



Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

# GESTÃO DO TRABALHO NAS REDES DE SAÚDE:

APRENDIZAGENS NO DESENVOLVIMENTO  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO



Fabiano Ribeiro dos Santos  
Italo dos Santos Rocha  
Jaqueline Miotto Guarnieri  
Virgínia de Menezes Portes

ORGANIZADORES



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página  
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>  
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA  
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

[editora.redeunida.org.br](https://editora.redeunida.org.br)



ORGANIZADORES

Fabiano Ribeiro dos Santos  
Italo dos Santos Rocha  
Jaqueline Miotto Guarnieri  
Virgínia de Menezes Portes

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

# GESTÃO DO TRABALHO NAS REDES DE SAÚDE:

APRENDIZAGENS NO DESENVOLVIMENTO  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO

1ª Edição  
Porto Alegre  
2022

editora



redeunida

## Coordenador Nacional da Rede UNIDA

**Alcindo Antônio Ferla**

## Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Ricardo Burg Ceccim, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.**

## Conselho Editorial

**Adriane Pires Batiston** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);  
**Alcindo Antônio Ferla** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
**Àngel Martínez-Hernáez** (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);  
**Angelo Stefanini** (Università di Bologna, Itália);  
**Ardigó Martino** (Università di Bologna, Itália);  
**Berta Paz Lorido** (Universitat de les Illes Balears, Espanha);  
**Celia Beatriz Iriart** (University of New Mexico, Estados Unidos da América);  
**Denise Bueno** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
**Emerson Elias Merhy** (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);  
**Èrica Rosalba Mallmann Duarte** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
**Francisca Valda Silva de Oliveira** (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);  
**Heïder Aurélio Pinto** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);  
**Izabella Barison Matos** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);  
**João Henrique Lara do Amaral** (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);  
**Júlio Cesar Schweickardt** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);  
**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** (Universidade de São Paulo, Brasil);  
**Leonardo Federico** (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);  
**Lisiane Bôer Possa** (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);  
**Liliana Santos** (Universidade Federal da Bahia, Brasil);  
**Luciano Bezerra Gomes** (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);  
**Mara Lisiane dos Santos** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);  
**Márcia Regina Cardoso Torres** (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);  
**Marco Akerman** (Universidade de São Paulo, Brasil);  
**Maria Augusta Nicoli** (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);  
**Maria das Graças Alves Pereira** (Instituto Federal do Acre, Brasil);  
**Maria Luiza Jaeger** (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);  
**Maria Rocineide Ferreira da Silva** (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);  
**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (Universidade Federal do Pará, Brasil);  
**Quelen Tanize Alves da Silva** (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);  
**Ricardo Burg Ceccim** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
**Rodrigo Tobias de Sousa Lima** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);  
**Rossana Staeve Baduy** (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);  
**Sara Donetto** (King's College London, Inglaterra);  
**Sueli Terezinha Goi Barrios** (Associação Rede Unida, Brasil);  
**Túlio Batista Franco** (Universidade Federal Fluminense, Brasil);  
**Vanderléia Laodete Pulga** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);  
**Vera Lucia Kodjaoglianian** (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);  
**Vera Maria da Rocha** (Associação Rede Unida, Brasil);  
**Vincenza Pellegrini** (Università di Parma, Itália).

## Comissão Executiva Editorial

**Alana Santos de Souza**  
**Jaqueline Miotto Guarnieri**  
**Márcia Regina Cardoso Torres**  
**Renata Riffel Bitencourt**

**Arte Capa | Projeto Gráfico | Diagramação**  
**Lucia Pouchain**



---

#### DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

---

**G393**

Gestão do trabalho nas redes de saúde: aprendizagens no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Espírito Santo/ Organizadores: Fabiano Ribeiro dos Santos; Italo dos Santos Rocha; Jaqueline Miotto Guarnieri; Virgínia de Menezes Portes– 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

225 p. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 33).

E-book: 5.20 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-028-4

DOI: 10.18310/9786554620284

1. Administração de Serviços de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Espírito Santo  
I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 550

CDU 614(815.2)

---

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA  
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



Os capítulos desse livro foram produzidos a partir dos manuscritos selecionados da Chamada Pública nº 01/2021, resultado de parceria interinstitucional entre a Associação Brasileira Rede Unida (REDE UNIDA), o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI), da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SES/ES), e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Os manuscritos recebidos foram submetidos à avaliação de pares. Atuaram como avaliadoras ad hoc as seguintes pessoas: Alcindo Antônio Ferla, Amanda Del Caro Sulti, Ana Paula Brioschi dos Santos, Célia Márcia Birchler, Cristiano Soares da Silva Dