levando a problemas de reciprocidade, infidelidade e apropriação indébita; desentendi-

A tentativa de resposta a essas questões veio na forma da discussão e instituição de um novo regramento: a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS SUS). Houve uma versão inicial editada em 2001, que meses depois sofreu alguns ajustes e transformou-se na NOAS SUS 01/2002. Essa norma trouxe uma forte preocupação com a descrição da organização do território estadual e de suas regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede e municípios-polo e dos demais municípios abrangidos, no intuito de estabelecer as prioridades de intervenção e os mecanismos de relacionamento intermunicipal.

A norma destacava que o processo de regionalização deveria contemplar a lógica do planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários à resolução de seus problemas. Dois instrumentos destacavam-se no âmbito da gestão e do planejamento regional, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

A equipe técnica da SES-PB, tão logo foi instituída a NOAS SUS, ainda em 2001, montou uma força-tarefa para adequar o estado da Paraíba à nova legislação. Disso resultou a realização de reuniões para discussão do processo, definição de estratégias e uma metodologia de trabalho para discussão, apropriação e sua adequação e operacionalização pelo estado e seus municípios. Trabalhou-se no fortalecimento do grupo de apoio técnico central e regional para suporte aos gestores municipais e definiu-se um cronograma de implantação pactuado com os gestores, além de instituir os mecanismos contínuos de monitoramento e avaliação. Tudo isso aprovado na CIB-PB e no CES-PB, já na vigência da NOAS definitiva, a 01/2002.

Com isso, foi reeditada a estratégia de oficinas macrorregionais coordenadas pelo grupo técnico de apoio central com a entreaajuda dos grupos regionais. Cada município recebeu na ocasião uma síntese dos objetivos e elementos centrais da NOAS-SUS e o conjunto de encargos (critérios) a serem seguidos e providenciados por sua secretaria e

mentos “paroquiais”, relação estado-município(s), município-município(s); e coisas do gênero.

conselho municipal de saúde. Dessas oficinas derivou a pactuação dos elementos para o novo esquadramento do estado; o que resultou no estabelecimento de quatro Regiões de Saúde; 12 Microrregiões e 41 Módulos Assistenciais com suas sedes e municípios-polo. Essa concertação é que produziu as bases para a composição do PDR-PB; e desse Plano Diretor é que decorreu um novo exercício de pactuação que produziu a PPI do estado sob a NOAS SUS 01/2002.

A essa altura, já se encerrava o ano de 2002. No plano cartorial, todos os critérios da NOAS tinham sido observados. Já havia acontecido a eleição de um novo governo que assumiria em janeiro de 2003. Todo o trabalho até então realizado foi passado para a equipe técnica do novo governo que assumiria a partir de 2003. Restava à nova administração o esforço de sair do cartório à operacionalização e consolidação da planificação proposta.

Contemplando a história e olhando para o futuro: o sonho continua e novas ações precisarão vir

Hoje, completados 30 anos do grande marco inicial da reforma sanitária brasileira, representado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, que trouxe a possibilidade de criação do SUS, quando se olha para trás, vê-se que muito foi construído, graças a uma fração de brasileiros audaciosos e combativos, saídos das mais diversas regiões desse imenso país, que enxergaram a certeza na frente e tomaram a história na mão para construir o sistema de saúde pública mais abrangente, democrático e inclusivo que se tem notícia em nível mundial.

Resgatar aqui os elementos básicos que compuseram o processo de implantação desse sistema na Paraíba é um exercício necessário e fundamental, pois só através dele é que se pode aquilatar a potência desse período de gestão, a capacidade de formulação e execução da equipe, a competência na articulação política e a envergadura dos seus feitos num período tão curto e difícil da política paraibana, posto que se partiu de uma terra arrasada – em termos da política de saúde – que rejeitava o novo que se instituíra no resto do país.

O SUS estadual não está pronto. Nunca estará! Continuará enfrentando velhos desafios, mas não se pode desconhecer que transformará cotidianamente no fazer e no saber fazer sobre o cuidado à saúde, cons-

truindo e mantendo algo que se constitui em patrimônio cultural, social e imaterial dos paraibanos e brasileiros. O sonho continua e se renova a cada dificuldade enfrentada, como acontece neste momento em que muitas conquistas populares se veem ameaçadas pelos inimigos de sempre¹⁸. Por isso, mais do que nunca, será preciso resistir para que novos avanços possam advir.

18 Desde o seu nascimento, o SUS enfrenta a oposição, os ataques e a sabotagem dos inimigos da democracia, da cidadania e da vida humana. Esses inimigos e sabotadores estão dentro do próprio Estado brasileiro na forma de representantes do complexo médico-industrial e do setor privado, no seu sentido mais amplo; ligados à superestrutura político-jurídica que hegemoniza o aparelho estatal, nesse momento. A Emenda Constitucional 95/2016 (ex-PEC 241 e ex-PEC 55) é o ataque mais frontal que se faz, agora, ao SUS e às políticas sociais conquistadas às duras penas pelas forças populares e pelos trabalhadores brasileiros.

REFERÊNCIAS

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil – 1996**. ISSN 1413-8190 – Centro de Documentação e Disseminação de Informações – CDDI – IBGE, Rio de Janeiro, 1997.

FRANÇA, J.M.; ARAÚJO, L.M.; CARVALHO, A.L.B. Paraíba: construindo um novo modelo de atenção à saúde. **DIVULGAÇÃO Em Saúde Para Debate**, n. 17 – Março/1997 – ISSN – 0103-4383. Londrina, 1997.

FRANÇA, J.M.; ARAÚJO, L.M.; CARVALHO, A.L.B. A gestão do SUS na Paraíba (1996-1999): construção de estratégias para a conformação de um novo modelo de atenção à saúde. **DIVULGAÇÃO Em Saúde Para Debate**, nº 20 – Dezembro/2000 – ISSN – 0103-4383. Rio de Janeiro, 2000.

FRANÇA, J.M.; GUERREIRO, J.V.; ARAÚJO, L.M. O SUS na era do pacto pela saúde: discutindo o papel da gestão estadual nas relações intergestores. **Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS**. Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, CONASS, 2010. 254 p.

LISBOA, C. **Perfis Parlamentares - Antonio Mariz**. Organização: Cláudia Lisboa. Edições Câmara. Brasília, 2006.

PARAÍBA - Secretaria de Estado da Saúde. **Programação Pactuada e Integrada**. *Documento Final*. João Pessoa, 1999, (mimeo.).

PARAÍBA - Secretaria de Estado da Saúde. **Rede Estadual de Informações em Saúde**. *Proposta de Trabalho*. João Pessoa, 1997, (mimeo.).

SCATENA, J.H.G; TANAKA, O.Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-7, dec. 2001. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7061>>. Acesso em: 5 nov. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902001000200005>.



CAPÍTULO 2

CAMINHOS PERCORRIDOS E DESAFIOS NA GESTÃO ESTADUAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: EXPERIÊNCIA DA PARAÍBA (2011-2016)

Maura Vanessa Sobreira

Cláudia Luciana de Sousa Mascena Veras

Waldson Dias de Souza

Roberta Batista Abath

Introdução

Relatar a experiência que apresenta o conjunto de ações e atividades desenvolvidas na gestão da saúde no estado da Paraíba, no governo socialista, representado pelo governador Ricardo Coutinho e sua equipe, é desafiador. Para sistematizar, neste texto, o compromisso da gestão com as políticas públicas de saúde, cuja base político-ideológica está fundamentada na Reforma Sanitária Brasileira (RSB), é necessário fazer escolhas, porque, senão, correríamos o risco de construir um longo e detalhado relatório e, neste caso, poderíamos perder o interesse dos leitores. Sendo assim, escolheremos algumas ações que ilustrarão um momento da trajetória das políticas de saúde na Paraíba, realizadas em dois períodos deste projeto político: 2011- 2014 e 2015-2016.

Ao longo desse governo, vêm se concentrando esforços na perspectiva da consolidação de um sistema de saúde público universal, humanizado e de qualidade, a partir de ações que envolvem diversos atores sociais comprometidos com os processos de transformação estrutural da sociedade. Historicamente, na Paraíba, a oferta das ações e serviços de saúde é concentrada na capital, João Pessoa, e em menor proporção em Campina Grande, segunda maior cidade do Estado. De acordo com os compromissos assumidos durante o processo eleitoral, a Secretaria de Estado da Saúde (SES/PB) priorizou inicialmente a organização das Redes de Atenção à Saúde, consideradas prioritárias pela Política Nacional de Saúde, de forma articulada com as Secretarias Municipais de Saúde, na perspectiva de desconcentrar a oferta de atenção especializada para outras regiões do Estado.

A organização das referidas redes, definidas como prioritárias (de urgência e emergência, de atenção materno-infantil, de saúde mental, de condições crônicas, especialmente oncologia, e de cuidados à pessoa com deficiência), faz parte do conjunto de 40 compromissos assumidos para o primeiro governo e dialogam com os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade da atenção à saúde da população e com as diretrizes organizativas da Descentralização, Regionalização, Hierarquização e Participação da Comunidade no SUS.

O PRIMEIRO MOMENTO DA GESTÃO SOCIALISTA NA PARAÍBA: DESAFIOS À IMPLEMENTAÇÃO DO SUS (2011-2014)

O Sistema Único de Saúde (SUS) acabava de completar 20 anos. Resultado da luta popular por democracia e por políticas públicas universais, liderada pelo movimento sanitário, o SUS é uma política de estado que insiste em andar na contramão das tendências neoliberais de Estado mínimo e de livre iniciativa do mercado. Sendo assim, precisa enfrentar as resistências do mercado e, muitas vezes, a inércia de governos alinhados com as políticas neoliberais. Na Paraíba, nesse período de mais de 20 anos, o SUS viveu momentos diversos, de governos comprometidos e de governos menos comprometidos com a sua implementação. Por sua vez, o governo socialista assume, na Paraíba, em 2011, com o propósito de fortalecer as políticas públicas, o direito à saúde e a implementação do SUS no Estado. Os desafios são diversos, mas passam, no primeiro momento, pelo (re)desenho da regionalização, pela gestão compartilhada do SUS, pela organização das redes de atenção à saúde e por projetos e parcerias estratégicas.

Regulamentação da Lei Orgânica do SUS e regionalização na Paraíba

O Decreto Presidencial nº 7.508/11, que regulamenta a Lei 8.080/90, dispondo sobre a organização do sistema, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, veio convergir e impulsionar a política de regionalização da saúde na Paraíba. Várias reuniões e oficinas foram realizadas em todas as regiões do Estado, em parceria com o Cosems-PB e conselhos de saúde, resultando na Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 203/11, que rede-

senha o Estado de 25 para 16 regiões de saúde. Essa mesma resolução estabelece um prazo de seis meses para as regiões se adequarem às exigências do decreto. A movimentação seguiu pelo Estado no sentido de estabelecer indicadores e metas regionais e de reformular a Programação Pactuada Integrada (PPI), visando ao planejamento e assinatura de Contratos Organizativos da Ação Pública no Âmbito do SUS (COAP), conforme resoluções CIB/PB, 61/12, 74/12 e 75/12. Contudo, a mudança de conjuntura, principalmente a nacional, recomendou “prudência” e o COAP não foi assinado entre os entes federativos, mas o movimento foi aproveitado para atualização pontual da PPI e, mediante a identificação dos vazios assistenciais, para a descentralização e interiorização das ações e serviços do SUS, como a abertura de leitos de UTI, com destaque para UTI materna na região do Sertão, e a implantação de uma Unidade Vascular para atendimento à embolia pulmonar, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) na região da Borborema.

Todavia, o movimento disparado não foi suficiente para enfrentar o problema que vários municípios, com gestão plena, têm em ofertar as ações e os serviços de saúde preconizados pelo sistema, contribuindo para a necessidade da gestão estadual manter, proporcionalmente, uma das maiores redes assistenciais, através de maternidades e hospitais regionais, com recursos próprios do tesouro estadual. Na perspectiva da gestão plena, em 2010, descentralizou-se os recursos de Média e Alta Complexidades (MAC) para municípios que assinaram o Termo de Compromisso de Gestão. Nesse sentido, acentuou-se, para a gestão estadual, o problema do subfinanciamento do SUS. Apenas como ilustração, os recursos federais transferidos ao fundo estadual que vinham aumentando anualmente até 2010, quando alcançaram o montante de R\$ 122.915.703,30, foram reduzidos para R\$ 67.748.334,29, em 2011, conforme dados do Fundo Nacional de Saúde (PARAÍBA, 2012, p. 126), representando uma queda de praticamente 45%. De lá para cá, esse cenário não se alterou muito, porém alguns ajustes permitiram que o fundo estadual recebesse, em 2014, R\$ 103.826.601,94 de recursos federais, representando 9,4% das despesas com ações e serviços públicos de saúde do estado, que aplicou, no mesmo ano, o montante de R\$ 1.000.343.453,56 (PARAÍBA, 2016, p.143-144).

O pequeno porte da maioria dos municípios paraibanos dificulta a organização dos serviços de saúde, em especial de média e alta comple-

xidades, colocando aos gestores do SUS o desafio de permanente empenho na organização e funcionamento da regionalização da saúde.

Gestão compartilhada e as Organizações Sociais: experiência da SES-PB

A administração pública brasileira convive com três modelos diferentes de gestão: patrimonialista, burocrático e gerencial. O patrimonialismo, ainda presente em maior ou menor grau nas diferentes esferas da administração pública, se configura pela prevalência do interesse particular sobre o interesse público. O Estado brasileiro começou a buscar a burocracia como forma de combater os desvios do patrimonialismo, através do cumprimento de normas e procedimentos preestabelecidos. A adoção do modelo gerencial pela administração pública, por sua vez, está ligada à tentativa de lidar com os problemas trazidos pela burocracia, sobretudo no que diz respeito a conseguir melhorar a eficiência, eficácia e efetividade dos serviços públicos para os cidadãos. O movimento mais atual é a tentativa de trazer o Estado para a gestão por resultados, em um contexto de Estado-rede, com vários atores participando na provisão de serviços públicos.

As Organizações Sociais foram criadas a partir do movimento de publicização de serviços não exclusivos do Estado. Conforme reforma concebida pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), nos dois governos do Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), os serviços não exclusivos são aqueles que podem ser prestados por agentes não estatais e que passariam por um processo de mudança da forma de propriedade desses serviços de estatal para pública não estatal – publicização. Isso significa que esses serviços (hospitais, universidades) seriam exercidos por entidades não pertencentes à Administração Pública, porém com finalidade pública. Essas entidades, no momento de sua criação, tiveram a finalidade de estabelecer parcerias com o Estado.

Considerando a prestação de serviços pela SES, através de uma diversidade de hospitais, a gestão hospitalar foi um dos principais problemas encontrados no início da gestão socialista. Como ilustração, os dois maiores hospitais do Estado, o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes, de Campina Grande, e o Hospital de Emer-

gência e Trauma Senador Humberto Lucena, de João Pessoa, passavam por situação caótica. O primeiro, apesar da inauguração de prédio novo pelo governo anterior, ainda funcionava nas velhas instalações, sem o mínimo de condições. O segundo, refém de um grupo de médicos corporativistas, enfrentava a paralização dos serviços por deflagração de greve dos profissionais. Além de problemas salariais, de infraestrutura e superlotação, a dívida com fornecedores deixou os hospitais desabastecidos de materiais cirúrgicos e de medicamentos, resultando em expressiva fila de usuários, aguardando meses por agendamento de cirurgia e de outros atendimentos. Mesmo antes de tomar posse, o governador, com sua equipe, negociou com os médicos a retomada das atividades, mas a sequência de escândalos e a resistência ao SUS exercida no próprio hospital público seguiram no início do novo governo e contribuíram para a necessidade de se buscar formas inovadoras de gestão.

No ano de 2011, mais precisamente no mês maio, o Governo do Estado decreta emergência para a situação vivenciada pelo Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e, em 4 de julho do mesmo ano, adotou a Medida Provisória 178/11, que instituiu o Programa Gestão Pactuada e regulamentou a qualificação de Organizações Sociais no âmbito do Estado. Assim, foi possível elaborar o primeiro contrato de gestão pactuada entre a SES-PB e uma Organização Social. Sendo assim, a partir do mês de julho daquele ano, a gerência do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena passou a ser compartilhada.

A decisão de implementar um Programa de Gestão Pactuada fundamentou-se com base no elevado número de servidores contratados de forma irregular, no sucateamento da unidade, na falta de parâmetros técnicos que pudessem aferir a qualidade da gestão hospitalar, na ausência de leitos de retaguarda e, principalmente, na superlotação que produzia, inclusive, desassistência naquele momento.

A forma de administração das organizações sociais foi concebida como gerencial, isto é, com flexibilidade nos procedimentos, mas com controle dos resultados. O controle dos resultados das Organizações Sociais se daria tanto pela sociedade quanto pela Administração Direta, via contratos de gestão.

Esse talvez tenha sido um dos períodos mais conturbados para a gestão da saúde do governo socialista, uma vez que a oposição se utili-

zava, principalmente na Assembleia Legislativa, do discurso fácil para confundir a população de que o governo estaria privatizando serviços públicos de saúde. Procurava-se gerar desgaste com um “discurso político” que não considerava argumentos técnicos e administrativos e nem a regulamentação federal e estadual existente. Contudo, pela obtenção de resultados imediatos, o governo conseguiu que a Medida Provisória 178/11 fosse convertida em lei estadual, no dia 6 de outubro de 2011 (lei nº 9654/2011), instituindo o Programa de Gestão Pactuada e dispondo sobre a qualificação de Organizações Sociais.

Na sequência, a Secretaria de Estado da Saúde (SES-PB), dentro do programa de expansão da rede hospitalar, descentralizou o modelo de gestão pactuada para novos serviços, a exemplo da Maternidade Peregrino Filho em Patos, inaugurada em abril de 2012, sendo referência para alta complexidade em obstetrícia na região, do Hospital Geral de Taperoá, do Hospital Geral de Mamanguape e das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas de Guarabira, Santa Rita e Princesa Isabel.

Encontrar alternativas que preservem os princípios do SUS, mas que sejam mais modernas e eficientes no atendimento à população é fundamental para os secretários estaduais de saúde que dia a dia enfrentam o desafio de fazer a gestão do Sistema Estadual de Saúde e ao mesmo tempo dar conta das tarefas necessárias para a manutenção e o funcionamento de ambulatórios e hospitais estaduais. A transição para esse modelo na Paraíba demonstra as vantagens e os desafios de se adotar a publicização de serviços públicos. Na avaliação e monitoramento dos resultados, evidenciam-se melhorias nos serviços prestados na gestão compartilhada entre Estado e organização na eficiência, efetividade e eficácia. Além disso, após alguns meses de execução do contrato, foi possível identificar algumas das potencialidades do Estado para o monitoramento, controle e avaliação efetiva dos resultados da gestão por Organização Social.

Organização das Redes de Atenção à Saúde na Paraíba

Assim como a regionalização, a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) é orientada pelo decreto nº 7508/11. Na prática, são as RAS que dão corpo, materialidade e concretizam a regionalização da saúde. A intencionalidade das redes é produzir a mudança do modelo de atenção à saúde médico-centrado para um modelo de promoção da saúde e

de cuidado aos usuários do SUS, baseado nas necessidades de saúde da comunidade e na integralidade e continuidade da atenção.

No Plano Estadual de Saúde 2012-2015, assume-se que o “desafio operacional da regionalização [...] consiste em, com base nas necessidades de serviços [...] e na conformação das redes de atenção à saúde, pactuar as ofertas e equipar as Regiões de Saúde para a prestação de serviços, garantindo a ordenação da atenção básica e, especialmente, da atenção de média e alta complexidades” (PARAÍBA, 2012, p. 112).

Com essa concepção, a SES/PB apostou no apoio à organização da RAS, considerando que a elaboração do plano de cada rede seria necessária, mas entendendo que a existência de planos não necessariamente assegura a organização e o funcionamento das redes. É fundamental a articulação e pactuação permanente entre gestores, inclusive dos serviços, no sentido de efetivar, na prática, as linhas de cuidado, dando concretude às RAS.

Os planos foram elaborados e se encontram em processo de revisão e complementação. Houve rede, como a Rede de Atenção em Urgência e Emergência (RUE), que agilizou primeiro o plano da 1ª macrorregião, por ser a de maior demanda, para depois elaborar o plano das outras macrorregiões. Na maioria, logo trataram de elaborar o plano estadual. Assim, vários novos equipamentos foram pactuados e alguns implementados. O processo de planejamento e de cobertura dos vazios assistenciais aconteceu de forma ascendente, mas logo esbarrou na crise econômica instalada no país e, conseqüentemente, na falta de financiamento de boa parte dos equipamentos e serviços planejados.

Além da questão financeira das RAS, pois o planejamento dos componentes não conseguiu ser acompanhado com o devido financiamento como previsto e anunciado pelo Ministério da Saúde, outros desafios requerem atenção na Paraíba: o fortalecimento dos grupos condutores estaduais e regionais das redes; a permanente repactuação dos compromissos e fluxos; o monitoramento da atenção pactuada; o cumprimento e a prestação de contas do pactuado; a atualização permanente dos planos regionais e estaduais das Redes de Atenção à Saúde (RAS) para que o direito humano à saúde seja substancialmente assegurado aos paraibanos.

Convênios e parcerias inovadoras da SES-PB

Na busca de redução das iniquidades sociais, a Paraíba, de forma inovadora, apresentou um conjunto de iniciativas, buscando ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde da população. Seguem algumas estratégias:

1. Rede de Cardiologia Pediátrica

Na Paraíba, muitas crianças morriam de complicações cardiológicas devido à escassez de profissionais capacitados na área, à falta de serviços para o diagnóstico e realização de cirurgias e ao excesso de burocracia nos trâmites dos processos de transferência para outros Estados. Nesse contexto, os gastos com transporte aéreo e tratamentos em outros Estados ficavam muito onerosos, chegando, por exemplo, a valores de mais de 1 milhão de reais para o tratamento de uma única criança.

Na busca de enfrentar essa situação, foi implementada, em outubro de 2011, a Rede de Cardiologia Pediátrica da Paraíba (RCP-PB), através de um convênio da SES/PB com a ONG Círculo do Coração de Pernambuco. Um projeto pioneiro, com investimento anual de R\$ 6 milhões, que se utiliza da Telemedicina para potencializar e descentralizar os serviços, representando um divisor de águas na área cardiológica e pediátrica da saúde pública da Paraíba.

Na Paraíba, 20 maternidades e o Complexo de Pediatria Arlinda Marques, na capital, fazem parte do projeto. A rede de maternidade estruturada para realizar o diagnóstico da cardiopatia tem três serviços de referência: Cândida Vargas, em João Pessoa; Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), em Campina Grande, e Peregrino de Carvalho, em Patos. Na capital, estão interligadas à Rede as maternidades Frei Damião, Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho e Hospital Universitário Lauro Wanderley. Ainda ligados à capital ficam os centros de Guarabira, Itabaiana e Mamanguape. Na região de Campina Grande, estão ligadas às maternidades das cidades de Itaporanga, Esperança, Monteiro e Picuí. E na área de Patos, estão interligadas as maternidades dos municípios de Sousa, Cajazeiras, Pombal e Catolé do Rocha.

Nos seus primeiros quatro anos de trabalho, a rede realizou a triagem de mais de 100.000 neonatos, tendo encontrado uma incidência de cardiopatias congênitas de 11 para cada 1000 nascidos vivos no Estado. Além dos recém-nascidos, mais de 10.000 crianças mais velhas partici-

param do projeto de triagem e 480 cirurgias foram realizadas. Em sua maioria, esses serviços são realizados mensalmente em municípios do interior do Estado, através das Salas de Telemedicina (Salas do Coração, instaladas em cidades-polos do Estado) e de um sistema itinerante de alocação de equipamentos portáteis (EcoTaxi) e de uma cultura própria à rede de 20 ambulatorios de cardiologia pediátrica. Nesses ambulatorios, a equipe interage com as equipes de saúde locais, orientando e agilizando o manuseio dos pacientes, minimizando os deslocamentos e capacitando os profissionais de saúde de centros remotos. Com isso, as crianças e gestantes de toda a Paraíba com problemas cardíacos têm assistência em suas regiões, sem a necessidade de transferências para os grandes centros.

Com a RCP, o Complexo Pediátrico Arlinda Marques passou a realizar cirurgias cardíacas pediátricas (com mutirões no Hospital Regional de Mamanguape), o que impactou positivamente nas transferências, que passaram a ocorrer somente nos casos mais graves. As transferências são realizadas em ambulância de suporte avançado do SAMU para o Hospital Real Português de Recife.

A partir do segundo ano da rede, com o objetivo de aprimorar o programa de triagem e facilitar o acesso da população à equipe de especialistas, foi criada a “Caravana do Coração”. Trata-se de uma visita de uma equipe multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, professores e estudantes universitários, a cidades do interior da Paraíba que integram a RCP para realizar consultas e exames complementares, como ecocardiograma e oximetria, além de arte-educação para crianças e pais e capacitação para profissionais de saúde. As “Caravanas do Coração” são realizadas anualmente, com duração de duas semanas, percorrendo 13 municípios e assegurando o atendimento a mais de 1000 pacientes em cada cidade. Além disso, são feitas capacitações com ênfase ao projeto (25 especializações em Ecocardiograma Fetal, 120 Atualizações em Enfermagem, 120 qualificações em Ausculta Eletrônica, 25 em Enfrentamento da Microcefalia e 25 em Propriedade Intelectual e, desde a expansão para a perinatalogia, já atingiu mais de 1000 profissionais de diversas áreas de saúde). Nessas Caravanas, os profissionais de saúde percorrem praticamente 2000 km.

2. Pacto pelo Desenvolvimento Social

O Pacto pelo Desenvolvimento Social é um programa de parceria entre o governo do Estado e os governos municipais, em que o Estado transfere recursos, sem exigência de contrapartida financeira, aos municípios para realização de programas de investimentos. Estes se comprometem a desenvolver ações com vistas à melhoria dos indicadores sociais municipais e de enfrentamento de situações-problemas, propiciando a melhoria de vida dos municípios. A participação no pacto se dá por meio da adesão dos municípios ao edital lançado anualmente e por sua posterior formalização em forma de convênio.

O pacto se encontra na sua terceira edição. No total, já foram 720 convênios firmados, totalizando o valor de R\$ 152.606.097,87, além de mais R\$ 39.155.329,18 em serviços e doações. Na área da saúde, foram 310 convênios, no valor total de R\$ 43.879.155,78. Dos 223 municípios da Paraíba apenas seis não aderiram e, portanto, não conveniaram. 18 municípios conveniaram só uma única vez e os demais conveniaram duas, três, quatro ou mais vezes (o município mais contemplado obteve 8 convênios), dando uma média de 3,2 convênios firmados por município. Apenas 37 municípios não tiveram convênios na área da saúde. Os objetos conveniados na área da saúde foram basicamente obras, equipamentos e ambulâncias.

O Pacto pelo Desenvolvimento Social é importante na perspectiva do conceito ampliado de saúde, que a compreende relacionando com os condicionantes intersetoriais, como educação e trabalho. Além disso, é uma forma de estruturar os municípios com equipamentos específicos da rede de atenção à saúde.

O SEGUNDO MOMENTO DA GESTÃO SOCIALISTA DA PARAÍBA: NOVOS DESAFIOS À IMPLEMENTAÇÃO DO SUS (2015-2016)

O SUS, operando a partir de princípios e diretrizes, como a descentralização da gestão, participação popular e controle social em todos os níveis de gestão do sistema, introduziu mudanças na relação entre Estado e sociedade.

Todavia, apesar dos avanços conquistados, a manutenção do modelo médico hegemônico, a reforma inconclusa do Estado, o sub-

financiamento, a precarização do trabalho e as soluções que ignoram os determinantes estruturais das necessidades de saúde são, ainda, os principais desafios da reforma sanitária brasileira na atualidade. Destaca-se que, em 2015 e 2016, diante de uma crise política acentuada em meados de 2016 com o impeachment de uma presidenta, houve mudanças desencadeadas na esfera política e econômica e ainda emergências em saúde pública que repercutiram diretamente nas políticas sociais, especialmente no setor saúde.

Nesse cenário, mesmo diante de tantas dificuldades, era necessário continuar avançando na implementação das redes de atenção à saúde, com ênfase na regionalização. Dessa forma, a estratégia metodológica do apoio institucional foi implementada na Paraíba, inicialmente através das gerências de saúde, como apoiador regional em 2011, e a partir de 2015 através do tutor-apoiador, articulado a estratégias de educação permanente em saúde com ênfase na regionalização. O apoio institucional busca ampliar a capacidade de direção e de governo dos sujeitos para aumentar suas capacidades de análise e de intervenção sobre a realidade. Baseado em matrizes conceituais, oriundas da política, do planejamento, da análise institucional, da Pedagogia e da Psicanálise, construiu um método para análise e cogestão de coletivos, o método da roda como uma “[...] tentativa de ampliar a capacidade das pessoas lidarem com poder, com circulação de afetos e com o saber, ao mesmo tempo em que estão fazendo coisas, trabalhando, cumprindo tarefas” (CAMPOS, 2000, p. 12).

Diferentemente das tradicionais “assessorias” e “consultorias”, o apoiador não faz pela ou para as equipes, e sim com as equipes, apoiando a análise, elaboração e planejamento de tarefas e projetos de intervenção. Nesse sentido, o apoiador institucional vem fortalecendo os espaços interfederativos e suas relações, através do apoio às Câmaras Técnicas, Comissões Intergestores, Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES), fortalecendo o processo de regionalização e de implementação das redes de atenção à saúde.

Educação permanente para o SUS: estratégias de formação e a experiência das residências em saúde na SES-PB

A implementação das políticas públicas de recursos humanos em saúde, na perspectiva de um sistema político democrático no Brasil contemporâneo, vem colocando em pauta a necessidade de compreender a relação ente trabalho e educação sob um novo prisma. As interpretações sobre essa dinâmica, no que se refere à política de educação permanente dos trabalhadores da saúde, têm focado a educação como eixo transformador e como estratégia mobilizadora de recursos e poderes. Nessa perspectiva, as iniciativas trazem o Sistema Único de Saúde (SUS) como reorientador das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e têm sido capazes de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender.

Nesse contexto, os processos capacitadores e/ou formadores dos profissionais de saúde que atuam na saúde pública elegem a prática da educação permanente como mecanismo estratégico apropriado para trabalhar a construção do modelo da Vigilância da Saúde, pois articulam gestão, atenção e formação para o enfrentamento dos problemas concretos de territórios geopolíticos de atuação dos trabalhadores de saúde, além de mobilizar ações intersetoriais e interinstitucionais.

As diretrizes nacionais da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) constituem um processo, sem dúvida, inovador, mas sua implementação nas estruturas estaduais de saúde ainda tem um longo caminhar. As secretarias estaduais de saúde têm, nas duas últimas décadas, experimentado redesenhos dos seus mecanismos operacionais para viabilizar a constituição de um SUS e de um modelo de prestação de serviços de saúde no país. Para a implementação da política de EPS, a portaria GM/MS n. 1.996/2007 prevê a elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), documento que define as ações de EPS para os Estados, a partir dos pressupostos e diretrizes da PNEPS. Na Paraíba, a partir da Portaria n° 620/GS/SES/2009 que normatiza a gestão estadual da política de educação permanente, o CEFOR-RH/PB, até então Escola Técnica do SUS da Paraíba (ETSUS/PB), responsável pela educação profissional de nível técnico, assumiu também a responsabilidade de gestão da PNEPS no Estado.

Com a ênfase dada ao processo de regionalização no SUS, a partir de 2011 na Paraíba com os apoiadores regionais, são fortalecidas as Comissões de Integração Ensino Serviço – CIES, em 2012 são aprovados os

Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde – PAREPS e, em 2013, através da Resolução CIB N°54/2013, são aprovados critérios e a descentralização dos recursos orçamentários de Educação Permanente em Saúde para os municípios, contemplando: Eixo 1 - Educação Profissional de Nível Técnico e Eixo 2 - Educação Permanente em Saúde. Dos processos executados pelo Estado, destacam-se o Curso de Qualificação de Gestores do SUS e Apoio Institucional às Redes de Atenção à Saúde nas 16 Regiões de Saúde; Aperfeiçoamento para os VISAS municipais e Curso Técnico e/ou Qualificações do CEFOR-RH.

Considerando a necessidade de qualificar os profissionais e especializar a oferta dos serviços de saúde da Paraíba, que, em algumas áreas, eram implementados de forma fragilizada, bem como suprir a carência regional de algumas especialidades, foram criados programas de residências. Assim, os Programas de Residências Médicas e Multiprofissionais da Secretaria Estadual de Saúde/PB foram aprovados, ampliados e homologados.

Ressalta-se que os Programas de Residência na área da Saúde da SES- PB são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, de forma a contemplar eixos norteadores, dentre os quais se destacam: concepção ampliada de saúde que considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida; integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente; estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando ao desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional.

Em 2011, os primeiros Programas implantados foram de Residências Médicas em Anestesiologia, Medicina Intensiva e Ortopedia e Traumatologia. Em 2014, foram inseridos o Programa de Residência Médica em Pediatria e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança. Em 2016 tiveram ampliação os programas e deu-se início também às turmas das Residências Médicas em Ginecologia e Obstetrícia e Medicina de Família e Comunidade, esta última ocorrendo de forma descentralizada no município de Cajazeiras, contemplando um desejo da SES/PB e do CEFOR-RH/PB de interiorizar os Programas de Residência. No total, a SES dispõe de 42 vagas de residentes, das quais 32 são de residentes médicos e 10 são residentes multiprofissionais.

Como resultado da implantação desses programas, destacam-se a fixação de vários egressos nos serviços de saúde da PB, especialmente do Programa de Anestesiologia, Ortopedia e Pediatria, e o envolvimento de outros atores dos serviços, qualificando as práticas, melhorando os processos de trabalho e, conseqüentemente, as ofertas assistenciais.

Gestão de custos do SUS na SES-PB

O exercício da gestão de custos no Sistema Único de Saúde (SUS) tornou-se fundamental, considerando a necessidade de garantir maior eficiência na aplicação dos recursos e sustentabilidade do sistema. Nessa perspectiva, insere-se o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), que consiste num conjunto de ações que visam promover a gestão de custos, no âmbito do SUS, por meio da produção, difusão e aperfeiçoamento de informações relevantes e pertinentes a custos, utilizadas como subsídio para a otimização do desempenho de serviços, unidades, regiões e redes de atenção em saúde do SUS. Assim, a Paraíba tem sido um dos Estados pioneiros na implantação do Núcleo de Economia em Saúde (NES/PB), instituído no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, através do Decreto nº 33.766, de 12 de março de 2013, com a responsabilidade de orientar, acompanhar e monitorar as unidades hospitalares que já possuem cadastro junto ao sistema e inserem as informações necessárias periodicamente.

Em 2014, iniciaram sete unidades como hospitais-pilotos, foi realizada visita técnica nas unidades para o acompanhamento e monitoramento do sistema, além de reunião com o núcleo de custo da unidade para ajustar dados referentes a itens de custo, centros de custo e sua produção, a fim de concluir a inserção de dados do ano de 2014.

No entanto, em 2015, com apoio técnico do Ministério da Saúde, houve incremento de mais 20 unidades hospitalares, incluindo UPAS e unidades de gestão compartilhada com Organização Social. Atualmente no Estado, contamos com 27 unidades com sistema implantado.

Com a implantação da gestão de custos no SUS na Paraíba, busca-se estabelecer os processos e o consumo adequado de recursos que privilegiem a qualidade, construindo padrões de referência que possibilitem remuneração mais apropriada das ações e serviços públicos de saúde, bem como informação para subsidiar as discussões sobre o financiamento do sistema.

Arboviroses e novos desafios à saúde pública: estratégias de enfrentamento da SES-PB

As arboviroses são caracterizadas por um grupo de doenças transmitidas ao ser humano por vetores e são assim designadas não somente pela sua veiculação através de artrópodes, mas, principalmente, pelo fato de parte de seu ciclo replicante ocorrer nos insetos. Atualmente, são consideradas de grande preocupação para a Saúde Pública do Brasil, por conta de o país apresentar, nas regiões tropicais, condições favoráveis para a presença dos vetores, devido às rápidas mudanças climáticas, desmatamentos, migração populacional, ocupação desordenada de áreas urbanas e precariedade das condições sanitárias, fatores que favorecem a crescente dispersão territorial das doenças.

Nesse contexto, as principais arboviroses circulantes no Brasil nos últimos três anos são a Dengue (DEN), a Chikungunya (CHIK) e a Doença provocada pelo Vírus Zika (ZIKA), sendo a Chikungunya e a Zika doenças que ainda não conhecidas profundamente. Além disso, por apresentarem sinais e sintomas semelhantes, os desdobramentos da associação desses arbovírus nos usuários são situações que requerem dos profissionais de saúde uma conduta correta frente aos protocolos assistenciais para evitar óbitos.

Merece destaque, no Brasil, no ano de 2014, o surgimento dos primeiros casos autóctones de Chikungunya na Bahia, doença que se alastrou por todo o país a partir de então. Frente ao aparecimento da Chikungunya, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, a Chikungunya como Doença de Notificação Compulsória em todo território brasileiro.

Na Paraíba, até 2014, anos epidêmicos da Dengue foram registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), mas sem casos de transmissão autóctone de Chikungunya e outras arboviroses. Entretanto, em 2015, a partir de fevereiro, a Secretaria de Estado da Saúde inicia um desafio de identificar o novo cenário de adoecimento da população, buscando rastrear pessoas que atendessem à seguinte definição: “Indivíduo que apresentou doença febril e/ou exantema a esclarecer, acompanhados de dores e edema nas articulações, principalmente nas extremidades (mãos e pés)”⁹; e que não se enquadrava nas doenças exantemáticas existentes, a exemplo do Dengue, Sarampo e Rubéola.

Dessa forma, iniciou-se o processo de investigação da doença exantemática a esclarecer em março de 2015 com a equipe da Vigilância Epidemiológica e Centro de Informações Estratégicas (CIEVS-PB) nos municípios de Monteiro, Itabaiana e João Pessoa, os primeiros que sinalizaram a presença de casos à Secretaria de Estado da Saúde. Paralelamente, em abril de 2015, comunicamos ao Ministério da Saúde, Centro de Informações Estratégicas, a situação inusitada de adoecimento da população, e, em reunião coordenada pelo Cievs Nacional com os Estados do Nordeste, por meio de videoconferência, foi socializada a situação de outros sete estados com o mesmo cenário epidemiológico. Na oportunidade, foi proposto um apoio pelo Programa de Capacitação em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EpiSUS) para a investigação de campo nos estados do Rio Grande do Norte, Paraíba e Maranhão.

Após dois meses de acompanhamento e investigação junto às Secretarias Municipais de Saúde e Ministério da Saúde, a Paraíba e outros Estados do Nordeste receberam a confirmação laboratorial da doença pelo vírus Zika em maio de 2015, elucidando a confirmação laboratorial e clínica da “doença exantemática a esclarecer”. A técnica utilizada para diagnóstico laboratorial foi o RT-PCR e isolamento viral.

A confirmação da autoctonia do vírus Zika na Paraíba e no Brasil trouxe a necessidade de ampliação das recomendações das ações de controle vetorial, uma vez que a doença é transmitida por arbovírus (do gênero *Flavivírus*, família *Flaviviridae*), cujos vetores são mosquitos do gênero *Aedes*, com grande dispersão em países tropicais. É importante mencionar que no Brasil já circulava a *Chikungunya*, porém na Paraíba não havia registros de autoctonia até maio de 2015.

Diante do conhecimento de uma nova doença transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, a Secretaria de Estado da Saúde fez o alerta a todas as secretarias municipais de saúde para intensificação das ações de combate ao *Aedes*, bem como das ações voltadas para a atenção ao usuário com suspeita de Dengue, Zika e *Chikungunya*. Entre as iniciativas desenvolvidas, conforme plano de contingência estadual, destacam-se: intensificação das ações de prevenção e controle do *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* no Estado; prestação de assistência adequada ao usuário com suspeita de Dengue, *Chikungunya* e Zika; apoio às ações de vigilância epidemiológica e ambiental em âmbito municipal; análise da situação epidemiológica e da organização da rede de atenção para

orientar a tomada de decisão dos gestores municipais; fortalecimento e sistematização das atividades de mobilização de forma intersetorial e interinstitucional; fortalecimento da rede laboratorial para diagnóstico da Dengue, CHIK e Zika.

Ressalta-se que as ações de controle vetorial foram intensificadas em todo o Estado da Paraíba a partir da confirmação do Zika vírus, porém os resultados da pesquisa que avalia a infestação predial pelo *Aedes aegypti*, realizada por meio do Levantamento Rápido do Índice de Infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA), apresentaram aumento do risco de epidemia das arboviroses no segundo semestre de 2015, sendo as condições climáticas um dos fatores favoráveis à presença do mosquito *Aedes*. Nesse período, a Paraíba descobre que o Zika vírus pode ser transmitido de mãe para filho e que pode ocasionar a Microcefalia no bebê, sendo o primeiro caso conhecido no mundo o de um feto do município de Juazeirinho (PB).

Diante da nova conjuntura de alteração no padrão de ocorrência de microcefalia, o Brasil declarou, em novembro de 2015, Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, e a Paraíba, sendo um dos estados com maior número de notificações de Microcefalia, publicou, em 4 de dezembro de 2015, o Decreto nº 36.426, que declara situação de emergência no Estado da Paraíba por incidência anormal de casos de Microcefalia (COBRADE - 15.110) e dá outras providências. Para tanto, o Governo da Paraíba utilizou-se de estratégias para o enfrentamento da Emergência de Saúde Pública baseadas na construção do Plano de Enfretamento de Combate ao Mosquito *Aedes aegypti*, lançado em dezembro de 2015.

A elaboração e execução das ações propostas no plano estão sendo trabalhadas conjuntamente entre as diversas secretarias municipais e governo estadual, em parceria com o Governo Federal, FAMUP, Ministério Público, COSEMS, Instituições de Ensino, Organizações da Sociedade Civil e Sociedade Paraibana. É importante mencionar que o plano está dividido em cinco eixos: Controle vetorial; Atenção ao paciente; Vigilância epidemiológica; Gestão, comunicação e mobilização e Pesquisa.

Desde então, todas as ações do plano de combate ao *Aedes* estão mantidas e monitoradas pela Secretaria de Estado da Saúde. Para o ano de 2016, uma nova ação foi inserida no âmbito nacional para o monito-

ramento dos casos de Zika vírus com a publicação da Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016, que instituiu a doença aguda pelo vírus Zika na relação de doenças de Notificação compulsória. A partir de então, todo caso suspeito de Zika vírus deve ser notificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Em suma, é importante destacar os diversos desafios registrados nos últimos anos sobre a Saúde Pública na Paraíba e as ações desencadeadas. Ressalta-se que a comunicação oportuna de uma situação inusitada é primordial para nortear as ações dos gestores do âmbito municipal, estadual e federal, cabendo aos profissionais envolvidos com o SUS o planejamento e execução das estratégias de ação.

Considerações Finais

Seja no âmbito federal, estadual ou municipal, a tarefa de gerenciar um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS), é complexa. Inegavelmente, há um longo caminho a ser percorrido na busca pela consolidação do SUS, no caso aqui destacado, a experiência na Paraíba, mesmo considerando avanços num primeiro período (2011-2014) e no segundo período de gestão, decorrente da reeleição do governador.

A SES- PB, ao entender a responsabilidade de coordenar e articular a Política Estadual de Saúde, avançou a partir do fortalecimento da regionalização, da modelagem e implementação das redes de atenção à saúde, da adoção de novos modelos de gestão das unidades de saúde, do fortalecimento da política de educação permanente para o SUS, da adoção do tutor-apoiador com estratégia de apoio institucional à gestão municipal e regional, da adoção da gestão de custos e da incorporação de novas tecnologias e formas de pactuação, a partir da situação de saúde do Estado, a exemplo da conformação da Rede de Cardiologia Pediátrica e do Pacto pelo Desenvolvimento Social. Contudo, algumas dificuldades ainda persistem, destacando-se que, diante do quadro de instabilidade econômica e financeira que o Brasil atravessa, o cenário para a saúde pública se agravou.

Pode-se, assim, elencar alguns desafios para implementação do SUS, a partir da experiência da SES-PB: financiamento adequado com repasses efetivos e responsabilidades tripartites para garantia do funcionamento dos serviços; fortalecimento das relações interfederativas

e dos espaços de tomada de decisão no SUS; superação do fenômeno da judicialização no âmbito da saúde; implementação do modelo de atenção que venha a fortalecer o processo da regionalização a partir da atenção básica; adoção de novos modelos de gestão capazes de garantir eficiência e eficácia no sistema de saúde; e a formação adequada dos profissionais para atuação no SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.271**, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde/GM. **Portaria nº 1.813**, de 11 de novembro de 2015. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1813_11_11_2015.html>. Acesso em: 17 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Emergência de Combate ao Aedes 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016: Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 18 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue. Protocolo para implantação de unidades sentinelas para Zika vírus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CAMPOS, Gastão W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

CARVALHO, B.R.; TAITSON, P. F.; BRANDÃO, K. S.; FERRIANI, R. A.; NAKAGAWA, H. M.; SILVA, A. A. et al. Reproductive planning in times of Zika: getting pregnant or delaying plans? The opinion of the Brazilian Society of Assisted Reproduction Committee - a basis for a bioethical discussion. *JBRA AssistReprod.* 2016 Aug1;20(3):159-64.

LOPES, N. et al. Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil. **RevPan-AmazSaude.** 2014; 5(3):55-64.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano de Enfretamento de Combate ao Mosquito *Aedes aegypti* do Estado da Paraíba, 2015.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. João Pessoa: SES, 2012.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. João Pessoa: SES, 2016.

PARAÍBA. Decreto nº 36.426, de 04 de dezembro de 2015, que declara situação de emergência no Estado da Paraíba por incidência anormal de casos de microcefalia (COBRADE - 15.110) e dá outras providências. DOE, 2015.



II REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



CAPÍTULO 3

CONCEPÇÃO E DESENHO DE REDE: A EXPERIÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NA PARAÍBA

Danyelle Monteiro Cavalcante

Janaina Japiassu

Manuela Cavalcanti Magalhães

Rejane Lúcio Vieira

Redes de Atenção são o grande desafio para a saúde pública. Inicialmente será necessário buscar uma concepção do que significa essa tão falada rede que está já nos primeiros textos que definiram as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, na Constituição: um “*sistema de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle dos seus usuários*” (BRASIL, 1988).

Partindo dessa frase, vamos esmiuçar os seus sentidos e a partir deles buscar compreender a rede, suas potencialidades e desafios. Vejamos inicialmente algo que parece tão simples: sistema de caráter público. Tínhamos na década de 1980 uma estrutura hospitalar financiada pelo poder público com gestão do setor privado e voltada para alguns segmentos da população que a partir da Constituição passa a atender à toda a população de forma igual.

Ao mesmo tempo, havia um crescente aumento do sistema de cooperativas médicas, atuando de forma suplementar para atender aqueles que não queriam ser atendidos pelo SUS. Uma situação em que uma rede pública concorria com uma rede privada e caracterizada pelo fato de os médicos e profissionais com as suas especialidades atuarem nos dois espaços. Muitas vezes, o público era tratado como privado, impossibilitando a regulação de leitos e a promoção de acesso igualitário. Na dimensão do SUS, ficava difícil fazer a rede funcionar com tantos interesses em jogo, e estamos tocando apenas em um dos campos nos espaços hospitalares.

Temos um conflito inerente de interesses, em especial numa sociedade calcada na competitividade. Por um lado, um sistema público que

precisa dar conta de toda a população, inserido numa lógica de mercado, muitas vezes atuando com o que tem de pior, que é tirar proveito do sistema. A saúde suplementar está também presente, mas não garante sua totalidade no atendimento, nem como complementar nem na oferta dos planos de saúde, em especial quando se trata de maior complexidade; muitas vezes o serviço que deveria ser prestado é complementado pelo SUS, ou o que é contratado não atende como deveria.

Essa conta não bate e a rede de saúde, por mais organizada que possa tentar ser, não trabalha com dados reais de planejamento para a oferta de serviços e prospecção de gastos. Como fazer uma rede solidária num cenário desse?

Sabemos que os salários do setor público estão aquém do esperado, levando o profissional a ter que trabalhar em vários espaços distintos, o que também, em alguns casos, se apresenta como conflito de interesses dentro de uma máquina que precisa funcionar para salvar vidas.

Para que se possa estabelecer uma rede regionalizada e hierarquizada, é necessário muito mais do que portarias, é preciso que cada nível de atenção consiga resolver os problemas de que foram incumbidos, caso contrário, a situação se transforma em um caos, como estamos vendo nas portas das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e nos Hospitais de Urgência e Emergências no atendimento às demandas sensíveis à Atenção Básica, que precisa urgentemente, ampliar o seu escopo de atuação.

Ressaltamos que este não é apenas um problema da Atenção Básica e sim algo mais complexo que também passa pelo campo das micropolíticas e dos micropoderes e da difícil necessidade de se pensar em uma lógica regionalizada e solidária entre os municípios e entre as regiões, sem um dispositivo de financiamento que dê conta totalmente dessa gestão regional. Neste contexto, não podemos esquecer todos os desvios de recursos, de funções nos serviços, da falta de profissionais, da formação que não é voltada para o sistema público, dos salários e vínculos precários e dos recursos que são escassos e mal geridos.

Não queremos apontar para a impossibilidade em organizar a Rede de Atenção, mas sim alertar e colocar alguns aspectos relevantes que observamos nos quatro anos de apoio na implementação das redes, convivendo com realidades de várias regiões do país, nas quais estes aspectos estão inseridos. Entender que existe e que precisamos olhar

para esse contexto é fundamental para que dê certo e seja possível uma rede regionalizada e hierarquizada. Em muitos momentos, é mais fácil o gestor construir uma desculpa do que buscar uma solução. Acreditamos não ser mais possível olhar para esta realidade e não buscar possibilidades para mudar.

Quando olhamos para o estado da Paraíba com todo potencial que tem para organizar sua rede de atenção, em especial as de urgência/emergência e a Rede Cegonha, já que há uma rede de serviços estadual própria, imaginamos como seria tranquilo e efetivo se todos os gestores estivessem no mesmo propósito solidário de formar essa rede para ser capaz de atender as demandas por linhas de cuidado para todo o estado.

A regionalização possibilita a distribuição de serviços de diferentes portes, por todas as regiões e também entre estados vizinhos, por meio de pactuações e do comprometimento entre os gestores, no entanto, um mecanismo gestor regional ainda não existe.

O estado da Paraíba possui malha viária que possibilita o acesso mais rápido, mesmo nas regiões de vazio assistencial.

Isso facilita a implantação dos serviços regionais. Por exemplo, há 99% de cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), mas ainda temos problemas de gestão do serviço, o que leva a uma situação de dualidade: apesar de haver quase 100% de cobertura do serviço, o seu funcionamento efetivo ainda é falho, pois não há atendimento imediato da população, por problemas que vão desde a dificuldade de compreensão e de regulação efetiva, com fluxos definidos entre os pontos de atenção, até a gestão dos serviços, que está descentralizada para os municípios, apesar de perfazerem uma região como cobertura e terem que contar com a solidariedade da gestão do recurso, a fim de salvar mais vidas.

A insuficiência de serviços, de todas as complexidades, mas sobretudo de alta complexidade, leva os pacientes a atravessarem o estado à procura de atendimento em Campina Grande ou em João Pessoa. Apesar de o estado ter evoluído no desenho da rede e na sua compreensão, não é suficiente só desenhar no papel, precisa, de fato, acontecer.

Ainda temos um alto índice de mortalidade materna e infantil. Muitos acidentes, sobretudo de moto que elevam as taxas de trauma e deixam muitos sequelados e famílias desestruturadas.

Se tivéssemos uma interface entre as redes prioritárias, como Urgência/Emergência e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e com a Assistência Social, seria possível o atendimento mais integral desses pacientes e talvez a diminuição das incapacidades. Mas também falta a prevenção efetiva desses agravos e as políticas de trânsito tão somente têm demonstrado a sua insuficiência, não só no estado, mas no país como um todo.

É preciso ter uma rede de comunicação que implique os atores, é preciso criar vínculos e responsabilização, ampliar a escuta para prevenir e tratar em todos os pontos de atenção, sair das caixinhas. Ter um controle social comprometido, uma representação dos gestores potente, que não entre na luta só por mais recursos, que muitas vezes não são nem usados, e que implique na construção solidária e não partidária da rede de atenção para todo o estado.

Se tomarmos como exemplo a atenção às urgências, ou Rede de Urgência e Emergência (RUE), como é chamada na Paraíba, perceberemos que, embora tenham sido feitas inúmeras intervenções e investimentos nessa área, sobretudo na capital, João Pessoa, os avanços ainda são pequenos e pouco significativos na rede como um todo. Isso prova a necessidade de uma intervenção sistêmica na RAS e não separadamente.

A implantação da Rede de Atenção às Urgências (RAU)

Em 2011, o Ministério da Saúde reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências¹ e instituiu a Rede de Atenção às Urgências (RAU), visando articular e integrar todos os equipamentos de saúde para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. Para isso, foi necessário organizar o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências² por meio da ampliação e qualificação das portas de entrada hospitalares de urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, das enfermarias de retaguarda de cuidados prolongados e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovasculares (IAM) e cerebrovasculares (AVC).

1 Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011.

2 Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011.

Desde então, o Ministério da Saúde vem realizando ações de reestruturação do desenho da Rede de Atenção às Urgências (RAU) em todo o território nacional. Isso tem impactado na reorganização dos fluxos entre seus componentes de forma regionalizada, buscando a melhoria da articulação, integração, qualificação da atenção e regulação do acesso, a partir da promoção, prevenção, vigilância em saúde, atenção primária, SAMU 192 e suas Centrais de Regulação de Urgências, Força Nacional de Saúde do SUS, UPA 24h, Regulação de Leitos e o conjunto de serviços de urgência 24 horas, até o Componente Hospitalar e Atenção Domiciliar.

O processo de reorganização da Rede de Atenção às Urgências tem seguido algumas etapas, que levam em conta o diagnóstico situacional de saúde da região, a organização do fluxo assistencial, definição dos perfis de atendimento, dentre os componentes com corresponsabilização.

Utilizam-se como bases os perfis preestabelecidos, respeitando os limites de sua complexidade, da capacidade instalada, resolutividade, conforme a regulação da central de internação e de urgências ou de uma central única – complexo regulador, a fim de organizar demandas e ofertas.

Estado da arte da implantação da RAU no Estado da Paraíba

A operacionalização da Rede de atenção às Urgências foi desencadeada com a discussão da rede nas regiões metropolitanas em todos os estados do país, a partir de 2011 e com a elaboração do Plano de Ação Regional (PAR), sendo este o documento formal representativo dos pactos assistenciais e dos gestores, elaborado pelo Grupo Condutor Estadual da RAU, que aborda as definições físico-financeiras, logísticas e operacionais necessárias à implementação das novas diretrizes da Política de Urgências.

O Grupo Condutor Estadual da RAU é composto por membros da Secretaria Estadual de Saúde (SES), do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, com atribuições de mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase, apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da rede; identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase, monitorar e avaliar o processo de implan-

tação/implementação da rede, contemplando o detalhamento técnico de cada componente, as metas que devem ser cumpridas, a elaboração do cronograma de implantação, a descrição dos mecanismos de regulação, de monitoramento e de avaliação, além da definição dos gestores responsáveis.

Na Paraíba, essa discussão foi iniciada no ano de 2012, estendendo-se até 2013. O grupo condutor instituído foi o estadual, contando com representação do nível central da Secretaria Estadual de Saúde e da diretoria do COSEMS, além do apoio do Ministério da Saúde, com os apoiadores estaduais e suporte do apoio temático da RAU e Programa SOS Emergência.

A discussão inicial foi focada na 1ª macrorregião (metropolitana + duas regiões), uma vez que a maior densidade tecnológica e potencial de expansão inicial dos serviços estaria nessa região e que ela seria a mais demandada por ser referência na prestação da atenção qualificada para as regiões do estado e necessitaria de maior aporte financeiro. Depois de iniciada a implantação na 1ª macrorregião, a ideia era seguir para o interior e expandir serviços e proporcionar ampliação da complexidade nos estabelecimentos que compõem a rede, nas regiões restantes, o que levaria à descentralização dos serviços e da demanda que é encaminhada para a capital.

Nessa perspectiva, foi aprovado o PAR da 1ª macrorregião³, com sede em João Pessoa. Nesse período entre 2012 e 2014, o apoio temático da RAU foi deficiente, contando apenas com o apoio de redes e SOS Emergências e consultor da Criança, uma vez que houve uma rotatividade de profissionais que apoiaram o estado e não houve apoio efetivo “in loco”, apenas a distância por parte da área técnica do Ministério da Saúde.

No primeiro semestre de 2014, foi iniciado o apoio mais efetivo, sendo realizadas reuniões com o Grupo Condutor Estadual e visitas técnicas para diagnóstico situacional dos estabelecimentos hospitalares e UPA 24h da região metropolitana para planejamento do apoio junto ao Grupo Condutor Estadual. Foi realizada reunião com o Grupo Condutor Regional de Campina Grande, além de visita técnica ao hospital de Trauma de Campina Grande.

Por questões operacionais na gestão dos recursos da RUE da 1ª macro, os hospitais estaduais situados nos municípios com Gestão Ple-

3 Portaria GM/MS nº 1.524, de 24 de julho de 2013.

na, João Pessoa, Itabaiana e Guarabira, só tiveram os recursos disponibilizados após publicação de nova portaria e pactuação em CIB⁴. Nesse período, as ações basicamente foram voltadas para oficinas de qualificação da gestão hospitalar na capital à luz da metodologia e coordenação do apoio matricial do SOS Emergências, o que possibilitou o desenho das linhas de cuidado do Trauma AVC e IAM para os hospitais estadual e municipais, trabalhando com metodologias de gestão que não necessitassem de recursos diretos. Outra iniciativa foi a linha de cuidado da pediatria com o apoio da consultora da criança, opção do Estado em incluir mais uma porta pediátrica atendendo as necessidades locais para esse perfil.

Em 2015, a gestão estadual sofreu mudança e isso propiciou um grande avanço em relação às ações da RAU no estado. Todos os hospitais estaduais foram avaliados para definição de perfis e priorização de investimentos, contratação de profissionais e renovação do parque tecnológico.

Em reunião com o apoio, assim que assumiu a gestão, a secretária estadual firmou o compromisso de promover a avaliação e investimento em todos os serviços da RUE de gestão estadual, além de acompanhamento das metas pactuadas no plano de ação RAU da 1ª macrorregião, sendo necessária a implantação da regulação de internação, repactuado o acompanhamento dos indicadores da RAU e do Programa SOS Emergências no hospital de maior complexidade do estado.

Conforme encaminhamentos com a Gestão Estadual, foi acordado suporte com oficinas para os profissionais dos componentes RAU aprovados e para o Grupo Condutor Estadual RAU, com ações integradas entre a SES, COSEMS, SMS dos municípios envolvidos e os apoiadores do Ministério da Saúde (PNH, RAU/SOS Emergências e Apoiador de Redes), em prol da qualificação desses componentes.

O intuito era aprimorar o conhecimento acerca das ferramentas de gestão da clínica e humanização, que fazem parte dos itens de qualificação da RUE.

Nesse sentido, foram realizadas algumas visitas aos hospitais para orientação, reconhecimento da área física e dos serviços prestados, além de oficinas sobre os dispositivos de Humanização, ferramentas de Gestão da Clínica e diversos cursos.

4 Portaria GM/MS nº 1.128, de 23 de maio de 2014.

O estado se responsabilizou por reformular o Plano de Ação Regional (PAR) da 1ª macrorregião em conjunto com o COSEMS e apoiadores locais do Ministério da Saúde e com apoio matricial do SOS Emergências. A intenção é ampliar a abrangência do PAR para o estado todo, redesenhar a RAU e investir na melhoria de fato das regiões de saúde.

O Programa SOS Emergências na Paraíba: uma metodologia de mudanças

Para implantação da RAU, o Ministério da Saúde contou com a atuação do apoiador temático, apoiador do Programa SOS Emergências, além do apoiador estadual como fomentadores da discussão e desenvolvimento da política no território junto ao Grupo Condutor Estadual.

Os maiores desafios são de fato implementar as mudanças na gestão, bem como a necessidade de capacitar os profissionais e implantar o modelo de rede, conforme descrito nas portarias, com profissionais e serviços das gestões municipal, estadual e suplementar. Além disso, faz-se necessário uma mudança cultural na gestão desses serviços. Trata-se da reformulação da proposta existente até o momento e isso leva tempo e necessita de um trabalho de convencimento para com os envolvidos, desde os profissionais, direção dos serviços até os próprios usuários.

A atuação do apoiador tem que ir ao encontro com a gestão local no acompanhamento e indução de mecanismos, de forma a produzir de fato a qualificação dessa rede.

Ao longo dos anos, a atenção às urgências tem encontrado grandes dificuldades para o aprimoramento da qualidade da assistência, grande parte motivada principalmente pela fragmentação histórica do sistema de saúde, persistindo o modelo em que a população busca assistência, sem orientação, em hospitais e pronto atendimentos, à custa de enormes filas nas salas de urgência, sendo este um problema de saúde pública que exige mudanças culturais, políticas e organizacionais do sistema de atenção e gestão em saúde.

O Programa SOS Emergências⁵, no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, é uma estratégia prioritária para a implementação do Componente Hospitalar no enfrentamento das principais necessidades desses hospitais, no sentido de melhorar a gestão, qualificar e ampliar o acesso aos usuários em situações de urgência, reduzir o tempo de espera e garantir atendimento ágil, humanizado e com acolhimento.

5 Portaria GM/MS 1663 de agosto de 2012.

O trabalho nos hospitais contava com os apoiadores institucionais e com o apoiador de ponto de atenção, que fazia o acompanhamento cotidiano do serviço de emergência do hospital, além do apoio matricial, profissional, que trazia uma expertise capaz de apontar para a resolução de problemas complexos e articular frequentemente com o apoiador do ponto em temas específicos, dando um suporte por meio de visitas técnicas periódicas e interlocução com os gestores locais e direção do hospital.

Na Paraíba, de 2013 a maio 2016, o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena integrou o Programa SOS Emergências. A partir daí, passou a adotar o acolhimento com classificação de risco pelo sistema Manchester, gestão de leitos através do método KANBAN, organização de fluxo de internação e avaliação de qualidade e resultados, por meio da implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos, otimizar a utilização da capacidade instalada e melhorar o atendimento ao usuário, integrando a prática clínica no processo de internação e de alta.

Adotou também as diretrizes terapêuticas e os protocolos clínicos para as três linhas de cuidado prioritárias, IAM, AVC e Trauma, além de Sepsis, utilizadas para garantir intervenções seguras e resolutivas, qualificando a assistência prestada ao usuário, de acordo com o estabelecido pelo SUS.

Todos esses fatores que envolveram o SOS Emergências, associados à criação de leitos de retaguarda, contribuíram para menor tempo de permanência dos usuários nas urgências, agilidades na realização de exames e internações, prioridades aos atendimentos por critério de risco, de forma humanizada e com acolhimento, de modo a ofertar condições adequadas de assistência.

O Programa SOS Emergências alcançou resultados positivos, como uma melhor gestão de leitos, melhoria das relações entre municípios e estados para implantação da rede de urgência, melhoria da qualidade da assistência e do acesso aos serviços, além de impulsionar outras portas de entrada hospitalares de urgência e aprimoramento da gestão das suas emergências. Entretanto, muitos são os desafios, tendo seu caminho construído de forma processual, produzido pelo coletivo de profissionais que o implementa em ato, nas intervenções que vai produzindo e nos processos de reflexões permanentes que vem implementando.

Inserção de uma porta de entrada de urgência pediátrica

A escolha dos serviços que seriam porta de entrada da urgência foram pautas incessantemente discutidas durante as reuniões do Grupo Condutor Estadual na Paraíba. Os serviços elencados seriam as primeiras referências dentro da rede de urgência ao se encaminhar um paciente, fosse por serviço móvel de urgência, demanda espontânea ou encaminhamento de outro serviço.

Porém o que se observou é que entre os serviços não tínhamos selecionado um com perfil pediátrico, considerando a necessidade de incluir pelo menos um serviço de atendimento para esta faixa etária, destacando, inclusive, que, para crianças maiores de um ano, as maiores causas de mortalidade são externas, indicando a necessidade de estar-mos preparados para atender esta demanda.

Dentro do cenário da primeira região, na Região Metropolitana de João Pessoa, possuímos dois hospitais infantis, o Hospital Valentina de Figueiredo e o Hospital Arlinda Marques, o primeiro de gestão municipal e o segundo estadual, levando a desencadearmos discussões entre as duas gestões afim de definir o papel de cada serviço pediátrico, decidindo-se, assim, que o Hospital Valentina ficaria como porta de entrada e o Arlinda Marques seria referência para cirurgias cardíaca e neurológica.

Porém só definir a porta não é suficiente, o hospital ainda atendia adultos e esse foi um ponto crucial para organizar a rede. Foi necessário esperar a abertura da UPA do Valentina para então abrir a porta como exclusiva de pediatria. Outra necessidade estava relacionada ao ambulatório que existe no Arlinda Marques, já conhecido pela população e que tem maior a demanda da cidade, dificultando a gestão interna para o perfil de um hospital de maior complexidade. Nesse período, entrou o Hospital Estadual de Mamanguape, dando suporte nas cirurgias pediátricas, mais ainda estamos pactuando por meio de oficinas com os municípios da região a organização de toda a linha de cuidado da pediatria, esperando-se fechar a porta ambulatorial do Arlinda Marques, direcionando o atendimento para outros pontos, inclusive na Atenção Básica com horários ampliados, atendimentos nos Centros de Especialidades CAES e UPAS, já que o ponto de maior tensão se encontra no ambulatório, assim como facilitar o acesso para os usuários da Grande João Pessoa e/ou dos municípios vizinhos. Para isso, estamos tendo o apoio do Ministério Público Federal na pactuação e assinatura dos termos de compromisso de cada ente.

Vale ressaltar nesse processo de quase cinco anos a importância do papel do apoio institucional, seja dentro dos serviços, seja atuando diretamente na gestão. Tivemos apoiadores na articulação entre os pontos de atenção e entre os gestores, buscando, junto com a gestão e nos grupos condutores e demais espaços de interlocução, como as CIRs e CIB, o caminho do consenso e a forma mais humanizada e equânime de atender as necessidades dos usuários do SUS.

Considerações finais

Finalmente podemos perceber que pensar a rede de atenção vai muito além do que se desenha e se discute nas instâncias gestoras. É um trabalho permanente de acompanhamento e de gestão, avaliando toda a dinâmica que envolve os processos diários aos quais está submetida a nossa população. Não podemos esquecer todos os outros componentes que envolvem a saúde de uma população em um território. Nos tempos atuais, o aumento nos casos de microcefalia nos coloca à prova, assim como a rede de serviços e suas interlocuções, apontando para a necessidade cada vez mais de termos compromissos e implicações solidárias no cuidado do homem e do seu meio.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.524, de 24 de julho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.128, de 23 de maio de 2014.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos:** a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

MAGALHÃES JÚNIOR, Helvercio Miranda. **Redes de Atenção à Saúde:** rumo à integralidade. Divulgação em Saúde para Debate, nº 52, p. 38-49, Rio de Janeiro, 2014.

CAPÍTULO 4

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL NA PARAÍBA: AVANÇOS E DESAFIOS

Shirlene Queiroz

A Política Nacional de Saúde Mental objetiva consolidar um modelo de atenção aberto e de base territorial. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída através da Portaria 3.088 de dezembro de 2011 (república em 21 de maio de 2013), estabelece pontos de atenção 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.

Essa rede é composta por serviços e equipamentos variados, de acordo com cada componente. No nível da Atenção Básica, conta-se com Unidades Básicas de Saúde, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas (Consultório na Rua) e Centros de Convivência e Cultura. A Atenção Psicossocial e Estratégica é composta pelos Centros de Atenção Psicossocial, em suas diferentes modalidades. Na Atenção de Urgência e Emergência, conta-se com o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro. Tem-se, ainda, a Atenção Residencial de Caráter Transitório, por meio da Unidade de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil e Serviço de Atenção em Regime Especial. É necessário contar, também, com a Atenção Hospitalar, a partir dos Leitos de Psiquiatria em Hospitais Gerais, Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas.

Além desses serviços, a rede ainda tem estratégias de desinstitucionalização, com os Serviços Residenciais Terapêuticos e Programa de Volta para Casa; e estratégias de Reabilitação Social, com iniciativas de Geração de Trabalho e Renda e Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Com esses serviços e outras ações, de acordo com a Portaria que a institui, a RAPS objetiva:

- I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

A Paraíba possui 16 regiões de saúde e para implantar e implementar a RAPS no Estado, foi instituído pela Portaria GS nº 473 de 10 de setembro de 2012, o Grupo Condutor da RAPS, que tem como objetivo discutir a rede nas regiões, formalizando as pactuações através de Planos Regionais e monitorando a execução dos mesmos. As reuniões deste grupo acontecem uma vez ao mês e contam com representantes de todas as regiões de saúde.

A partir do GCR, os 16 Planos Regionais foram construídos em um trabalho árduo, a partir de discussões realizadas durante as reuniões das Comissões Intergestores Regionais – CIR e todos encontram-se aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB. Uma difícil tarefa para que a lógica de implantação de novos serviços fosse feita considerando o melhor acesso ao usuário, a demanda da região e a pactuação entre municípios de pequeno porte, para que o critério populacional fosse atingido.

No entanto, mesmo em regiões bem pequenas e inicialmente sem possibilidade de sediar serviços para populações superiores a 150 mil habitantes, foi considerada a demanda e a distância até o serviço de referência, que na maioria das vezes se restringia à capital, para junto ao Ministério da Saúde conseguirmos a assistência aos usuários em seu território, a exemplo dos serviços CAPS AD III, Unidade de Acolhimento Adulto e Unidade de Acolhimento Infantojuvenil, implantados em Princesa Isabel e que servem de Referência à 11ª Região de Saúde, que possui pouco mais de 80 mil habitantes.

A Paraíba sempre teve destaque no cenário nacional no que diz respeito à Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em 2004, o atual governador, então deputado estadual, foi o autor da Lei Estadual nº 7.639 de 23 de julho de 2004, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica na Paraíba. E desde 2011, quando assumiu o cargo de go-

vernador, vem em um esforço coletivo buscando garantir aos usuários uma rede substitutiva regionalizada que possibilite ao usuário o seu cuidado territorial e em liberdade.

Nesses seis anos de gestão, foram realizadas anualmente as Semanas Estaduais da Luta Antimanicomial, evento desenvolvido em parceria com o controle social, movimentos sociais, autarquias, universidades, municípios, entidades de classe, além de trabalhadores, usuários e familiares.

A Rede de Atenção Psicossocial além dos CAPS é formada por uma rede serviços que inclui: as Unidades de Saúde da Família - USF, Consultórios na Rua, NASF, Centros de Convivência, SAMU, UPA, Salas de Estabilização, Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais, Unidades de Acolhimento, Residências Terapêuticas, Programa de Volta Pra Casa e Iniciativas de Geração de Emprego e Renda.

A nossa Rede de Atenção Psicossocial possui a maior cobertura de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS por habitantes do Brasil (1,90 CAPS/100.000 habitantes) e em meio às adversidades continua avançando, contando atualmente com um total de 102 CAPS. Destes, 62 são CAPS I (serviço para 15 mil habitantes), 9 CAPS II (serviço para 70 mil habitantes), 5 CAPS III 24 horas (serviço para 150 mil habitantes), 11 CAPS Infantojuvenis (serviço para 70 mil habitantes), 6 CAPS AD (serviço para 70 mil habitantes) e 9 CAPS AD III 24 horas (serviço para 150 mil habitantes).

Contamos ainda com 15 Residências Terapêuticas, 4 Unidades de Acolhimento, 5 Consultórios na Rua e 84 beneficiários do Programa de Volta Pra Casa. Neste momento é necessário avançar para a criação de Centros de Convivência e Cultura. Estes centros são serviços abertos a toda a população e atuam na promoção da saúde e nos processos de reabilitação psicossocial, a partir do resgate e da criação de espaços de convívio solidário.

Avançamos também em consonância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, no processo de desinstitucionalização, ou seja, a transferência de pacientes de longa permanência em Hospitais Psiquiátricos para o retorno ao convívio familiar ou para a inclusão em serviços Residenciais Terapêuticos. Dos 736 leitos existentes, hoje temos 376, ou seja, uma redução de 360 leitos (49%) em hospitais psiquiátricos.

O Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, instituição estadual fundada em 23 de junho de 1928, que foi o maior manicômio da Paraíba, localizado no Bairro da Torre, no município de João Pessoa, em sua estrutura física, agregava dois hospitais psiquiátricos: O Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira com 153 leitos e o Sanatório Clifford com 90 leitos, totalizando 243 leitos. Nesta gestão foram fechados 81 leitos do Juliano Moreira e todos os 90 leitos do Sanatório Clifford. Desospitalizamos em 2015, um percentual de pacientes internos no Juliano Moreira superior aos quatro anos anteriores.

Gradativamente, vamos reafirmando o compromisso desta gestão, avançando em serviços extra-hospitalares e garantindo o cuidado humanizado e em liberdade, como preconiza a Lei 10.216 de 2001. Esse processo de redução gradual do número de leitos que vem acontecendo no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira tem se dado a partir da melhoria da assistência ofertada aos usuários nos seus municípios de origem. Mas vale também ressaltar que, além de redução do número de leitos, o cuidado ao usuário que ainda necessita deste hospital tem sido otimizado, possibilitando-nos uma redução no tempo de internação.

A Saúde Mental não pode ser pensada apenas em situação de crise, enquanto sintoma a ser minimizado. O cuidado em saúde mental pressupõe uma ação contínua e conjunta da saúde, educação, justiça, segurança pública, assistência social, dentre outros, reconhecendo o sujeito na sua complexidade, integralidade e singularidade. Respeitando-o enquanto protagonista da sua história.

A Secretaria de Estado da Saúde apoia a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Política Nacional de Saúde Mental, ampliando e consolidando a Rede de Atenção Psicossocial, através da implantação dos serviços pactuados para as 16 regiões de saúde, e diversas outras ações de fortalecimento de práticas humanizadas e antimanicomiais.

Em 2016, tivemos muitas dificuldades em garantir a execução dos Planos Regionais da RAPS, conseqüentemente à implementação de uma Rede tão necessária e promissora. A crise econômica e financeira do nosso país refletiu diretamente no SUS e inevitavelmente na garantia de financiamento para implantação de novos serviços de saúde mental, além de impactar a habilitação de vários serviços que estão funcionando, mas que ainda aguardam recursos federais para custeio. Essa realidade fez gestores adiarem implantações de serviços e o mais grave, em alguns

municípios, estamos vivenciando o fechamento desses dispositivos ou a sua utilização enquanto ambulatório de Psiquiatria e Psicologia.

Em 15 anos de Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216 de Abril de 2001) e a partir do Decreto 7.508 de junho de 2011, acompanhamos a Rede de Atenção Psicossocial surgir enquanto rede prioritária de saúde e com investimentos expressivos na área, incluindo recursos para construção de serviços e agora nos deparamos com um cenário preocupante e que requer mais uma vez a intervenção da militância, através do controle social e da sociedade civil organizada, para que outros retrocessos não aconteçam.

É tempo de luta conjunta e que a academia possa também discutir e respaldar a defesa de políticas públicas não segregativas e não excludentes, assim como a permanência de serviços que garantam o cuidado em liberdade. Muitos desses serviços atualmente estão ameaçados por uma lógica de cuidado manicomial, a exemplo da internação compulsória de usuários de crack, álcool e outras drogas em serviços baseados na reclusão, como as Comunidades Terapêuticas, recentemente incorporadas ao SUS, através da Portaria SAS/MS nº 1482 de 25/10/2016, que inclui as chamadas Comunidades Terapêuticas (CTs) na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Saúde – CNES, como tipo 83 – Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde, embora não sejam mencionados neste documento critérios mínimos necessários ao funcionamento destes serviços, tais como: recursos humanos, procedimentos a serem executados, valores de custeio, origem dos recursos, formas de monitoramento, relação da nova portaria com as normas já existentes e revogação de dispositivos contraditórios, bem como obediência às regras da Vigilância Sanitária (tais como a RDC/ANVISA n.o 29/2011 e demais regras associadas). Medidas como esta anunciam um retrocesso nas políticas públicas sobre drogas e retomam a antiga e malsucedida Guerra às Drogas, enquanto o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e a Organização das Nações Unidas (OMS) apontam para medidas de maior coesão e menos coerção.

Considerações finais

A consolidação de uma Rede de Atenção Psicossocial tem sido um desafio para todos que dela fazem parte: gestores, trabalhadores e usuários, além de estudantes e professores. Precisamos fortalecer e defender o que já conquistamos e reconhecer que há muito ainda por ser feito. A atual conjuntura, com contingenciamento de recursos, atrasos na habilitação de serviços já em funcionamento e falta de liberação de recursos para os novos, tem comprometido, em muito, a execução do que foi planejado para a nossa rede. O apoio institucional tem sido fundamental, nesta interlocução entre Coordenação Estadual de Saúde Mental e atores fundamentais do território, contribuindo com informações aos gestores, articulando a rede local e fortalecendo ações e serviços. Esta é uma luta de todos nós e se inicia com a quebra de preconceitos, o respeito às diferenças, a garantia de direitos e consequentemente políticas públicas eficazes. É possível, sim, viver em uma sociedade sem manicômios! Nenhum passo atrás!

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011.

_____. **Lei nº 10.216, de 3 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.

_____. Presidência da República. **Decreto Presidencial 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 articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS nº1482, de 25 de outubro de 2016**. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde.

PETUCO, Dênis. “**A produção social do usuário de crack: desconstruindo o monstro**”, in *Drogas e Cidadania*., Conselho Federal de Psicologia. CFP, 1ª Edição, Brasília-DF, 2012.

SANTOS, BOAVENTURA DE SOUSA. **Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.



CAPÍTULO 5

REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA PARAÍBA: UM PANORAMA

Hélio Soares da Silva

O presente texto busca apresentar e discutir a construção da rede de cuidados à pessoa com deficiência do Estado da Paraíba, apresentando dados estatísticos, o cenário de serviços de saúde para esta população e o direito à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), buscando analisar os avanços e dificuldades na organização dessa rede de cuidados, considerada uma das prioritárias pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB).

Dados epidemiológicos da pessoa com deficiência¹

a) Brasil

De acordo com o Censo/IBGE 2010, o Brasil possui 45 milhões de pessoas que declararam possuir algum tipo de deficiência, o que corresponde a 23,9% de brasileiros residentes no país. Isso indica que pelo menos uma das deficiências investigadas foi referenciada, sendo elas: visual (18,6%), auditiva (5,10%), motora (7%) e intelectual (1,4%).

Esse número alto de pessoas com alguma deficiência indica a necessidade de atuação da Proteção Social do Estado. De acordo com Brasil (2012), todos os brasileiros com deficiência têm os direitos humanos assegurados, mas é necessário focar as políticas públicas para o seguimento das pessoas que apresentam alguma deficiência severa. Assim, a partir dos dados do Censo/IBGE 2010, são consideradas pessoas com deficiência severa as que responderam os itens: “tem grande dificuldade” e “não consegue de modo algum”. O Quadro 1 detalha o percentual de deficiência severa:

Quadro 1- Percentagem de deficiência severa da população Brasileira.

3,46% com deficiência visual severa	1,12% com deficiência auditiva severa	2,33% com deficiência motora severa	1,4% com deficiência intelectual.
-------------------------------------------	---------------------------------------------	-------------------------------------------	-----------------------------------------

Fonte: Modificado de Cartilha do Censo 2010 – Pessoa com deficiência, 2012.

¹Esta parte do texto é adaptada da Proposta de Plano Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência que foi elaborada pela equipe técnica da coordenação responsável por esta área na SES/PB.

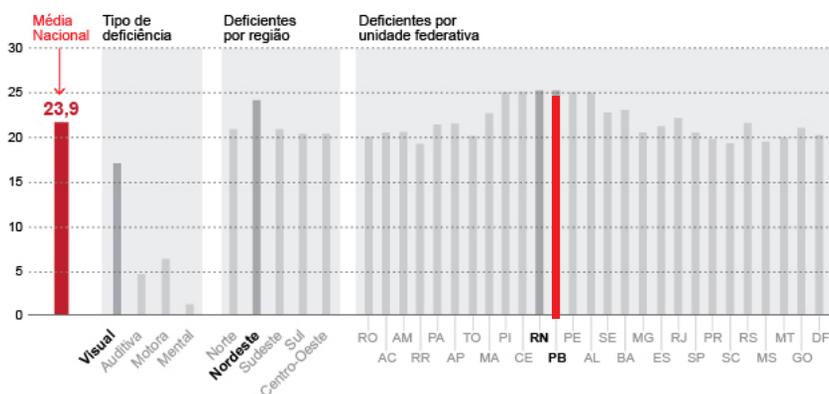
b) Região Nordeste

Os Estados do Nordeste concentram os maiores índices de pessoas com deficiência, estando no topo do *ranking* de todas as deficiências investigadas, segundo os dados do Censo 2010 do IBGE, apresentando 21,2% da população nordestina com deficiência visual; 5,8% com deficiência auditiva; 7,8% com deficiência motora e 1,6% com deficiência intelectual. Ainda, de acordo com o grau de severidade, 4,1% das pessoas disseram ter deficiência visual severa, outros 2,6% disseram ter deficiência motora severa e 1,2% das pessoas disseram ter deficiência auditiva severa. Assim, como demonstrado na Figura 1, as proporções no Nordeste estão acima da média brasileira (23,9%).

Figura 01: População residente no Brasil por tipo de deficiência.

População com deficiência no Brasil

EM PORCENTAGEM



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE)

Dessa forma, é visto que a Região Nordeste, ainda segundo o Censo 2010 do IBGE, apresenta cerca de 26,6% de sua população com pelo menos uma das deficiências investigadas. Os menores percentuais foram registrados no Sul e no Centro-Oeste (22,5% em cada). Alguns fatores estão relacionados a essa incidência dos casos de deficiência, principalmente no Nordeste, como: histórico de desnutrição, baixo poder aquisitivo, escassez de políticas públicas destinadas a tal parcela da população, violência no trânsito, má formação na gestação, dentre outras causas.

Soma-se a esses fatores a histórica dificuldade de acesso a políticas públicas e serviços que favoreçam a inclusão das pessoas com deficiência na sociedade, interferindo na melhoria da qualidade de vida delas,

visto que continuam a conviver com barreiras – sejam elas arquitetônicas, de comunicação, pedagógicas ou de atitudes – e com o preconceito e a discriminação no cotidiano, dificultando o acesso a direitos humanos essenciais, como saúde, educação, mercado de trabalho e lazer, dentre outros.

c) Paraíba

O Estado da Paraíba, segundo o Censo/IBGE 2010, tinha uma população de 3.766.528 habitantes, distribuída em uma área de 56.469 km², totalizando uma densidade demográfica de 66,70 habitantes/km². Com 27,76% da sua população se declarando possuir alguma incapacidade permanente, a Paraíba fica atrás apenas do estado do Rio Grande do Norte, com 27,86%. Essa proporção por tipo de deficiência permanente é demonstrada na Tabela 1.

Tabela 1: População residente, por tipo de deficiência – Paraíba – Ano 2010.

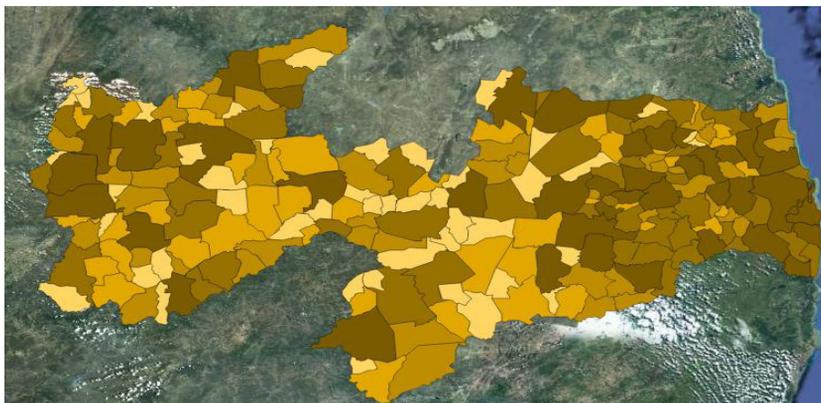
Tipo de deficiência permanente	%
Pelo menos uma das deficiências investigadas	27,76
Deficiência visual - não consegue de modo algum	0,23
Deficiência visual - grande dificuldade	3,78
Deficiência visual - alguma dificuldade	17,84
Deficiência auditiva - não consegue de modo algum	0,17
Deficiência auditiva - grande dificuldade	1,11
Deficiência auditiva - alguma dificuldade	4,82
Deficiência motora - não consegue de modo algum	0,45
Deficiência motora - grande dificuldade	2,40
Deficiência motora - alguma dificuldade	5,67
Mental/intelectual	1,65
Nenhuma dessas deficiências	72,23
Sem declaração	0,01

Fonte: IBGE 2010 - Censo Demográfico.

Se considerarmos a divisão do Estado em Macrorregiões de Saúde, temos que a população com deficiência se distribui espacialmente de acordo com a Figura 2, sendo que a I Macrorregião possui uma população de 1.798.046 habitantes e tem cerca de 478.750 pessoas com

deficiência; a II Macro tem uma população de 1.058.731 habitantes, dos quais 255.539 são pessoas com deficiência; a III Macro, com uma população de 339.658 habitantes, possui 118.469 pessoas com deficiência; e, por fim, a IV Macro, onde reside uma população de 446.985 habitantes, apresenta 136.464 pessoas com deficiência.

Figura 02 – Número de pessoas com deficiência por Macrorregião de saúde no Estado da Paraíba*.



Fonte: IBGE, 2010

*No mapa ilustrativo, a área com maior número de pessoas com deficiência está na cor marrom escuro

Desenho regional da rede de cuidados à pessoa com deficiência do Estado da Paraíba

A Reorientação da Assistência à Saúde da Pessoa com Deficiência vem a partir do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver Sem Limite, criado por meio do Decreto nº 7.612 de 17 de novembro de 2011. A situação da Rede SUS na Paraíba sobre a atenção às pessoas com deficiência em seu território vem sendo pautada e orientada a partir das diretrizes contidas nesse plano. Para organizar essas ações no âmbito do SUS no Estado da Paraíba, foi instituído pela Portaria Estadual nº 420/GS, de 9 de julho de 2012, um Grupo Conductor Estadual para apoiar, conduzir e monitorar a construção de uma Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência a fim de assegurar acompanhamento e cuidados qualificados para pessoas com deficiência por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde em suas 16 Regiões de Saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2014, pag. 71), “as Redes de Atenção à Saúde, na condição de produtos das ações de políticas públicas e do cumprimento das diretrizes do SUS, configuram um arranjo que busca garantir a universalidade do atendimento em saúde”. A instituição da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado da Paraíba, busca garantir o direito à saúde dessa população, de forma regionalizada e integralizada, a partir da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção para o atendimento, em seu território, de pessoas que possuam deficiência, seja ela temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente e contínua.

No tocante aos componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, vem sendo pautada e articulada a descentralização das políticas públicas governamentais de atenção à saúde, visto que as ações, historicamente, estavam centradas na Atenção Especializada, muitas vezes a cargo de serviços não governamentais e/ou filantrópicos, mais especificamente na habilitação única de serviços de reabilitação auditiva, física, intelectual ou visual, e na concessão de órteses, próteses e materiais especiais (OPMs), como Cadeiras de Roda, Muletas, Próteses ortopédicas e auditivas, dentre outras.

Mediante a articulação com os demais serviços de atenção à saúde, no caso, a Atenção Básica e a Atenção Hospitalar, a citada rede de cuidados deverá garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, considerando as diferenças e necessidades individuais para a garantia da equidade na atenção a esses usuários. Além dessa articulação, a qualificação permanente dos profissionais de saúde é premissa necessária e deve ser garantida nos Planos Regionais de Saúde, a fim de oferecer o manejo clínico adequado para as especificidades de saúde das pessoas com deficiência.

A implementação da rede nos territórios depende dos processos de pactuação interfederativa com estados e municípios para que se possa avançar, qualificar e ampliar o acesso à saúde para pessoas com deficiência. Portanto, principalmente neste momento inicial, favorecer a compreensão dos atores envolvidos (usuários, gestores e profissionais da saúde) sobre os princípios e diretrizes dessa nova política, pede a abertura ao debate, clareza conceitual e metodológica, bem como caráter público às ações a serem implementadas. (BRASIL, 2014, p. 38-39).

Assim, a organização das ações e serviços de saúde para o cuidado das pessoas com deficiência deve ser conduzida pelos gestores de saúde, considerando a regionalização e as especificidades locais, através da construção dos Planos Regionais de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Esse instrumento sintetiza as necessidades de saúde das pessoas com deficiência por meio da elaboração da matriz diagnóstica sobre os pontos de atenção e do plano de ação a ser executado para estabelecer a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência mediante a realidade locorregional de saúde contida nos Planos Regionais da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência elaborados e aprovados nas instâncias colegiadas das Comissões Intergestores Regionais (CIR) do Estado da Paraíba.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde pela Portaria 793 de 24 de abril de 2012, prevendo a organização em três componentes, que são: Atenção Básica; Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

a) Atenção Básica

A Atenção Básica (AB), a partir do processo de regionalização do SUS, e da estruturação das Redes de Atenção à Saúde, é estabelecida como a principal porta de entrada do SUS, e ordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde.

A Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem como pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e conta com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando houver, a Atenção Odontológica e a atenção domiciliar, priorizando as seguintes ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência, de acordo com a Portaria 793 de 24 de abril de 2012:

I - promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância;

II - acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades;

III - educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas;

IV - criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência;

V - publicação do Caderno de Atenção Básica para o apoio aos profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência;

VI - incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência;

VII - implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência;

VIII - acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar;

IV - apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência;

X - apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência.

Na Paraíba, a cobertura da Estratégia de Saúde da Família é equivalente a 94,36%, de acordo com informações do Departamento de Atenção Básica – DAB/MS (BRASIL, 2016), sendo considerada uma cobertura excelente, mas não sendo homogênea dentro do Estado. A grande maioria dos municípios só possui este nível de atenção implantado, principalmente os com menos de 15 mil habitantes. Já em municípios com extensão territorial e população maior, é comum a cobertura não ser tão alta, havendo vazios assistenciais de serviços da Atenção Básica, principalmente nas áreas mais afastadas do centro e regiões de difícil acesso. Atualmente um dos principais desafios é ampliar o nível de resolutividade, tendo como um dos seus principais princípios a garantia da integralidade dos usuários. Este é um dos grandes desafios para todas as redes, não sendo diferente para a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, onde poucos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são incorporados ao cotidiano de trabalho da equipe, tendo como consequência o grande número de usuários referenciados para a Atenção Especializada. Assim, fortalecer este componente é de extrema importância para a garantia do cuidado e da assistência aos usuários com algum tipo de deficiência, assim como o diálogo de referência e contrarreferência com os demais componentes dessa rede.

b) Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências

A reorganização da rede de cuidados à pessoa com deficiência inclui a reestruturação, ampliação e criação de serviços. Dentro dos eixos estruturantes dessa rede, temos a rede especializada em reabilitação. Nesse componente, identificamos no Estado da Paraíba serviços no âmbito governamental e de outras instituições que atendem às demandas da pessoa com deficiência. Esse componente da rede conta com os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; os Centros Especializados em Reabilitação (CER); os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e as Oficinas Ortopédicas, que se constituem em serviços de dispensação, de confecção, de adaptação e de manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPMs), e serão implantados conforme previsto no Plano de Ação Regional.

c) Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência

São componentes da atenção hospitalar e de urgência e emergência na Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência: os Leitos de Cuidados Prolongados e os Centros Cirúrgicos Qualificados para a Atenção Odontológica à Pessoa com Deficiência. Esse nível de atenção, na rede, deverá:

I - responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência;

II - instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência;

III - ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para a pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar;

IV - ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação;

V - ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim.

Vale registrar que os serviços de atenção à saúde da população com deficiência no Estado da Paraíba são distribuídos, historicamente, na sua maioria, de modo irregular e fragmentado, na 1ª Região de Saúde –

cujo território concentra o maior percentual da população paraibana e onde se localiza a área do litoral paraibano e a capital do estado –, quase sempre à margem dos demais serviços assistenciais públicos e desarticulados entre si, caracterizando isolamento desfavorável para a garantia da equidade, universalidade e integralidade de acesso e assistência, levando a uma baixa eficiência na produção de resultados.

Nesse cenário, torna-se imperativa a construção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Estado da Paraíba, planejada e articulada pelo Grupo Condutor Estadual da citada rede, coordenado pela Secretaria de Estado da Saúde, de forma articulada com as doze Gerências Regionais de Saúde (GRS), que abrangem os 223 municípios paraibanos, a partir das deliberações encetadas nas CIR, na perspectiva de desconcentrar a oferta de serviços em saúde em favor das outras regiões, com agregação de novos serviços, financiamento adequado, integração ao conjunto mais abrangente da assistência em saúde e aos demais setores responsáveis por políticas públicas que tenham como objetivo atender a pessoa com deficiência.

Considerações finais

As Redes de Atenção não são modelos organizacionais únicos, e, portanto, não têm como serem desenhadas de forma única. Há, contudo, um conjunto de atribuições que se mostram essenciais para o seu funcionamento, como: ser baseadas em uma população e território definidos e ter uma Atenção Básica estruturada, resolutive e que funcione como porta de entrada preferencial, coordenando o cuidado. É necessário, também, ter uma estrutura de serviços de saúde descentralizada e regionalizada que preste promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento em tempo oportuno à população.

Dessa forma, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado da Paraíba busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com qualquer tipo de deficiência, pela inserção de novos serviços, como os CER e as Oficinas Ortopédicas, e qualificação da assistência prestada à população, desde a Atenção Básica ao âmbito Hospitalar. Para isso, o Grupo Condutor Estadual vem mediando, junto aos gestores municipais, a organização dessa rede, a partir do processo de descentralização e regionalização dos serviços de reabilitação, buscando ampliá-la e estruturá-la em todas as regiões de saúde do Estado. Uma

atividade que depende muito da interação e cooperação entre os atores envolvidos e que precisa ser entendida como um processo mutável, não estanque e que necessita de profissionais e gestores atentos às necessidades da população, neste caso, as pessoas com deficiências.

A adoção do apoio institucional pelo Estado da Paraíba como estratégia para o fortalecimento da regionalização e da reorientação da atenção à saúde, na perspectiva da gestão participativa e da corresponsabilização no SUS, foi fundamental na mediação entre os gestores, com vistas à organização das ações e serviços de saúde para o cuidado das pessoas com deficiências, apoiando, estimulando e qualificando os processos de negociação para a implementação das redes de saúde.

Para Falleiro (2014, p. 20): “A gestão como base do Apoio Institucional pressupõe um modo de agir mais dialogado por parte da organização que intenta projetos de mudança”. Dessa forma, a organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado da Paraíba tornou-se mais qualificada, a partir da participação do apoio institucional nos espaços deliberativos e mesas de negociação regionais, favorecendo a integralidade e qualificando os processos de organização da rede para o cuidado em saúde. Houve um maior número de planos de ação regionais construídos, com informações mais qualificadas, principalmente em relação ao diagnóstico situacional das regiões de saúde, número de serviços de saúde já instalados, quantidade de pessoas com deficiências e com a participação e discussão nas Comissões Intergestores Regionais (CIR).

Fica evidente que houve avanços na perspectiva de atenção à saúde da pessoa com deficiência, na organização dos serviços e expansão dos pontos de atenção. Segundo Brasil (2014, p. 76):

Ainda que com efeito limitado pela fragmentação das ações pelo tipo de deficiência, reconhece-se que estas portarias que regulamentaram as redes para pessoas com deficiências cumpriram papel no contexto em que foram criadas. Para além de uma proposta prática de reabilitação e proposição de um conjunto de ações específicas para esta população, ampliaram a visibilidade a questão da deficiência, até então as margens das políticas mais gerais do SUS, e desencadearam a aparente expansão do número de serviços de reabilitação, em virtude da previsão de financiamento específico.

No momento inicial, com a publicação do Decreto do Plano Viver sem Limites, a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Defi-

ciência tinha um vértice de crescimento e muitos municípios do Estado se empenharam e conseguiram aprovar a construção e habilitação de serviços regionais. Mas o que era uma grande oportunidade, mostra-se hoje um grande desafio frente as mudanças recentes no Governo Federal e o cenário de crise política e econômica, onde a abertura de novos serviços não está mais em pauta. A própria organização da rede de cuidados pode ser afetada negativamente, com a limitação de recursos e investimentos na área da saúde, remetendo a um cenário e conjunto de práticas próprias de uma gestão de políticas públicas, em que o Estado se desresponsabiliza por assegurar a Proteção Social de forma universal.

REFERÊNCIAS

BRASIL, 2010. Os Resultados Preliminares da Amostra divulgação dos Resultados do Censo Demográfico 2010.

www.ibge.gov.br/censo2010/resultadospreliminaresdaamostra. Acesso em: agosto de 2016.

_____. 2011. Decreto 7.508/2011 (Decreto do Executivo) 28/06/2011- 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.

_____. 2011. Decreto Nº 7.612/2011 (Decreto Do Executivo) 17/11/2011 - Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa Com Deficiência - Plano Viver Sem Limite.

_____. 2012. Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência/ Luiza Maria Borges Oliveira/ Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)/ Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD)/ Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência; Brasília: SDH-PR/ SNPD,2012.

_____. 2012. Portaria Nº 793/GM, de 24 de abril de 2012 - Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

_____. 2014. Diálogo (bio)político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília, 2014, 150 p.

FALLEIRO, L. M. (Org.). 2014 – Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria à prática organizadora. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 263 p. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

_____. 2016. Relatório de Cobertura de Estratégia de Saúde da Família por Estado. Portal do Departamento de Atenção Básica/DAPES/MS. http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: setembro de 2016.



III

**QUALIFICAÇÃO DOS GESTORES DO SUS E
APOIO INSTITUCIONAL**



CAPÍTULO 6

APOIO INSTITUCIONAL:

CONCEPÇÃO E ARRANJO ORGANIZATIVO NA PARAÍBA

Volmir José Brutscher

Islândia Maria Carvalho de Sousa

Adriano Lucas Abucater Santana

Fernando Rocha de Lucena Lopes

Introdução

Este capítulo visa descrever a concepção e a experiência em vincular o Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba e a estratégia do Apoio Institucional da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB) às regiões de saúde do estado. Ao serem inseridos no processo de trabalho da gestão regional da saúde, os tutores-apoiadores, nos espaços institucionais, tais como Comissões Intergestores Regionais (CIR), Gerências Regionais de Saúde (GRS), Grupos Condutores Regionais das Redes de Atenção à Saúde e Comissões Regionais de Integração Ensino e Serviço (CIES), e o apoio institucional e o curso, articulados, contribuiram para mudanças no processo de trabalho e reflexão acerca do modus operandi das estratégias de educação permanente em saúde. A experiência foi realizada pela parceria entre a SES/PB, por meio do Centro Formador de Recursos Humanos (CEFOP/SES/PB), e a Educação a Distância (EaD) da Fiocruz-PE.

Aspectos históricos do apoio institucional na Paraíba

Movimento e mudança são duas palavras que sintetizam e refletem a realidade do Sistema Único de Saúde brasileiro em provocar e sofrer transformações que visam a sua consolidação, por meio da efetivação de seus princípios e diretrizes, promulgados com a Constituição Brasileira de 1988.

Universalidade e equidade no acesso, integralidade no cuidado assistencial, participação da comunidade, regionalização e hierarquização dos serviços e da estrutura de governança são diretrizes e princípios que apontam para uma política de Estado. A responsabilidade para sua efetivação é de cada um dos três entes federativos de modo solidário.

À União compete formular as políticas, coordenar e executar ações estratégicas de deliberações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no que concerne ao financiamento, à assistência, à promoção, à prevenção, entre outras. Aos Municípios cabem, principalmente, a responsabilidade pela gestão da atenção básica e assistência secundária dependendo de sua estrutura técnica e assistencial. Em relação às atribuições do Estado, que acumula responsabilidades advindas da União e complementa as dos Municípios, destacam-se três competências: promover a descentralização dos serviços e das ações de saúde; acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS; prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde, apoiando as regiões de saúde e os municípios de forma solidária, conforme pactuação tripartite (CONASS, 2003).

No que se refere ao estado da Paraíba, a partir de seus movimentos políticos e acompanhando as constantes mudanças da política nacional, vêm sendo construídos diversos modelos de organização do seu território, ao longo das últimas décadas. Essa construção teve como base as Normas Operacionais Básicas (NOBs 01/91/93/96), Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001/2002) e o Pacto pela Saúde (2006). O Plano Diretor de Regionalização (PDR), reformulado em 2010, manteve o desenho de 25 regiões assistenciais de saúde no estado, quatro macrorregiões de saúde e as 12 regionais administrativas, na Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB), já definidas na Resolução CIB 487/2008. Resolução essa que, na época, teve como destaque a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR).

Com o advento do Decreto 7508/2011, são instituídos novos processos na regionalização da saúde, sendo: a) definição e delimitação do conceito de Região de Saúde; b) criação das Comissões Intergestores Regionais (CIR) como locus oficial de negociação regional e articulação aos moldes e regras das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT); c) criação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) que surge como um instrumento fortalecido jurídica-

mente no sentido de consolidar as responsabilidades tripartites do SUS em cada região de saúde brasileira. O Decreto estimulou que a região de saúde assumisse o protagonismo de articulação e organização.

As CIBs, em todo o Brasil, passaram a redesenhar suas regiões com base no seu potencial e capacidade de produção de assistência em saúde que, aliados aos perfis políticos, culturais e territoriais dos municípios, justificassem uma organização com base na diretriz de regionalização do SUS e favorecessem a articulação interfederativa como forma de garantir o acesso dos usuários, a qualidade dos serviços e a transparência da gestão local. Na Paraíba, o processo de redefinição das regiões iniciou-se logo após a publicação do Decreto 7508/11 e, depois de diversos movimentos e oficinas, foi aprovada, pela Resolução CIB, nº 203 de 03 de novembro de 2011, a alteração do PDR, que passou de 25 regiões de saúde para 16, sendo mantidas as quatro macrorregiões e as 12 gerências administrativas.

Diante dos permanentes e constantes movimentos de implementação e fortalecimento do SUS, bem como mediante os desafios colocados pelas novas regulamentações e pactuações, cabe aos gestores criarem e renovarem estratégias que dinamizem e fortaleçam suas responsabilidades.

O apoio institucional vem sendo percebido como um dispositivo estratégico na capilarização da gestão e engrandecimento da pauta institucional ao possibilitar a aproximação dos entes federados entre si. A gestão federal chega mais próximo dos estados, e estes das regiões e dos municípios, a partir da participação, do diálogo e da articulação nos espaços e fóruns privilegiados de negociação de gestores. Na Paraíba, a primeira atitude da gestão estadual da saúde nesta perspectiva se deu, em 2011, ao reorientar os profissionais que atuavam como supervisores¹ regionais a atuar como apoiadores² regionais nas 12 gerências

1 Instituído na década de 90, o supervisor regional tinha o papel de fazer a articulação da SES/PB, via gerências regionais, com os municípios. Vinculados a um órgão federal, os supervisores eram designados junto à SES/PB e possuíam funções distintas a partir das demandas de vigilância ou de atenção básica, em que pouco se refletia e se apoiava o processo de trabalho, mas muito se aplicava de operacionalização, monitoramento e fiscalizações das pautas específicas para o tempo e momento do recém-criado Sistema Único de Saúde (SUS).

2 Apesar de o curso de especialização implantado no estado levar no seu nome "apoio matricial", na prática, o apoio ofertado pelas gerências regionais aos municípios é basicamente um apoio institucional. Por um lado, o apoiador regional apoia um setor da gerência regional (Atenção à Saúde, Regulação, Planejamento, Educação Permanente e Vigilância) e articula as pautas de tal setor na região. Da mesma forma, apoia uma das redes prioritárias de Atenção à Saúde (Rede de atenção às urgências e emergências, de atenção materno-infantil, de atenção psicossocial, de atenção às doenças crônicas não transmissíveis, de cuidados à pessoa com deficiência) na região. Por outro lado, este mesmo apoiador se aproxima de três a cinco municípios e se torna referência para estes em todas as questões e/ou assuntos, assumindo certa função matricial voltada a um melhor desempenho das gestões

administrativas. O processo inicia-se não só com a alteração da terminologia, mas, da organização de papéis e concepção que aponta para o desenvolvimento de iniciativas que valorizam a escuta, a articulação, a comunicação e a intersectorialidade na postura e responsabilidade do trabalhador em saúde. Para contribuir na diminuição de resistência e na orientação do trabalho nesta nova perspectiva, foi desenvolvido, em 2012, um “Curso de Especialização em Política e Gestão do Cuidado com Ênfase no Apoio Matricial”. A especialização conseguiu dar suporte pedagógico, mas faltou uma condução política no sentido de dar unidade e direcionamento a partir das demandas e prioridades da SES/PB. Frente às dificuldades encontradas, decidiu-se, em 2013, viabilizar a implementação do apoio institucional da SES/PB às regiões de saúde, dando suporte, desde 2014, aos apoiadores regionais, mas também aos gerentes regionais e aos secretários municipais de saúde.

A partir de várias reflexões críticas acerca da concepção e do perfil do apoio institucional no estado, por meio de um Grupo de Trabalho da SES criado para esta finalidade, definiu-se que o foco do apoio seria nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) escolhidas como prioritárias na gestão estadual. Isto é, cada apoiador institucional apoiaria todas as redes na região de saúde em que atuaria. Para viabilizar a estratégia, optou-se por fazê-lo vinculado a um processo pedagógico que envolvesse tanto quem fosse apoiador quanto quem fosse apoiado e que o próprio trabalho de apoio, de gestão e de educação em saúde, de organização das redes de atenção e da regionalização da saúde no SUS fosse o objeto de estudos. A perspectiva era estudar e problematizar a gestão da saúde e trazer os debates e possíveis soluções visualizadas no curso para o exercício de gestão em saúde.

municipais, conforme a vertente técnico-pedagógica e que perpassa todos os setores e/ou redes. Para tanto, deve participar dos espaços institucionais internos de reunião e organização da Gerência Regional de Saúde e dos espaços institucionais externos da gestão regional da saúde. Daí a opção de denominar “apoio regional”, o que é exercido pelas gerências em relação aos municípios, mantendo a distinção e evitando confundir com o “apoio institucional”, o que é exercido pela Secretaria de Estado da Saúde em sentido às gerências e regiões de saúde da Paraíba.

Apoio Institucional na SES/PB

a) Aspectos conceituais do apoio institucional

O apoio institucional tem sido associado a ações de financiamento ou ajuda técnica de órgãos oficiais a iniciativas ou projetos específicos. Dessa maneira, ele envolve uma contratação entre os representantes das partes envolvidas com a definição prévia de temáticas, metas, ações e investimentos (MAIA, 2014). Na atualidade, o apoio institucional é uma tecnologia bem difundida e incorporada por várias instâncias de gestão do SUS, principalmente pelo Ministério da Saúde, que utilizou essa ferramenta pela primeira vez com a Política Nacional de Humanização do SUS (YAHN; YASUI, 2014).

Na saúde, há várias maneiras de utilização do Apoio Institucional. Maia (2014) aponta duas formas com que a saúde coletiva tem trabalhado o apoio, denominadas de **extensiva e intensiva**. Na primeira, o trabalho do apoio atua em um viés meramente (re)produtor de protocolos, informações, indicadores, arranjos e formas. Nesse modelo, corre-se o risco de desconsiderar os saberes e movimentos oriundos das experiências vividas. A outra forma, a intensiva, propõe uma direção ético-política que se atualiza em arranjos e dispositivos concretos de gestão e cuidado em saúde, afirmados na indissociabilidade entre gestão e atenção e na construção de grupalidades fomentadoras de redes de coletivos que fazem surgir espaços de diálogo e construção de redes e afetos. Examinando essas definições no apoio institucional praticado na Paraíba³ pode-se identificar características do apoio extensivo, ao se utilizar os espaços instituídos como campos de atuação dos apoiadores. Nesses espaços, trabalha-se a necessidade de organização dos mesmos, a exemplo da criação de regimentos nas CIRs, a implantação dos Grupos Condutores de Redes e a análise e discussão de indicadores de saúde do SISPACTO, que são “protocolos” de trabalho instituídos por portarias e orientações oriundas de entes superiores em uma escala hierárquica. Por outro lado, identificam-se, sobretudo, características do apoio intensivo, desde a definição do perfil dos apoiadores e de suas funções,

3 Os conceitos de apoio institucional aqui apresentados serão entendidos e assimilados à medida que se compreenda o formato misto, desenvolvido na Paraíba, de apoio institucional e de educação permanente em saúde, articulado e vinculado ao processo de trabalho das Regiões de Saúde, especialmente nos espaços institucionais de gestão regional, como CIR, CIES, Grupos Condutores, em que o tutor-apoiador exerce dupla função, a de mediador pedagógico de um curso de qualificação oferecido aos gestores do SUS da região e de apoiador institucional ao processo de trabalho desses mesmos gestores regionais.

também a partir dos conteúdos do curso com problematização da realidade, aplicação do Arco de Maguerez⁴, e a busca de aplicar intervenções na realidade de maneira dialogada e participativa.

Para Pasche e Passos (2010), o apoio institucional tem como função apoiar processos de mudança constituídos como “obras coletivas” que caracterizam seu modo de fazer, como: 1) modo intensivista: todo apoio é uma ação intensivista, que busca acessar a singularidade da experiência concreta e se conectar com as forças do coletivo; 2) modo de contágio: ao se conectar às forças do coletivo e acessar as experiências concretas, o apoiador não chega com programas ou propostas de mudanças (o que caracteriza as ações extensivas). Ele busca apoiar movimentos existentes ou em potencial, apostando na ação intensiva como ação de contágio; 3) modo de referência: o apoiador faz com, junto com o coletivo que apoia, acompanhando e potencializando o processo de mudança.

Um desafio inicial encontrado na implantação dessa experiência foi a compreensão da função estratégica do tutor-apoiador ao exercer uma dupla função: tutoria e apoio institucional. O “estranhamento” inicial, por parte da coordenação do apoio e dos próprios apoiadores institucionais e regionais, se deu em função da definição e consolidação das atribuições e da relação de trabalho entre os apoiadores. Os tutores-apoiadores foram vinculados ao Curso de Qualificação de Gestores do SUS, tendo uma dupla coordenação que tinha o objetivo de acompanhar as atividades daqueles em todas as 16 regiões de saúde do estado, em duas perspectivas, a coordenação estadual no papel de acompanhar o apoio institucional e a coordenação pedagógica no papel de acompanhar a tutoria. O local de atuação dos tutores-apoiadores foi a região de saúde e o ponto de apoio na região foi a gerência regional de saúde. As gerências, por sua vez, têm gerentes próprios e também têm constituído apoio regional aos municípios, assim foi necessário um primeiro esforço para definir as funções e pactuar ações que pudessem dar potência tanto às gerências e aos seus apoiadores regionais, quanto às necessidades da região.

4 O Arco de Maguerez consiste, conforme Bordenave e Pereira (2004), Alves e Berbel (2012) e Prado (2012) no desenvolvimento de cinco passos: 1^o) Observação da realidade e escolha de um problema (momento de problematizar a realidade); 2^o) Estabelecimento dos pontos-chave do problema (momento de analisar a fundo o problema escolhido e conferir se realmente se justifica); 3^o) Teorização (momento de buscar tanto na realidade, por meio da pesquisa de campo, quanto na teoria, em artigos e livros, respostas para o problema escolhido); 4^o) Hipóteses de solução (momento da criatividade e originalidade para propor saídas e vencer as situações problemáticas, é o momento da elaboração da intervenção); 5^o) Aplicação à realidade (momento de agir, testando as hipóteses elaboradas).

Foram elencadas funções gestoras e instrumentos que deveriam ser de domínio dos tutores-apoiadores e serem trabalhados de maneira transversal com os gestores no curso. Dentre essas funções podem ser destacadas: conhecer, propor e acompanhar indicadores de saúde prioritários para a Política Nacional e Estadual de Saúde; conhecer os processos e as dinâmicas da gestão e do financiamento da saúde que interferem na organização das ações e serviços de saúde; utilizar dados e informações disponíveis para diagnosticar, planejar, priorizar e avaliar o andamento dos processos operacionais que sejam programados; identificar as ferramentas do planejamento e a programação regional e local que melhor se adequam às características do território e da situação na qual serão aplicadas; desencadear atividades que permitem aos gestores desenvolver o uso eficaz e eficiente dos recursos disponíveis nos serviços e sistemas de saúde, contribuindo positivamente para a melhoria da saúde da população sob sua responsabilidade; possibilitar o desenvolvimento das funções gestoras como: formulação de políticas, regulação dos serviços, planejamento da ação/execução, gestão orçamentária e financeira, monitoramento e avaliação.

As funções gestoras foram trabalhadas a partir da realidade da Paraíba e encaradas como conquistas que deveriam ser adquiridas ao longo do processo do curso e do apoio. Consideramos que a aproximação com essas competências e habilidades pode auxiliar na construção de ações educativas e de gestão capazes de mudar a realidade do sistema de saúde para melhor. Para Maia (2014), o princípio que norteia o trabalho de apoio requer produção de protagonismo e autonomia dos sujeitos e, desse modo, a participação coletiva no processo de gestão e formulação das políticas públicas assume um lugar fundamental. Esse protagonismo e autonomia dos tutores-apoiadores deve expandir-se para um protagonismo de usuários, profissionais e gestores para ir além da participação nos canais instituídos e já formalizados (MAIA, 2014).

Tratando-se de uma experiência de formação na humanização do SUS, com referenciais do apoio institucional, Roza e outros (2014) dizem que aquela exerceu função de grupalidade e aqueceu as redes de cuidado em interface com a rede hospitalar. Roza e outros afirmam:

Tomar a formação nessa direção é considerá-la como instituição que produz modos de subjetivação, objetos-saberes, prática que pode provocar movimentos,

estabilizações e desestabilizações, naturalizações e produção de problemas que interrogam esses modos naturalizados de trabalhar em saúde, logo, faz-se no jogo infinito de produção de outros modos de trabalhar. Formação é aprendizagem permanente, questiona as prescrições e constrói outros modos de trabalhar para dar conta de situações novas e imprevisíveis. É processo que acompanha a vida na variação que lhe é própria. (2014, p.1051).

Neste sentido, fortalece-se uma diretriz político-pedagógica que concebe o processo formativo como estratégia de colocar em análise os modos de trabalho da rede, induzindo e fortalecendo o potencial dos gestores e trabalhadores para agirem com inovação e transformação. Entendemos ser esse um dos grandes desafios: ampliar a noção de responsabilização pelos processos de mudança instituídos e instituintes.

b) Gestão estadual e a descentralização pelo apoio institucional

A articulação das Redes de Atenção à Saúde tem sido um grande desafio para a regionalização no Brasil. A universalidade com resolutividade e a efetivação do princípio da integralidade e da descentralização ganham cada vez mais força na agenda da saúde e nos convidam a repensar a forma organizacional do SUS e a relação interfederativa que esta produz. Dessa maneira, surge uma nova perspectiva para o processo de descentralização, ampliado para além da municipalização da saúde, fortalecendo a regionalização das ofertas dos serviços de saúde como importante mecanismo de garantia da qualidade do acesso (YAHN; YASUI, 2014).

Um grande desafio da gestão estadual na Paraíba é expandir sua capacidade de gestão para todos os territórios do estado e, por sua vez, apoiar a capacidade de gestão das regiões e dos municípios. O desenho regional, repactuado pela resolução CIB nº 203/11, conforme visto no início, foi proposto considerando princípios geográficos, econômicos, de composição da rede assistencial e das condições sociais da população. Cada gerência regional de saúde tem responsabilidade sanitária sobre um grupo de municípios e serviços de saúde em sua região e deve ser uma “base”, político-administrativa, da Secretaria de Estado da Saúde (SES) nessas regiões, para todas as ações de saúde. Dentre as prin-

As principais ações são as de vigilância em saúde (sanitária, epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador), o monitoramento e avaliação dos indicadores do Sistema de Informações dos Indicadores do Pacto pela Saúde (SISPACTO), a implantação e acompanhamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), o apoio e suporte às Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e o apoio e acompanhamento das Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES) macrorregionais.

Diante destas demandas é extremamente necessário a composição de equipes gestoras regionais de saúde que sejam capazes de instituir um processo de trabalho efetivo para o apoio e orientação dos gestores locais. Contudo, para a formação permanente e qualificação do trabalho destas equipes regionais, seria necessário um processo de acompanhamento e gestão central que pudesse monitorar, avaliar e apoiar, considerando as particularidades e fortalecendo aspectos que as gerências têm em comum. É diante desse cenário que surge e se desenvolve o apoio institucional que estamos descrevendo.

Esse apoio insere-se no contexto e territórios das regiões de saúde com as seguintes atribuições: ampliar as capacidades profissionais gestoras, colaborando para o fortalecimento institucional; contribuir para a constituição e fortalecimento de equipes gestoras de caráter regional; promover a articulação das gerências regionais de saúde, gerências executivas e orçamento democrático estadual; contribuir no processo de mudança do Planejamento Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) para a organização e implementação dos Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP); proporcionar o desenvolvimento das capacidades mediadoras necessárias à utilização dos instrumentos de gestão do SUS (planos de saúde, estratégias de pactuação, mecanismos de regulação de fluxos e diferentes sistemas de informação); promover, a partir da prática, a reflexão acerca dos conteúdos essenciais e inerentes à gestão, bem como fortalecer a regionalização no estado da Paraíba; contribuir com o desenvolvimento de políticas de educação permanente, mediante experiências inovadoras no campo da formação de gestores; colaborar na integração das ações de ensino e serviço no âmbito das regionais e serviços de saúde; apoiar a implementação das estratégias de fortalecimento aos grupos condutores das redes de atenção à saúde.

Assim, a intenção e o exercício foram de exercer um apoio institucional que busca dar conta do técnico, do político e do pedagógico aos gestores das regiões de saúde. Técnico à medida que conhece e domina

as políticas e as ferramentas de gestão da saúde e que sabe acessar, analisar e prestar informações. Político no sentido de defender a política pública de saúde, o SUS, e o direito humano à saúde, de conhecer as demandas e prioridades da SES/PB, bem como de escutar e sentir as demandas das regiões de saúde e dos municípios, e de contribuir para uma melhor articulação entre estes, estabelecendo diálogos que funcionam como pontes. Pedagógico na medida em que domina conteúdos e metodologias ativas, em que ajuda a problematizar a realidade e faz pensar e estudar para encontrar soluções aos problemas encontrados na vida e no trabalho de gestão. Estes três aspectos andam próximo, mas, na estratégia desenvolvida na Paraíba, a interação destes foi intensificada pela vinculação do Curso de Qualificação de Gestores ao exercício do apoio institucional.

Estratégia de vincular curso e apoio institucional na SES/PB

a) Desenho organizativo

Essa experiência trouxe como fundamental o esforço no sentido de unir, o estudo e processo de trabalho. Assim a oferta do curso e sua metodologia foram planejadas para estimular a reflexão sobre as experiências do cotidiano. Desse modo, visava tornar o estudo orgânico e efetivo, bem como tornar o trabalho qualificado e resolutivo. Assim, considerando o desenho organizativo da gestão do SUS no estado, decidiu-se por implantar o Curso e o Apoio Institucional em todas as 16 (dezesesseis) regiões de saúde. Aprovou-se na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que as regiões de saúde com até 14 municípios teriam uma turma de estudantes-gestores⁵ e as regiões com mais municípios do que 14 teriam duas turmas. Cada turma teria entre 15 a 20 estudantes-gestores e seria acompanhada por um tutor-apoiador. E deste modo, o curso ofertou mais de 800 vagas entre 2015 e 2016.

O curso foi de aperfeiçoamento, na modalidade semipresencial, 45 horas de EaD e 180 horas presenciais, totalizando 225 horas. O diferencial foi que parte da carga horária foi inserida no próprio processo de trabalho dos gestores, nos espaços institucionais da gestão regional (espaços já mencionados anteriormente). Além desta carga horária no processo de trabalho, os estudantes-gestores se reuniam mensalmente

⁵ O termo “estudante-gestor” foi empregado no sentido de evitar o termo “aluno”, vinculado ao sentido tradicional de aula, visando fomentar a ideia de que o gestor é um estudante copartícipe com os outros gestores.

em encontros pedagógicos da turma, conduzidos pelo tutor-apoiador. Nesses encontros, a turma identificava e definia os problemas de saúde da região que iria estudar e procurar solucionar. As turmas também se organizavam e se reuniam em pequenas equipes de três a cinco estudantes, geralmente colegas do mesmo município ou municípios vizinhos, chamados de “estudantes-equipe” para a realização das atividades. Em algumas regiões, formaram-se grupos de estudo, avançando e superando as exigências e, inclusive, as expectativas do curso.

Para além da avaliação de aprendizagem dos estudantes-gestores, realizada por cada tutor-apoiador, foi criada uma comissão de avaliação que elaborou e aplicou tanto aos tutores-apoiadores quanto aos estudantes-gestores instrumentos específicos de autoavaliação e de avaliação do curso e do processo de apoio nele envolvido.⁶

b) Tutor-apoiador na região de saúde

Um dos principais diferenciais do projeto foi a figura do tutor-apoiador. Este, ao reunir dupla função, a de mediar pedagogicamente o Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba e a de apoiar institucionalmente, de forma técnica e política, por meio da SES/PB, os espaços de gestão regional da saúde no estado, potencializou a capacidade de intervenção do projeto. O tutor-apoiador dedicava 40 horas semanais ao projeto, dedicando-se mais ao apoio ou a curso de acordo com a demanda. Preferencialmente deveria morar na região, em todos os casos precisava se fazer próximo da região e dos gestores, conseguindo confiança, respeito e abertura para o trabalho de apoio. Nesse sentido, colocava-se como condição a possibilidade de conhecer a realidade e o processo de trabalho do SUS na região. Conhecendo a realidade e o processo de trabalho, o tutor-apoiador reunia condições e legitimidade para levar problematizações e desafios do trabalho para o curso e inserir as contribuições do curso no processo de trabalho dos gestores, principalmente para os espaços de gestão regional.

Para preparar os tutores-apoiadores para as exigências deste processo, foi necessário um processo permanente de formação. Processo que se deu por meio de encontros centralizados (em que todos os tutores-apoiadores e coordenação se reuniam em torno de uma temática, que, em geral, contava com o apoio de pessoas convidadas para contribuição e condução dos temas) e encontros descentralizados (em que

⁶ Essa experiência de avaliação está relatada no Capítulo 9 deste livro.

os tutores-apoiadores se reuniam por macrorregião de saúde, considerando que são quatro em todo o estado, e a coordenação fazia escuta e monitorava o processo *in loco*). Os encontros centralizados assumem caráter formativo, enquanto os descentralizados têm caráter processual de monitoramento e de repactuação das ações, das metas e de produção de encaminhamentos.

Para o exercício de monitoramento, foram elaborados e utilizados os seguintes instrumentos: a) agenda semanal de atividades, elaborada por cada tutor-apoiador e informada à coordenação toda segunda-feira; b) Relatório mensal de atividades, elaborado pelo tutor-apoiador e enviado à coordenação no final de cada mês; c) Matriz de acompanhamento, focada nos espaços institucionais e que era rediscutida em cada encontro descentralizado, produzindo novos encaminhamentos.⁷

c) Importância da Educação Permanente em Saúde para gestores

A Educação Permanente em Saúde tem por pressuposto a compreensão do espaço de trabalho como espaço formativo, que é vivo e dinâmico, e que deve ser objeto de reflexão e estudo. Para o trabalho em gestão é necessária atualização permanente de políticas, normas e portarias que são lançadas corriqueiramente; dessa forma, os gestores do SUS devem estar atentos e criar mecanismos para manterem-se atualizados. Essa atualização pode ocorrer tanto pela participação nos espaços colegiados de gestão, quanto pela participação em cursos (educação continuada) ou, ainda, pela criação de espaços de estudo e reflexão da prática, assim como são os núcleos de educação permanente em saúde.

Consideramos que os gestores que participam de processos de educação permanente têm mais condições de encontrar soluções para os seus problemas. A reflexão da prática leva a suspeitar de “certas verdades” e a problematizar a realidade, o que oxigena e fertiliza as ideias dos gestores que, no dia a dia, são atropelados por uma carga grande de demandas e de problemas. Em geral, o estudo permite visualizar e agir sobre a causa dos problemas, evitando ficar apenas “apagando incêndios” e conseguindo soluções mais consistentes.

O gestor precisa estar consciente da sua responsabilidade. A Constituição brasileira, no art. 296, assegura que “saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e eco-

⁷ Estes instrumentos constam como anexo ao final deste livro.

nômicas”. Nesse caso, é preciso perguntar: quem é o Estado? O Estado é constituído de regulamentações, de instituições e de seus agentes. Por isso, o agente que assume uma função de gestor precisa se conscientizar de que ele não está apenas assumindo um cargo político, de autoridade e de *status*, mas uma responsabilidade, não exclusiva, porém, de assegurar o direito à saúde dos cidadãos. Ainda que ele possa não ter todas as condições estruturais para assegurar esse direito, não pode se omitir nem se justificar e deve ser o primeiro a se mobilizar e movimentar o governo e a sociedade no sentido de buscar e/ou criar tais condições. Muitas vezes, o gestor é indicado por ser de confiança política, mas não necessariamente reúne as condições técnicas, políticas e pedagógicas para a função. Nessa situação, conhecer o contexto do SUS, seus desafios e potenciais, assim como as áreas afins, se faz mais necessário ainda, seja para abrir mão de tamanha responsabilidade ou para correr atrás e aprender no processo.

A educação permanente é fundamental para o gestor do SUS compreender a complexidade que há na saúde e a necessidade da atuação intersetorial. É necessário que o gestor conheça a política pública de saúde, suas diretrizes e princípios, a organização e funcionamento do Sistema, para conseguir a melhoria no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, porém é indispensável perceber que saúde é, sobretudo, qualidade de vida. Mais importante do que tratar doenças, necessário toda vez que a saúde se encontra debilitada, é promover a saúde. A saúde como qualidade de vida passa pela educação, pelo trabalho, pela cultura e lazer. Nesse sentido, cuidar da saúde requer necessariamente articulação com pastas de outros setores e a formulação de políticas intersetoriais ou, ao menos, complementares. Essa articulação não tem “receita única”, sua necessidade e efetividade dependem da realidade e dos problemas locais. Aí a necessidade do gestor do SUS de conhecer a situação da saúde da população sob sua responsabilidade e de agir intersetorialmente.

A educação permanente possibilita ter o processo de trabalho como objeto de estudo e torna este mais orgânico, interessante e efetivo. Por isso, a opção de tomar os espaços institucionais de atuação da gestão regional de saúde como principal objeto de estudo e de exercício do apoio institucional. Assim, tanto o tutor-apoiador quanto o estudante-gestor estavam envolvidos no mesmo processo de trabalho e estudando, problematizando e refletindo a partir desse processo. O que permite tratar não de problemas fictícios, mas de problemas reais, tornando a

criatividade mais fértil e as resoluções mais concretas e, portanto, efetivas. Observamos que, na Paraíba, ao final do curso, vários problemas identificados sofreram intervenção porque os envolvidos faziam parte do problema e muitas vezes também da solução.

Dessa maneira, a proposta metodológica aplicada neste curso possibilitou identificar e resolver problemas concretos, exercendo a aplicabilidade da teoria e transformando a realidade de vida e de mundo dos usuários do SUS que, em princípio, devem ser os próprios gestores, trabalhadores, formadores e prestadores e todos os demais cidadãos.⁸

Considerações finais

Uma teoria é potente quando sistematiza ou expressa uma prática. Da mesma forma, recorrer a uma teoria faz sentido se é para ajudar a compreender e ressignificar a própria prática. Essa foi a intenção e o esforço do Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba na medida em que se desenvolveu vinculado ao processo de trabalho dos estudantes-gestores e dos tutores-apoiadores, visando qualificar a atuação nos espaços institucionais da gestão regional de saúde e, consequentemente, a organização da regionalização e o funcionamento do SUS, o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, bem como a efetivação do direito humano à saúde.

⁸ Mais reflexões em relação ao apoio institucional, centralmente sobre como se deu, resultados e dificuldades, se encontram no texto "A coordenação estadual e sua atuação no apoio institucional da SES/PB", disponível no capítulo seguinte deste livro. Da mesma forma, em relação ao curso, encontram-se mais reflexões no texto "O caminhar da coordenação pedagógica no curso de qualificação de gestores do SUS na Paraíba", disponível no capítulo subsequente deste livro.

REFERÊNCIAS

BERBEL, Neusi Aparecida Navas; ALVES, Elaine. **A resolução de problemas no contexto de um currículo integrado de Enfermagem**. Ciência Cuidado e Saúde, Maringá, v. 11, p.191-198, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GMn° 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Disponível em: <file:///C:/Users/Volmir/Downloads/PORTARIA_545-20-05-03-NOB-93.pdf>. Acesso em: 13 de nov. 2016.

Portaria MS/GM nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0218.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Disponível em: <file:///C:/Users/Volmir/Downloads/Portaria_95_06_01_01.pdf>. Acesso em: 13 de nov. 2016.

Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf>>. Acesso em: 13 de nov. 2016.

Portaria MS/GM nº 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria699_30_03_06.pdf>. Acesso em: 13 de nov. 2016.

Decreto presidencial 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 13 nov. 2016.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-25-anos.pdf>>. Acesso em: 13 de nov. 2016.

BRUTSCHER, Volmir José. **Gestão, Direito e Participação no SUS.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, Vol. 16, nº 3, p. 401-410, 2012.

GONDIM, Roberta; GRABOIS, Victor; MENDES, Walter (Org.). **Qualificação de gestores do SUS.** 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP, 2014.

MAIA, M. A. B.; NEVES, C. A. B. **Qual a Potência do Apoio Institucional no Campo da Saúde Pública?** Interface. Comunicação, saúde e educação, 18 Supl 1:821-31. 2014.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB, nº 487/2008. Aprova o Plano Diretor de Regionalização. DOE, de 14 de setembro de 2008.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB, nº 203 de 3 de novembro de 2011. **Aprova a conformação de 16 (dezesseis) Regiões de Saúde no Estado da Paraíba.** Disponível em: <<http://static.paraiba.pb.gov.br/2011/09/Resolucao-203.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. **Inclusão como método de apoio para a produção de mudança na saúde:** aposta da Política Nacional de Humanização. Saúde Debate. 34(86):423-32.2010.

PRADO, M. L. do. *et al.* **Arco de Charles Maguerez:** refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. Esc Anna Nery (impr.) jan-mar; 16 (1):172-177. 2012.

ROZA, M. M. R. da *et al.* **A experiência de um processo de formação articulando humanização e apoio institucional no trabalho em saúde.** Interface. Comunicação, Saúde, Educação. 18 Supl. 1:1041-52, 2014.

SOUSA, Islândia Maria Carvalho de; PINTO, Joselice da Silva; BRUTSCHER, Volmir José. (Org.). **Caderno do Estudante Gestor do Curso de Qualificação de Gestores da Paraíba.** Recife: Editora Fiocruz, 2015.

YAHN, P. I. F. de C.; YASUI, S. **O apoiador caipira:** o desafio/arte de articular redes regionais a partir de territórios/desejos singulares. Interface. Comunicação, Saúde, Educação. 18 Supl 1:871-84. 2014.

CAPÍTULO 7

A ATUAÇÃO DA COORDENAÇÃO ESTADUAL COM O APOIO INSTITUCIONAL ÀS REGIÕES DE SAÚDE PARAIBANAS

Juliana Gonçalves

Rebecca Cabral de Figueiredo Gomes Pereira

Daniela Gomes de Brito Carneiro

Daniel Freire Nordi

Papel da Coordenação Estadual

O projeto tem um desenho de coordenação no qual formamos uma equipe local de cinco coordenadores: um coordenador geral, duas coordenadoras estaduais e dois coordenadores pedagógicos. Também havia uma equipe de coordenação do projeto na Fiocruz. Para organizar estruturalmente nosso trabalho e deixar que o tutor-apoiador tivesse seus coordenadores de referência, a coordenação local dividiu-se em duas duplas, compostas por um coordenador estadual e outro pedagógico, ficando cada dupla responsável por acompanhar duas macrorregiões de saúde do estado.

Nos instantes de planejamento do projeto, discutimos horas a fio sobre a realidade da Paraíba, sobre como conhecer os detalhes dessa realidade, o que seria prioridade para fortalecer o SUS no estado, o quão fundamental seria qualificar os espaços de governança para daí ter uma atuação regional com intervenção mais direta e efetiva. A partir disso, fomos pensando o que era imprescindível para o trabalho do apoio institucional, visto que nós, coordenadoras estaduais, iríamos acompanhar esta função mais de perto, ficando os coordenadores pedagógicos com o acompanhamento da tutoria.

Foram meses de preparo e elaboração. Fazíamos reuniões com nossos colegas da coordenação, tanto da Paraíba quanto da Fiocruz Pernambuco; passávamos horas na Secretaria Estadual de Saúde escutando cada gerência executiva, cada coordenador de rede prioritária de atenção à saúde e os apoiadores do Ministério da Saúde atuantes na Paraíba.

Estudamos a realidade estadual e fomos desenhando mais detalhadamente o que seria o trabalho do apoio institucional.

Pensando em um ator que teria como imagem-objetivo o fortalecimento das regiões de saúde, da regionalização, por meio das redes prioritárias de atenção à saúde e que este teria um caráter institucional, avaliamos que espaços de governança para atuação destes sujeitos seriam os mais aptos para desenvolver tal objetivo. A partir daí, delineamos os espaços institucionais a serem ocupados pela função apoio: CIR – Comissão Intergestores Regional; CIES – Comissão de Integração Ensino-Serviço e a própria Gerência Regional de Saúde. Também foram vislumbrados espaços a serem criados para fortalecimento do trabalho, tais como: Grupos regionais condutores das redes de atenção à saúde e Câmaras Técnicas das CIR. Desse modo, o apoiador institucional operacionalizaria a imagem-objetivo do projeto, fortalecendo, qualificando e apoiando os espaços institucionais regionais de saúde.

Delimitado o papel e objetivo do apoiador nos espaços institucionais, estávamos nós, coordenadoras estaduais, com nosso principal papel declarado: acompanhar o trabalho do apoiador institucional, dando suporte técnico, político e pedagógico. Em suma, diante de todo o projeto, nossa atuação constava em: desenvolver atividades de gerenciamento do curso e apoio no âmbito estadual; acompanhamento e apoio ao trabalho dos coordenadores pedagógicos, bem como no processo de trabalho das equipes de tutores-apoiadores por meio de suporte técnico e garantia de articulação com a Secretaria Estadual de Saúde, Coordenadores Pedagógicos e Gerências Regionais.

As Estratégias de Acompanhamento do Apoio Institucional

O desafio de coordenar um grupo espalhado ao longo do estado trouxe inicialmente a necessidade de criar uma relação de confiança entre nós e os apoiadores que nos facilitasse acompanhar o processo de trabalho ao mesmo tempo em que nos disponibilizamos a apoiá-los a distância. Daí a ideia de realizar encontros presenciais mensais, ora descentralizados, quando chegaríamos às regiões de saúde para conhecer os atores e locais onde nossa equipe desenvolvia seus trabalhos, ora centralizados, com caráter formativo a partir de temas identificados nos acompanhamentos descentralizados. Também elaboramos instrumen-

tos de acompanhamento desse trabalho a distância: a agenda semanal e o relatório mensal.

A agenda semanal nos permitia, além de ter conhecimento sobre a ocupação dos espaços institucionais da região, identificar como cada apoiador distribuía seu tempo diante das suas atividades e opinar sobre atividades e processos que consideramos potentes e que o apoiador institucional poderia trabalhar para fortalecer a região onde atuava. Essa “conversa” sobre as prioridades e atividades semanais na região era realizada por e-mail, ao longo da semana. Cada tutor-apoiador enviava sua agenda para a dupla de coordenadores de referência.

Mesmo a distância, discutir as atividades da semana dia a dia nos mantinha próximos dos tutores-apoiadores na medida em que íamos dialogando, dando sugestões, opiniões, oferecendo textos quando era necessário para alguma atividade da semana e também acolhendo-os nos momentos mais críticos.

Já os relatórios mensais nos faziam refletir sobre as potencialidades, dificuldades e as estratégias de enfrentamento da realidade elencadas por cada apoiador. Nesse sentido, o debate sobre o conteúdo do relatório era realizado no acompanhamento descentralizado, principalmente.

Os encontros descentralizados nos deram a oportunidade de mergulhar no cenário e entre os atores de cada macrorregião. Conhecemos todas as gerências regionais e vários serviços estaduais durante esses acompanhamentos. A possibilidade de enxergar com nossos próprios olhos onde ficam esses serviços, suas condições de trabalho, as equipes que os compõem, entre outros aspectos geográficos e culturais, permitiu-nos construir planos de trabalho com os apoiadores muito mais viáveis do ponto de vista operacional do que se tivéssemos realizado esse trabalho apenas a partir do “conforto” da nossa sala em João Pessoa. Também nos permitiu vivenciar as distâncias que nossos apoiadores e outros trabalhadores das gerências estaduais percorriam quando precisavam participar de encontros em João Pessoa. Para algumas equipes, são oito horas de estrada emendadas com um dia inteiro de trabalho. Certamente isso influencia na qualidade do trabalho dessas pessoas.

Um destaque para nossa metodologia de trabalho nos encontros descentralizados é a matriz de acompanhamento. Durante todo o encontro, nós dialogamos sobre avanços e desafios no trabalho de apoio e de tutoria por meio de instrumentos que denominamos Matriz do

Apoio e Matriz Pedagógica. As duas matrizes dispunham de reflexões sobre como se dava a situação atual referente ao ponto a ser abordado, quais ações foram disparadas, discorrendo sobre potencialidades e fragilidades e, por fim, as metas e prazos para a continuidade de ações. Os pontos da Matriz do Apoio eram os próprios espaços institucionais em que o apoiador atuava: Gerência Regional, CIR, CIES e Grupo Conduutor de Redes. Já os pontos da Matriz Pedagógica compreendiam encontros presenciais com as turmas, agendas das turmas, plataforma EAD e conteúdo/problematização. As metas e prazos pactuados eram acompanhados por nós pela agenda semanal.

O coordenador estadual facilitava a discussão no momento do encontro descentralizado e acompanhava a agenda correspondente à Matriz de Apoio, ao passo que o coordenador pedagógico ficava à frente da Matriz Pedagógica. Essa estratégia foi de suma importância para direcionar os trabalhos dos tutores-apoiadores nos territórios e no curso.

Na ocasião dos encontros centralizados, todo o grupo se reunia em João Pessoa e podia socializar suas estratégias e vivências locais, sendo provocado a formar/manter uma identidade de apoio institucional e uma coesão no trabalho em todas as regiões da Paraíba. Esse momento também serviu para formação dos apoiadores institucionais e da própria coordenação em temas relevantes para a gestão do SUS. Tivemos oportunidade de nos perceber no lugar de aprendizes, junto com o grupo de apoiadores e elaborar estratégias para trabalhar esses temas junto com eles para a qualificação da gestão em saúde do nosso estado.

Como “dividimos” a Paraíba para acompanharmos com profundidade o que ocorria em cada região de saúde, um último instrumento de acompanhamento e socialização das informações sobre o processo de trabalho dos apoiadores institucionais foi a reunião da coordenação estadual. Semanalmente realizávamos essa reunião no intuito de formarmos uma unidade também com relação à coordenação. Também usamos esse espaço para socializar as vivências dos encontros descentralizados, encaminhar momentos com a secretaria estadual, elaborar os encontros centralizados e deliberar sobre questões administrativas com os colegas coordenadores pedagógicos.

Destarte, as estratégias e instrumentos que elencamos para acompanhar o trabalho do apoio institucional nos permitiram uma organização fundamental para que todas as regiões fossem cobertas e devidamente acompanhadas. A matriz e o relatório mensal possibilitavam que

os apoiadores avaliassem seu trabalho e, além disso, a matriz delimitava metas de ações a médio prazo que eram programadas nas agendas para que fossem cumpridas. Então todos tinham clareza de suas prioridades de ação no território, assim como podiam se planejar e ter apoio da coordenação para desenvolver tais atividades.

Principais Resultados

Muitos são os resultados desse rico processo, seja para nós enquanto coordenação, seja para os apoiadores, para as regiões de saúde... Nossas reflexões e impressões nos fazem crer que conseguimos mexer bastante com algumas estruturas Paraíba adentro. Nosso grupo de tutores-apoiadores é qualificado e comprometido. Eles conquistaram espaços e criaram relações de confiança muito importantes para o desenvolvimento do trabalho deles junto aos gestores estaduais e municipais em suas respectivas regiões.

Esse grupo de apoiadores se consolidou qualificando os espaços regionais a partir do esclarecimento de que deveriam trabalhar no apoio político e pedagógico a todos os gestores da região, dirimindo entraves político-partidários que, por muitas vezes, influenciavam nos seus trabalhos. Com espaço semanal reservado para estudo, além do desempenho da função tutoria, conseguimos garantir que o grupo vivenciasse a realidade e simultaneamente buscasse referencial teórico que respondesse às necessidades observadas e vivenciadas no território. Um grupo acompanhado semanalmente com a possibilidade real de qualificação permanente é um dos resultados que merecem destaque no nosso trabalho.

Em se tratando do trabalho do apoio, conquistas importantes para o fortalecimento da regionalização foram alcançadas: as CIR que estavam mais fragilizadas voltaram a ter quórum e aprovar resoluções importantes para as regiões; câmaras técnicas das CIR foram criadas; grupos condutores regionais de redes foram criados e/ou fortalecidos, sendo espaços para discutir todas as redes integradas e não mais redes isoladas; contribuições significativas para aprimorar o processo de trabalho das gerências regionais foram protagonizadas pelos apoiadores, visto que eles estavam imersos na rotina dessas gerências; e, pela conquista da relação de confiança dos apoiadores com os municípios, a Paraíba realizou com maestria a primeira fase da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS).

Merece destaque ainda a contribuição dos tutores-apoiadores na realização das conferências municipais de saúde em 2015. Todos os apoiadores participaram da organização, da facilitação e da relatoria de grande parte dos municípios em todas regiões de saúde paraibanas. Isso resultou em realização de conferências municipais em tempo hábil nos 223 municípios do estado. Devido a essa contribuição junto aos municípios nas conferências municipais, os tutores-apoiadores também foram convidados a participar da conferência estadual de saúde, realizada no mesmo ano. Todos esses resultados, que se repetiram na maior parte das regiões de saúde do estado, corroboram com a ideia de que o acompanhamento da coordenação é um dos pontos fortes para o desenvolvimento do caráter institucional desse projeto.

Além dos resultados semelhantes nas regiões – que passam por diferentes processos, pois cada território conta com suas especificidades e dinâmica própria – devemos lembrar que, por mais vezes do que desejávamos, houve troca de apoiadores. Essas trocas constituíam um empecilho a mais para nosso trabalho, pois o novato não receberia as formações passadas e raramente chegava ao projeto com a ideia do trabalho que deveria desenvolver como apoiador institucional, justificando, mais uma vez, a necessidade do acompanhamento da coordenação estadual.

Por essas razões, acreditamos que o processo de acompanhamento da coordenação junto aos tutores-apoiadores foi de extrema importância para conquistarmos tais resultados. Podemos afirmar ainda que nosso acompanhamento se fortaleceu durante a vivência do processo, no diálogo entre a coordenação no intuito de analisar os instrumentos e os espaços que utilizamos, realizando os ajustes que julgamos necessários para o estabelecimento de uma melhor relação de confiança com o grupo.

Trabalho Conjunto com a Coordenação Pedagógica e outros Parceiros

Como as quatro macrorregiões foram referenciadas por duplas de coordenação (estadual e pedagógica), trabalhávamos diretamente com nossos colegas coordenadores pedagógicos. E não poderia ser diferente, pois os apoiadores também eram tutores e isso não era desarticulado.

Tivemos muita sorte em poder atuar com colegas tão comprometidos, cheios de ideias e de uma sintonia incrível. Cada acompanhamen-

to com os tutores-apoiadores era um encontro com muito aprendizado pelas trocas de conhecimentos, informações, experiências e vivências. Confiávamos em nossas duplas e nos apoiávamos em cada decisão tomada, tanto para melhoria da função tutoria, quanto para a melhoria da função apoio institucional e para o nosso próprio trabalho de coordenação estadual e pedagógica.

Ao longo do processo, nossos coordenadores pedagógicos iniciais receberam propostas para atuar em outros lugares da SES: um passou a ser gerente de planejamento (GEPLAN) e outro diretor do Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-RH/PB). Nessa situação, “perdemos” nossas duplas de coordenadores pedagógicos, mas ganhamos fortíssimos parceiros na GEPLAN e no CEFOR, que passaram a trabalhar pelo fortalecimento do processo de regionalização a partir dos novos e estratégicos lugares que ocuparam. Também se tornaram parceiros nos espaços de articulação com a SES, por já compreenderem o funcionamento do projeto e contribuírem nos diálogos junto ao Gabinete.

Com a dupla de coordenadores pedagógicos que substituiu os anteriores, também foi rapidamente construída uma relação de confiança e novas contribuições agregaram ao projeto mais qualidade. Cada ação dos tutores-apoiadores era pedagógica, os objetivos e ações deviam ter ligação com o curso também, então o trabalho da coordenação pedagógica e da estadual precisaria funcionar de forma harmoniosa, como realmente funcionou.

Outra forte parceria que firmamos foi com a apoiadora do Ministério da Saúde na Paraíba que acompanhava as redes prioritárias de atenção à saúde. Sempre que convidada, ela nos atendia prontamente com muitas ideias e disposição para implementá-las. Dessa forma, pudemos participar de um momento de grande riqueza quando vivenciamos a articulação interfederativa entre as três esferas de gestão do nosso país. Sentíamos que estávamos trabalhando da maneira ideal, concretizando a cooperação vertical e horizontal nos territórios.

Destaca-se também a inserção da dupla de coordenadoras estaduais nos grupos de trabalho da própria SES. Por ser o apoiador institucional um ator-chave na execução das políticas e programas do estado em todas as regiões de saúde, a SES compreendeu que a coordenação estadual deveria participar de alguns espaços que ajudariam na interlo-

cução e no planejamento das atividades do apoio a partir das demandas da gestão. Assim, participamos do grupo condutor estadual de redes, grupo condutor estadual da PGASS, reuniões com o CEFOR para discutir o funcionamento das CIES e as agendas que estivessem ligadas ao trabalho do apoio.

O que foi compor a Coordenação Estadual?

Diante de um projeto tão desafiador, instigante e de uma riqueza imensurável, a sensação é de gratidão por ter a oportunidade de contribuir e aprender nesse processo. Atuar na coordenação estadual nos permitiu transitar na política de saúde da Paraíba de modo a compreendê-la em suas potencialidades e desafios, aprender sobre os processos de regionalização da saúde e contribuir para seu fortalecimento.

A confiança, diálogo e trabalho sintonizado que tivemos com nossos companheiros de coordenação, SES Paraíba, CEFOR, Gerências Regionais de Saúde e nossos apoiadores nos deixaram livres para criar, inovar, intervir e, assim, trabalharmos com mais afinco e dedicação. Temos clareza de que essas relações foram cruciais para os resultados alcançados no trabalho do apoio institucional.

As palavras neste momento são de gratidão. Agradecemos pelo vivido e torcemos para que continuemos avançando na luta por uma saúde cada vez melhor no estado da Paraíba.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **Decreto presidencial 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 13 out. 2016.

SOUSA, I. M. C. (Org.) et al. **Caderno do Estudante: Qualificação de gestores do SUS na Paraíba.** João Pessoa, (2015).

CAPÍTULO 8

O CAMINHAR DA COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA NO CURSO DE QUALIFICAÇÃO DE GESTORES DO SUS NA PARAÍBA

Daniel Freire Nordi

Daniela Gomes de Brito Carneiro

Juliana Gonçalves

Rebecca Cabral de Figueiredo Gomes Pereira

“Ninguém educa ninguém, ninguém se educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.” (Paulo Freire)

Este capítulo pretende refletir criticamente acerca do processo de trabalho da coordenação pedagógica durante a formação de duas turmas do curso de qualificação de gestores do SUS, já consolidado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), com peculiaridades, na Paraíba.

Gostaríamos de começar informando que os primeiros passos desse processo foram dados na direção de traçar uma forma de acompanhamento dos tutores condizente com a nova proposta do curso e possível de ser realizada pela equipe de coordenação local, na Paraíba. Para tanto, formaram-se duas duplas, cada uma composta por um coordenador pedagógico e um coordenador estadual, que, juntos, seriam responsáveis por acompanhar o conjunto de tutores inseridos em duas macrorregiões de saúde dentro da Paraíba, totalizando as quatro existentes no estado.

Assim, disparou-se o primeiro desafio: apesar da divisão organizativa dos coordenadores, como realizar tal acompanhamento com uma equipe pequena e, na maior parte do tempo, a distância?

Esse e outros questionamentos surgiram nos debates iniciais entre a equipe de coordenação local e a coordenação geral (Fiocruz-PE) e foram amadurecidos e traduzidos em propostas que traziam no cerne

uma grande aposta em instrumentos de acompanhamento a distância e encontros presenciais rotativos da coordenação na macrorregião, denominados encontros descentralizados. Além disso, apostou-se em uma proposta de educação permanente, na qual todos os tutores concentravam-se, bimestralmente, para debater e estudar assuntos de interesse do cotidiano de trabalho, dentro os quais possíveis temáticas que permeavam o eixo pedagógico do curso.

Assim, para refletir sobre o acompanhamento e o processo pedagógico do curso, optamos por descrever os instrumentos/espacos de acompanhamento da coordenação pedagógica no Curso de Qualificação de Gestores do SUS, ao passo que iremos simultaneamente refletindo sobre cada instrumento/espaco. Ressaltamos que a maioria desses instrumentos também era compartilhada com a coordenação estadual, mas aqui serão abordadas as especificidades pedagógicas dos mesmos.

Agenda semanal

Esse instrumento de acompanhamento era o mais frequentemente utilizado pelos coordenadores, pois, como a própria denominação demonstra, era enviada pelos tutores-apoiadores toda a semana do curso. O intuito da agenda semanal era observar de forma mais geral como estavam sendo propostas e divididas as atividades dos tutores-apoiadores durante a semana típica de trabalho. Para a coordenação pedagógica, foi interessante observar como eram organizados os períodos semanais destinados ao acompanhamento dos estudantes/gestores, a preparação para os encontros presenciais com a turma e o manejo dos tutores-apoiadores na plataforma, principalmente no que se referia aos fóruns de discussão. Cada dupla de coordenação local tinha uma organização própria para utilizar esse instrumento, mas, em suma, cada coordenador dentro de sua dupla era responsável por responder as agendas, dando um feedback das propostas de organização de trabalho semanal dos tutores-apoiadores. Comparamos a utilização desse instrumento na trajetória do curso a uma reunião de planejamento que ocorre no início da semana, quando todas as ações que serão desenvolvidas durante esse período são debatidas e alinhadas. A experiência mostrou que diversas ações/atividades descritas nas agendas puderam ser modificadas ou aprimoradas durante esse diálogo desenvolvido a distância, o que prova a importância desse instrumento no acompanhamento dos tutores-apoiadores pela coordenação. Além disso, a agenda enviada

semanalmente permitia que os coordenadores conseguissem visualizar tudo o que estava acontecendo no território e no acompanhamento dos estudantes-gestores, o que não era possível de forma presencial, uma vez que o curso acontecia simultaneamente em toda a Paraíba. Assim, a agenda semanal diminuía a distância física entre os coordenadores e o processo de trabalho dos tutores-apoiadores (ver anexo ao final do livro).

Relatórios Mensais

Tratava-se de um instrumento mais elaborado, que descrevia mais detalhadamente todas as atividades realizadas pelos tutores-apoiadores durante o período de 30 dias, não necessariamente percorrendo um mês fechado. A estrutura desse relatório foi construída com base nos principais espaços e atividades em que os tutores-apoiadores estavam inseridos. O mesmo era dividido em duas grandes partes, apoio institucional e tutoria. Na parte da tutoria, os pontos abordados percorriam pelo acompanhamento da turma no território, preparação e condução dos encontros presenciais, acompanhamento na plataforma a distância e estudos para desenvolver o papel da tutoria. Nesses pontos destacados acima, os tutores-apoiadores tinham que descrever para cada um deles as ações realizadas, as dificuldades encontradas e as estratégias para superar as dificuldades apontadas no item anterior. Esse relatório (ver anexo ao final do livro) desenhava fidedignamente um retrato amplo da atuação dos tutores-apoiadores em suas respectivas regiões e embasava os coordenadores para começar a traçar alternativas/estratégias de melhorias a serem abordadas nos encontros descentralizados.

Encontros Descentralizados

Os encontros descentralizados eram espaços de grande potência para o acompanhamento dos tutores-apoiadores, realizados em dois dias, divididos para a discussão da atuação do apoio institucional, da tutoria e conversas individuais entre a coordenação e tutores-apoiadores.

Durante esses encontros, foi sentida a necessidade de uma maior sistematização para as que as discussões não fossem perdidas e as propostas dali surgidas não corressem o risco de não serem implantadas e acompanhadas. Foi então que sugerimos a utilização de uma matriz de

acompanhamento nos descentralizados, o que subsidiava a sistematização de todo o acompanhamento, permitindo, inclusive, lembrar o que havia sido discutido no encontro anterior. Geralmente, o acompanhamento da função tutoria era realizado no segundo dia do encontro descentralizado. A matriz do acompanhamento pedagógico (ver anexo ao final do livro), contemplava aspectos relacionados ao encontro presencial entre o tutor e a turma, à agenda mensal do estudante-gestor elaborada junto com o tutor, às atividades desenvolvidas na plataforma virtual e, ainda, continha aspectos relacionados ao conteúdo e problematização em todas essas atividades. Para cada item, os coordenadores escutavam como os tutores estavam operacionalizando tal atividade, como eles avaliavam a potencialidade do que estavam desenvolvendo em cada tópico e as dificuldades que estavam encontrando. Em seguida, os tutores, em conjunto com a coordenação, pensavam estratégias a serem utilizadas para a superação ou minimização das dificuldades.

Cronograma do Curso

Em virtude da proposta do curso na Paraíba, já explicitada nos capítulos anteriores, de atrelar a tutoria à função de apoio institucional, foi necessário um grande empenho de toda a coordenação, local e geral, para experimentar caminhos possíveis ao desenvolvimento dessa estratégia. Um dos pontos observados como frágeis, durante a primeira turma, era que o cronograma proposto não possibilitava um bom acompanhamento para o tutor, pois trazia prazos longos que demarcavam somente o início e o fim das partes/temas que seriam trabalhados, o que ocasionava uma falta de padronização do prazo nas entregas das atividades avaliativas, pelo fato da dinamicidade e singularidade de cada turma. Assim, foi possível perceber o quão difícil era acompanhar diversas turmas, tutores e estudantes, que entendiam prazos e direcionamentos pedagógicos de formas diferentes.

Pensando na problemática de uma maior coesão dentre as atividades desenvolvidas por todas as turmas, elaboramos para a segunda um cronograma de atividades que tinha como cerne a criação de períodos (5 dias) que indicavam quando cada etapa do processo pedagógico deveria ser trabalhada pelos tutores em conjunto com a sua turma, orientando os mesmos em todas as atividades de desenvolvimento do curso. No início, pensamos em ser esse cronograma uma aposta, uma vez que a maioria dos tutores na segunda turma permanecia a mesma na segunda,

o que poderia parecer um dificultador da execução do cronograma, já que estavam acostumados a eles mesmos elaborarem suas atividades e seus prazos. No entanto, para nossa surpresa, o cronograma foi muito bem aceito por quase todos os tutores, que relatavam ter facilitado e organizado o processo de trabalho deles.

Para nós, da coordenação pedagógica, o cronograma também organizou as demandas de acompanhamento e facilitou a visualização do andamento do curso de uma forma global. Vale ressaltar que atribuímos ao êxito do cronograma o fato de um dos coordenadores pedagógicos ter participado da primeira turma na função de tutor. Isso possibilitou-lhe trazer as demandas dos tutores para as ações da coordenação, uma vez que ele entendia o que significava ser tutor nesse curso. Também fizemos adaptações, simples, para oportunizar um cronograma para o tutor, com prazos próprios de atividades do tutor e um cronograma dos estudantes, com atividades inerentes somente ao estudante. Para que o leitor visualize melhor sobre o que estamos descrevendo, essa versão do Cronograma do Tutor encontra-se em anexo ao final do livro.

Encontros Formativos Iniciais

Para dar início à primeira turma do curso, incluiu-se como uma etapa da seleção a participação em um encontro formativo, na qual a qualidade da participação dos tutores foi critério avaliativo e de classificação. Para o início da segunda turma, enquanto coordenação, optamos por incluir na formação apenas os tutores já selecionados. Essa segunda grande formação, que se constituiu de um encontro de três dias em um hotel no município de Areia (PB), teve a pretensão de qualificar os tutores, coletivamente, nos pontos em que identificamos mais fragilidades durante a formação da primeira turma de estudantes-gestores. Assim, gostaríamos de primeiro expor as fragilidades que precisavam de um suporte pedagógico mais denso a serem trabalhados durante essa formação, o Arco de Magueréz e o Calendário Pedagógico. Lembrando que a formação não se resumiu somente a esses pontos, mas os abordando por se tratarem dos de maior interesse ao eixo pedagógico do curso.

- Arco de Magueréz: ao longo do acompanhamento da primeira turma, fomos percebendo que os tutores tinham entendimentos diversos acerca da metodologia escolhida pela coordenação para ser utilizada no curso. Não queremos dizer com isso que se deve

padronizar os pensamentos, compreendemos as subjetividades, mas percebemos que, na verdade, muitos equívocos que comprometiam o processo de aprendizagem da turma de estudantes-gestores davam-se em virtude da condução do tutor. Um dos exemplos que podemos citar era a confusão entre causas e consequências do problema a ser trabalhado pela turma. A orientação era de que deveríamos propor soluções de problema em cima dos pontos-chave, ou seja, dos pontos geradores dos problemas. Mas víamos, muitas vezes, os pontos-chave serem identificados como o próprio problema ou como as consequências do real problema.

- Calendário Pedagógico: como mencionamos anteriormente, uma grande fragilidade do curso observada na primeira turma era a não padronização de prazos para o cumprimento das atividades do curso.

Para melhorar o entendimento acerca da utilização do Arco de Maguerez, dividimos os tutores em dois grandes grupos, sendo cada grupo convidado a simular uma turma de estudantes-gestores. O direcionamento dado pelos facilitadores desse momento, membros da coordenação, foi o de que os tutores se imaginassem em um encontro presencial com a sua turma, cujo primeiro desafio seria a observação da realidade para a escolha do problema a ser trabalhado durante o módulo.

Assim, utilizamos a dinâmica do “congela e descongela”. Os tutores revezavam o papel do tutor e o restante do grupo incorporava o papel do estudante-gestor. De acordo com a necessidade de intervenção do facilitador, este dava o comando de congela e abria uma ou outra ação da encenação do tutor para discussão. Dessa forma, cada tutor teve o seu momento de encenar sua própria função e cada grupo passou por todas as fases do Arco de Maguerez de forma que todas as fases foram vistas e debatidas.

Observamos, após essa formação, que a qualidade da facilitação e execução do Arco de Maguerez pelos tutores e suas turmas melhorou significativamente, o que nos leva a atribuir êxito à atividade durante a formação inicial em Areia (PB).

Quanto ao Calendário Pedagógico, a estratégia utilizada foi a apresentação, com momentos reservados para tirar dúvidas a respeito do Cronograma do Curso, já comentado aqui neste texto.

Considerações Finais

É crescente a oferta de cursos a distância ou semipresenciais. Pela experiência da coordenação pedagógica, podemos afirmar que ser um professor a distância o tutor nos apresenta desafios diferentes daqueles que normalmente encontramos em uma sala de aula convencional. Um frequente desafio que pudemos observar ao longo desse processo foi a não familiaridade de muitos gestores com o uso de uma plataforma virtual. Na Paraíba, convivemos com a realidade da existência de 223 municípios. Isso nos traz um contexto de trabalhar com municípios muito pequenos, onde o secretário de saúde, maior gestor neste setor, pode não ter tido nenhuma experiência com a saúde, não ter nível superior de escolaridade e, muitas vezes, não ter nenhuma intimidade com o uso de computadores e internet. Essa realidade dificultava bastante o frequente acesso à nossa plataforma virtual, o que avaliávamos como um potente espaço de trocas de experiências, local de aprofundamento teórico dos temas discutidos presencialmente e de envio das atividades de avaliação.

O papel da coordenação pedagógica nesse sentido consistia em estimular os tutores a estarem frequentemente em diálogo com esses gestores, incentivando-os a irem além das limitações iniciais. Outro problema relacionado ao uso da plataforma virtual era a grande demanda de trabalho dos gestores, o que dificultava o seu acesso frequente ao Fórum de Discussão entre a turma e o tutor. Avaliamos que o processo de trabalho da coordenação pedagógica nesse sentido era facilitado, uma vez que, em sua maioria, os tutores eram bastante proativos e já criavam constantemente estratégias de enfrentamento a essas dificuldades. Muitas vezes, inclusive, o papel da coordenação pedagógica era o de dar limites aos horários de trabalho dos tutores, uma vez que os estudantes-gestores escolhiam os horários possíveis para acessar a plataforma e solicitavam o auxílio dos tutores, fosse a hora que fosse, incluindo finais de semana e horários não comerciais, após as 23 horas.

Outra dificuldade encontrada pelos tutores pelo mesmo problema, a alta demanda de trabalho dos gestores, era a presença nos encontros presenciais entre os tutores e a turma e a presença dos gestores nos espaços institucionais, carga horária obrigatória no curso. Mesmo assim, os tutores faziam todos os esforços para que todos os estudantes-gestores de sua turma tivessem acesso às discussões presenciais e contribuíssem com a elaboração do problema da turma, que era formulado de forma

coerente com a observação da realidade de suas regiões de saúde, como propõe o Arco de Maguerez com o qual nos propomos a trabalhar.

Como coordenação pedagógica, procuramos estar sempre atentos à condução das atividades desenvolvidas pelos tutores, respeitando sempre as particularidades de cada um, de cada turma e de cada região. Estávamos muito mais como suporte para o constante aprimoramento do trabalho de cada tutor do que como fiscais de seu trabalho. Atribuímos essa dinâmica à escolha da coordenação e toda a equipe em trabalhar com a metodologia problematizadora, que não se restringia apenas à relação entre os tutores e os estudantes gestores, mas se estendia à relação entre os tutores e a coordenação pedagógica. Também atribuímos este trabalho fluido ao bom uso de todos esses instrumentos de acompanhamento, além da constante reflexão sobre o nosso próprio processo de trabalho, que acontecia em reuniões semanais entre toda a equipe de coordenação local.

REFERÊNCIAS

BERBEL, N. A. N. **Metodologia da Problematização**: uma alternativa metodológica apropriada para o Ensino Superior. Seminário: Ciências Soc./Hum., Londrina, v.16. n. 2, Ed. Especial, p.9-19, out. (1995).

SANTOS, M. C. S. (Org.) et al. **Caderno do estudante/gestor**: Qualificação de gestores do SUS na Paraíba. João Pessoa, (2015).

CAPÍTULO 9

AVALIAÇÃO DO CURSO PELOS ESTUDANTES-GESTORES

Volmir José Brutscher

Joselice da Silva Pinto

Adriana Maria Macêdo de Almeida Tófoli

Introdução

Este texto é uma sistematização da autoavaliação e avaliação dos estudantes-gestores do Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba, realizado em 2015 e 2016. A aplicação do instrumento, a sistematização dos resultados, a devolução e a discussão deram-se durante o processo de execução do curso, assegurando caráter de monitoramento e possibilitando o redirecionamento da atuação. Considerando que a experiência do curso está descrita em outro texto do livro, pode-se tratar diretamente do objeto em questão, tomando como baliza a seguinte estrutura: considerações teóricas e conceituais sobre avaliação; método e instrumento aplicados; discussão dos resultados; e considerações finais.

Considerações conceituais sobre avaliação

Segundo Contandriopoulos e outros (1997), a avaliação é tão antiga quanto o mundo, mas a avaliação de programas e projetos sociais começa a se destacar após a Segunda Guerra Mundial. Na medida em que o Estado começa a se encarregar de políticas sociais, como educação, saúde e assistência social, cresce a necessidade de se avaliar o desempenho, os custos e os resultados dessas políticas, muito em função da disponibilidade do dinheiro ser insuficiente mediante as necessidades e demandas. Assim, os economistas foram os primeiros a desenvolver instrumentos de avaliação, mas a abordagem estritamente econômica logo se mostrou insuficiente diante da necessidade de análises qualitativas requeridas pelas políticas sociais.

Recorrendo à história da avaliação, pode-se identificar, conforme Contandriopoulos e outros (1997), quatro estágios: o primeiro é,

centralmente, caracterizado pela medida, busca-se medir os resultados da aprendizagem, da produção dos trabalhadores, da inteligência, entre outros; o segundo estágio caracteriza-se pela descrição, procura-se identificar e descrever como os programas podem atingir seus resultados; o terceiro estágio caracteriza-se pelo julgamento, a avaliação deve permitir julgar uma intervenção; o quarto estágio é caracterizado pelo processo de negociação, a avaliação é pautada por um processo de negociação entre os sujeitos envolvidos na intervenção a ser considerada. Estes estágios não são estanques, mas se cruzam e se misturam.

Contandriopoulos e outros (1997) definem a avaliação como julgamento de valor a propósito de uma intervenção com a finalidade de ajudar na tomada de decisão. Segundo tais autores, o julgamento pode ser feito por meio de “avaliação normativa”, que se realiza através de critérios e normas, ou por meio de “pesquisa avaliativa”, que se efetiva através de procedimentos científicos. Eles afirmam:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p. 31).

Por intervenção entende-se um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto e momento específico com a função de produzir bens ou serviços, com a finalidade de modificar uma situação tida como problemática. Em geral, a intervenção opera com cinco componentes: objetivos; recursos; serviços, bens ou atividades; efeitos. Sustentam Contandriopoulos e outros (1997) que não se pode desconsiderar os diferentes sujeitos envolvidos e seus objetivos particulares.

Geralmente, a “avaliação normativa” é operacionalizada por sujeitos internos ao processo de intervenção e a “pesquisa avaliativa” é realizada a partir de sujeitos externos ao processo. Os critérios e as normas da “avaliação normativa” podem vir da “pesquisa avaliativa” ou de outra pesquisa ou, ainda, se fundamentar no conhecimento de pessoas informadas e/ou especialistas da área. Mediante critérios e normas, a “avaliação normativa” aprecia, principalmente, a estrutura, o processo e os resultados da intervenção. Mediante métodos científicos, a “pes-

quisa avaliativa” analisa a pertinência e os fundamentos teóricos, além da produtividade e dos efeitos, bem como a relação da intervenção com o contexto (implantação). Ambas geram informação e poder e têm o objetivo de contribuir com a tomada de decisão.

Denis e Champagne (1997) alertam para a complexidade da análise de implantação de uma intervenção e de seus resultados. Segundo eles, entre outras distinções, a literatura apresenta cinco abordagens diferentes que se inter cruzam: o modelo racional, que prima pelo planejamento e controle, a partir da identificação do problema, da definição de alternativas de solução, do conhecimento adequado do plano pelos agentes de implantação e do monitoramento (controle) hierárquico, assegurando coerência entre expectativa e comportamento; o modelo do desenvolvimento organizacional, que é mais normativo do que analítico, mas é normativo de baixo para cima, produzindo consensos em torno de objetivos, diferente do modelo racional, que é ditado hierarquicamente; o modelo psicológico, que postula a relação entre crenças, atitudes, intenções e comportamentos, defende a tendência conservadora dos indivíduos e de resistências às mudanças, dependendo de conseguir modificações nos fundamentos cognitivos e emotivos; o modelo estrutural, que assume um caráter menos normativo e mais analítico das características organizacionais da intervenção, como tamanho, formalização, nível de especialização, entre outros; e o modelo político, que prima pela perspectiva crítica e dialética de análise das organizações. Contudo, os autores consideram insuficientes os modelos normativos, representados pelos dois primeiros, e duvidoso o terceiro, o da capacidade de resistência individual. Apesar dos resultados contraditórios do modelo estrutural, defendem um misto entre o estrutural e o político, chamado de “político contingente”, considerando a organização “uma arena política no interior da qual os atores perseguem estratégias diferentes” (DENIS; CHAMPAGNE, 1997, p. 66).

Sendo assim, a avaliação em questão caracteriza-se como “pesquisa avaliativa”, à medida que é aplicada por uma comissão específica e se concentra no perfil dos estudantes, na autoavaliação em relação à participação, na metodologia e conteúdo do curso, no desempenho da tutoria e na aplicabilidade dos resultados, perguntando pela satisfação dos estudantes-gestores. É importante reforçar que o processo relatado e analisado pelo texto não é a “avaliação de aprendizagem” dos estudantes, mas uma autoavaliação de satisfação dos estudantes-gestores em relação

a sua participação e seu desempenho e de sua satisfação em relação ao curso, considerando as principais atividades do projeto, o que atribui a essa avaliação caráter de monitoramento e de produção de informação para a tomada de decisão. Segundo Hartz (1997, p. 46), para “aumentar as chances de que os resultados da avaliação sejam úteis, é importante se conscientizar de que a avaliação é um dispositivo de produção de informação e, conseqüentemente, de que ele é fonte de poder para os atores que a controlam”. Poder no sentido de reunir condições de se fazer cada vez melhor o que se está fazendo.

Método e instrumento

Dentro de uma perspectiva problematizadora e democrática, onde todos os envolvidos são considerados sujeitos, é necessário um processo de avaliação contínua que possibilite analisar a implantação e os efeitos da intervenção e, casualmente, corrigir seus rumos. Em uma intervenção que prima pela devida autonomia e comprometimento, a autoavaliação é fator fundamental. Nessa perspectiva, a Comissão de Avaliação do Curso e do Apoio Institucional aplicou aos estudantes-gestores um instrumento de autoavaliação e avaliação composto de 20 (vinte) questões, organizadas em cinco blocos: informações gerais, autoavaliação, método do curso, atuação dos tutores-apoiadores e questões administrativas referentes à secretaria e coordenação. Cada questão solicitou avaliação objetiva (quantitativa), posicionando-se como “plenamente satisfeito”, “parcialmente satisfeito” ou “insatisfeito” com o desempenho relativo à atividade questionada, e avaliação subjetiva (qualitativa), apresentando justificativa para cada resposta objetiva.

O instrumento de avaliação foi aplicado, em duas fases diferentes, a um grupo de turmas em 2015 e a outro grupo de turmas em 2016, em ambos, aproximadamente na metade do curso. Após tabular e analisar os resultados a Comissão de Avaliação disponibilizou os resultados, mesmo que preliminares e, em seguida, discutiu o produto com a coordenação do curso e com os tutores-apoiadores e estes últimos discutiram os resultados com os estudantes-gestores.

Em vista da objetividade, o texto não vai tratar de todas as vinte questões, mas vai se concentrar nas principais.

Resultados e discussão

a) Perfil geral

Ao analisar o processo de avaliação do curso, nos deparamos com um público-alvo com algumas características relevantes no que tange a sua identificação com a proposta do nosso curso, nos permitindo ainda traçar um perfil geral desse estudante-gestor, com algumas particularidades no âmbito profissional e pessoal, o que nos ajuda a compreender o envolvimento, desenvolvimento e comprometimento deste público e algumas das suas nuances. Ao observarmos esse perfil, identificamos que o nosso público é predominantemente feminino nas duas turmas, acima de 80%.

Quadro 1 - Perfil do estudante-gestor por sexo

TURMA 1		TURMA 2	
MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO
17,9%	82,1%	16%	84%

Fonte: Elaborado pelos autores

A juventude dos estudantes-gestores também impressiona, uma vez que a maior variação da faixa etária, nas duas turmas, fica entre 25 e 45 anos e a maior concentração, acima de 25%, está em indivíduos que estão entre 25 e 30 anos. Apesar de jovens, mais de 50% dos estudantes-gestores possuem filhos.

Quadro 2 - Perfil do Estudante-Gestor por idade

	TURMA 1	TURMA 2
25 a 30 anos	23,9%	28,6%
31 a 35 anos	23,4%	22,8%
36 a 40 anos	11,4%	15%
40 a 45 anos	12,9%	16%

Fonte: Elaborado pelos autores

Outra característica que chama a atenção é a escolaridade, pois, mesmo sendo um curso de “aperfeiçoamento”, mais de 85% dos estudantes que responderam a avaliação possuem graduação ou pós-graduação.

Quadro 3 - Perfil do estudante-gestor por Escolaridade

	TURMA 1	TURMA 2
Ensino Médio	11,4%	7,5%
Superior	34,3%	31,3%
Pós-Graduação	52,%	58,2%
Mestrado	1,5%	2,7%
Doutorado	0%	0,3%

Fonte: Elaborado pelos autores.

Essas informações revelam que o público é formado, em sua grande maioria, por mulheres, na faixa de 25 a 45 anos, com filhos, cujo maior percentual de formação se concentra em indivíduos com pós-graduação e que, ainda assim, apresentam boa disposição para novos aprendizados e oportunidades de qualificação profissional.

b) Autoavaliação

A autoavaliação do estudante-gestor, no tocante a sua participação efetiva no curso e sua compreensão sobre os alcances e limites dessa formação, nos leva a refletir sobre quais aspectos contribuem efetivamente para o sucesso da educação permanente no SUS. É preciso ainda observar que não são só as questões que envolvem o ato do trabalho, as fragilidades e potencialidades estão para além disso. Lembrando que diversas outras coisas fazem parte do universo de cada pessoa/trabalhador(a), sendo necessário observar a integralidade dos sujeitos, além do ser profissional, salientando que o sucesso profissional está intimamente ligado à vida pessoal. Portanto, nesse processo de avaliação, é preciso levar em consideração a “intereiza” do ser e como isso influencia diretamente sua disposição para emplacar e concluir novos projetos. Além do empenho pessoal, é importante ainda observar o comprometimento dos serviços em garantir meios possíveis de o trabalhador se dedicar à formação. Dessa maneira, quando questionado sobre de que forma avalia a sua participação no curso (compromisso, disponibilidade e pontualidade), o estudante-gestor apresenta vários elementos profissionais e pessoais que justificam as diversas respostas.

Quadro 4 - Participação no curso

De que forma você avalia a sua participação no curso (compromisso, disponibilidade e pontualidade)?*	TURMA 1	TURMA 2
Plenamente Satisfeito	69,2%	58,9%
Parcialmente Satisfeito	28,9%	40,1%
Insatisfeito	2%	1%

Fonte: Elaborado pelos autores

De modo geral, em sua maioria, os estudantes-gestores apresentam-se satisfeitos com sua participação no curso, uma vez que demonstram uma certa realização pessoal e também profissional por acreditar na melhoria do trabalho a partir da capacitação e aprimoramento. Porém apresentam o fator tempo (ausência dele) como principal dificuldade para uma maior dedicação ao curso, ou seja, a intensidade de atividades diárias e as agendas pessoais e profissionais interferem na disponibilidade de tempo e dedicação ao curso, assim como dificuldades em conseguir dispensa para participação nos espaços institucionais e manutenção dos grupos de estudos propostos pelo curso.

c) Espaços institucionais

É importante ressaltar que todo o processo educativo se deu a partir de uma construção coletiva, o que proporcionou novos espaços de troca de experiências e também fortalecimento de outros espaços de gestão, a exemplos das CIRs e CIES, que se encontravam desarticuladas em algumas regiões. A participação dos estudantes-gestores nesses espaços representou um avanço nas discussões em saúde e ainda uma qualificação dos debates. Mesmo diante da relevância destacada, ao longo do processo, surgiram alguns entraves para uma participação mais efetiva dos mesmos, compreendendo-se que existe uma dinâmica cultural desses espaços e grandes dificuldades na quebra desses paradigmas. Porém, no que diz respeito à abertura e aproximação com os espaços institucionais, a partir das demandas do curso, a avaliação feita pelos estudantes-gestores traz elementos importantes, apontando reflexões próprias sobre as fragilidades e potencialidades de estar nesses espaços, bem como as dificuldades de se fazerem presentes devido às

intensas agendas que permeiam a gestão. Sendo assim, em sua maioria, os participantes da pesquisa revelam estarem satisfeitos ou parcialmente satisfeitos com esse avanço. Vale a pena ainda salientar que a diferença de opinião entre as duas turmas no tocante à participação nos espaços institucionais compreendem diferentes momentos de abertura dos espaços e de articulação entre os mesmos. Ao observarmos essa diferença, vemos que a maioria dos estudantes da primeira turma tem uma avaliação positiva dessa abertura, uma vez que identificamos, através de algumas falas, que, ao iniciarmos o curso, sua aceitação e até mesmo a participação enquanto estudantes de vários gestores/secretários de saúde facilitou a abertura e as discussões.

Na segunda turma, temos uma redução no número de secretários de saúde entre os estudantes-gestores, levando a uma menor defesa da participação nos espaços institucionais, e ainda episódios de desconforto por parte de alguns gestores com a presença dos estudantes-gestores que normalmente não participavam, sob a justificativa da dificuldade de eles compreenderem a dinâmica desses espaços, o que por vezes inviabilizava os trabalhos. Levando, assim, a alguns espaços, a exemplo de algumas CIRs, a aconselhar a não participação dos estudantes-gestores em suas reuniões.

Quadro 5 - Participação nos espaços institucionais

De que forma você avalia a sua participação nos espaços institucionais (CIR, CIES, Câmara Técnica, Grupo Condutor)?*	TURMA 1	TURMA 2
Plenamente Satisfeito	60,7%	34,4%
Parcialmente Satisfeito	35,6%	57,1%
Insatisfeito	4,0%	8,5%

Fonte: Elaborado pelos autores

A participação nos espaços institucionais se apresenta para boa parte dos estudantes-gestores como espaços potentes e favoráveis para discussão e aprofundamento de determinadas questões, configurando-se como importantes locais de aprendizados, apresentando, por vezes, algumas dificuldades de acesso ou de direito de neles expressar-se. Surgindo ainda, em determinadas falas, dificuldades que alguns gestores apresentam para liberar seus quadros. Observa-se que cresceu a resis-

tência à participação dos estudantes-gestores nas CIRs devido à aproximação e disputa das eleições municipais, o que pode ser considerado a principal razão do grande aumento da insatisfação da segunda turma em relação à primeira.

d) Aplicabilidade

Visando encontrar ferramentas capazes de fomentar a criticidade e a autonomia dos sujeitos, identificou-se como referencial teórico a metodologia da problematização. Utilizou-se o Arco de Maguerez como caminho para a educação problematizadora inspirada em Paulo Freire, onde o estudante é o protagonista do seu próprio processo de aprendizagem. Para tal se faz necessário o conhecimento crítico da própria realidade, buscando uma prática pedagógica que trouxesse em sua essência a criticidade, a dialogicidade, a amorosidade e a valorização da cultura do outro, potencializando os espaços de aproximação e incentivando a busca coletiva por soluções para as problemáticas encontradas ao longo do caminho. Os encontros presenciais e demais espaços coletivos de aprendizagem do curso se mostraram terrenos favoráveis para reflexões críticas, mas também espaços potentes na busca de soluções, sendo possível aos atores uma maior compreensão das várias nuances que envolvem os processos de Gestão no SUS, contribuindo para um maior empoderamento dos envolvidos, o que se reflete claramente em seus espaços de atuação de acordo com a avaliação dos estudantes-gestores. Porém, a falta de governabilidade para a implementação das ideias e soluções encontradas a partir das temáticas discutidas nos encontros presenciais foi um dos entraves colocados pelos estudantes-gestores. Os mesmos referem-se ainda ao processo como extremamente positivo e relevante, para alguns o despertar para a realidade ou um “abrir os olhos”. Apesar dos limites indicados, quando questionados sobre a aplicação dos problemas, identificados no curso, à realidade da gestão em saúde do seu município e região, os estudante-gestores, em sua grande maioria, mostram-se plenamente satisfeitos, conforme os dados relacionados na tabela a baixo.

Quadro 6 - Aplicabilidade

De que forma você avalia a aplicação dos problemas identificados no curso à realidade da gestão em saúde do seu município e região?*	TURMA 1	TURMA 2
Plenamente Satisfeito	71,6%	56,1%
Parcialmente Satisfeito	27,9%	39,5%
Insatisfeito	0,5%	4,4%

Fonte: Elaborado pelos autores

Para este ponto, os estudantes-gestores apresentam, em sua maioria, aspectos positivos acerca da aplicabilidade das discussões do curso em seus territórios, bem como seus avanços e entraves no processo, enfatizando como positivos os conteúdos estudados, sua aproximação com a realidade e também suas limitações diante da governabilidade de determinados problemas. A possibilidade de aplicação dessa metodologia na prática emerge em várias falas, bem como sua relevância no sentido de contribuição para a gestão dos municípios. Porém a falta de governabilidade do estudante-gestor e ainda a fragilidade e incompreensão dessa aplicabilidade por parte do gestor-maior do município têm se caracterizado claramente como fatores de dificuldade. O que se demonstra com uma menor satisfação da segunda turma em relação à primeira, mas também não deixa de ser expressão de maior maturidade em relação à metodologia. O que reforça a afirmação positiva da relevância do curso e, de fato, sua interação com a realidade do estudante.

e) **Proposta do curso**

A metodologia problematizadora, ativa e participativa foi o caminho seguido, através do diálogo aberto e da valorização do conhecimento que cada um trazia para os espaços de troca. A ideia não era apenas promover acesso ao conhecimento, mas que as pessoas se descobrissem como facilitadoras dos processos de aprendizagem, onde não existiam detentores do conhecimento absoluto, nem professores para meros aprendizes. O processo de construção coletiva propõe que todos aprendam e ensinem simultaneamente na busca por soluções e inéditos viáveis, trazendo a cada encontro novos conhecimentos e melhores formas de compartilhar as informações que cada um possuía.

Assim, através do “Arco de Maguerez”, os sujeitos puderam enxergar-se no processo para além dos entraves da gestão e/ou função, tornando-se possível identificar no outro uma parceria viável na busca por soluções dos problemas. Sendo possível, ainda, estimular a reflexão crítica das fragilidades elencadas onde era inevitável uma identificação do “meu problema” no “problema do outro”, ou seja, determinada situação era comum a vários municípios. Muitas vezes, devido à ausência de diálogo, mesmo diante da proximidade territorial, isso não era percebido, já que cada território tem características próprias. Dessa forma, foi através do estímulo à ação-reflexão e através da metodologia utilizada (provocadora, no sentido de conhecer novas experiências e proporcionar trocas de saberes) que se tornou possível identificar situações-limites comuns aos vários municípios. O que gerou uma empatia coletiva resultando num desejo comum pela busca de soluções para as temáticas elencadas, sucitando, assim, estratégias viáveis de enfrentamento.

Quadro 7 - Avaliação da proposta do curso

Como você avalia a proposta do curso (conteúdo, objetivos, metodologia e referências)?*	TURMA 1	TURMA 2
Plenamente Satisfeito	83,1%	78,9%
Parcialmente Satisfeito	16,4%	20,8%
Insatisfeito	0,5%	0,3%

Fonte: Elaborado pelos autores

A proposta do curso é avaliada positivamente pela maioria dos participantes desta pesquisa, uma média acima de 80% de plenamente satisfeitos, que de forma crítica apresentam não só aspectos positivos, mas também apontam caminhos para melhorar a metodologia utilizada, levando em consideração aspectos da governabilidade de intervenção ou implicação dos sujeitos envolvidos. Apesar de pequenas alterações entre as turmas, nota-se grande estabilidade de satisfação em relação ao curso.

f) Ambiente virtual

O ambiente virtual é uma ferramenta potente e fundamental para a formação na modalidade EAD e Semipresencial. Porém, ainda é muito recente sua utilização para a formação em saúde, o que a torna para muitos uma ferramenta de difícil acesso e manuseio. Na avaliação dos

estudantes-gestores sobre o ambiente virtual, a utilização da plataforma Moodle se apresenta positivamente na opinião da maioria dos participantes; para estes o ambiente virtual tem níveis de dificuldade e de funcionamento diferentes, uma vez que para alguns existe a dificuldade natural de lidar com a ferramenta propriamente dita (com sua pouca ou quase nenhuma habilidade nessa tecnologia), para outros a própria ferramenta apresentava ainda dificuldade de acesso e senhas, além de inconstâncias e monotonia de espaços, o que a tornava muitas vezes um ambiente apático e pouco atrativo. Algumas falas enfatizam ainda a necessidade de superação das dificuldades elencadas por todos, visando maior aproveitamento do curso. É importante destacar que a plataforma utilizada foi criada exclusivamente para este curso e que, de fato, a equipe de idealizadores e executores dessa ferramenta tinha pouca apropriação sobre como a plataforma se comportaria, porém, ao longo do curso, todos os envolvidos (equipe de criação, coordenação, tutores-apoiadores e estudantes-gestores) foram aprendendo a manusear e aprimorar a plataforma, contribuindo diretamente para a melhoria do espaço, o que se vê claramente justificado nas diferentes falas, quando relacionamos as opiniões da primeira turma e da segunda, demonstrando que algumas, se não a maioria, das dificuldades foram superadas e problemas ajustados ou sanados. O que deixa claro que a equipe (criação e coordenação) passou também por um processo de aprendizagem e superação dos limites durante toda a realização do curso.

Quadro 8 - Avaliação do ambiente virtual

Como você avalia o ambiente virtual de aprendizagem do CQG-SUS/Fiocruz? *	TURMA 1	TURMA 2
Plenamente Satisfeito	71,6%	78,2%
Parcialmente Satisfeito	25,4%	21,1%
Insatisfeito	3%	0,7%

Fonte: Elaborado pelos autores

A avaliação do ambiente virtual (Moodle) é positiva em sua maioria, apresentando praticamente um média de 75% de plenamente satisfeitos, porém algumas falas remetem à necessidade de melhoria desse espaço e ainda a fragilidades pessoais a serem superadas para uma melhor utilização dessa ferramenta. Apresentaram ainda algumas soluções possíveis e sugestões de melhorias do mesmo.

g) Desempenho do tutor-apoiador

O Curso Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba teve em sua essência alguns diferenciais para a formação em saúde, o que não seria diferente também com relação à seleção dos profissionais que seriam facilitadores nesse processo. Buscou-se para essa função um perfil de profissional diferenciado, com experiência, qualificação técnica e comprometimento, mas também sensível à importância e impacto que o processo teria para a saúde no estado. Como costumávamos dizer informalmente, estávamos à procura de super-homens e super-mulheres que acreditassem junto conosco no nosso sonho de qualificar a saúde em nosso estado, melhorando seus serviços, por meio da potencialização dos espaços de gestão nos municípios e nas regiões. Para isso era preciso focar em profissionais que tivessem um histórico de comprometimento com o SUS e eficiência ou até mesmo sonhadores como nós, que precisavam de oportunidade para realizar um trabalho com coerência, competência e consciência crítica dos processos de gestão do SUS. Mas difícil e longo foi esse caminho. Foram diversas seleções e por fim tivemos êxito. Ao longo do caminho, também tivemos diversas mudanças de profissionais, o que não é incomum quando se tem pessoas qualificadas dispostas a “ousar outros voos”. Mesmo com algumas mudanças (os que já estavam junto com os que foram se aproximando), o trabalho foi sendo construído coletivamente com esses profissionais comprometidos com a saúde, capazes, competentes e críticos.

Dessa forma, quando questionados sobre o desempenho do tutor-apoiador e domínio dos temas abordados no curso, os estudantes-gestores trazem reflexões claras e coerentes sobre o potencial desses profissionais e de sua relevância para a formação em saúde, conforme informações abaixo:

Quadro 9 - Avaliação do desempenho do Tutor/Apoiador

Como você avalia o desempenho do Tutor/Apoiador durante o curso?*	TURMA 1	TURMA 2
Plenamente Satisfeito	95,0%	95,6%
Parcialmente Satisfeito	4,5%	4,4%
Insatisfeito	0,5%	0,0%

Fonte: Elaborado pelos autores

O desempenho dos tutores foi avaliado positivamente pela grande maioria dos estudantes-gestores que responderam à nossa pesquisa. Elencando aspectos importantes da relação pessoal e de trabalho, enfatizando principalmente a capacidade profissional dos mesmos, no cumprimento das suas atribuições, ressaltando seu comprometimento e desempenho, bem como sua capacidade profissional, coerência, disponibilidade e habilidade em lidar com todos. Observa-se uma estabilidade de satisfação entre as turmas de 95% de plenamente satisfeitos.

Por fim, é preciso ressaltar que a avaliação implementada pela comissão e aqui descrita surgiu da necessidade do projeto em direcionar um olhar crítico para sua própria atuação. Sendo importante também informar que a mesma ocorreu em caráter permanente durante toda a sua vigência, nos remetendo ao diálogo constante e à reflexão da práxis, que inclui ação – reflexão – nova ação (com intencionalidade transformadora).

Considerações finais

Conforme podemos observar, o projeto que executou o Curso de Qualificação de Gestores do SUS vinculado ao trabalho de Apoio Institucional da SES/PB às regiões de saúde do estado foi, em geral, muito bem avaliado. Na primeira turma, a média do indicativo “Plenamente satisfeito” ficou acima de 75% e juntando com o indicativo “Parcialmente satisfeito” a média de satisfação ficou acima de 98%. Na segunda turma, a média do indicativo “Plenamente satisfeito” alcançou 67% e somado com o indicativo “Parcialmente satisfeito” a média de satisfação atingiu 97,51%. Cabe ressaltar que as primeiras turmas tinham mais secretários de saúde entre os estudantes-gestores, o que favoreceu a participação nos espaços institucionais e a governabilidade em relação à aplicabilidade das soluções sugeridas aos problemas diagnosticados no curso. A segunda leva de turmas, com menos secretários de saúde e sendo um ano eleitoral, encontrou resistência, em algumas regiões, para participar dos espaços institucionais e também apresentou falta de governabilidade em relação à aplicação dos resultados do curso. O que explica, por sua vez, a leve redução na média de satisfação avaliada. Contudo, a plataforma virtual e o desempenho dos tutores tiveram uma leve elevação na avaliação de satisfação na segunda leva de turmas em relação às primeiras, o que nos leva a reconhecer que o uso contínuo da ferramenta e a busca por aprimorá-la contribuem no desenvolvimento

da metodologia e familiaridade com a plataforma. Aliás, o desempenho dos tutores, em ambas as turmas, foi avaliado como “Plenamente satisfeito” por 95% ou mais.

Um aspecto percebido e que merece destaque no processo vivenciado pela Comissão de Avaliação foi a parceria e o comprometimento que os estudantes-gestores tiveram com todo o processo avaliativo, contribuindo para uma reflexão continuada da práxis. Dessa forma, muito foi agregado ao processo a partir da avaliação realizada, sendo possível a melhoria da compreensão metodológica e das ferramentas utilizadas no curso e nas atividades de gestão, bem como melhorias no processo de trabalho das regiões de saúde. Outra questão perceptível na avaliação foi o vínculo estabelecido entre estudantes-gestores e tutores-apoiadores, o que contribuiu para o bom andamento de todos os processos propostos. As estratégias e as ferramentas de acompanhamento utilizadas no processo foram fundamentais, inclusive a de avaliação.

REFERÊNCIAS

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** (*online*). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. Disponível em: <http://ead.santamonicaescola.com.br/file.php/1/Biblioteca_Virtual/Tecnico_em_Enfermagem/Avaliacao_em_Saude_dos_Modelos_Conceituais_a_Pratica_na_Analisa_da_Implementacao_de_Programas.pdf>. Acesso em: 9 set. 2016.

DENIS, Jean-Louis; CHAMPAGNE, François. Análise da Implantação. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** (*online*). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. Disponível em: <http://ead.santamonicaescola.com.br/file.php/1/Biblioteca_Virtual/Tecnico_em_Enfermagem/Avaliacao_em_Saude_dos_Modelos_Conceituais_a_Pratica_na_Analisa_da_Implementacao_de_Programas.pdf>. Acesso em: 9 set. 2016.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** (*online*). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. Disponível em: <http://ead.santamonicaescola.com.br/file.php/1/Biblioteca_Virtual/Tecnico_em_Enfermagem/Avaliacao_em_Saude_dos_Modelos_Conceituais_a_Pratica_na_Analisa_da_Implementacao_de_Programas.pdf>. Acesso em: 9 set. 2016.

NOVAES, Hillegonda Maria D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista Saúde Pública**, Vol. 34, nº 5, out/2000, p. 547-559. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0034-891020000005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2016.

IV

RELATOS DE EXPERIÊNCIA: TUTORES E ESTUDANTES-GESTORES



CAPÍTULO 10

A EXPERIÊNCIA DO FORTALECIMENTO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO SERTÃO DA PARAÍBA

Luana Idalino da Silva

Luennia Kelly Alves Rocha de Araújo

Nathallya Rodrigues

Alexsandra Layani F. de Andrade

Christianne Urtiga Rocha

Introdução

Sertão é o nome que se dá a um lugar pouco povoado, com clima árido e coberto por muita simplicidade. Essa denominação implica dizer que lidamos diariamente com desigualdades nos diversos setores, em especial no âmbito da saúde pública, onde são ofertados principalmente ações e serviços de atenção básica e de média complexidade, o que gera dificuldades de acesso a serviços prioritários, baixa resolutividade e peregrinação da população para os grandes centros em busca de assistência à saúde especializada.

Assim, urge a necessidade de implantação/fortalecimento das redes de atenção à saúde como estratégia para garantia do direito à saúde e melhoria das condições de vida da população. Esta foi a semente que nós, tutores-apoiadores institucionais da 4ª macrorregião de saúde fomos plantar no solo seco daquele pedaço de chão.

Inicialmente, alguns conceitos deveriam ser esclarecidos quando chegamos ao território, o primeiro deles era região de saúde, para que os gestores municipais compreendessem a necessidade de instituição da gestão compartilhada, reconhecendo a interdependência entre eles, assim como a solidariedade entre os municípios na busca por maior resolutividade, acesso e integralidade das ações e serviços de saúde. Dessa forma, o decreto 7.508, em seu artigo 2º, inciso I, define região de saúde como:

O espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, eco-

nômicas e sociais e de rede de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

O segundo era regionalização com vistas à evolução do processo de implantação das redes de atenção à saúde (RAS), que perpassa as pretensões políticas administrativas e evidencia a necessidade do estabelecimento de arranjos organizacionais, bem como a valorização do espaço regional como base de coordenação, gestão e governança do sistema de saúde. Assim, as RAS apresentam-se como uma proposta para efetivação da integralidade da atenção e redução dos custos dos serviços regionais (SILVA, 2011).

Diante disso, segundo Silva (2011), as redes de atenção à saúde representam uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde.

Dessa forma, fomos distribuídos em quatro regiões de saúde, cada qual com suas especificidades, tendo em vista a capacidade tecnológica instalada de forma ainda desigual que atinge os diferentes municípios.

Para Machado (2009) e Santos e Giovannella (2014), a organização dos serviços em redes de atenção à saúde é uma potente proposta, porém sua efetivação enfrenta diferentes e importantes obstáculos, dentre eles a institucionalização de uma rede de atenção homogênea em territórios heterogêneos, formados por entes autônomos e marcados por forte disputa política.

Tomando como base as discussões que emergiram a partir desses conceitos, surgiram diversas formas de problemas e esses serão o eixo central deste capítulo.

O trabalho do tutor-apoiador institucional na 4ª macrorregião

Tendo em vista o modo positivo como o processo de regionalização pode interferir na universalidade do acesso à saúde, a partir do planejamento e organização de serviços da rede de atenção à saúde de acordo com as necessidades regionais (LIMA, 2012), a inserção do tu-

tor-apoiador no estado da Paraíba possuía como principal objetivo o fortalecimento da regionalização, através de uma retaguarda técnico-político-pedagógica.

Para tanto, iniciamos o acompanhamento de turmas de estudantes-gestores que ocupavam um lugar importante na produção de saúde da população, secretários de saúde, coordenadores dos serviços, apoiadores regionais, gerentes de saúde e diretores de hospitais que foram convidados a participar ativamente do processo de implantação/implementação das redes de atenção à saúde na Paraíba.

Atuamos estimulando os estudantes-gestores a observar a realidade onde estavam inseridos, seu cotidiano, seu processo de trabalho e ao problematizá-la, identificavam os entraves que dificultavam o estabelecimento de suas funções. Assim, eles propunham estratégias em prol da organização das ações e serviços para que a região pudesse melhor atender às necessidades dos grupos prioritários.

A cada módulo de aprendizado trabalhado, os desafios de organização das RAS e as necessidades das regiões eram cada vez mais frequentes, mas havia um objetivo *a priori*, a qualificação dos gestores na busca do desenvolvimento da prestação direta de serviços, da avaliação e monitoramento, do financiamento e da formulação de políticas com eficiência, enfatizando que o desenvolvimento dessas funções deve estar atrelado à capacidade de atender ao projeto de governo (GONDIM, 2011) com ações promotoras de integralidade, universalização do acesso e equidade.

Além do acompanhamento das turmas, havia o trabalho de apoio institucional que caracterizava a retaguarda técnico-política que prestávamos aos gestores das regiões de saúde. Então, nossos esforços estavam centrados na qualificação dos espaços de Comissão Intergestores Regionais (CIR), Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), gerências regionais de saúde, dentre outros. E principalmente na criação de matrizes diagnósticas e mapas de saúde que subsidiassem a implantação das redes de atenção à saúde.

Assim, nossas ações foram desenvolvidas na 4ª Macrorregião de Saúde da Paraíba, composta por três gerências regionais de saúde e quatro regiões de saúde (CIR Alto Sertão, CIR Sertão Saúde, CIR 10ª Vale dos Dinossauros, CIR 13ª Terra de Maringá). Essa distribuição se caracterizou como um desafio, haja vista os diversos problemas que en-

frentavam as regiões de saúde na efetivação dos espaços de gestão devido à escassez de recursos humanos qualificados e às fortes heranças dos modelos políticos tradicionais que ainda permeiam essas regiões.

A realidade vivenciada nas instâncias colegiadas da maioria das regiões de saúde era a falta de quórum, pouca resolutividade quanto aos problemas da população e ausência de monitoramento de políticas, a exemplo da política de educação permanente em saúde. Para superar os desafios supracitados, utilizamos ferramentas como a definição de papéis, a implantação de comissões, a formação de câmaras técnicas e a mediação de conflitos. Nessa perspectiva, iniciamos a proposta de qualificação desses espaços, fomos efetivando as discussões e criando novas instâncias consultivas para inserção de outros atores, pressupondo os benefícios de uma gestão compartilhada.

A partir disso, na 8ª região, o desenvolvimento das atividades estava centrado principalmente na sistematização do processo de trabalho da gerência regional de saúde, que se encontrava fragilizado quanto à definição de finalidade, meios de produção e agentes. Isso se deu através da formação de grupo de estudo, organização de organograma, criação de fluxograma de atividades que respeitasse o processo de trabalho interno, mas principalmente o apoio ao território que compõe a região de saúde. Além disso, instituíram-se formas de avaliação e monitoramento das ações que permitissem a melhoria das atividades.

Seguiu-se também a introdução de discussões qualificadas sobre os problemas que afetavam a qualidade dos serviços e a assistência em saúde, principalmente relacionadas às redes prioritárias, nos espaços da CIR e CIES, buscando fortalecer essas instâncias colegiadas, tornando-as cada vez mais deliberativas e resolutivas. E incentivou-se a instituição dos demais espaços que até então não estavam formados, sendo eles: grupos condutores regionais das redes de atenção à saúde e câmara técnica de CIR.

Na 9ª região de saúde, para além da sensibilização e empoderamento dos gestores quanto à organização das redes prioritárias, tinha-se ainda o papel de articulador entre os serviços, na tentativa de que os planos saíssem do papel para a mudança da realidade, como também a qualificação das referências técnicas de cada rede temática, que eram os apoiadores regionais¹ da Gerência Regional de Saúde.

1 O termo *Apoiador Matricial* utilizado em outros textos deste livro foi substituído, em 2016, pelo termo *Apoiador Regional*. Os autores deste texto optaram por utilizar o termo atual.

Além disso, podemos citar como ações que contribuíram para o fortalecimento da 9ª região de saúde a qualificação da CIR e da CIES, a participação e empenho dos estudantes-gestores nos espaços de gestão, além do estímulo e implantação da rotina do serviço na gerência de saúde por meio do planejamento e avaliação das ações semanais e da formação de grupo de estudos.

Vale destacar que nessa região o processo de construção dos planos e discussão de rede já estava em andamento e com consideráveis avanços, uma vez que os planos já haviam sido aprovados pelas instâncias colegiadas, os recursos liberados pelo Governo Federal e ações e serviços implantados, a exemplo de componentes da Rede Cegonha e da Atenção Psicossocial.

Na 10ª região de saúde, a proposta inicial foi realizarmos uma análise situacional dos espaços institucionais e conhecermos o processo de trabalho da gerência sobre as redes e seu apoio aos municípios. Neste processo percebeu-se que havia um apoiador regional para cada três ou quatro municípios. Estes participavam das reuniões da CIR que ocorriam mensalmente, conforme houvesse pauta.

Com isso, junto com os estudantes-gestores, foram criados os grupos condutores das redes prioritárias para elaboração dos planos regionais. Neste envolvimento coletivo, participavam os representantes do hospital estadual, secretários de saúde, técnicos municipais e o apoiador regional da gerência regional de saúde.

A implantação das Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde

Quando fomos distribuídas nas regiões de saúde, foi possível identificar os problemas que as regiões possuíam para garantir o acesso aos níveis de média e alta complexidades, à integralidade da assistência e à resolutividade.

Logo, identificou-se que a 8ª Região de Saúde possuía apenas o plano de ação da Rede de Atenção Psicossocial, que foi construído no ano de 2013. Há que se destacar a importância de elaboração desses documentos como uma ferramenta de planejamento regional que estabelecerá as prioridades de intervenção com base nas necessidades de saúde da região e com foco na garantia da integralidade da atenção, buscando

a maximização dos recursos disponíveis. E, com isso, devem-se basear os demais instrumentos de gestão, Plano Municipal de Saúde e Plano Regional Integrado.

Restando, portanto, a elaboração dos planos das redes de cuidados à pessoa com deficiência, rede cegonha, rede de atenção às urgências e emergências e das doenças crônicas.

Então, o trabalho para construção desses instrumentos de implantação das redes na 8ª região de saúde iniciou-se por meio da observação da realidade, com atores que vivenciavam a gestão de saúde dos municípios, sendo eles coordenadores, técnicos, profissionais de saúde e secretários de saúde. Assim, formaram-se os grupos condutores regionais das redes de atenção à saúde.

Nesses espaços, produziam-se discussões sobre a legislação das RAS, perfil epidemiológico e demográfico da região de saúde e, principalmente, problematizava-se a realidade de cada população prioritária, afim de que o plano de ação buscasse enfrentar tais situações.

Então, a partir de reuniões mensais, estabelecemos a participação dos diversos atores em um colegiado que visa à articulação e à negociação regional e se constitui num espaço de definição de prioridades e de apontamento de soluções para a organização do processo de implantação e monitoramento das RAS.

Mesmo com essa organização, diversas dificuldades emergiram, dentre elas a escassez de dados para caracterização da região, fato que se constitui como um problema, tendo em vista que a maioria dos municípios não possuía os instrumentos de gestão construídos. Então, mesmo se tratando de grupos prioritários, deparamo-nos com a desqualificação dos recursos humanos das secretarias de saúde e por vezes com a inexistência de pessoal responsável para o fornecimento de informações da gestão e assistência em saúde. Destaca-se a fragilidade de muitos técnicos e digitadores no manejo dos sistemas de informação, no cumprimento da carga horária e até mesmo na compreensão de suas funções.

Mas, isso não significou que paramos! Fomos reconhecendo, nos membros do grupo condutor regional, facilitadores na coleta de dados e na identificação de parceiros, como, por exemplo, os agentes comunitários de saúde, que possuem muitas informações sobre a comunidade. Por meio disso, construímos o plano da rede de cuidados à pessoa com deficiência. E seguimos na construção dos demais.

Para além da elaboração dos planos de ação, passamos a identificar as potencialidades da região, mas principalmente os problemas que cada município enfrentava para o cumprimento dos princípios constitucionais do SUS e das suas funções gestoras na produção de saúde para a população. Eles foram muitos!

No tocante à 9ª região de saúde, os planos começaram a ser construídos em 2011, após a publicação do decreto 7.508, tendo o plano da rede materno-infantil sido construído e aprovado nas três esferas no início de 2012. Logo após, tivemos a aprovação do plano da rede de atenção psicossocial ainda no mesmo ano; e em 2014 tivemos a aprovação do plano da rede de atenção à pessoa com deficiência. Nesse mesmo período, o esboço do plano da rede de urgência e emergência também foi construído, mas só foi aprovado pela CIR devido à necessidade de ser construído um plano macrorregional.

Então os esforços do tutor-apoiador seguiram com a análise de cada plano dentro das gerências regionais de saúde e grupos condutores regionais das redes no intuito de revisá-los e atualizá-los, identificando os pontos frágeis da rede a serem trabalhados, tanto através de ações técnicas pontuais como com discussões em CIR e no Curso de Qualificação de Gestores do SUS.

Na 10ª região de saúde, nenhum plano havia sido elaborado. Com a implantação dos grupos condutores regionais das redes e o envolvimento dos gestores, foi possível conhecermos a realidade da região, as lacunas assistenciais e estabelecermos as ações e serviços prioritários para a região. Assim foi possível elaborar e aprovar em CIB o Plano da Rede Psicossocial, elaborar o Plano da Rede Materno-Infantil e iniciar os planos de urgência e emergência, de cuidados à pessoa com deficiência e de atenção a doenças crônicas.

Ainda sobre essa região, a avaliação situacional permitiu percebermos muitos desafios para implantação das redes de atenção à saúde, tendo dentre os problemas a inexistência da contrarreferência e a dificuldade de estabelecimento de fluxos para referência dos usuários no sistema.

Portanto, à análise das diferentes formas como esses problemas se apresentavam fazia-nos refletir se o que havia de mais emergente nas regiões era a formalidade de um documento e se havia possibilidade de produzir saúde com a capacidade instalada que as regiões possuíam.

O fortalecimento das Redes de Atenção nas regiões de saúde

Na 8ª região de saúde, notamos que, mesmo com os avanços, enquanto produzíamos os documentos que serviriam como plano de ação das redes de atenção à saúde, o número de cesarianas aumentava, a região mantinha a frequência de óbitos maternos, as pessoas com deficiência ficavam sem atendimento, os acidentes de trânsito mantiveram-se frequentes e as mortes por infarto e AVC ainda encontravam-se como as primeiras causas de mortalidade dos municípios.

Agora, o que está sendo problematizado é o processo de trabalho dos grupos condutores instituídos na região: seguimos o caminho certo? Esse questionamento foi sempre constante durante o apoio desenvolvido na 8ª região de saúde, pois as necessidades eram muitas.

Então fomentamos as discussões e os demais membros passaram a trazer as angústias, as penúrias e também ideias para que pudéssemos organizar ações e potencializar os serviços que tínhamos. Além disso, os estudantes-gestores que estavam inseridos nos diversos espaços institucionais traziam os conhecimentos do curso e expunham os problemas eleitos, as causas e as hipóteses que possivelmente trariam mudanças/resultados para a região.

Percebe-se agora que, atreladamente a essa construção, poderíamos planejar ações que capacitassem os profissionais de saúde, que facilitassem a articulação entre os diversos componentes das redes, fomentassem a negociação dos gestores e principalmente gerassem resultados sobre os indicadores de saúde da região.

Então, baseando-se na premissa de que a implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e o avanço do processo de efetivação do SUS, deveríamos produzir saúde com os componentes das redes que já tínhamos instalados na região. Então observamos que a região possui uma cobertura de atenção básica de 92,8%, que produz uma capacidade de acolher, cuidar e ordenar os diversos grupos para os demais componentes da rede cegonha, rede de urgência e emergência, rede de atenção psicossocial, de atenção às pessoas com deficiência e de doenças crônicas. Por isso, tínhamos ferramentas para intervir sobre os problemas.

Logo, era necessário trabalharmos com os diferentes componentes das redes. Na RAPS foi possível estabelecer negociação e articula-

ção dos gestores para organização de fluxos das pessoas com transtorno mental. Isso se deu através da construção de relatórios dos serviços e da apresentação e discussão em CIR. Deveríamos resolver onde as pessoas em sofrimento mental seriam atendidas, inclusive as crianças, tendo em vista a ausência de implantação de todos os serviços da rede, a exemplo do CAPS-i. Ou seja, foram apresentadas situações conflituosas, que culminam na violação de direitos dos usuários e no não cumprimento da responsabilidade sanitária dos gestores.

Com isso, definiram-se os fluxos, realizaram-se negociações e articulação entre os municípios, a fim de enfrentar alguns problemas, não todos, demonstrando a força da solidariedade dos municípios de maior porte no atendimento de usuários de municípios circunvizinhos.

Outros espaços foram formados, como uma Roda de Conversa com tema sobre Atenção às urgências psiquiátricas na 8ª Região de Saúde para fortalecimento da RAPS e RUE. O objetivo era o melhoramento da abordagem das equipes multiprofissionais, na qualificação da gestão e dos profissionais dos serviços de saúde acerca da atenção às urgências psiquiátricas, afim de garantir o acesso e a assistência humanizada aos usuários em sofrimento mental.

Quando nos deparamos com a Rede Cegonha, encontramos frequentes discussões sobre os serviços que realizam partos. Então, seguimos com o fortalecimento da atenção à gestante com a formação dos profissionais na realização de testes rápidos para fortalecimento da atenção básica, avaliação de indicadores e discussão em CIR sobre o acesso a exames, regulação e transporte seguro.

Para a rede de cuidados à pessoa com deficiência, como dispomos de atenção básica e CEO como componentes, utilizamos a divulgação de cursos, por exemplo, de estimulação precoce e da importância do projeto terapêutico singular para garantia da integralidade do cuidado ao usuário.

Ainda foram oferecidos a todos os municípios da 4ª macro os cursos que estavam programados no Plano Macrorregional de Educação Permanente em Saúde (PMEPS), aprovado pela CIB em 4 de junho de 2013, sendo resultado do trabalho de grupos formados nas CIR das quatro regiões, que realizaram um levantamento e identificaram como prioritários os cursos de Fortalecimento da RAPS, Acolhimento e Classificação de Risco para AB e Manejo Clínico de Doenças Crônicas e Especialização em Obstetrícia.

Para além dessas ações, o que mais interessa é a continuidade das discussões, a utilização do conhecimento adquirido no cotidiano e a resposta que ele provoca no território, que corrobora com Freire (1974) quando destaca a capacidade de ação-reflexão-ação do homem.

Ainda, para refletir sobre processo de trabalho como tutor-apoiador institucional na 9ª região de saúde, deve-se lembrar de momentos que contribuíram significativamente para nosso processo de trabalho. Por vezes, precisamos fazer vários enfrentamentos no que corresponde ao nosso papel dentro da gerência. Assim tivemos várias atividades planejadas e realizadas, podendo descrever: o fortalecimento da gestão, a implantação e efetivação dos grupos de estudo, o planejamento e avaliação das ações em reuniões semanais, o fortalecimento e autonomia da CIR, o fortalecimento e empoderamento da CIES.

O apoio institucional e a tutoria seguiram alicerçados no pressuposto da Educação Permanente, estimulando a produção de conhecimento. E nossas principais estratégias de trabalho eram restabelecer a coerência de organizar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) através da promoção da integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada.

Na 10ª região, os processos de fortalecimento foram similares às demais regiões de saúde, haja vista que a semelhança dos desafios exigia articulação entre nós, tutoras-apoiadoras institucionais, que seguimos compartilhando experiências e contando com uma coordenação pedagógica e técnica durante todo o processo de fortalecimentos das redes de atenção à saúde.

Considerações Finais

Sobre o Sertão? Orgulhosas estamos! Pois podemos dizer que cada tutor-apoiador sentiu na instituição do seu trabalho que o sertanejo não possui esperança apenas para a vinda da chuva, mas também por melhores condições de vida e de saúde para seu povo. Na busca pela efetividade do acesso universal e integralidade do cuidado no seu próprio território.

Para isso, a semente da regionalização, que viemos plantar nesse solo seco, enfrentou problemas para ser semeada e mais dificuldade terá para florescer e dar frutos. Mas seguimos certas de que ela se encontra fixa à terra e que os sentimentos para que ela ganhe forma são de força e perseverança.

Assim foi o trabalho do tutor-apoiador institucional nesse território. Compreendemos que a palavra problema foi sempre uma constante quando falamos em saúde. No entanto, é importante destacar que os gestores de saúde devem desenvolver a capacidade de observação, de planejamento, de avaliação e monitoramento das ações e serviços, pois, somente com o estabelecimento dessas funções, identificam as potencialidades e as problemáticas e poderão promover saúde.

Ao longo dos anos, pesquisas demonstram que a saúde tem sido considerada a principal preocupação das pessoas, exigindo a instituição de políticas, ações e serviços cada vez mais efetivos. Para tanto, destacam-se, em âmbito nacional, as fragilidades de gestão e subfinanciamento como problemas relevantes para a melhoria das políticas e práticas de saúde (LORENZETTI et al., 2014). Isso se torna cada vez mais preocupante, quando encontramos tantas desigualdades locorregionais em saúde.

Para tanto, a formação de espaços de discussão, qualificação profissional por meio da EPS, introdução de estratégias de gestão compartilhada e solidariedade entre os municípios torna possível maximizar a capacidade instalada de que dispomos e formular ações para cuidar melhor do usuário.

Com isso, destacamos que as políticas públicas necessitam de projetos que permitam fortalecer sua capacidade de atenção e assistência à saúde da população, como um direito e bem social que deve ser ofertado com qualidade, eficiência e eficácia.

REFERÊNCIAS

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.

GONDIM, R.; MENDES, W. (Org.). **Qualificação de Gestores do SUS**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2011.

LORENZETTI, J. et al. Gestão em Saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**. Abr-Jun; 23(2): 417-25, 2014.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 24, n. 71, p. 105-119, 2009.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-663, 2014.

SILVA, S.F. et al. **Redes de atenção à saúde no SUS**: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: Saberes; 2011.

SILVA F. S. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Cien Saude Colet**; 16(6):2753-62, 2011.

CAPÍTULO 11

A EDUCAÇÃO PROBLEMATIZADORA COMO FERRAMENTA NA QUALIFICAÇÃO DE GESTORES DO SUS

Angely Caldas Gomes

Danyelle Nóbrega de Farias

Ingrid Davis da Silva Gadelha

Luciana Moura Mendes

Introdução

A necessidade crescente de ressignificar o perfil profissional para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) faz da educação permanente em saúde (EPS) uma ferramenta imprescindível para os profissionais da área. Por ser uma prática de ensino-aprendizagem que incentiva o desenvolvimento de uma postura crítica, autoavaliação, autoformação e autogestão, promove mudanças de concepção e práticas educativas da formação, atenção e gestão da saúde.

A Política de Educação Permanente em Saúde foi instituída por meio da Portaria nº 198/2004 e posteriormente atualizada pela Portaria nº 1996/2007. Assim, formaliza-se a EPS como estratégia para a transformação e qualificação das práticas de saúde, organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2009).

A política não expressa uma opção didático-pedagógica, apresenta-se como estratégia político-pedagógica de educação na saúde. Ela propõe que os processos educativos aconteçam de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, partindo do pressuposto da aprendizagem significativa e da possibilidade de transformar as práticas profissionais (CARDOSO, 2012).

O trabalho passa a ser visto como um local privilegiado de construção de conhecimento e, a partir da análise coletiva dos processos de

trabalho enfrentados na atenção e/ou na gestão, é possível identificar os problemas críticos a serem enfrentados. Além de permitir a construção de estratégias contextualizadas, por meio do diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimula também experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

O reconhecimento da EPS como dispositivo de qualificação profissional faz do seu uso na área da gestão do trabalho e educação na saúde uma tática fundamental para o fortalecimento e traz possibilidades desencadeadas para os processos de mudanças nas práticas institucionais. O cotidiano das práticas de saúde, em que o trabalho se concretiza, possibilita o desenvolvimento de diferentes tecnologias, produção do conhecimento científico e estabelecimento de relações entre profissionais, profissionais e usuários e “serviço-usuário” (SCHRAIBER, 1995, p. 28-35).

Ao fazer a aproximação da educação da vida cotidiana, reconhece-se o potencial educativo da situação de trabalho (BRASIL, 2009) e estimula-se a capacidade crítica e de insubmissão dos sujeitos envolvidos no processo educativo. Além disso, favorecem-se o exercício democrático e a reflexão sobre as políticas e práticas, incentivando ações que possam modificar e reorganizar serviços que contribuam com estratégias para otimizar a gestão do trabalho em saúde.

Diante da necessidade de operacionalizar ações educativas capazes de fortalecer o processo de regionalização, de forma descentralizada, valorizando a estrutura, instituições, atores e representações sociais, surgiu o debate frente ao Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba (CQGSUS-PB). Essa experiência retrata o processo e envolvimento com a EPS vivido enquanto tutoras da 2ª Macrorregião de Saúde, CQGSUS-PB e os efeitos desencadeados a partir das nossas práticas profissionais no contexto da gestão em saúde.

Entendendo a Educação Permanente em Saúde como uma ferramenta potencializadora de qualificação para o CQGSUS-PB, tal projeto utiliza uma versão dinâmica e diferenciada, com o objetivo de proporcionar o desenvolvimento de capacidades para a gestão nos diferentes níveis do SUS no estado. Trata-se de um curso de aperfeiçoamento, com caráter semipresencial e participação a distância a partir da plataforma Moodle. É fruto de uma parceria entre Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba, por meio do Centro Formador de Recursos Humanos, e o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz Pernambuco.

O público-alvo compõe-se de profissionais, com nível superior ou ensino médio completo, que desempenham funções na gestão do SUS. Dentre os estudantes-gestores integrantes do curso, registra-se uma expressiva participação de secretários municipais de saúde, coordenadores dos serviços de saúde e profissionais das gerências regionais de saúde. A carga horária total do curso constituiu-se de 225 horas, distribuídas em 180 horas presenciais e 45 horas a distância, durante um período de nove meses (janeiro a setembro de 2015).

O projeto político-pedagógico do curso fundamenta-se na incorporação dos conceitos de: aluno-equipe, regionalização, redes de atenção à saúde e práticas inovadoras. A proposta educacional incorpora o método problematizador, e a partir do protagonismo, o estudante/gestor utiliza-se de atividades de discussão diante da realidade regional com situações-problema, no intuito de fomentar a reflexão diante de sua prática cotidiana como gestor. O método visa melhorar ou implementar os seus campos de atuações, a fim de torná-los mais resolutivos frente às questões das Redes de Atenção à Saúde do SUS.

As atividades foram desenvolvidas a partir da compreensão e sistematização das etapas do Arco de Maguerez, que é orientado por cinco fases: observação da realidade, esclarecimento dos pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade (BORDENAVE; PEREIRA, 1982) conforme apresentado na Figura 1.



Figura 1: Representação do Arco de Maguerez.

A observação da realidade está relacionada à etapa de elencar um problema, a partir da realidade de saúde da região do estudante-gestor. O passo referente aos pontos-chave é identificar as causas do problema, justificando a escolha do problema e explicando como sua superação

contribuiria para o fortalecimento do SUS na região. A teorização compreende a fundamentação teórica sobre o problema definido, trazendo o que a literatura aponta sobre a temática. Já a etapa de hipótese de solução é propor as possíveis soluções para o problema, enquanto que a aplicação à realidade compreende a intervenção, ou seja, é a explicação das soluções definidas, abordando a sua operacionalização na prática. De forma geral, essa sistematização do Arco de Maguerez está vinculada a uma rede prioritária de saúde (SOUSA et al., 2015).

Esse processo orienta-se pela valorização dos saberes prévios, da estreita relação entre teoria e prática, do desenvolvimento da autonomia, da crítica e da criatividade. Baseado nos pressupostos do construtivismo, esta metodologia usa o protagonismo e problematização como estratégias para a produção e organização do conhecimento, e consequentemente traz inovações no processo de ensino-aprendizagem, por conscientizar e estimular o aluno, a todo tempo, na busca ativa do conhecimento. Essa reflexão do agir traz traços da EPS para o processo de conformação do curso.

Outra característica do curso é trabalhar na perspectiva do ensino integrado e integrador. Além de ter o foco no estudante-gestor, o processo de ensino-aprendizagem deve ser desenvolvido em pequenos grupos para que a contextualização dos problemas seja um processo ativo, cooperativo, integrado e interdisciplinar. Desse modo, cada equipe de estudantes da turma constrói o arco e o discute em cada uma de suas fases em momentos presenciais, espaços institucionais e na plataforma, onde todas as fases do arco ficam registradas nos fóruns de discussão. Nessa perspectiva de construção do conhecimento compartilhado a partir da realidade de trabalho de cada gestor, reconhecem-se também os pressupostos da EPS.

O curso está estruturado em cinco Unidades de Aprendizagem (UA), compreendidas com os seguintes temas: fundamentos do Sistema Único de Saúde; Gestão da Atenção à Saúde; as vigilâncias do campo da saúde: aportes e implicações para a gestão de sistemas e de serviços de saúde; e promoção da saúde e desenvolvimento social. A unidade que aborda as funções gestoras e seus instrumentos é considerada transversal, podendo ser abordada paralelamente em todas as partes citadas (SOUSA et al., 2015). Em cada unidade, a turma tem como principal função eleger um problema e elencar pontos-chave no início da UA, durante o encontro presencial e ao final, quando é realizado outro mo-

mento presencial, momento em que as equipes de estudantes-gestores apresentam as intervenções que conseguiram realizar diante do problema eleito.

No Ambiente Virtual de Aprendizagem utilizado como apoio às atividades a distância e representado pelo Moodle, foram disponibilizados vários recursos de interação, materiais de apoio e atividades, dentre elas, os fóruns de problematização, espaços de interação e discussão entre tutores e estudantes-gestores para a construção das etapas do Arco de Maguerez.

Dentro do construto, destaca-se a figura do tutor-apoiador institucional (TAI), com a função de fazer a mediação teórica do curso com o processo de trabalho dos estudantes-gestores, fazendo com que se desenvolva a capacidade de refletir a realidade de saúde da região, a partir da experiência do município no qual está inserido. O TAI, além de participar dos momentos presenciais político-pedagógico-institucionais e fazer o acompanhamento dos seus estudantes-gestores na plataforma a distância, desenvolveu atividades de gestão nas Gerências Regionais de Saúde da Paraíba às quais estava vinculado. Representa, assim, um facilitador, mediador, incentivador e motivador de aprendizagens, porém o estudante passa a ser o principal agente do processo de ensino-aprendizagem em virtude da sua autonomia (OLIVEIRA; SANTOS, 2013).

Diante da complexidade e das dificuldades que envolvem o fazer gestão em saúde, a EPS assume o compromisso de ampliar a interinstitucionalidade com a construção de espaços com ações diferenciadas, com mudança de posturas, práticas no cotidiano do trabalho e de aperfeiçoamento das relações. A integração da Educação Permanente com as tecnologias da informação, comunicação disponíveis e a flexibilização da Educação a Distância foram um eixo pedagógico importante no ambiente educacional do CQGSUS-PB por obter como resultado a inclusão do trabalho como um espaço importante para a aprendizagem, troca de experiências e diálogo entre os estudantes-gestores.

A associação com o ensino aumentou a capacidade de reflexão sobre a realidade e a assimilação dos conteúdos, possibilitando, assim, o alcance de melhorias do trabalho na gestão em saúde. A educação problematizadora, trabalhada na perspectiva de construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas, tem o intuito de trazer não só a discussão teórica, mas a integração entre a ação e a reflexão, e dessa forma as transformações práticas oriundas da integração. Com isso, a utilização da metodologia educacional da problematização

permitiu o desenvolvimento institucional, por conceber o trabalho na gestão como espaço de conhecimento e permitir a aplicabilidade do conteúdo apreendido no seu contexto real.

Além de ofertar subsídios para que os problemas no âmbito do processo de trabalho na gestão tivessem visibilidade, possibilitou-se ainda a transformação das práticas profissionais dos gestores. Dessa forma, a EPS no CQGSUS-PB significou mais do que apenas a aquisição de competências técnicas, éticas, políticas e culturais qualificadas, mas idealizou o trabalho na gestão como espaço de conhecimento, envolvendo as relações de gestão, da atenção à saúde e da participação popular. Além disso, favoreceu a aproximação com as práticas e com as dificuldades da gestão em saúde na realidade de cada município, uma vez que os estudantes-gestores a todo tempo eram estimulados a desenvolverem a sua capacidade reflexiva sobre os conteúdos trabalhados, tendo como base a realidade do seu cotidiano do trabalho, além de desenvolverem atividades de apoio às regiões de saúde, no que tange ao fortalecimento da regionalização e redes de atenção à saúde.

Essa incorporação de um processo de ensino-aprendizagem no próprio cotidiano das organizações do trabalho na gestão em saúde, com o auxílio do ambiente virtual na facilitação das discussões/reflexões, permitiu a construção de um espaço democrático de produção de conhecimento. Os estudantes-gestores foram envolvidos num ambicioso desejo de aprender e ensinar, de buscar soluções, de organizar equipes capazes de oferecer melhoria na gestão da saúde. Dessa forma, a EPS foi considerada uma estratégia mobilizadora das necessidades, projetos, ansiedades, desejos e sonhos desses trabalhadores em cada realidade local de cada estudante-gestor.

Assim, a EPS se fez presente e atuou como relevante potencializador de mudanças de práticas pautadas “em mim e no outro”, no momento das mediações de discussões e troca de saberes. Dessa forma, assumir o papel de estimular o estudante gestor para a construção de uma postura crítica, ativa e reflexiva durante a construção do conhecimento a partir do problema, concebido pela tutoria, ofereceu subsídios para que juntos estabeleçêssemos estratégias para resolvê-lo ou para amenizar as demandas da gestão em seu trabalho.

Nesse sentido, a cada contato que ocorria entre tutor e estudantes-gestores, tanto no momento do curso presencial, quanto no acompanhamento e mediação no Ambiente Virtual de Aprendizagem,

as conversas, as interlocuções e o movimento produziram uma nova e diferenciada forma de olhar para o trabalho na gestão da saúde e também para o reconhecimento e aproximação com o processo de trabalho dos serviços.

Além disso, o desenvolvimento paralelo da função de apoiador institucional, participando das atividades de gestão nas regiões de saúde da Paraíba, permitiu contribuir com a constituição e o fortalecimento de equipes gestoras de caráter regional, assim como nos aproximou da regionalização e redes de atenção em saúde do Estado da Paraíba. Assim, a EPS pôde ser utilizada para promover e produzir interação entre os diversos atores, com troca de experiências e mudanças de pensamentos e ações, com novas formas de pensar e agir frente às situações encontradas na gestão em saúde.

Por meio de um processo pedagógico de ensino-aprendizagem problematizador, a partir da prática do cotidiano, da reflexão dos conteúdos relacionados à gestão em saúde, a EPS ajudou os estudantes gestores no (re)conhecimento enquanto protagonistas de sua história e produção de novos conhecimentos e sentidos no fazer gestão em saúde. Isso foi possível pelos novos encontros entre gestores, trabalhadores e usuários, com destaque à potência do trabalho vivo em ato, o que possibilitou a transformação da realidade e favoreceu as mudanças de práticas.

Logo, o conhecimento novo, o conhecimento reinventado, foi construído a partir das práticas, de compromissos coletivos, das responsabilidades compartilhadas, estabelecendo as relações de cooperação e corresponsabilização pelas ações desencadeadas. Com isso, foi possível ampliar a articulação da gestão e desenvolvimento de capacidades gestoras dos diferentes níveis do SUS, a fim de favorecer práticas mais integrativas em todo o sistema de saúde.

Desde a criação do SUS, muitas mudanças aconteceram na saúde no Brasil e com elas surge também a necessidade de uma formação permanente para o desenvolvimento dos profissionais da área. Contudo, é necessário implementar novos modos de ensinar e aprender, a fim de substituir a educação tradicional por uma nova proposta encadeada e orientada a obter uma aprendizagem, tendo como base hoje a realidade de cada profissional no seu mundo do trabalho.

No cotidiano do trabalho em saúde, a prática de ações de Educação Permanente permite a transformação de processos de trabalho,

a partir da reflexão, discussão e compartilhamento de saberes. A identificação de problemas no cotidiano do trabalho permite redirecionar situações complexas, na medida em que, frente à realidade, são apontadas soluções aos problemas enfrentados. Nesse contexto, aliado a isso, a Educação a Distância surge ainda como um facilitador da Educação Permanente, principalmente por conseguir estimular características importantes para a área da saúde e por romper aspectos relacionados às barreiras territoriais e temporais. É uma modalidade de ensino e aprendizagem que se utiliza de uma multiplicidade de recursos pedagógicos com o objetivo de facilitar a construção do conhecimento.

Este relato foi escrito com a intenção de retratar as vivências e o reconhecimento do movimento da EPS no dia a dia do trabalho em saúde a partir das experiências com o CQGSUS-PB.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009.
- BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1982.
- CARDOSO, I. M. “Rodas de educação permanente” na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Saúde soc.**, v.21, n.1, p. 18-28, 2012.
- NEVES-JUNIOR, W. F. P. et al. Educação a Distância (EaD) em Física Médica. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n.39, p.1199-1206, 2011.
- SCHRAIBER, L. B. Políticas Públicas e Planejamento nas práticas de saúde. **Saúde em Debate**, n. 47, p. 28-35, 1995.
- SOUSA, I. M. C. et al. (Org.). **Caderno do estudante/gestor: curso de qualificação de gestores do SUS na Paraíba**. 2. ed. rev. Recife: Fiocruz-PE, 2015. 112 p.
- OLIVEIRA, E. S. G.; SANTOS, L. Tutoria em Educação a Distância: didática e competências do novo “fazer pedagógico”. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 13, n. 38, p. 203-223, 2013.

CAPÍTULO 12

O APOIO INSTITUCIONAL E O APOIO MATRICIAL NA GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Natália Lira de Souza

Introdução

Uma concepção abrangente sobre a Atenção Primária em Saúde (APS) implica a construção de sistemas de saúde, orientados pela própria APS, articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades de saúde da população (GIOVANELLA, 2009).

A Reforma Psiquiátrica busca a articulação urgente da saúde mental com a APS, visando à substituição do modelo biomédico, hospitalocêntrico, por um modelo de atenção integral e territorializado (MARTINS et al., 2012).

Para Silveira e Vieira (2009), a política de atenção à saúde mental, quando redireciona ações para os serviços extra-hospitalares e territoriais, convoca a consolidação de novas estratégias de cuidado e a modificação de antigos padrões assistenciais. Entretanto, existem dificuldades na reorganização da rede em saúde mental, algo que se configura, ainda, como um desafio.

O trabalho de Brêda e outros (2005) reafirma o potencial da atenção primária no fortalecimento da escuta, do vínculo e do acolhimento, na ampliação do controle social, na mudança do modelo médico-privatista e no resgate do vínculo de profissionais e usuários do SUS. Contudo, existem fragilidades no que se refere à reabilitação psicossocial, tais como o despreparo dos profissionais, de familiares e da sociedade para lidar com pessoas em sofrimento psíquico, a tendência à medicalização dos sintomas e dificuldades relacionadas ao processo de referência e contrarreferência.

Diante da fragmentação dominante nas práticas de saúde atuais, é urgente discutir a aproximação da saúde mental à atenção primária (CAMPOS et al., 2011).

Segundo Luzio e L'Abatte (2009), existe pouco conhecimento acerca das ressonâncias da política nacional de saúde mental na maioria dos municípios, principalmente os de pequeno e médio porte. Nunes e outros (2007) afirmam que dados que permitam o conhecimento quanto ao nível de implementação das ações relativas à saúde mental na atenção básica ainda são muito incipientes.

Cabe destacar o apoio institucional como uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, fomentando e acompanhando processos de mudança nas organizações, bem como oferecendo suporte no fortalecimento da produção de novos sujeitos em processos de mudança. Seu objeto de trabalho se desenvolve nos processos coletivos que se organizam na produção da saúde (BRASIL, 2010).

Dessa forma, o apoio institucional se constitui como um instrumento gerencial que tem sentido de intervenção-oferta, buscando discutir com os sujeitos e intervir na organização dos serviços (ALMEIDA; ACIOLE, 2014).

O apoio matricial, por sua vez, difere do apoio institucional, pois se trata de um processo de trabalho no qual um profissional especializado oferece suporte técnico para outros profissionais, equipes e setores, objetivando qualificar suas ações, invertendo a maneira fragmentada de trabalho, servindo de referência para outras equipes (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; BRASIL, 2010).

Diante do exposto, o trabalho objetiva trazer um relato de experiência sobre a vivência de apoiadores institucionais e apoiadores matriciais da 16ª Região de Saúde da Paraíba, quanto à aproximação dos serviços de atenção primária com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), discutindo a articulação do seu papel na rede de atenção psicossocial diante dos princípios e diretrizes do SUS.

Logo, trata-se de um relato de experiência vivenciado enquanto apoiadora institucional, por meio do trabalho desenvolvido em articulação com apoiadores matriciais, que buscou o fortalecimento da rede de atenção psicossocial da 16ª Região de Saúde da Paraíba.

A experiência se deu a partir de reuniões com os secretários de saúde de quatro municípios componentes dessa região de saúde, composta no total por 15 municípios. Os quatro que estão envolvidos na vivência aqui relatada são: Tenório, Juazeirinho, Santo André e Assunção.

Todos recebem suporte da 3ª Gerência Regional de Saúde do estado, pertencente à 2ª Macrorregião de Saúde da Paraíba.

Foi realizada uma visita técnica inicial para a realização de um diagnóstico situacional da realidade de cada município. Além disso, houve também uma visita ao Centro de Atenção Psicossocial de Juazeirinho, que é referência no atendimento a pacientes em sofrimento psíquico para os municípios pactuados, citados anteriormente. Após avaliação, decidiu-se pela realização das seguintes intervenções: reunião com os secretários de saúde envolvidos, reunião com os profissionais da atenção básica dos municípios envolvidos, reunião com os profissionais do CAPS de Juazeirinho.

Foi feito um planejamento pelos apoiadores institucionais e apoiadores matriciais da 3ª Gerência de Saúde, a fim de se obter um norteammento para as reuniões. Além disso, ficou decidido que seriam trabalhados os seguintes pontos principais: a saúde mental é transversal, assim como a saúde geral; a integralidade do sujeito precisa ser considerada; é importante tratar a causa dos problemas de saúde, ao invés de mascarar os problemas com medicação; o matriciamento em saúde mental e a discussão de casos clínicos podem ser trabalhados para dirimir dúvidas e otimizar o processo de trabalho nas unidades de saúde.

Os sujeitos participantes foram os profissionais de unidades básicas de saúde dos municípios envolvidos na vivência, que são referenciados para o CAPS I de Juazeirinho, os secretários de saúde e os funcionários do CAPS I. Os diálogos se deram em rodas de conversa. O registro das observações de campo foi feito em cada uma das vivências por um relator.

Houve três reuniões: com os gestores municipais de saúde, na 3ª Gerência Regional de Saúde, em Campina Grande; com os profissionais da atenção básica dos municípios de Assunção, Juazeirinho, Tenório e Santo André, juntamente aos gestores municipais de saúde, no auditório de uma unidade de saúde em Juazeirinho; e com os profissionais do CAPS I Juazeirinho, na própria instituição.

Observação da realidade

No dia 2 de dezembro de 2014, houve a visita técnica de uma apoiadora matricial e uma apoiadora institucional a Tenório, Juazeiri-

nho e Assunção, a fim de observar e compreender a realidade dos municípios em questão, que fazem parte da 16ª Região de Saúde da Paraíba, pertencente à 3ª Gerência Regional de Saúde, cuja sede é Campina Grande. Essa visita se deu devido a pedido dos gestores locais, diante de dificuldades relacionadas à rede psicossocial dos referidos municípios.

Juazeirinho possui um CAPS-I, e municípios próximos utilizam esse serviço de maneira pactuada, como referência para o atendimento a pacientes em sofrimento psíquico. Os gestores estavam enviando para o CAPS-I de Juazeirinho todo e qualquer paciente que sofresse de algum transtorno mental. Entretanto, está destinado ao CAPS o atendimento de pacientes com transtornos graves e persistentes.

Atendendo à solicitação dos gestores, visitamos o CAPS do município e, ao chegarmos lá, o coordenador havia sido exonerado há poucas horas. Conversamos com os demais funcionários e percebemos a dificuldade de operacionalização daquele serviço, pois os municípios estavam referenciando pessoas que poderiam estar sendo atendidas na atenção básica (transtornos mentais leves), sem a necessidade de custos e deslocamentos. Os funcionários estavam sobrecarregados com a alta demanda de pacientes e medicações a disponibilizar. Os gestores dos municípios envolvidos entendiam ser responsabilidade do CAPS de Juazeirinho a oferta de assistência farmacêutica, inclusive porque é o CAPS que deve fornecer o atendimento medicamentoso aos seus pacientes. Como medida emergencial, os funcionários do CAPS-I informaram que a medicação seria entregue apenas aos moradores do município-sede, ficando a cargo dos demais municípios oferecer a assistência farmacêutica aos pacientes encaminhados para Juazeirinho.

A farmácia básica de Juazeirinho também não estava comprando a medicação que era de sua responsabilidade. Vimos, então, a necessidade de sensibilização dos gestores para que a compra da medicação básica fosse realizada e entregue no serviço de atenção primária, a fim de que a medicação específica do CAPS-I fosse entregue aos seus usuários, independente do município de residência, sem maiores desconfortos, e confirmou-se a necessidade de reunião, especificamente, com os secretários de saúde envolvidos para resolução desse conflito.

A visita ao município de Tenório confirmou o diagnóstico que havíamos levantado. O CAPS-I Juazeirinho não estava oferecendo medicações aos usuários do município de Tenório, o que gerava prejuízo fi-

nanceiro, pois os gestores precisavam pedir essa medicação, que não era de sua responsabilidade, para os usuários não ficarem sem assistência. O município demonstrou muita organização e controle dos usuários que fazem uso de psicotrópicos. Todavia, repetiu-se a situação de a farmácia básica não cumprir a sua parte na compra da medicação básica, referente à saúde mental.

Ao conversarmos com o médico da unidade de saúde, que ficava no mesmo prédio da secretaria de saúde, ele informou que estava referenciando casos ambulatoriais de saúde mental para Juazeirinho. Isso prejudicava o serviço como um todo. Assim sendo, o médico recebeu orientações no sentido de evitar o envio de pacientes ao CAPS, especialmente, os que não estivessem em situação de transtorno grave e persistente.

Em Assunção, a situação era idêntica e resolvemos promover uma reunião com os secretários de saúde que estavam envolvidos nessa questão a fim de discutirmos quais seriam as estratégias mais adequadas para resolução desse conflito. Não foi possível visitarmos o município de Santo André, que também possui pactuação com o serviço do CAPS-I Juazeirinho.

Reunião com os gestores municipais de saúde

Em dezembro de 2014, quatro facilitadoras, dentre elas uma apoiadora institucional e duas apoiadoras matriciais, reuniram-se na 3ª Gerência de Saúde, em Campina Grande, com os secretários dos municípios de Juazeirinho, Santo André, Tenório e Assunção. A reunião foi iniciada com uma pergunta norteadora, a fim de que houvesse uma contextualização da situação de cada município no quesito saúde mental. Cada secretário de saúde apontou suas dificuldades, já diagnosticadas por nós, apoiadoras, entretanto, a partir daquele momento, todos os presentes tomaram conhecimento dos fatos e se mostraram parceiros, no sentido de resolver o problema.

Falamos sobre o funcionamento de um CAPS, apresentamos documentos relativos à assistência farmacêutica e os gestores foram orientados sobre a necessidade de articular a atenção básica como parceira nesse processo. O gestor responsável por Juazeirinho assumiu como compromisso que o CAPS cumpriria seu papel, ficando responsável pelo repasse de medicação para pessoas com transtornos graves e per-

sistentes de todos os municípios pactuados e, conseqüentemente, referenciados para a cidade.

Os gestores de Tenório, Santo André e Assunção se comprometeram a assumir responsabilidades quanto à articulação do trabalho em saúde mental na atenção básica, fortalecendo a estratégia de grupos em saúde mental, entregando a medicação básica, referente à saúde mental, e buscando capacitar seus profissionais. Enquanto apoiadoras, responsabilizamo-nos por conversar com as equipes de atenção básica sobre saúde mental e a implementação dos grupos e sobre a importância e o funcionamento do CAPS.

Conversando com os trabalhadores da atenção básica

No dia 29 de janeiro de 2015, foi articulada uma reunião com os profissionais da atenção básica dos municípios em questão, tendo como facilitadoras uma apoiadora matricial e duas apoiadoras institucionais.

No início, foi abordado que saúde mental trata-se de um problema de saúde pública e que os usuários que procuram a atenção básica precisam ser vistos em sua integralidade e não simplesmente tratados como se tivessem apenas problemas relacionados à saúde mental. Os pacientes podem ter diabetes, hipertensão, obesidade, infecções e outras muitas doenças que necessitam de cuidados. Desse modo, o usuário precisa ser acompanhado de forma longitudinal, observando suas nuances.

Os profissionais pareciam angustiados, sentindo-se incapacitados para lidar com a demanda, muitos não sabiam sequer quais diagnósticos seus pacientes possuíam (se é que possuíam um transtorno mental). Em várias situações, o médico apenas transcrevia a receita que outrora foi fornecida ao paciente, sem observar exatamente o motivo de esse paciente estar fazendo uso daquela medicação.

Percebemos que muitos pacientes tomavam remédios psicotrópicos por anos sem uma avaliação periódica. Algumas pessoas, por exemplo, tomavam esse tipo de remédio apenas por dificuldades relacionadas ao sono e à ansiedade.

Pautando-nos no que é estabelecido na literatura, discutimos sobre a necessidade de estudar caso a caso, bem como questionar o paciente acerca de suas dificuldades, no sentido de observar os reais motivos que o levaram até àquela unidade, visando buscar a cura da causa principal

do problema ao invés de mascarar um sofrimento, fazendo o acolhimento e a escuta qualificada como precisa ser.

Alguns profissionais ainda estavam resistentes a esse modo de se trabalhar em saúde e questionaram o fechamento de hospitais psiquiátricos. Houve uma explanação sobre os serviços substitutivos de emergência, sobre os CAPS e seus diferentes tipos, dentre outros aspectos.

Foi feita uma contextualização, pois se o CAPS serve para tratamento de transtornos graves e persistentes relativos à saúde mental, ele não terá condições de cumprir seu papel se estiver superlotado de casos considerados não graves e que teriam resolutividade em na atenção primária.

O Projeto Terapêutico Singular¹ foi mencionado como uma intervenção importante, que deve ser realizada de maneira multidisciplinar. Nessa intervenção, todos os profissionais sentam juntos e refletem maneiras de melhorar a qualidade de vida dos pacientes em sofrimento, bem como de seus familiares. As dificuldades podem deixar de ser tão somente individuais para serem compartilhadas e pensadas juntas, a fim de que a realidade seja transformada.

Enquanto dispositivo de gestão, tal atuação, conforme Oliveira (2007, p. 42), é capaz de provocar processos de reflexão/ação nos trabalhadores de saúde, abrindo possibilidades de os sujeitos repensarem seu processo de trabalho, suas práticas e a instituição na qual estão inscritos. Utilizado em espaços de atenção à saúde mental, propicia uma atuação integrada da equipe, valorizando aspectos sociais e econômicos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento dos usuários (BRASIL, 2009, p. 39).

O relato de uma médica cubana chamou muito a atenção de todos. Ela ressaltou que, na sua realidade, em Cuba, diante dos problemas pelos quais passa seu país, as pessoas teriam muito mais motivações para tomar medicações psicotrópicas do que os pacientes do Brasil, sugerindo que aqui parece ser gritante a quantidade de pessoas que buscam medicações para aliviar seus sofrimentos.

A médica observou que há muito o que ser feito como, por exemplo, escolhas de tratamento antes de ser oferecida uma medicação para

1 O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito, individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar (BRASIL, 2009, p. 39). A abordagem da equipe deseja rever e problematizar o caso, visando ao planejamento de ações que podem ou não incluir a participação direta do apoio ou de outros serviços de saúde da rede, de acordo com as necessidades levantadas (BRASIL, 2009, p. 44).

alguém. É necessário verificar todo o contexto e buscar outras formas de tratamento, ao invés de já ter como tratamento de primeira escolha a medicação, visto que os efeitos colaterais são severos e o desmame é difícil. Apenas uma escuta qualificada já seria uma terapia para o paciente, uma forma de se colocar, de desabafar.

Os profissionais questionaram quanto à alta demanda de pacientes e a impossibilidade de tempo para ouvir todas as suas queixas. Uma das facilitadoras ressaltou que uma escuta mais prolongada, do que um atendimento de 10 ou 15 minutos, pode resolver, efetivamente, o problema daquele paciente e reduzir a procura dele pela unidade, ao invés de ser feita uma consulta rápida e na semana seguinte o paciente voltar novamente à unidade de saúde com mais alguma queixa, fazendo com que a consulta não seja resolutiva.

Um profissional comentou a necessidade de medicalização que as pessoas possuem. Para esse sujeito, os pacientes parecem ficar satisfeitos apenas quando alguém sugere um remédio a ser tomado. Trata-se de uma questão também cultural, enraizada no modelo biomédico, centrado na doença, no qual existe remédio para tudo. Houve ainda um debate sobre o investimento da indústria farmacêutica, que oferece as mais diversas medicações, no sentido de que se faz necessário ter critério antes de receitar uma medicação. Principalmente quando se tratar de saúde mental, é importante evitar o primeiro comprimido, já que o desmame é um processo muito difícil.

Também foi colocada a importância de grupos de cuidados em saúde mental para que eles possam colocar suas queixas, tirar dúvidas e os profissionais possam monitorar melhor esses usuários. Uma questão levantada foi que era difícil a exposição de problemas tão peculiares e tão pessoais para um grupo, mas foi orientado que o manejo do grupo precisa ser cauteloso e baseado em problemas de saúde comuns a todos, o que facilitaria a colocação dos problemas de saúde na roda, e não a exposição de suas vidas como um todo.

A reunião foi encerrada com um lanche de boas-vindas e ares de satisfação dos profissionais que participaram.

Visitando o Centro de Atenção Psicossocial

No mesmo dia, no período vespertino, estavam presentes todos os profissionais do CAPS, exceto o psiquiatra, que naquele dia não estava no município, mesmo sendo uma reunião marcada com antecedência. A conversa foi realizada no sentido de perceber as dificuldades do processo de trabalho dos funcionários. Foi repassado todo o percurso da experiência, a fim de contextualizar o que já tinha sido feito até aquele presente momento. A partir da ideia de que é preciso reorganizar a rede de atenção de saúde mental dos municípios envolvidos, a intenção da conversa foi contribuir com essa reorganização.

Abordamos a importância da aproximação e do diálogo da atenção primária das unidades de saúde dos municípios envolvidos com o CAPS, bem como apontamos dificuldades quanto à referência e contrarreferência, pois muitas vezes enviar uma mensagem por escrito não funciona. Se já existe o contato prévio com os profissionais, seja via telefone, ou por outros meios de comunicação, com o estreitamento desses laços profissionais, esse processo pode ser otimizado, favorecendo o processo de trabalho.

Uma dificuldade de comunicação encontrada na instituição foi a falta de telefone fixo. Foi acertada a compra de um telefone para facilitar o processo de comunicação entre as equipes de profissionais.

Uma das propostas levantadas durante a visita foi de que, uma vez por mês, profissionais de saúde da família viessem discutir casos com a equipe do CAPS, ou ao menos com o psiquiatra. As discussões caso a caso, em grupos de profissionais de saúde, possibilitariam a reflexão, pois, a partir da escuta de casos semelhantes aos que acontecem no dia a dia, pode-se conseguir a melhora na tomada de decisão desses profissionais e nas condutas adequadas. A equipe foi favorável e concordou com essa proposta. Um dos gestores ficou responsável por montar um grupo de trabalho uma vez por semana para estudar o Caderno 34 do Ministério da Saúde, que trata sobre saúde mental, a fim de subsidiar o processo de trabalho.

Além da conversa com os profissionais, estudamos e discutimos o caso de um paciente. Diante das dificuldades da equipe, observamos que os profissionais têm muito boa vontade para trabalhar e estão dispostos a fazer algo para melhorar o serviço, no entanto, nem sempre possuem posicionamentos esperados para um atendimento eficiente em

saúde mental, sobretudo quanto ao caso do paciente colocado na roda de discussão. Observamos que seria importante um processo de educação permanente com a equipe da instituição.

Ficou acordado que as reuniões seriam retomadas a partir do dia 9 de abril do corrente ano, visando ao monitoramento das atividades mencionadas.

Reflexões e discussão

A Estratégia Saúde da Família tem sido a principal diretriz das políticas públicas na direção da melhoria da qualidade da atenção à saúde no nosso país, contudo, a expansão da atenção básica exigiu a incorporação de recursos humanos não adequadamente preparados para esse tipo de trabalho. A atenção básica tem potencial para a realização de dois principais tipos de ações na área de saúde mental. Uma delas seria identificar as queixas relacionadas ao sofrimento psíquico e promover uma escuta qualificada. A outra compreende as diversas maneiras de lidar com problemas detectados, desde o atendimento na própria atenção básica ou através do encaminhamento dos pacientes para serviços especializados (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Luzio e L'abbate (2009), analisando a assistência em saúde mental de municípios de pequeno e médio porte, a partir de entrevista com gestores, trabalhadores de saúde e usuários, viram que, apesar de esses municípios terem incluído equipes de saúde mental em unidades básicas de saúde, isso não significou que havia um projeto de saúde mental pautado pelas diretrizes da reforma psiquiátrica. Os autores comentam que todos os segmentos devem estar comprometidos com as mudanças propostas pela reforma psiquiátrica, desde trabalhadores e usuários como também gestores municipais.

Os autores chamam, ainda, a atenção para o risco da medicalização dos pacientes de saúde mental, sobretudo quando se deseja apenas a diminuição da internação psiquiátrica e não se busca investir na formação permanente das equipes e serviços. Também estimulam a participação de usuários e familiares e a interlocução com o Poder Judiciário para uma mudança nas concepções de formas de tratamento segregacionista e melhor compreensão dos serviços de atenção psicossocial.

A medicalização excessiva foi algo muito citado pelos profissionais de saúde durante a vivência, pois, muitas vezes, apenas é reproduzida a

receita outrora feita para o paciente, sem a devida análise quanto a possíveis modificações de dosagem, além da grande dispensação de ansiolíticos e antidepressivos de maneira abusiva, sem prazo para diminuição de dosagem ou término de tratamento, o que implica em uma falta de tratamento da causa do problema principal, bem como da dificuldade para o desmame. Conforme o relatado na seção anterior, ainda existem impasses na operacionalização da rede de cuidados.

Quanto às ações na atenção primária, há a necessidade de sensibilização dos profissionais que não estão familiarizados com essa problemática. Nesse momento reorientador do modelo de atenção em saúde mental, devem ser multiplicados os esforços para uma real transformação cultural e da prática profissional (NUNES et al., 2007).

Durante a vivência, observamos a sensação de impotência relatada por muitos profissionais para realizar intervenções em saúde mental com maior segurança e eficácia. O trabalho de Tanaka e Ribeiro (2009) também aponta que essa sensação de incapacidade técnica, sobretudo pela categoria médica, uma dificuldade dos sistemas loco-regionais de saúde no acolhimento ou captação de usuários.

Pereira e outros (2007) fizeram um estudo com seis agentes de saúde de uma equipe de saúde da família numa cidade de São Paulo e verificaram que existe muita carência de informação e capacitação para as situações cotidianas de trabalho, sendo a assistência em saúde mental ainda um desafio. Reiteram que a equipe do PSF precisa estar preparada para lidar com o sofrimento psíquico.

Considerações Finais

De acordo com Campos e outros (2011), a sensação de solidão e despreparo ante a complexidade da saúde mental ocorre desde o entendimento da proposta até a falta de perfil do profissional para o apoio matricial, além das falhas por parte da gestão. Portanto, a correta implantação do apoio matricial possui potencial a ser explorado para a verdadeira inclusão da assistência à saúde mental na atenção básica.

A atuação das equipes matriciais de saúde mental e os processos de formação estão em construção. A implantação e expansão do apoio matricial é um dos principais desafios para a gestão da Política de Saúde Mental na garantia de acessibilidade à atenção. Da mesma maneira, fortalecer uma política de formação continuada, com o envolvimento

tanto das equipes de saúde mental quanto das da atenção básica, deverá ser prioridade, em prol da integralidade (BRASIL, 2007).

Diante da vivência aqui relatada, percebe-se a sensação de impotência relatada por profissionais de saúde no sentido de realizar intervenções em saúde mental na atenção básica, dificuldades na construção de grupos em saúde mental e a cultura da medicalização excessiva.

Em suma, verifica-se que há a necessidade de maior envolvimento dos profissionais de saúde, de capacitação profissional, de articulação multidisciplinar e da atuação de equipes matriciais para dar suporte aos profissionais da atenção básica.

Salientamos que este processo, desenvolvido na 16ª região de saúde, ainda está em andamento e novas intervenções serão realizadas pelos apoiadores envolvidos, buscando o monitoramento e a melhoria das ações.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. B.; ACIOLE, G. G. Gestão em rede e apoio institucional: caminhos na tessitura de redes em saúde mental no cenário regional do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*, vol.18, suppl. 1, (pp. 971-981), 2014.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília, 2007.
- _____. Clínica ampliada e compartilhada. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. 4. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- BRÊDA, M. Z.; ROSA, W. A. G.; PEREIRA, M. A. O. et al. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. *Rev Latino-am Enfermagem*, maio-junho; 13(3):450-2, 2005.
- CAMPOS, R. O.; GAMA, C. A.; FERRER, A. L. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.16, n.12, Rio de Janeiro, Dec. 2011.
- FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.14, n.1, p. 129-138, 2009.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. M.; ALMEIDA, P. F. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, vol.14, n.3, p. 783-794. ISSN 1413-8123, 2009.
- LUZIO, C. A.; LABBATE, S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, vol.14, n.1, p. 105-116. ISSN 1413-8123, 2009.
- MARTINS, R. V.; NOGUEIRA, Q. D. S.; ROSSETTO, M. et al. Saúde Mental na Região Norte do Rio Grande do Sul: Relato de Experiência *Revista de Enfermagem, UFSM Set/Dez;2(3):553-559*, 2012.

NUNES, M.; JUCA, V. J.; VALENTIM, C. P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública*, 23(10):2375-84, 2007.

OLIVEIRA, G. N. O Projeto Terapêutico como Contribuição para a Mudança das Práticas de Saúde. Dissertação de Mestrado. Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Mestrado em Saúde Coletiva. Campinas, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://cutter.unicamp.br/document/?view=000409274>>. Acesso em: 5 out. 2016.

PEREIRA, M. A. O.; BARBIERI, L.; PAULA, V. P. et al. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. *Rev. esc. enferm. USP [online]*, vol. 41, n. 4, p. 567-572, 2007.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, vol.14, n.1, p. 139-148. ISSN 1413-8123, 2009.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, vol.14, n.2, p. 477-486. ISSN 1413-8123, 2009.

CAPÍTULO 13

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS GESTORES DO SUS: A EXPERIÊNCIA DA 10ª GRS

Luênnia Kerlly Alves Rocha de Araújo

Alessandra Gomes de Sousa Mendes

Amanda de Queiroga Lunguinho

Maria Nichelle de Almeida Braga

Péricles Mendes Tomaz

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela portaria nº 1996 de 22 de agosto de 2007, dispõe sobre as diretrizes de implantação de ações de articulação entre as instituições de ensino e serviços de saúde, considerando as especificidades regionais, buscando estratégias de ações que fortaleçam o processo de regionalização e descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS).

A EPS tem como objetivo incorporar o aprendizado ao cotidiano da gestão do trabalho, onde este se concretiza, buscando possibilidades de transformar as práticas profissionais a partir dos problemas enfrentados na realidade e valorizar as experiências vivenciadas por cada trabalhador, incorporando o trabalho em equipe e a integralidade da assistência (JERÔNIMO, 2013).

Com o objetivo supracitado, a busca por conhecimentos a partir dos problemas identificados e resolvidos no ambiente de trabalho, mediante a ação e execução, entre os profissionais e ou usuários, possibilita a troca de conhecimentos, vivências e, sobretudo, a visão crítica e a cogitação de poder fazer melhor ou diferente. Assim, essa estratégia na gestão do trabalho possibilita o desenvolvimento do SUS e processos de mudanças na prática profissional.

Para contribuir com o desenvolvimento da política de Educação Permanente, o Ministério da Saúde (MS), dentre várias ações, propôs o estabelecimento de parcerias para instituir o Curso de Qualificação de

Gestores do SUS, executado pelas Escolas de Saúde Pública e Centros de Formação em todos os estados brasileiros (Brasil, 2013).

A Secretaria de Saúde de Estado da Paraíba aderiu ao projeto nas duas primeiras versões e implantou uma terceira versão com a proposta do Curso Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba, com a implantação do apoio institucional simultaneamente.

Na terceira versão do curso, o objetivo foi qualificar equipes gestoras como foco no fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde do SUS, a fim de melhorar a resolutividade dos problemas regionais, bem como aperfeiçoar os serviços de saúde prestados à população paraibana.

Dessa forma, foram trabalhadas as cinco unidades de aprendizagem divididas cronologicamente com atividades que elencavam situações-problemas vivenciadas pelos estudantes e equipes para que, a partir dessa vivência, pudessem refletir sobre seu processo de trabalho com base na análise de suas experiências e propor a resolutividade do problema, considerando o seu espaço de gestão.

O curso, por ser semipresencial, contou com encontros mensais, em espaços institucionais, onde os gestores que participavam do curso, nesse momento, discutiam suas vivências e trocavam experiências expostas em diferentes realidades, planejavam ações e estratégias que seriam necessárias para intervir e dar resolutividade aos problemas.

Para efetivar essa proposta, era utilizada a metodologia problematizadora e os gestores utilizavam o Arco de Maguerez, para avaliar o processo de mudança da realidade. Além do momento presencial, o curso possuía uma plataforma virtual onde eram criados fóruns para continuar as discussões e apresentar a atividade no próximo encontro presencial.

O Arco de Maguerez é um método desenvolvido por Charles Maguerez, que tem como ponto de partida a realidade que, observada sob diversos ângulos, permite ao estudante-gestor extrair e identificar os problemas ali existentes. É constituído pelas seguintes etapas: observação da realidade e identificação do problema; pontos-chave (fatores e determinantes maiores relacionados ao problema); teorização (respostas mais elaboradas acerca do problema que servem de base para a transformação da realidade); hipóteses de solução e aplicação à realidade (possibilita intervir, exercitar e manejar situações associadas à solução do problema) (COLOMBO, 2007).

Sendo assim, pelas suas características e potencialidades, a metodologia da problematização desenvolve o pensamento crítico, ampliando a relação entre teoria e prática, podendo ampliar o poder de resolução dos problemas, visto que periodicamente as ações são avaliadas (BARTH et al., 2016).

Dessa forma, o problema escolhido na unidade IV no Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba foi a Educação Permanente, considerada de grande relevância para a região, pois se tratou do controle das DST/AIDS da nossa região, visto que foi identificado como problema da 10ª Região de Saúde da Paraíba a pouca realização dos testes rápidos de Sífilis e AIDS, bem como a subnotificação dessas doenças.

Pensando no problema supracitado, em 2014 e 2015, a Secretária de Saúde de Estado da Paraíba, em parceria com o Ministério da Saúde, promoveu e capacitou os profissionais da Atenção Básica de todos os municípios que compõem a 10ª Região de Saúde, para a realização dos testes rápidos no diagnóstico de HIV e detecção da Sífilis, com o objetivo de identificar precocemente essas doenças durante o atendimento no pré-natal. Esses testes rápidos estão inseridos no componente pré-natal da Rede Cegonha com o intuito de ampliar o acesso e a melhoria na qualidade do pré-natal na Atenção Básica, com a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita, bem como redução da mortalidade materna e infantil.

Durante o curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba, os estudantes-gestores relataram que a busca e aceitação dos usuários para realizarem o teste é pequena, mesmo havendo profissionais capacitados e os insumos para a realização dos exames. Evidenciou-se uma resistência por parte dos usuários para a realização dos mesmos e a falta de planejamento e estratégias para ampliar essa cobertura.

Assim, analisando a proposta do curso em implementar o Arco de Maguerez, numa situação-problema da região, foi evidenciado que entre os principais entraves vivenciados para efetivar a implantação desses testes rápidos encontram-se: a baixa adesão dos profissionais e a pouca participação da população devido à falta de informação ou orientação.

Dessa forma, em estudante-equipe, todas as etapas do Arco de Maguerez foram trabalhadas e, como proposta de aplicar à realidade,

elaborou-se e apresentou-se essa problemática nos municípios, que se dispuseram a trabalhar em equipe, motivando a participação da população a se submeter aos testes rápidos de HIV e Sífilis.

Inicialmente houve reuniões com as equipes de Saúde da Família para apresentar as dificuldades identificadas, objetivando a adesão dos mesmos, assim foi firmado um plano onde realizariam promoção em saúde para as DSTs, cujo objetivo foi informar e orientar a população sobre prevenção, identificando os conflitos existentes e avaliando as ações, bem como demanda pela realização dos testes.

O município de Sousa implantou teste rápido em todas as Unidades Saúde da Família e ampliou o acesso na Policlínica Mirian Gadelha e no Centro de Apoio Psicossocial de Álcool e outras drogas (CAPS ad), os municípios de Santa Cruz e Marizópolis realizaram campanhas e um dia D para trabalharem a prevenção de DST/AIDS e realizaram os testes, todos os municípios da 10ª Região de Saúde da Paraíba têm Unidades Saúde da Família que realizam os testes rápidos e a 10ª Gerência Regional de Saúde realizou duas campanhas de prevenção as DST/AIDS no presídio em Sousa com a população privada de liberdade.

Com essas ações, no período de maio a julho de 2015, foram realizados 409 testes rápidos de Sífilis e HIV dos quais 11 foram reagentes para sífilis e 7 para AIDS. Os casos reagentes foram encaminhados para tratamento no serviço de referência em João Pessoa e foram notificados. Antes dessas ações, o número de testes realizados segundo planilhas de controle da 10ª Gerência Regional de Saúde no período de janeiro a abril de 2015 era bem menor: mensalmente menos de 50 testes eram realizados em toda a região.

O curso proporcionou que os gestores dessem mais visibilidade a um problema de saúde pública que estava um pouco esquecido. Segundo informações da Vigilância em Saúde do Município de Sousa, os casos de sífilis congênita notificados são elevados em relação à média nacional. No período junho de 2014 a junho de 2015, a cada 1000 nascidos vivos, em média, 14 casos de sífilis congênita foram notificados na 10ª Região de Saúde (SINAN SOUSA 2015) e, segundo o Ministério da Saúde (2015), em 2012, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 5,8 por 1000 nascidos vivos. No ano seguinte, foram registrados no SINAN 21.382 casos de sífilis em gestantes, com taxa de detecção de 7,4 por 1.000 nascidos vivos, assim, na 10ª Região de Saúde da Paraíba, a

taxa de detecção é praticamente o dobro da média nacional, requerendo uma atenção especial por parte da gestão.

Mesmo a primeira turma do curso tendo sido encerrada em agosto de 2015, diante do resultado apresentado em um dos cinco problemas identificados durante o curso, acredita-se que essa vivência de aprendizagem contribuiu para programar ações de saúde mais resolutivas e propiciou partilhar com as equipes saúde da família a metodologia problematizadora como proposta para mudar seu processo de trabalho, através da participação da equipe no processo de planejamento e avaliação das ações de saúde executadas com a população dos municípios.

REFERÊNCIAS

BARTH, P. O.; MASSAROLI, A.; CALLEGARO, G. D.; RAMOS, F. R. S.; MARTINI, J. G. Relato de Experiência: o uso do Arco de Maguerez como metodologia na construção de um processo educativo crítico reflexivo e criativo. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/jornadadeenfermagem/Trabalhos/3946.pdf> Acesso em: 02/02/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Curso Nacional de Qualificação dos Gestores do SUS. Fiocruz, Fundação Oswaldo Cruz. ENSP 2013.

COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes dos professores. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2007/anaisEvento/arquivos/PA-524-05.pdf>. Acesso em: 03/02/2016.

EPS EM MOVIMENTO. Todo mundo faz Gestão. 2014. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/todo-mundo-faz-gestao/>. Acesso em: 23 set. 2015.

GONÇALVES, M. C. et al. Educação permanente em saúde: dispositivo para a qualificação da Estratégia Saúde da Família. Belém: UFPA, 2008.

JERÔNIMO, E. B. Avaliação dos efeitos do Curso de Qualificação de Gestores do SUS em Mato Grosso: percepção dos egressos. Dissertação em formato de artigo. Mestrado em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

VASCONCELOS, M. et al. Módulo 4: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009.

CAPÍTULO 14

CUIDADO EM SAÚDE PARA TODOS OS CIDADÃOS: UM DESAFIO DA GESTÃO DO SUS NA 10ª REGIÃO DE SAÚDE

Luênnia Kerlly Alves Rocha de Araújo

Ana Vitória Farias de Abrantes

Myrelles Fernandes do Nascimento

Noêmia Rachel de Araújo Gadelha

O município de Sousa possui 65.807 habitantes (IBGE, 2012) e está localizado no sertão da Paraíba. Na sua rede de assistência, a Saúde apresenta 26 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), cinco equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – composto por nutricionista, ginecologista, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, educador físico e assistente social –, uma Otolínea, uma Policlínica, três Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), um Hospital Regional, um Hospital Materno-Infantil (HMI) e três hospitais de pequeno porte.

As 26 ESF possuem a equipe definida pelo Ministério da Saúde (MS), que é composta de um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um dentista, um técnico em saúde bucal e, dependendo da área de abrangência, quatro a oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2011). Todas as equipes têm o apoio do NASF, que ajuda no atendimento ou apoio matricial das ações que são desenvolvidas pela equipe junto à comunidade. Dentre as várias ações exercidas pela equipe, estas buscam atender as expectativas de todas as Políticas Nacionais de Saúde da Atenção Primária à Saúde, a exemplo da Saúde da Mulher, da Criança, do Idoso, do Homem, Doenças Crônicas, entre outras.

No Curso de qualificação de gestores do SUS na Paraíba, o material didático foi elaborado com cinco unidades de aprendizagem e os estudantes foram divididos em estudantes equipes, para realizarem as atividades. Em cada unidade, equipes elencavam um problema da região

para utilizar a metodologia problematizadora e encontrar ações que pudessem trabalhar na resolução do problema. Cada equipe apresentava à turma as suas propostas no encontro presencial seguinte.

A segunda unidade de aprendizagem do curso teve como objetivo o aprofundamento das diferentes situações e desafios que se apresentam no processo de organização de uma rede de serviços de saúde. Para isso, trouxe a reflexão sobre as implicações de uma política de organização do sistema de saúde na produção do cuidado em saúde, afetando a vida e o destino das pessoas, bem como o próprio projeto político do SUS. A unidade de aprendizagem II, que trouxe como tema a Gestão da Atenção à Saúde, iniciou o assunto com o caso Ana, uma mulher de 53 anos que se descobre com câncer de mama, acompanhando seu percurso no sistema de saúde, assim como os limites dos serviços e do gestor local para atender às demandas da população.

Esse caso despertou uma análise no grupo sobre o processo de trabalho de cada um em seus municípios, principalmente porque todos os gestores se identificaram com essa realidade. No grupo onde os estudantes eram formados por gestores do município de Sousa, a discussão foi além do curso, pois a situação foi apresentada a outros gestores do município e foi analisado o processo de trabalho dos serviços de saúde que estavam sendo ofertados.

O primeiro ponto que foi discutido com a secretária de saúde de Sousa foi a forma como a regulação estava priorizando o seu agendamento junto às ESF. A diretora de planejamento do município observou que havia algumas especialidades com uma demanda reprimida enorme. Em seguida, a equipe gestora da secretaria de saúde analisou que algumas comunidades estavam sem acompanhamento da ESF e de agentes comunitários de saúde (ACS), bem como algumas regiões rurais estavam muito distantes das suas Unidades de Saúde da Família (USF) de referência.

De acordo com Mendes (2010), os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população. Logo, quando pensarmos em organizar o Sistema Único de Saúde (SUS), devemos começar por analisar que necessidades de saúde se expressam na população brasileira.

Embora ao longo do tempo tenham sido observadas mudanças no perfil da saúde brasileira, principalmente após a implantação do SUS, sabe-se que práticas de cuidado fragmentadas existem e influenciam na

saúde integral e pública. Na década de 90, foi implementada a proposta de atenção à Saúde da Família, que passou a se configurar como uma estratégia de reorganização do sistema.

De acordo com Sampaio e outros (2015), a ESF tornou-se uma ferramenta para reorganizar o sistema de saúde, por meio de práticas que visem à superação do modelo hegemônico biomédico e garantam a integralidade do cuidado.

Para fortalecer tal ferramenta, em 2008, o Ministério da Saúde, por meio da portaria de nº 154/08, propôs a implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). De acordo com essa portaria, o NASF deve ser composto por profissionais de diferentes áreas, que devem apoiar as ESF na ampliação de sua capacidade resolutiva na Atenção Primária à Saúde (APS).

Assim, com o debate em torno das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tem sido reforçado o papel da ESF na coordenação do cuidado no SUS. Com o decreto 7508/2011, definem-se várias portas de entrada para os serviços de saúde das regiões, no entanto, a APS, além de porta de entrada, é a ordenadora do sistema de saúde. Nessa proposta, as RAS avançam na horizontalização dos serviços, sendo a APS o centro dessa comunicação.

De acordo com a proposta da RAS, o conhecimento da população de uma rede de atenção à saúde envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos, sob a responsabilidade fundamental da atenção primária: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio sanitários; a vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe da ESF; a identificação de subpopulações com fatores de riscos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (MENDES, 2010).

Existem evidências em alguns lugares de que a integração de gestores e prestadores de serviços melhora o apoio entre eles, dá uma maior atenção à gestão de caso, incentiva a utilização de tecnologia de informação e tem impacto sobre os custos da atenção à saúde (MENDES, 2010).

Analisando os problemas a partir das etapas da metodologia problematizadora, o prefeito, em 2015, realizou um concurso público e incluiu vagas para ACS em áreas descobertas; a diretora de planejamento elaborou projeto de expansão do número de ESF para ampliar a cober-

tura de APS em 100% no município; a regulação, em parceria com outros setores da secretaria de saúde, criou estratégias para minimizar as demandas reprimidas e a secretaria de saúde criou e implementou o Projeto Saúde para Todos.

Tal projeto surgiu da observação de que parte da população que reside mais distante da USF não participava das ações de prevenção e promoção da saúde, procurando a unidade apenas quando estava doente. Assim, visando garantir a assistência básica a essa população específica e facilitar o acesso desses usuários aos serviços disponibilizados pelas equipes da ESF, foram planejadas ações nas quais os profissionais iriam aos lugares mais distantes e agregariam outros serviços disponibilizados em outras secretarias da prefeitura.

Dessa forma, profissionais da ESF, NASF, Departamento de Vigilância em Saúde, serviços especializados (tais como CAPS III, CAPS ad, CAPS i, Otolínea); profissionais de outras secretarias da Prefeitura (Infraestrutura, Departamento de água, esgotos e saneamento ambiental de Sousa, Educação e Ação Social) integram a equipe do projeto, desenvolvendo atividades inerentes à sua função.

A iniciativa começou a desenvolver os seguintes serviços:

- Consulta médica realizada em consultório móvel;
- Dispensação de medicamentos básicos conforme a prescrição médica no ato do atendimento;
- Atendimentos de enfermagem: aferição de pressão arterial, teste de glicemia, vacinação;
- Avaliação odontológica com ação coletiva de escovação dental supervisionada e dispensação de *kits* de escovação dental;
- Palestras e jogos educativos sobre temas de relevância aos problemas identificados na área (alimentação saudável; combate à dengue, zika e chikungunya; dentre outros).
- Serviços de beleza: cortes de cabelo, escova e manicure (parceria com a Ação Social);
- Lanche comunitário;
- Orientações sobre os demais programas desenvolvidos pelo município (CAPS III, CAPS ad, CAPS i, Otolínea);
- Limpeza dos terrenos baldios da localidade e melhorias no acesso às estradas na zona rural; (Infraestrutura).

Inicialmente o programa era realizado uma vez por mês, mas, devido à necessidade, principalmente com o aumento dos casos de dengue e chikungunya no município, intensificamos a ação para uma vez por semana.

Em 2016, os territórios eram priorizados a partir da sua necessidade em saúde, devido à distância da Unidade Saúde da Família ou carência do profissional médico na unidade. A cada ação, o número de participantes vem aumentando consideravelmente, bem como a participação dos profissionais.

Essa iniciativa possibilitou o fortalecimento dessas relações e leva a cada comunidade do município uma proposta de prevenção das doenças, promovendo a integralidade da atenção, que é fundamental para organizar os processos de trabalho, vislumbrando os principais problemas de saúde do território. Também permitiu aumentar o interesse dos gestores em participar da segunda versão do curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba, que, com essa proposta de inovação na metodologia, fez com que os gestores ficassem mais motivados na solução dos problemas de sua região. Sabe-se que na gestão da saúde existem muitos desafios diários, no entanto, com o trabalho em equipe, conhecimento técnico e motivação, muito pode ser feito para amenizá-los.

REFERÊNCIAS

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). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO. Pressupostos para uma nova proposta de regionalização do SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/dad/CgaIP/regionalizacao.htm>>. Acesso em: 28 março 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol. 15, n .5, p. 2297-2305. ISSN 1678-4561. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em 28 de fevereiro 2016.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira (Org.). Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro, RJ : EAD/Ensp, 2009. 404 p., il.

SAMPAIO et. al. Processos de Trabalho dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família Junto à Atenção Básica: Implicações para a Articulação de Redes Territoriais de Cuidados em Saúde. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, Volume 19, Número 1, Páginas 41-48 2015 ISSN 1415-2177.

CAPÍTULO 15

QUALIFICAÇÃO DE GESTORES DO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA COM BASE NA REDE DE ONCOLOGIA DA 11ª REGIÃO DE SAÚDE

Daniele Santana Leandro

Shirley Pereira da Silva

Introdução

Este texto tem como objetivo relatar o estudo em grupo da turma do curso de qualificação de gestores do SUS da 11ª Região de Saúde de Princesa Isabel (PB), abordando toda a temática desenvolvida desde as aulas presenciais até a discussão na Plataforma Moodle. Desse modo, o relato de experiência descreve o processo formativo realizado na região, os problemas de gestão identificados, as tentativas de solução dos problemas, as dificuldades encontradas, os resultados alcançados, os desafios que permanecem, entre outros aspectos considerados importantes a partir da experiência realizada por cada profissional da área.

Desenvolvimento

O Curso de Qualificação de Gestores do Sistema Único de Saúde chega ao estado da Paraíba pela terceira vez e tem contribuído para qualificar a gestão da saúde. Com parceria entre o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz Pernambuco, a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB), o Centro de Formação de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOP – PB) e o apoio da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, por meio da Coordenação de Educação a Distância (Ensp/EAD), o curso proporciona o fortalecimento do processo de regionalização e o desenvolvimento institucional da SES-PB. Com o apoio da Fiocruz/PE, foi implementado um curso semipresencial, utilizando, inclusive, o ambiente de trabalho, com a possibilidade de encontros presenciais que provoquem a reflexão crítica sobre as ações e atividades cotidianas. Os encontros presenciais eram realizados uma vez a cada mês, com duração de oito horas, e eram promovidos acessos e discussões na

plataforma virtual para finalizar cada módulo com a consolidação do Arco de Maguerez.

Foram realizadas atividades virtuais por meio da Plataforma Moodle que possibilitaram a interação entre os gestores e tutores-apoiadores das diversas regiões. O método empregado se fez a partir da interação de grupos das regiões vizinhas, exposta em cinco etapas: problema da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses e aplicação da realidade. Para mediar o conhecimento, foi elencada a educação problematizadora, que a partir do cotidiano, por meio das vivências e experiências significativas, permitiu a construção de reflexões e de mudanças de perspectivas, otimizando o processo de trabalho, permitindo ao profissional compreender melhor os processos de gestão de saúde e o avanço na regionalização através do fortalecimento das redes de saúde.

Apoiado nos processos de aprendizagem por descoberta, em oposição aos de recepção, os conhecimentos não são apresentados aos estudantes em sua forma acabada, mas na forma de problemas, cujas relações devem ser descobertas e construídas pelo estudante, que precisa reorganizar o material, adaptando-o à sua estrutura cognitiva prévia, para descobrir relações, leis ou conceitos que precisará assimilar.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), “As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

Considerando o curso de Qualificação de Gestores do SUS e seu segundo módulo: Dificuldade no acesso às consultas e exames especializados na Rede de Oncologia da 11ª Região de Saúde, fez-se necessária a discussão sobre a problemática encontrada no Hospital Regional de Princesa Isabel (PB). A participação de estudantes-gestores nos encontros presenciais tornou-se ampla junto à tutora, na junção de ideias e experiências de trabalho de cada profissional por região, oportunidade em que foram elencados os desafios enfrentados no cotidiano vivenciado por cada profissional.

O Hospital Regional de Princesa Isabel responde pela região, por se tratar de uma instituição estadual de médio porte, tendo em sua estrutura realizações de cirurgias de médio porte, como também é referência em maternidade, sendo referência para sete municípios: Manaíra, São

Jose de Princesa, Imaculada, Tavares, Água Branca, Juru e Princesa Isabel, onde observa-se a problemática no tocante à dificuldade e desafios enfrentados ao pacientes portadores de câncer.

No âmbito da atenção oncológica, é discutido um modelo de atenção à saúde estruturada em ações de qualificações da atenção em saúde das pessoas com doenças crônicas.

A elevada incidência e a alta mortalidade por câncer no Brasil justificam o planejamento de estratégias nacionais, visando à detecção precoce. É fundamental que haja mecanismos pelos quais indivíduos motivados a cuidar de sua saúde encontrem uma rede de serviços quantitativamente e qualitativamente capaz de suprir as suas diversas necessidades. Para que haja estratégias para o enfrentamento de grandes desafios, é preciso a adoção de políticas que contemplem, entre outras estratégias, a capacitação de recursos humanos para um diagnóstico precoce do câncer.

Nessa construção de atenção estruturada como Regional/ Estadual e baseada nas situações-problemas e na realidade de cada região de saúde, será analisada a situação de saúde sob o ponto de vista dos gestores da 11ª Regional de Saúde.

Dentre todas as pautas, foram identificadas as diversas dificuldades e assim estudadas, gerando discussões na plataforma. Para cada situação-problema, foram feitas discussões em grupos, de modo que, no estudo em equipe se desempenhassem componentes para discussão e experiência de cada um, e o estudo individual, onde cada aluno fez a leitura e reflexão para juntos analisar, discutir e dividir suas experiências.

Com isso, ressaltam-se aqui as hipóteses e soluções mencionadas por estudantes-gestores:

- Fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer;
- Disponibilização de consultas com profissionais especializados na área de oncologia;
- Implantação de serviços especializados em oncologia na 11ª Região de Saúde;
- Campanhas publicitárias que incentivem e promovam a prevenção e a busca ao diagnóstico e tratamento precoces;

- Atualização permanente dos profissionais de Atenção Básica de Saúde.

Partindo desse pressuposto, os estudantes-gestores discutiram a aplicação à realidade no âmbito de cada município. Os gestores, em reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR), discutiram e reconheceram a fragilidade do problema apresentado, e se sensibilizaram, discutindo entre si as maneiras viáveis de soluções, como por exemplo, a implantação de uma central de regulação na região de saúde, para apoio à 11ª região de saúde, qualificando esse serviço, já que, em um único lugar, haveria consultas, exames e tratamentos, proporcionando conforto aos pacientes e seus familiares.

Considerações finais

Concluimos que, através deste tema, podemos não só incentivar, mas também contribuir sobre a importância e preservação da saúde, quando se trata de câncer.

O curso em si contribuiu para a efetivação dos conhecimentos. Diante de tais fatos expostos, podemos nos deparar com diversos desafios seguidos no cotidiano. O conhecimento elencado sobre a saúde se fez presente, de tal modo que fosse contemplado o enfrentamento de cada situação.

Por fim, compreendemos a relevância do tema abordado, enquanto estudantes-gestores do SUS. Faz-se necessária para enfrentar tal desafio a adoção, entre outras estratégias, de uma política de capacitação de recursos humanos para trabalhar em ações de prevenção do câncer.

A contribuição do curso se deu de forma regionalizada, uma vez que a turma era formada por equipes de municípios circunvizinhos, referentes à 11ª Região, sendo abordada a problemática de cada cidade, tornando-se, assim, um desafio para cada município, pensando-se em diferentes formas de enfrentamento para uma melhor assistência, visando, assim, à atenção em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/2010. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php>. Acesso em: 27 set. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Coordenação de prevenção e vigilância. Falando sobre câncer de mama. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.

TOCANTINS. Secretaria de Saúde do Estado. Planejamento. Desenvolvimento de políticas de saúde/CIR. Disponível: <<http://saude.to.gov.br/planejamento/desenvolvimento-de-politicas-de-saude/cir/>>. Acesso em: 27 set. 2016.

CAPÍTULO 16

A ATUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A RESOLUTIVIDADE DOS CASOS DA REDE PSICOSSOCIAL

Cleonilde Joviniano Nóbrega

José Danúzio Leite de Oliveira

Maria Da Glória Gomes Ferreira

Maria De Fátima Araújo Soares

Rosete Bezerra C. Arcoverde

Danyelle Nóbrega de Farias

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Na AB, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram. Um dos princípios da AB é possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao Sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental (BRASIL, 2013).

Conforme Brasil (2013), os seguintes princípios fundamentam a articulação entre saúde mental e atenção básica:

- Noção de território;
- Organização da atenção à saúde mental em rede;
- Intersetorialidade;
- Reabilitação psicossocial;

- Multiprofissionalidade/interdisciplinaridade;
- Desinstitucionalização;
- Promoção da cidadania dos usuários;
- Construção da autonomia possível de usuários e familiares.

Na construção da atenção integral, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas: ser base, atuando no mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de Saúde e produzindo intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e criando projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, assim como as outras estruturas das redes de saúde e intersectoriais, públicas, comunitárias e sociais; ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades dessa população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde para as necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2012).

Não se pode entender a saúde mental como algo dissociado da saúde geral. E por isso faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de saúde, em especial da Atenção Básica. Cabe aos profissionais o desafio de perceber e intervir sobre essas questões.

A saúde mental não exige necessariamente um trabalho para além daquele já demandado aos profissionais de saúde. Trata-se, sobretudo, de que estes profissionais incorporem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral com a saúde (BRASIL, 2013).

Considerando suas características, o cuidado em saúde mental na AB é bastante estratégico pela proximidade com a comunidade, bem como pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa.

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde, iniciada na década de 1980, com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. O movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial (BRASIL, 2013).

A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica em organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura etc.). O desafio que se coloca é, ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade. Isso leva o desafio da saúde mental para além do SUS, já que, para se realizar, ele implica na abertura da sociedade para a sua própria diversidade (BRASIL, 2013).

Em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei nº 10.216, que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os princípios do movimento iniciado na década de 1980 tornam-se uma política de Estado. Na década de 2000, com financiamento e regulação tripartites, amplia-se fortemente a rede de atenção psicossocial (Raps), que passa a integrar, a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde. Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial, podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros. As Unidades Básicas de Saúde cumprem também uma importante função na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental.

A Unidade Básica de Saúde como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessida-

des decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2013).

Ao utilizarmos como base para problematização o Arco de Magueres (PRADO, 2012), é possível identificarmos alguns aspectos relacionados ao problema elencado pela turma, “A atuação da Atenção Básica para resolutividade dos casos da Rede Psicossocial”, que dificultam uma assistência integral e intersetorial ao usuário de saúde mental, destacando alguns pontos como:

- Resistência da equipe multiprofissional em trabalhar saúde mental na AB;
- Dificuldade na assistência ao usuário e sua família – os atendimentos se resumem apenas na emissão de receitas controladas;
- Fragilidade na integração da atenção primária (ESF) com a atenção psicossocial especializada (os Caps) no acompanhamento e territorialização do usuário;
- Profissionais com limitações para atuar em saúde mental devido à falta de qualificação contínua nessa área.

Nesse sentido, refletindo sobre o problema em questão, elegemos alguns tópicos para dar seguimento à discussão frente o Arco de Magueres, expostos no quadro abaixo:



Nesse cenário, é possível elencarmos as situações que irão nortear os trabalhos para uma melhor aplicação à realidade encontrada na atuação da AB e a resolutividade dos casos compartilhados com a rede psicossocial:

- Sensibilizar os profissionais da Atenção Básica;
- Oferecer assistência integral e intersetorial;
- Promover a intersetorialidade e integração dos serviços;
- Qualificar com Educação Permanente em Saúde, voltada para a saúde mental.

Portanto, o cuidado em saúde mental na AB é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Pelas características encontradas, torna-se comum aos profissionais de saúde da AB intervir nas situações com as pessoas que se encontram em situação de sofrimento em saúde mental.

Contudo, para maior aproximação ao tema e entendimento sobre quais intervenções podem se configurar, torna-se necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que o território tem a oferecer como recurso aos profissionais de saúde para contribuir no manejo dessas questões. O cuidado com as pessoas em sofrimento mental nos seus diversos níveis deve partir da estruturação dos serviços já existentes na AB em saúde, no cotidiano onde a vida do sujeito acontece.

Diante do desvelado, faz-se necessário um novo direcionamento de possíveis soluções que venham a colaborar e/ou solucionar os problemas anteriormente identificados mediante ações e propostas de trabalho tais como:

- Rodas de conversa com os trabalhadores e equipe técnica para qualificar o diagnóstico da realidade e implantar ações voltadas para a saúde mental;
- Criação de atividades coletivas de educação em saúde voltadas para a saúde mental com uma dinâmica de trabalho participativa e integrada ao usuário e família;
- Promoção de fórum em Saúde Mental e Educação Permanente para os trabalhadores.

A partir das hipóteses acima elencadas, as visitas in loco acontecerão para auxílio ao conhecimento da real demanda, para, a partir disso, se traçar estratégias elencadas como discussão de fluxo, responsabilidades da equipe, Projeto Terapêutico Singular e intersetorialidade, na busca de corresponsabilização de cada ator envolvido no processo de fazer saúde mental, seja ela na Atenção Básica (ESF, Nasf, Cras...), na atenção psicossocial especializada (os Caps) ou terciária (Hospitalar).

A partir da problematização do Arco de Maguerez, foi possível refletir sobre os municípios da equipe frente às ações da Rede Psicossocial que as gestões poderiam iniciar. Sendo assim, foi acordada inicialmente em um dos municípios uma reunião com todos os profissionais da AB envolvidos na Saúde Mental para apresentação, discussão e problematização do arco construído. Com isso, a experiência nesse município resultou em construção de cartilhas, início de desmames de medicação, criação de grupos em saúde mental, organização de fluxo e da rede de usuários, e ainda um trabalho interdisciplinar com os membros da equipe. A experiência exitosa no município serviu como exemplo para o município que também participou da construção do arco e os demais municípios da Região de Saúde, alguns tendo sido auxiliados pelo estudante-equipe na discussão dessa experiência em seu município, fortalecendo, assim, o processo de regionalização.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 17.

PRADO, Marta Lenise do et al. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. Escola Anna Nery (online). v. 16, n.1, p:172-177, 2012.

CAPÍTULO 17

O OLHAR DO ESTUDANTE-GESTOR PARA A SITUAÇÃO-PROBLEMA NA 1ª REGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA À LUZ DO ARCO DE MAGUEREZ

Fabiola Moreira Casimiro de Oliveira

INTRODUÇÃO

A partir da Política Nacional de Atenção Básica, diversas mudanças estruturais aconteceram no Sistema Único de Saúde (SUS), provocando um reordenamento no modelo de atenção, com intuito de melhorar a qualidade e o acesso aos usuários, aproximando-se aos modelos de Promoção da Saúde, Redes de Atenção, Vigilância e Educação Permanente em Saúde, sendo os municípios responsáveis por essa gerência. No entanto, ao se avançar na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, as dimensões sociais presentes nas práticas de atenção ainda se encontram bastante fragilizadas (Brasil, 2004).

O Curso de Qualificação de Gestores do Sistema Único de Saúde da Paraíba, em parceria com o Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fiocruz Pernambuco, a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB), o Centro de Formação de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-PB) e o apoio da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, por meio da Coordenação de Educação a Distância (Ensp/EAD), tem o objetivo de qualificar a gestão da saúde. Sendo assim, a proposta da formação de estudantes gestores para o SUS em âmbito regional propõe o fortalecimento do processo de regionalização, explorando as características próprias, locais, com base na situação de saúde das redes prioritárias de atenção à saúde da região de saúde (Caderno do Estudante Gestor, 2015).

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

O Curso de Qualificação de Gestores do Sistema Único de Saúde – SUS foi desenvolvido em 2015 e concluído em 2016, realizado no município de João Pessoa, PB, de modo semipresencial para estudantes-gestores de municípios pertencentes à 1ª Região de Saúde do Estado da Paraíba.

A metodologia problematizadora foi utilizada através do Arco de Maguerez, sendo construídos quatro arcos durante todo o período curso, acerca das redes de atenção à saúde e áreas temáticas, quais sejam: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Vigilância e Promoção em Saúde. Estas foram discutidas em momentos presenciais interdisciplinares e multiprofissionais: com médica, enfermeira, psicólogo, educadora física, gestores de diferentes serviços (hospital, distrito sanitário, maternidade, gerente de atenção básica), sendo a turma conduzida pela facilitação de uma tutora-apoiadora, mediadora do processo de ensino-aprendizagem.

Ademais, foi utilizada Plataforma Virtual Moddle (a distância, *online*) para discussão em grupo, trocas de experiências e compartilhamento de textos, leis e portarias ministeriais que embasaram a construção dos arcos.

Os Arcos de Maguerez foram construídos seguindo os passos: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Possibilitaram a reflexão dos processos de trabalho, de forma a ajudar a transformar o olhar para além do município, para a Região de Saúde, e buscar modificar as práticas do processo de trabalho para o modelo preconizado pelo SUS no âmbito regional.

Outro aspecto importante foi a participação dos estudantes-gestores em encontros institucionais, o que possibilitou o conhecimento de espaços de decisões de políticas de saúde, tais como: Conselhos Municipal e Estadual de Saúde, Comissão Intergestora Regional - CIR, Comissão de Integração Ensino Serviço - CIES, Câmara Técnica da CIR, e redes de saúde como Rede Cegonha e Saúde Mental, que necessitam repensar sobre o papel do estudante-gestor no processo de defesa do Sistema Único de Saúde - SUS na Região.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram trabalhadas as redes de saúde, iniciando pela Rede Cegonha, elencando o seguinte problema: “Fragilidade na rede materno-infantil da 1ª região de saúde” – em particular nos componentes pré-natal, parto e nascimento, sendo a falta de comunicação entre serviços de saúde o ponto-chave do arco. Para tanto, as hipóteses de solução apontadas ao problema foram: realizar encontros periódicos com os atores da gestão, atenção básica, maternidades, laboratórios e centrais reguladoras, com finalidade de análises do território e demanda reprimida e encaminhamento para serviço adequado, reduzindo a evasão dos municípios de origem para os maiores centros do Estado. E, cumprir os fluxos estabelecidos de atendimento à gestante, desde o pré-natal até o parto, respeitando a referência e contrarreferência do município com a Programação Pactuada Integrada (Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde), como aplicação à realidade, último passo desse arco.

Já para a Rede de Atenção Psicossocial, a dificuldade de atendimento pelo Serviço de Assistência Móvel de Urgência - SAMU aos usuários com sofrimento psíquico, na vigência de urgência e emergência, foi vista como maior problema do ponto-chave falta de conhecimento sobre o manejo com o paciente em sofrimento psíquico, sendo apontadas as hipóteses: promover Educação Permanente em Saúde - EPS no âmbito da Saúde Mental para todos os trabalhadores do SAMU, envolvendo Atenção Básica - AB, Centro de Atenção Psicossocial- CAPS, Pronto Atendimento em Saúde Mental - PASM, Consultório na Rua, Hospitais, promotoria de saúde para solução. Aplicando à realidade a participação do departamento de saúde mental em reuniões periódicas com o SAMU, AB, CAPS, PASM, Consultório na Rua, Hospitais, e da Rede de Serviços integrais (Assistência Social, Justiça, Promotoria dos Municípios e Estado e Segurança Pública), principalmente com a Polícia Militar para os casos nos quais a PM necessite fazer a retaguarda do SAMU.

Com relação à vigilância em saúde, a dificuldade no combate ao vetor *Aedes aegypti* na 1ª Região de Saúde - PB teve como ponto-chave a falta de educação/cultura ambiental e cuidados domésticos e a hipótese de solução foi sensibilizar e conscientizar a população sobre os riscos da proliferação do mosquito a partir da existência de focos. E para aplicar, sugeriu-se: realizar divulgação das formas de prevenção

nas salas de espera das unidades de saúde, rádios comunitárias, escolas, reuniões, impressos oficiais, contracheques, todos os meios possíveis de comunicação.

Por fim, abordou-se a promoção à saúde com a problemática da fragilidade na Atenção Básica da 1ª Região de Saúde, nas ações de Promoção que visam à redução da obesidade e o ponto-chave indicado foi a falta de informação de gestores e trabalhadores sobre a importância da promoção da saúde. Formulou-se a seguinte hipótese de solução: discutir pauta em CIB e CIES, objetivando o empoderamento de atores regionais sobre a obesidade e a Política Nacional de Promoção à Saúde – PNPS; para aplicação à realidade propôs-se inserir na CIES pauta permanente sobre a temática na reunião regional.

Dessa forma, foram contempladas quatro redes de saúde prioritárias no curso de gestão, abrindo um leque de possibilidades para a reflexão e transformação de situações na Região de Saúde.

Conclusão

A experiência adquirida no Curso Qualigestores para o SUS foi enriquecedora, uma vez que permitiu aos discentes envolvidos um intenso processo de discussão, ampliando o olhar para além do município, à Região de Saúde. A metodologia utilizada foi extremamente relevante no que diz respeito ao processo ensino-aprendizagem, uma vez que oportunizou a busca por hipóteses de soluções e intervenções à realidade dos pontos-chave elencados por meio do Arco de Maguerez.

Além disso, o compartilhamento de ideias, trabalhos e discussões em plataforma virtual instigou a fomentação de mudança de prática no âmbito de atuação de cada participante. Vale ressaltar que também houve o fortalecimento e potencialização da Educação Permanente em Saúde (EPS) através de encontros matriciais, construção de fluxos de atendimento, reuniões e ainda atividades promocionais de saúde na perspectiva da aplicação do conhecimento oriundo dos momentos presenciais para a transformação das práticas voltadas à resolução de problemas a partir da atuação dos estudantes-gestores.

Refletiu-se também sobre as dificuldades em implantar ou implementar alguns passos do arco, como o caso de não governabilidade de decisão de pactuações ou recursos financeiros para ações em saúde, o

compromisso e perfil dos profissionais e gestores em aderir às mudanças propostas, a falta de infraestrutura de algumas unidades de saúde, a questão da logística, e a resistência às políticas que envolvam a promoção e prevenção à saúde.

Desse modo, é importante continuar qualificando gestores a provocar reflexões com os profissionais para que repensem suas práticas, bem como aos próprios gestores visando a um maior compromisso em consolidar o SUS, efetivando seus princípios e responsabilizando-os pelo cuidado dos usuários de maneira integral e regional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>.

Caderno do Estudante\ Gestor. Curso de Qualificação de Gestores, 2015.

CAPÍTULO 18

O ACOMPANHAMENTO DAS GESTANTES DA 3ª REGIÃO DE SAÚDE FRENTE AO ARCO DE MAGUEREZ

Maria Sonia Gomes Marques

Márcia Mayara de Almeida

Milena Silvana Martins Rufino

Priscila Nóbrega Lopes Obermark

Rafaela Cavalcanti de Almeida

Danyelle Nóbrega de Farias

A Rede Cegonha é uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde criada através da Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que tem o intuito de sistematizar e institucionalizar o modelo de atenção ao parto e ao nascimento. Estimula uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito à atenção humanizada à gravidez (pré-natal), ao planejamento reprodutivo, ao parto, ao puerpério, e às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Veio como um enfrentamento à mortalidade materna e à baixa qualidade na atenção ao parto e ao nascimento.

A Política Nacional de Humanização (PNH) buscava pôr em prática os princípios dos SUS através do estímulo à comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, produzindo mudanças no processo de gerir e cuidar. Apresentava como diretrizes o acolhimento, a gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários.

Ao levar em consideração as diretrizes da Rede Cegonha e a realidade na Região de Saúde, verifica-se uma grande fragilidade no acompanhamento das gestantes em vários pontos do processo, desde o acolhimento até os entraves com a regulação. O que leva à reflexão de que talvez não sejam todos os profissionais envolvidos neste processo que possuem conhecimento de como funciona a rede, suas diretrizes e flu-

xos. Pensar ainda se a gestão está investindo em aperfeiçoamentos, se verifica o funcionamento correto dos serviços, tanto públicos quanto privados (terceirizados para realização de exames), pode ser uma estratégia para minimizar as fragilidades encontradas.

Considerando a discussão em sala de aula com a participação dos estudantes-gestores presentes e pelas reflexões geradas devido à realidade enfrentada hoje pela 3ª Região de Saúde, que se destaca pelo número elevado de óbitos maternos e infantis em virtude de algumas fragilidades na atenção, seja ela no nível primário ou terciário, ficou definida como situação-problema da parte I do curso a seguinte situação: “A Fragilidade no acompanhamento das gestantes da região durante o pré-natal”. Cabe ressaltar que o Curso de Qualificação de Gestores do SUS está dividido em quatro partes e que a temática destacada foi a escolhida para ser trabalhada nesse momento inicial.

Com base na metodologia problematizadora e utilizando o Arco de Maguerez, o presente estudo aponta quais estratégias/ações podem ser adotadas/implementadas para reduzir a fragilidade no acompanhamento das gestantes da região durante o pré-natal, tendo em vista o alto índice de óbitos maternos [Setembro de 2015 (5) e Setembro de 2016 (2)], e considerando que poderiam ser minimizados com ações e políticas de saúde eficazes.

O arco é composto por algumas fases, sendo elas: Realidade, Observação da Realidade, Pontos-Chave, Teorização, Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade. Assim, a partir dos passos apontados, o problema selecionado foi paulatinamente discutido e solucionado.

Para fins da Observação da realidade frente ao problema, nota-se a falta de interesse das gestantes acerca das palestras e não comparecimento às consultas/realização de exames pré-agendados do pré-natal. Há também demora para a realização dos exames, bem como para obtenção dos resultados, visto que, em muitos casos, não são realizados no município.

Os atendimentos às gestantes são realizados nas Unidades Básicas de Saúde da Família e possuem equipes multidisciplinares compostas por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista e o núcleo de apoio à saúde da família. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são os responsáveis por realizarem as visitas domiciliares mensalmente. A referência para encaminhamento das gestações de alto risco e possíveis intercorrências é o Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), lo-

calizado no município de Campina Grande, localizado a uma distância de 11 a 64 quilômetros dos municípios que pertencem à 3ª Região de Saúde; assim, o transporte dos pacientes precisa ser garantido pela secretaria municipal de saúde.

Assim, posterior ao histórico da situação-problema especificada e anterior à Teorização realizada, foi necessário refletir sobre os Pontos-Chave. Para tal, foram discutidas como causas a falta de qualificação dos profissionais de saúde; a inexistência de regulação; o déficit no processo de acolhimento; o desconhecimento dos profissionais com relação aos protocolos existentes para o pré-natal; a má utilização da caderneta da gestante; a dificuldade de comunicação entre os serviços (referência e contrarreferência) e a falha do recebimento dos exames em tempo hábil.

Em avaliação dos pontos-chave, percebeu-se que algumas Hipóteses de Soluções minimizariam os pontos elencados:

- Monitoramento das ações/atividades dos ACS, visto que é frequente a falta de informação precisa entre paciente e equipe;
- Capacitação desses profissionais, por meio de Educação Permanente, visando à melhoria do acompanhamento à gestante e durante o período do puerpério;
- Maior agilidade na resposta de marcação de exames e encaminhamentos para especialistas, com identificação diferenciada de requisição para beneficiar a prioridade da gestante (Articulação com a Regulação);
- Realização de grupos de discussão entre gestantes e profissionais de saúde para a troca de experiências e discussão frente à gestação e os sinais e sintomas das doenças mais comuns nesse período;
- Adoção de protocolos relativos à grande demanda de pacientes e à falta de organização de atendimento, e por diversas vezes a inexperience do profissional;
- Implantação do Acolhimento nas Unidades de Saúde e sensibilização das gestantes frente à importância do pré-natal e sua responsabilidade.

De acordo com o exposto, para que as hipóteses tornem-se base para Aplicação à Realidade, faz-se necessário que algumas mudanças

aconteçam, dentre elas, o fortalecimento da Equipe de Saúde da Família, o Apoio da gestão; a integração entre os serviços; a comunicação entre profissionais e gestantes e o monitoramento das ações que envolvam esse público-alvo.

Ao refletir e construir o Arco de Maguerez com relação ao problema eleito pela turma, da fragilidade no acompanhamento das gestantes durante o pré-natal, pôde-se perceber que ações e políticas de saúde eficazes, em consonância com a Política Nacional de Humanização, podem minimizar as fragilidades encontradas.

A discussão em sala sobre a Rede Cegonha nos fez analisar o acompanhamento das gestantes da região durante o pré-natal, considerando o número elevado de óbitos maternos e infantis. Com base na Metodologia Problematizadora e utilizando o Arco de Maguerez, foi discutido o processo de operacionalização do Sistema Único de Saúde dentro dos municípios da 3ª Região de Saúde, considerando o intuito de sistematização e institucionalização do modelo de atenção ao parto e ao nascimento, trazido pela Rede Cegonha.

Observamos que essa Rede encontra-se bastante fragilizada e sua plenitude na aplicação é uma realidade bem distante de ser alcançada. Esse processo de reflexão fez-se importante para tomarmos ciência dos problemas existentes e pensarmos sobre as hipóteses de solução, o que nos fez enxergar que ajustes e pequenas mudanças podem fazer a diferença. Mediante a fragilidade encontrada, construímos a Realidade pautada nos problemas elencados/encontrados e, a partir de então, mudamos o nosso olhar acerca da Rede Cegonha e das dificuldades encontradas e refletimos sobre as mudanças que são necessárias para a efetiva aplicação dos seus princípios e objetivos.

A partir das reflexões advindas da discussão do arco, foi possível compreender o nosso processo de trabalho como parte dessa mudança desejada, e nos reconhecendo enquanto gestoras, foi plausível abordar e incitar tais reflexões em grupos maiores, a exemplo dos momentos de Educações Permanentes na gerência com todas as Regiões de Saúde da 3ª Gerência e/ou até mesmo na CIR e nos comitês de morte materna e infantil, problematizando e fazendo com que a urgência nas mudanças de práticas fossem internalizadas e gerassem um desejo de mudança para os colegas e municípios vizinhos. Ou seja, ao aplicar as estratégias ao nosso dia a dia, pudemos fortalecer a dialogicidade, o trabalho

conjunto, como também despertar o interesse dos profissionais para, de acordo com a sua competência, auxiliar na transformação de práticas em favor do incentivo à gestante em participar dos serviços oferecidos, sendo incluídos os momentos de Educação Permanente. Também pôde-se refletir sobre a importância de realizar o pré-natal de forma mais completa, reduzindo, portanto, o risco com relação ao alto número de óbitos.

REFERÊNCIAS

ALGUNS DOCUMENTOS INTRODUTÓRIOS SOBRE A REDE CEGONHA. Distribuição na oficina sobre Rede Cegonha no seminário do CONASEMS. Brasília, Julho de 2011. Disponível em <http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf>. Acesso em: 30 out. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_cegonha>. Acesso em: 30 out. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <http://bvsmhs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 30 out. 2015.

GIOVANNI, Mirian Di. Rede Cegonha: Da concepção à implantação. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública da Escola Nacional de Administração Pública - ENAP. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.ena.gov.br/bitstream/handle/1/410/Miriam%20%20V.%20Definitiva.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 30 out. 2015.

CAPÍTULO 19

A EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE GESTORA NA OBSERVAÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DA REALIDADE NA 8ª REGIÃO DE SAÚDE

Luana Idalino da Silva

Débora Freitas de Amandio

Valéria Driely Felix de Araújo

Lorena Chianca Forte

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro

Introdução

A conjuntura do Sistema Único de Saúde (SUS) formulada pela Lei 8.080/90, que atualmente foi regulamentada pelo Decreto 7.508/2011, exige uma gestão cada vez mais qualificada na busca de novas perspectivas assistenciais.

A responsabilidade sanitária imposta aos gestores de saúde no desenvolvimento de suas atividades produz a necessidade de melhor compreender o processo de descentralização e como deve acontecer a participação das instâncias federativas na organização de um modelo de atenção que busque atender os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Assim, fomos convidadas a trabalhar com nosso cotidiano, identificar as potencialidades e principalmente problemas de gestão que enfrentávamos na região de saúde. Dessa forma, o curso de qualificação de gestores produziu um espaço de aperfeiçoamento de nossas funções gestoras.

A 8ª Região é formada por dez municípios. Dentre eles, oito são de pequeno porte e dois de médio porte, o que corrobora com o perfil da maioria dos municípios brasileiros, como destaca o Tribunal de Contas da União. De acordo com esse órgão, em 2012, no Brasil, existiam 1.650 municípios com mais de 20 mil habitantes, porém a maioria é de municípios de pequeno porte, representando 73% do país. Dessa forma,

a região possui uma população de 111.375 habitantes (IBGE, 2010) e a estrutura de saúde oferecida aos seus municípios ainda é incipiente, tendo em vista a organização principalmente de nível primário dos seus serviços.

Diante de tal realidade, observar nosso processo de trabalho foi inicialmente um desafio para nós estudantes-gestoras, pois, dentro desse espaço, estão nossas ações, e ao identificarmos problemas, estávamos inseridas nesse conjunto de fragilidades. No entanto, com a metodologia utilizada pelo curso, esse sentimento de temor foi superado. Foi quando percebemos que somente utilizando ferramentas como a observação dos problemas e a identificação de fatores causais das teorias existentes, aumentaríamos as possibilidades de produzir mudanças nos setores e serviços de saúde onde estávamos inseridas.

Para além desses espaços, produziu-se oportunidade de fortalecer o processo de regionalização do estado da Paraíba, uma vez que nos apropriamos dos conceitos e objetivos das redes de atenção à saúde e discutimos como nossa região pode se fortalecer com essa proposta de regionalização. Com isso, fomos chamadas a praticar! Enquanto gestoras, produzimos espaço de discussão em nossos municípios sobre financiamento, introduzimos formas de avaliação das nossas próprias ações, monitoramos nossos resultados através de indicadores de saúde e tivemos a possibilidade de enfrentar problemas que afligiam as condições de saúde da população.

Foi nesse momento que percebemos que o desafio imposto no princípio do curso foi transformando-se em resultados. Neste capítulo, será exposta a experiência da equipe gestora no enfrentamento da ineficiência da região no controle da tuberculose.

Contextualização: quando a observação transforma a realidade

O Curso de Qualificação de Gestores do SUS da Paraíba iniciou-se para nós em 2015. Logo fomos apresentadas ao método que seria utilizado para nosso aperfeiçoamento na gestão em saúde, a metodologia problematizadora, que nos convidou a participar não apenas de uma formação, mas do processo de regionalização do estado, ou seja, passamos a ser protagonistas e não expectadoras. Isso mesmo! Somos gestoras, mas implantação e/ou implementação das redes de atenção à saúde

e o fortalecimento da região ainda eram situações pouco trabalhadas na nossa realidade.

Essa nova proposta do curso baseou-se em um modelo de educação que surgiu no Brasil a partir dos educadores Paulo Freire e Álvaro Pinto, que quebram o paradigma de que o educando é aquele que recebe as informações e passa a ser um sujeito com capacidade de fazer uma leitura do mundo e por meio dessa visão desenvolve a capacidade de transformar a realidade (SANTOS et al., 2015).

Com isso, entendemos que, observando a realidade, podemos avaliar o cotidiano profissional onde estamos inseridos e fazermos uma leitura das potencialidades e principalmente dos problemas que se tornam fatores contrários ao alcance do objetivo da gestão em saúde, que se baseia em atender os princípios do SUS da integralidade, equidade e universalidade, além de considerar o plano de governo (GONDIM, 2011). Somente com a observação da realidade, tornamo-nos ativos no planejamento de intervenções/mudanças na região de saúde.

Assim, foram trabalhados quatro módulos de aprendizado e em cada um foi possível elencar os pontos frágeis da nossa região, a serem trabalhos com a finalidade de enfrentá-los. No primeiro módulo, tivemos como ponto discutido as fragilidades no componente da atenção hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Na parte II, foi discutida a ineficiência da região no controle da Tuberculose (TB); já no módulo III, tivemos como discussão as dificuldades de atuação das vigilâncias frente a um surto de diarreia na região e, na última parte, foi selecionada a dificuldade de articulação para desenvolvimento de ações de promoção da saúde com ênfase na alimentação adequada e saudável.

Ressalta-se que cada problema foi escolhido de acordo com os capítulos ministrados durante o curso. Atrelado a isso, fomos apresentados ao Ambiente Virtual de Aprendizado (AVA) e recebemos essa ferramenta como um instrumento de estudo, divulgação de encontros presenciais, reuniões e capacitações, como também compartilhamento de conhecimentos com os colegas do curso e tutora, na construção de cada etapa do Arco de Maguerez.

Com o conhecimento e o AVA, vieram as responsabilidades trazidas pelo curso de qualificação de gestores, que proporcionou um espaço de observação do nosso cotidiano e fomentou a possibilidade, enquanto equipe gestora, de atuar no território, objetivando a alteração da rea-

lidade encontrada. Então, utilizando o Arco de Maguerz (Figura 1), destaca-se a observação de uma realidade da região que vivenciava o crescimento dos casos de tuberculose e de ocorrência de óbitos por essa afecção, sendo quatro somente no primeiro trimestre de 2016.



Figura 1 - Arco de Maguerz

Fonte: BERBEL, 1995.

A partir disso, seguimos à próxima fase do arco para elencar os pontos-chave que sugerem as causas que podem provocar o problema da região, sendo elas: a insuficiência nas ações da atenção básica (AB), desde a busca ativa, identificação dos sintomáticos respiratórios, até o tratamento da tuberculose; ausência de protocolo para atendimento ao usuário com tuberculose no âmbito hospitalar; ausência de avaliação e monitoramento da base de dados para tomada de decisão.

Essas causas provocaram preocupação em todos os estudantes-gestores, pois a tuberculose é uma doença infectocontagiosa que possui tratamento eficaz e gratuito. Com isso, passamos a buscar fundamentação para o problema, na fase de teorização, e encontramos que, a cada 15 segundos, uma pessoa morre vítima da doença, e, segundo o coordenador do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, trata-se de “uma doença social de má qualidade de vida”, ou seja, relacionada diretamente às precárias condições de vida da população (BARREIRA; MARGARETH, 2008).

Além disso, destaca-se, no Brasil, a tuberculose como a 9ª causa de internações por doenças infecciosas (DI), a 7ª em gastos com internações no SUS e a 4ª causadora de mortes entre as DI (LAVOR, 2008).

Em contraposição, Giovanela e outros (2009) destacam que a atenção aos casos de TB deve se estruturar tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como centro ordenador e integrador do cuidado e da rede de serviços de saúde.

Diante dessas informações, elencamos como hipótese de solução a utilização do questionário usado no estudo de Brunellov (2015), que continha 39 perguntas objetivas e permitia a avaliação dos recursos humanos, recursos físicos e organização do serviço (ANEXO 4). Esse instrumento tem a finalidade de identificar os fatores que provocam a ineficiência da AB e demais causas do problema selecionado para atuação e enfrentamento da situação problematizada.

Logo, realizamos a aplicação dos questionários com profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde que compunham as equipes de Saúde da Família. Elegemos, para tanto, o município de São Bento como local do estudo, em função das seguintes características: maior município da região de saúde (33.464 habitantes), maior número de Unidades Básicas de Saúde (13) e com 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), assim como por ser o município de residência da equipe-gestora.

A partir do contato com a Coordenadora de Atenção Básica do município de São Bento, fomos autorizadas a realizar as entrevistas com os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS), seguindo a aplicação nas 13 UBS do município.

A amostra de profissionais que participaram da pesquisa compôs-se de 11 médicos, 10 enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem e 34 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), totalizando 66 profissionais. Tivemos uma perda amostral de 44%, sendo desconsiderados aqueles profissionais não localizados nas UBS no expediente de trabalho, depois de duas visitas agendadas.

Com os questionários respondidos, seguimos para a análise dos dados, utilizando estatística descritiva, que permite a síntese dos dados e a avaliação de um grupo (REIS, 1998). Com isso, observamos que a maioria dos profissionais destaca que toda a equipe está envolvida no atendimento, além de todos os profissionais entrevistados possuírem acesso à ficha de acompanhamento do tratamento. Na ocasião quando se depararam com um questionamento sobre capacitação para atendimento a paciente com TB, os dados apontaram que 100% das UBS con-

tam com enfermeiros capacitados para o atendimento desses pacientes. Entretanto, 73% dos médicos e 76% dos ACS destacam que não foram capacitados para o atendimento a paciente com essa afecção nos últimos três anos.

Quanto à organização dos serviços, destacamos que todas as UBS possuem pedido de baciloscopia e medicação disponível suficientemente para o tratamento, quando necessário. Além disso, 76% dos ACS destacam ter acesso ao livro verde de acompanhamento dos casos. Apenas duas unidades de saúde não disponibilizam coletores para o exame de escarro.

Diante dos resultados, destaca-se a dificuldade da qualificação dos profissionais para acompanhamento e busca ativa dos sintomáticos respiratórios, corroborando com Monroe (2008), que aponta preocupação da OMS em relação à qualificação das equipes profissionais para o acompanhamento de pacientes com TB, pois já se conhece bastante a enfermidade, sua fisiopatologia, diagnóstico, esquemas terapêuticos e medicamentos disponíveis. Mas ressalta que a existência de todo o saber prévio ou recursos de nada adianta, se eles não forem colocados ao alcance da população.

Com isso, seguimos para a fase de aplicação à realidade, onde produziu-se um espaço de capacitação em parceria com a 8ª Gerência Regional de Saúde e a Secretária Estadual de Saúde da Paraíba, tendo sido realizadas as seguintes atividades: abordagem sobre diagnósticos e tratamento da tuberculose com os profissionais da Atenção Básica dos 10 municípios da região; construção dos fluxos de encaminhamento para o melhor diagnóstico e atendimento dos pacientes; treinamento dos profissionais de laboratórios de Catolé do Rocha e São Bento para realização e/ou qualificação da baciloscopia.

A oficina foi realizada nos dias 9 e 10 de março de 2016 e teve como finalidade fomentar as discussões sobre o controle da tuberculose em nossa região, bem como facilitar a aproximação da rede de diagnóstico para tuberculose, com vistas à eficiência e agilidade do diagnóstico.

Assim, mesmo que ousado, o desafio é sempre retornar à realidade, agora observando os resultados das intervenções no território, buscando uma gestão qualificada, ou seja, aquela que promove saúde, diminui os casos de adoecimento e principalmente reduz a mortalidade por causas evitáveis (GODIM, 2011).

Considerações Finais

As funções de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde produzem não apenas a identificação de erros, fragilidades, ineficiência, mas a possibilidade de recomeçar, de instituir novas propostas e buscar os melhores resultados possíveis. Através de ferramentas como a Educação Permanente, torna-se possível o desenvolvimento de aperfeiçoamento do processo de trabalho em saúde.

Portanto, o diálogo e a interação da gestão com as equipes de saúde permitem a produção de indicadores de atenção e a qualificação da atuação dessas equipes no cuidado com a saúde, produzindo a capacidade de controlar patologias como a tuberculose e objetivar melhores condições de vida à população que utiliza o sistema público.

Com isso, a educação permanente apresenta-se como uma ferramenta de promoção de novas práticas, implantação e implementação de ações eficazes em saúde, como, por exemplo, na potencialização do processo de trabalho dos gestores de saúde.

E ainda, em se tratando da qualificação dos gestores do SUS, pode-se concluir que nos aperfeiçoamos, ganhamos novas ferramentas para atuação e, além disso, novos horizontes foram apresentados a nós, como por exemplo, a regionalização. Nossos resultados apontam para a necessidade de potencialização da região de saúde e principalmente para o fortalecimento das políticas públicas de saúde, demonstrando que o trabalho qualificado da gestão produz a capacidade de promover saúde com aumento do acesso a ações e serviços cada vez mais eficazes e eficientes que atendam às necessidades sanitárias do seu povo.

REFERÊNCIAS

BARREIRA, D.; DALCOLMO, M. Tuberculose Panorama Doloroso no Estado do Rio. Revista Radis. FIOCRUZ. Nº69. Pág 18-23, maio de (2008).

BERBEL, N. A. N. Metodologia da Problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o Ensino Superior. Seminário: Ciências Soc./Hum., Londrina, v.16. n. 2, Ed. Especial, p.9-19, out. (1995).

BRASIL, Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Ministério da Saúde, 2006.

BRUNELLOV, M. E. F. et al. Validação e confiabilidade: instrumento para avaliação de serviços que tratam tuberculose. Rev Saúde Pública, v. 49, n. 1, p. 1-11, 2015.

GIOVANELLA L, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva, 2009.

GONDIM, R. (Org.). Qualificação de Gestores do SUS. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro:. EAD/Ensp, 2011.

LAVOR, A. Ainda uma doença negligenciada. Revista Radis. ENESP, nº 69, maio de 2008.

MONROE, A. A. et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. Rev. Esc. Enf. USP, (2008).

REIS, Elizabeth. Estatística descritiva. Lisboa: Silabo, 1998.

SANTOS, M. C. S. et al. (Org.). Caderno do estudante/gestor: Qualificação de gestores do SUS na Paraíba. João Pessoa, 2015.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (BRASIL). Auditoria no Sisnad: TCU verifica insuficiência de CAPS no Brasil, 2012 [Internet]. [citado 2012 jan 29] Disponível em: http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/detalhes_noticias?noticia=4217499.

SOBRE OS AUTORES

Adriana Macedo Tófoli – Graduada em Nutrição, compõe a coordenação do Comitê Paraibano de Educação Popular em Saúde e foi da Comissão de Avaliação do Curso de Qualificação de Gestores do SUS/PB.

Adriano Lucas Abucater Santana – Graduado em Educação Física e Especialista em Política e Gestão do Cuidado pela UFPB. Na Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, atuou na condição de Gerente Operacional da Atenção à Saúde e, atualmente, está na Gerência de Área Fim da unidade Sesc Centro (Sesc Paraíba) em João Pessoa.

Alessandra Gomes de Sousa Mendes – Graduada em Serviço Social, pós-graduada em Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça, pela UFPB, e em Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde. Foi estudante-gestora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS/PB enquanto presidente da Comissão de Investigação de óbitos do Hospital Regional de Sousa e coordenadora do Núcleo de Vigilância Hospitalar do Hospital Regional de Sousa. Atualmente é Secretária de Saúde do Município do Lastro-PB.

Alexsandra Layani F. de Andrade – Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria, Especialista em Gestão e Saúde coletiva, Tutora-apoiadora na 9ª Região de Saúde (Cajazeiras).

Amanda de Queiroga Lunguinho – Graduada em Enfermagem. Foi estudante-gestora do Curso de Qualificação de Gestores enquanto Intensivista no Hospital Regional Deputado Manuel Gonçalves, onde trabalha até os dias atuais.

Ana Vitória Farias de Abrantes – Graduada em Pedagogia pela UFCG. Tecnóloga em Gestão Hospitalar pela UNOPAR. Foi estudante-gestora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba.

André Luis Bonifácio de Carvalho – Graduado em Fisioterapia pela UFPB (1988), Residência em Medicina Preventiva e Social (1990) e Mestrado em Ciência da Informação pela UFPB (2004). Foi Secretário de Saúde do Município de Campina Grande-PB. Foi Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. É docente da Universidade Federal da Paraíba/Centro de Ciências Médicas/Departamento de Promoção da Saúde.

Angely Caldas Gomes – Graduada em Fisioterapia e mestra em Modelos de Decisão e Saúde, ambos pela UFPB, tutora-apoiadora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba.

Christianne Urtiga Rocha – Graduada em Enfermagem pela FASER, especialista em Saúde da Família pela FIP, especialista em Auditoria de Sistemas de Saúde pela Universidade Estácio de Sá-RJ, mestra em Sistemas Agroindustriais pela UFCG, tutora e apoiadora institucional da 13ª Região de Saúde do CQGSUS-PB.

Claudia Luciana de Sousa Mascena Veras – Enfermeira sanitarista. Especialista em Medicina Preventiva e Social. Especialista em Gestão da Atenção à Saúde. Mestra em Enfermagem e Saúde Pública. Secretária Executiva de Estado da Saúde no período de 2011 a 2014 e atual Secretária de Estado da Saúde da Paraíba.

Cleonilde Joviniano Nóbrega – Graduada em Pedagogia. Foi estudante-gestora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS/PB, enquanto ocupava o cargo de Coordenadora da Saúde da Mulher no município de Esperança.

Daniel Freire Nordi – Mestre em Gestão da Clínica, especialista residente em Saúde da Família e Comunidade. Atuou no projeto como Coordenador Pedagógico. Atualmente é docente dos Projetos de Apoio ao SUS pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês no Curso de Gestão de Políticas Públicas Informadas por Evidência na região de Córdoba, Argentina.

Daniela Gomes de Brito Carneiro – Nutricionista, Especialista residente em Saúde da Família, Mestra em Educação. Atuou como coordenação pedagógica da 3ª e 4ª Macrorregiões de Saúde. Atualmente compõe a coordenação do apoio institucional da SES/PB às regiões de saúde.

Daniele Santana Leandro – Graduada em Assistência Social. Foi estudante-gestora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS/PB, enquanto técnica (TFD) da 11ª Gerência Regional de Saúde, em Princesa Isabel-PB.

Danyelle Monteiro Cavalcante – Fisioterapeuta, especialista em terapia intensiva e gestão da clínica, mestra em Epidemiologia. Referência Técnica da urgência e emergência para a Paraíba (2014-2015).

Danyelle Nóbrega de Farias – Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba (2012). Com especialização na área de Avaliação de Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (2015), em Unidade de Terapia Intensiva pela Faísas Faculdades (2013) e em Informática em Saúde pela UNIFESP (2014). Mestra em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (2015). Apoiadora Institucional da 3ª Região de Saúde do CQ-GSUS-PB.

Débora Freitas de Amandio – Graduada em Psicologia pela UFPB. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental na Infância e Adolescência pela UNIPE. Coordenadora do CAPS I de São Bento-PB. Foi estudante-gestora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS/PB, enquanto Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial da cidade de São Bento-PB, cargo que ainda ocupa.

Edna Guedes da Costa – Graduada em Odontologia. Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. É da Estratégia de Saúde da Família de Campina Grande. Foi Gerente de Planejamento da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. Atuou no projeto como Coordenadora Pedagógica (2015) e atualmente é Secretária de Saúde do Município de Areia-PB.

Fabiola Moreira Casimiro de Oliveira – Graduação e licenciatura em Enfermagem. Especialista em Saúde da Família e em Gestão da Atenção Básica e de Redes Microrregionais de Saúde. Foi estudante-gestora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS/PB, enquanto Diretora Geral do Distrito Sanitário IV do município de João Pessoa-PB, cargo que ainda ocupa.

Fernando Rocha de Lucena Lopes – Mestre em saúde pública (UEPB), Especialista em Gestão de Sistemas de Saúde (NESC-UFPB), Especialista em Processos Educacionais em Saúde (Instituto de Ensino e Pesquisa - Hospital Sírio-Libanês), graduação em odontologia (UFPB). Atuou no projeto como Coordenador Pedagógico e atualmente é Diretor Geral do CEFOR-RH/PB.

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro – Graduada em Enfermagem pela FIP, especialista em Auditoria em Saúde pela FIP. Foi estudante-gestora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS/PB, enquanto Diretora Geral do Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos, Catolé do Rocha, cargo que ainda ocupa.

Hélio Soares da Silva – Graduado em Enfermagem pela UFRN. Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde pela ENSP/Fiocruz. Coordenador da Área Técnica de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Saúde do Homem e da Pessoa Idosa da SES/PB.

Ingrid Davis da Silva Gadelha – Graduada em Fisioterapia; Mestra em Modelos de Decisão em Saúde; tutora do curso de qualificação dos gestores do SUS e apoiadora institucional da 5ª Região de Saúde.

Islândia Maria Carvalho de Sousa – Enfermeira-UFPE, Doutora em Saúde Coletiva, pesquisadora adjunta do Departamento de Saúde Coletiva (Fiocruz-PE), Coordenadora da EAD Fiocruz-PE e coordenadora geral do Curso de Qualificação de Gestores do SUS/PB.

Janaina Japiassu – Graduada em Nutrição. Especialista em Fisiologia Humana e Gestão de Política. É consultora da Criança pelo Ministério da Saúde na Paraíba desde 2012.

Jória Viana Guerreiro – Graduada em Nutrição. Especialista em Epidemiologia. Residência Multiprofissional em Medicina Preventiva e Social. Mestrado e doutorado em Saúde Pública. Foi Secretária Municipal de Saúde e atuou na Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. É docente da Universidade Federal da Paraíba (Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas).

José Danúzio Leite de Oliveira – Médico pela Universidade do Grande Rio – Unigranrio (2012). Especialização em Saúde da Família – UFPE (2014) e Especialização MBA Auditoria em Saúde – Uninter (2016). Atua na Estratégia Saúde da Família e como Auditor na Secretaria de Saúde do Município de Areia-PB desde 2013 até os dias atuais. Foi estudante do Curso de Qualificação de Gestores do SUS/PB, enquanto médico do Programa Mais Médicos, onde continua atuando.

Joselice da Silva Pinto – Mestra em Educação, Coordenadora Pedagógica da EAD Fiocruz-PE e coordenadora pedagógica do Curso de Qualificação de Gestores do SUS/PB.

Juliana Gonçalves – Graduada em Fisioterapia, especialista em Política e Gestão do Cuidado, com Ênfase em Apoio Matricial. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2015). Atuou no projeto como Coordenadora Estadual. Atualmente é doutoranda em Saúde Pública no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fiocruz/PE.

Lindemberg Medeiros de Araújo – Médico Sanitarista. Foi Secretário Municipal de Saúde e ocupou cargo de gerência na Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. Docente aposentado da Universidade Federal da Paraíba (Departamento de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde).

Lorena Chianca Forte – Graduada em Enfermagem pela FACENE-RN, especialista em Enfermagem Saúde da Mulher e Obstetrícia e Enfermagem Clínica pela CENPEX, coordenadora de Vigilância em Saúde de São José do Brejo do Cruz. Atualmente enfermeira da ESF e coordenadora de AB de São José do Brejo do Cruz. Foi estudante-gestora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba.

Luana Idalino da Silva – Graduada em Enfermagem pela UFCG, especialista em Avaliação de Serviços de Saúde pela UFCSPA, tutora-apoiadora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba, na 8ª Região de Saúde (Catolé do Rocha).

Luciana Moura Mendes – Graduada em Fisioterapia pela UFPB, mestra em Modelos de Decisão e Saúde, foi tutora-apoiadora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba, na 16ª Região de Saúde (Campina Grande).

Luennia Kelly Alves Rocha de Araújo – Graduação em Enfermagem e Nutrição pela UFPB. Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde para Equipes Gestoras do SUS no Estado da Paraíba pela UFPB. Apoiadora Institucional da 10ª Região de Saúde da Paraíba pelo CQG-SUS-PB.

Manuela Cavalcanti Magalhães – Enfermeira, especialista em Saúde da Família e residência em Nefrologia. Apoio de Serviço SOS Emergências no Hospital de Traumas Humberto Lucena – PB (2013-2016).

Márcia Mayara de Almeida – Graduada em Farmácia. Foi estudante-gestora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba, enquanto atuava como farmacêutica da Farmácia Básica de Alagoa Nova.

Maria Nichelle de Almeida Braga – Graduada em Serviço Social com especialização em Saúde Mental. Foi estudante-gestora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba, enquanto ocupava o cargo de Coordenação da Atenção Básica em Saúde no município de Marizópolis-PB. Atualmente é Coordenadora de Escolas da Zona Rural no município de São João do Rio do Peixe-PB.

Maria da Glória Gomes Ferreira – Graduada em Fisioterapia. Foi estudante-gestora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba, enquanto ocupava o cargo de diretora do Hospital Municipal de Esperança (HME).

Maria de Fátima Araújo Soares – Técnica em enfermagem, cursando Assistência Social. Foi estudante-gestora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba, enquanto ocupava o cargo de coordenadora de um CAPS no município de Esperança.

Maria Sonia Gomes Marques – Técnica em laboratório. Gestora Recepcionista na UBSF I do município de Matinhas-PB. Coordenadora da Epidemiologia do município de Matinhas-PB. Foi estudante-gestora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba.

Maura Vanessa Sobreira – Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Possui Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2009). Especialista em Gestão da Atenção à Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Sirio-Libanês-SP (2014). Especialista em Políticas e Gestão do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (2008). Atualmente é Secretária Executiva de Saúde do Estado da Paraíba. Professora Efetiva Adjunta I do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte. Professora da Faculdade Santa Maria - FSM em Cajazeiras-PB. Atua na área de consultoria educacional, saúde coletiva, gestão em saúde e como pesquisadora na área.

Milena Silvana Martins Rufino – Estudante de Enfermagem. Coordenadora de Epidemiologia. Atualmente não desempenha nenhuma função voltada à gestão em saúde. Foi estudante-gestora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba.

Myrelles Fernandes do Nascimento – Graduada em Enfermagem. Foi estudante-gestora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba, enquanto ocupava o cargo de Coordenadora da Atenção Básica em Sousa.

Natália Lira de Souza – Graduada em Fisioterapia (UFPB), pós-graduada em Avaliação em Serviços de Saúde (UFCSPA), em Gestão em Saúde (UEPB) e em Fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva (FAISA), mestranda em Saúde Pública (CPqAM/Fiocruz), Tutora-Apoiadora Institucional da 16ª Região de Saúde do CQGSUS-PB.

Nathallya Rodrigues – Graduação em Enfermagem. Especialista em Enfermagem do Trabalho e em Política e Gestão do Cuidado com ênfase no Apoio Matricial. Atuou como tutora-apoiadora do projeto na 9ª Região de Saúde (Cajazeiras). Atualmente é referência descentralizada na Paraíba para o Programa Mais Médicos, Provac e Pró Residências, Ministério da Saúde.

Noêmia Rachel de Araújo Gadelha – Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal da Paraíba (2001). Foi estudante-gestora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba.

Péricles Mendes Tomaz – Foi estudante-gestor do Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba. É mestrando em Gestão hospitalar e Saúde Coletiva e graduado em Enfermagem. Atualmente é contratado como professor do Instituto Tecnológico da Paraíba (ITEC- PB), na Unidade de Sousa-PB, e atua como Apoiador Regional na 10ª Gerência Regional de Saúde.

Priscila Nóbrega Lopes Obermark – Graduada em Fonoaudiologia. Apoiadora da Atenção Básica da 3ª Gerência Regional de Saúde (Campina Grande). Foi estudante-gestora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba.

Rafaela Cavalcanti de Almeida – Graduada em Fonoaudiologia. Apoiadora da Vigilância Epidemiológica da 3ª Gerência Regional de Saúde (Campina Grande). Foi estudante-gestora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba.

Rebecca Cabral de Figueiredo Gomes Pereira – Fisioterapeuta, com especialização em Política e Gestão do Cuidado, com ênfase em Apoio Matricial e em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde. Mestre em Saúde Coletiva. Atuou no projeto como Coordenadora Estadual. Atualmente é fisioterapeuta do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) na cidade do Rio de Janeiro.

Rejane Lúcio Vieira – Graduada em Comunicação. Especialista em Saúde Coletiva e mestra em Gestão de Saúde Pública. Apoio às Redes de Atenção à Saúde na Paraíba (2012-2016).

Roberta Batista Abath – Graduada em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (1996), Residência Médica em Cirurgia Geral pelo HULW/UFPB (2001), Especialização em Saúde da Família pelo NESC/UFPB. Coordenação-geral SAMU 192 Metropolitano de João Pessoa, PB; Secretária de Estado da Saúde (2015-2016).

Rosete Bezerra C. Arcoverde – Graduada em Enfermagem. Secretária Municipal de Saúde do município de Esperança-PB. Foi estudante-gestora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba.

Shirlene Queiroz – Graduada em Psicologia. Especialista em Regulação em Saúde no SUS, pelo Sírio/Fiocruz. Coordenadora Estadual de Saúde Mental, vice-presidente da Federação Nacional dos psicólogos (FENAPSI).

Shirley Pereira da Silva – Bacharela em Enfermagem e pós-graduada em Urgência e Emergência/UTI. Durante o Curso de Qualificação de Gestores do SUS, exercia a função de Coordenadora de Epidemiologia do Hospital Regional de Princesa Isabel e a função de enfermeira plantonista naquela unidade hospitalar. Atualmente exerce a função de enfermeira plantonista na Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em Princesa Isabel.

Valéria Driely Felix de Araújo – Graduada em Enfermagem pela FIP. Foi estudante-gestora do Curso de Qualificação de Gestores do SUS na Paraíba como Coordenadora de Imunização de São Bento-PB. Atualmente é enfermeira fiscal da Vigilância Sanitária de São Bento-PB.

Volmir José Brutscher – Licenciatura plena em Filosofia, mestrado e doutorado em Educação. No projeto, atuou como coordenador geral na Paraíba. Atualmente, compõe a coordenação do apoio institucional da SES/PB às regiões de saúde e coordena o Comitê de Ética em Pesquisas da SES/PB.

Waldson Dias de Souza – Graduado em Odontologia. Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde. Secretário de Estado da Saúde da Paraíba no período de 2011 a 2014. Atual Secretário de Estado do Planejamento, Gestão e Orçamento da Paraíba.

Anexo 1: Exemplo de Relatório Mensal

Função	Ações desenvolvidas	Dificuldades encontradas	Estratégias adotadas (Dificuldades)
<p><i>Tutor</i></p> <p><i>1. Acompanhamento da turma no território.</i></p>	<p>Realizado o acompanhamento semanal da participação dos estudantes nas agendas dos espaços institucionais;</p> <p>Atualizados todos os instrumentos de acompanhamento e lista de frequência, com a inclusão dos estudantes suplentes;</p> <p>Publicação da agenda mensal na plataforma do curso;</p>	<p>Alguns estudantes tem tido dificuldade para frequentar os espaços institucionais do curso devido às outras demandas do trabalho.</p> <p>Existência de poucos espaços institucionais no mês de dezembro.</p>	<p>Disponibilizado turno de estudo para estudantes.</p> <p>Utilizado o espaço dos CMS e da CIB.</p>
<p><i>2. Acompanhamento da turma na plataforma.</i></p>	<p>Acompanhamento semanal da participação dos estudantes nos fóruns de discussão.</p> <p>Incentivo semanal dos estudantes para participar dos fóruns de discussão.</p>	-	-
<p><i>3. Preparação e condução pedagógica dos encontros presenciais descentralizados</i></p>	<p>Agendado o encontro de janeiro junto ao CEFOR e a Gerência de Saúde;</p> <p>Elaborada agenda dos espaços institucionais mensal;</p> <p>Motivação dos estudantes a estarem nos encontros descentralizados;</p> <p>Acompanhamento dos estudantes nos encontros descentralizados;</p> <p>Aberto o 4º e 5º Passo do Fórum do Arco de Maguerez da Unida de II;</p>	<p>Alguns chefes/gestores estão dificultando a vinda dos estudantes para os encontros.</p> <p>Muitas demandas no período de introdução dos suplentes.</p>	<p>Busca ativa dos estudantes.</p>
<p><i>4. Estudos para o trabalho de tutoria</i></p>	-	-	-

Anexo 2: Esqueleto da matriz de acompanhamento pedagógico

MATRIZ ACOMPANHAMENTO PEDAGÓGICO– (Guia para a Coordenação Pedagógica)						
	Como está sendo operacionalizado?	Potencialidades	Dificuldades	Estratégias a serem utilizadas para superação das dificuldades	Prazos	Acompanhamento
Presenciais das Turmas (metodologia, programação, espaço físico, material, assiduidade)						
Agenda das Turmas (participação qualitativa e quantitativa)						
Plataforma EAD (Fórum, Avaliações, devolutiva das atividades, notas, agenda mensal)						
Conteúdo/Problematização (De acordo com a Parte em vigor – caderno do estudante -, com o arco de Maguerez e com a realidade da região) – Encontros de Formação						

Anexo 3: Cronograma do Curso – Versão Tutor

Parte	Período	Data	Atividades	
Parte I – Fundamentos do SUS (40h) Capítulos 1, 2 e 3 e Funções gestoras (parte transversal)	1º	05 a 09 de outubro	Encontro Presencial (8h): Acolhimento e ambientação na Plataforma	
	2º	10 a 16 de outubro *13 e 14 de outubro	Encontro Presencial (4h): Abertura da Parte I (escolha do problema e pontos-chave) *Mostra do Curso Qualigestores PB (12h) (encerramento turma I e abertura turma II)	
	3º 4º	16 a 20 de outubro 21 a 25 de outubro	Plataforma: Início do Fórum do Arco de Maguerez (Problema, pontos-chave e teorização)	
	5º	26 a 30 de outubro	Plataforma: Hipóteses de Solução	
	6º 7º	31 de outubro a 04 de novembro 05 a 09 de novembro	Plataforma: Aplicação à realidade	
	8º	10 a 14 de novembro	Encontro Presencial (4h): apresentação do Arco de Maguerez (Parte I)	
	9º	15 a 19 de novembro *16 e 17 de novembro (seg. e ter.)	Envio das avaliações na Plataforma *Encontro Descentralizado	
	10º	20 a 24 de novembro *23 e 24 de novembro	Devolutiva das avaliações na plataforma *Encontro Descentralizado Alimentação da planilha de notas e frequências na plataforma	
	Parte II – Gestão da Atenção à Saúde (50h) Capítulos 4, 5 e 6 e Funções gestoras (parte transversal)	11º	25 a 29 de novembro	Encontro Presencial (8h): Abertura da Parte II - Escolha do problema - Pontos-chave do problema
		12º 13º	30 de novembro a 04 de dezembro 05 a 09 de	Plataforma: Início do Fórum do Arco de Maguerez (problema, pontos-chave, teorização do problema)

	14º	dezembro 10 a 14 de dezembro	
	15º	15 a 19 de dezembro	Plataforma: Hipóteses de Solução *Encontro Centralizado JP
	16º	20 a 23 de dezembro *17 e 18 de dezembro	
	17º	04 a 08 de janeiro	Plataforma: Aplicação à realidade
	18º	09 a 13 de janeiro	
	19º	14 a 18 de janeiro	Encontro Presencial (8h): Apresentação e Discussão do Arco de Maguerez (Parte II)
	20º	19 a 23 de janeiro	
	21º	24 a 28 de janeiro	Envio das avaliações na Plataforma *Encontro Descentralizado *Encontro Descentralizado
	22º	29 a 02 de fevereiro *25 e 26 de janeiro *01 e 02 de fevereiro	
	23º	03 a 07 de fevereiro	
			Devolutiva das avaliações Alimentação da planilha de notas e frequências na plataforma
Parte III – As Vigilâncias (50) Capítulos 7, 8 e 9 e Funções gestoras (parte transversal)	24º	10 a 14 de fevereiro	Encontro Presencial (8h): Abertura da Parte III - Escolha do problema - Pontos-chave do problema
	25º	15 a 19 de fevereiro	Plataforma: Início do Fórum do Arco de Maguerez (problema, pontos-chave, teorização do problema)
	26º	20 a 24 de fevereiro	
	27º	25 a 29 de fevereiro	Plataforma: Hipóteses de Solução
28º	01 a 05 de março		

		*25 e 26 de fevereiro	*Encontro Centralizado JP
	29º 30º	06 a 10 de março	Plataforma: Aplicação à realidade
	31º	11 a 15 de março	Encontro Presencial (8h): Apresentação e Discussão do Arco de Magueréz (Parte III)
	32º	16 a 20 de março *17 e 18 de março	Envio das avaliações na Plataforma *Encontro Descentralizado
	33º	21 a 27 de março *24 e 25 de março	Devolutiva das avaliações *Encontro Descentralizado Alimentação da planilha de notas e frequências na plataforma
Parte IV – Promoção da Saúde (35h) Capítulos 10, 11 e 12 e Funções gestoras (parte transversal)	34º	28 de março a 01 de abril	Encontro Presencial (8h): Abertura da Parte IV - Escolha do problema - Pontos-chave do problema
	35º	02 a 06 de abril	Plataforma: Início do Fórum do Arco de Margueréz (problema, pontos-chave, teorização do problema)
	36º	07 a 11 de abril	
	37º	12 a 16 de abril	Plataforma: Hipóteses de Solução
	38º	17 a 21 de abril	
	39º	22 a 26 de abril	Plataforma: Aplicação à realidade
	40º	27 de abril a 01 de maio	Encontro Presencial (8h): Apresentação e Discussão do Arco de Magueréz (Parte IV)
	41º	02 a 06 de maio	
	42º	07 a 11 de maio	Envio das avaliações na Plataforma
43º	12 a 16 de maio *12 e 13 de maio	Devolutiva das avaliações *Encontro Centralizado Alimentação da planilha de notas e frequências na plataforma	

NOTA: Não estão inclusas no Cronograma as datas referentes aos feriados de Carnaval, Semana Santa, Natal e Ano Novo. (Carnaval: 08 e 09 de fevereiro Semana Santa: 24 e 25 de março Natal e Ano Novo: 24 de dezembro a 03 de janeiro)

ANEXO 4: Instrumento de avaliação sobre Tuberculose

ESTADO DA PARAÍBA
8ª REGIÃO DE SAÚDE
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO SOBRE TUBERCULOSE

Dados de Identificação:

Município: _____

Categoria Profissional: _____

Unidade de Saúde: _____

RECURSOS HUMANOS

1. Esse serviço possui um enfermeiro envolvido com o atendimento aos doentes de TB?	SIM ()	NÃO ()
2. Esse serviço possui um auxiliar/técnico de enfermagem envolvido com o atendimento aos doentes de TB?	SIM ()	NÃO ()
3. Esse serviço possui um médico envolvido com o atendimento aos doentes de TB?	SIM ()	NÃO ()
4. Esse serviço possui um agente comunitário de saúde envolvido com o atendimento aos doentes de TB?	SIM ()	NÃO ()
5. Há outros profissionais (psicólogo, assistente social) envolvidos com o tratamento da TB nesse serviço?	SIM ()	NÃO ()
6. Nos últimos três anos, os enfermeiros foram capacitados para atendimento em TB?	SIM ()	NÃO ()
7. Nos últimos três anos, os auxiliares/técnicos de enfermagem foram capacitados para atendimento em TB?	SIM ()	NÃO ()
8. Nos últimos três anos, os médicos foram capacitados para atendimento em TB?	SIM ()	NÃO ()
9. Nos últimos três anos, os ACS foram capacitados para atendimento em TB?	SIM ()	NÃO ()
10. Nos últimos três anos, outros profissionais foram capacitados para atendimento em TB?	SIM ()	NÃO ()
11. Nos últimos 12 meses houve capacitação sobre TB realizada pela Vigilância Epidemiológica de Saúde para este serviço?	SIM ()	NÃO ()
12. Nos últimos 12 meses houve capacitação sobre TB realizada por este próprio serviço de saúde aos profissionais que aqui trabalham?	SIM ()	NÃO ()
13. Há nesse serviço de saúde um profissional responsável pelo TDO?	SIM ()	NÃO ()

RECURSOS FÍSICOS

14. Nesse serviço há disponibilidade de consultórios médicos para o atendimento ao doente de TB?	SIM ()	NÃO ()
15. Nesse serviço há disponibilidade de salas para atendimento de enfermagem ao doente de TB?	SIM ()	NÃO ()
16. Há atualmente disponibilidade de cestas básicas ou vale alimentação para entregar aos doentes?	SIM ()	NÃO ()
17. Há atualmente disponibilidade de vale transporte para entregar aos doentes?	SIM ()	NÃO ()
18. Os profissionais possuem acesso à ficha de notificação?	SIM ()	NÃO ()
19. Os profissionais possuem acesso a prontuários?	SIM ()	NÃO ()
20. Os profissionais possuem acesso à ficha de acompanhamento mensal de tratamento?	SIM ()	NÃO ()
21. Os profissionais possuem acesso à ficha diária de TDO?	SIM ()	NÃO ()
22. Os profissionais possuem acesso ao livro verde?	SIM ()	NÃO ()
23. O SS possui pote para exame de escarro?	SIM ()	NÃO ()
24. O SS possui pedido de baciloscopia?	SIM ()	NÃO ()
25. O SS possui pedido de cultura?	SIM ()	NÃO ()

26. O SS possui pedido de exame HIV?	SIM ()	NÃO ()
27. O SS possui ficha de referência e contra referência?	SIM ()	NÃO ()
28. A disponibilidade (entrega) de medicamentos para TB nessa unidade de saúde nos últimos 12 meses atendeu a demanda?	SIM ()	NÃO ()
ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO		
29. Esse serviço de saúde atende fora do horário comercial (após as 17 horas)?	SIM ()	NÃO ()
30. São realizadas discussões dos casos de TB que realizam tratamento neste serviço pela equipe de profissionais responsáveis pelo tratamento desse agravo?	SIM ()	NÃO ()
31. Os doentes de TB em tratamento conseguem consulta no prazo de 24 horas nesse serviço se passarem mal por causa da medicação ou da TB?	SIM ()	NÃO ()
32. Os doentes de TB em tratamento são orientados a procurar pelo serviço de saúde fora da data agendada para retorno, caso apresentem algum problema relacionado à sua doença e tratamento?	SIM ()	NÃO ()
33. Existe articulação desse serviço com outros níveis de atenção quando o doente necessita de consultas por possuir outras co-morbidades (diabetes, hipertensão, doenças psiquiátricas)?	SIM ()	NÃO ()
34. Existe articulação desse serviço com outros níveis de atenção quando o doente é co-infetado pelo HIV?	SIM ()	NÃO ()
35. Existe articulação desse serviço com outros níveis de atenção quando há complicações no tratamento?	SIM ()	NÃO ()
36. Existe articulação desse serviço com outros níveis de atenção quando há dificuldades na realização do TDO?	SIM ()	NÃO ()
37. O n° de vezes que o laboratório passa para buscar os exames de TB durante o tratamento é suficiente para atender a demanda desse serviço?	SIM ()	NÃO ()
38. O resultado do exame de baciloscopia fica pronto e chega a esse serviço em até 7 dias?	SIM ()	NÃO ()
39. Há no serviço de saúde um sistema informatizado contendo informações sobre o doente de TB (como consultas agendadas, faltas ao serviço, falta na supervisão medicamentosa)?	SIM ()	NÃO ()

TB: tuberculose; ACS: agentes comunitários de saúde; TDO: tratamento diretamente observado; SS: serviço de saúde

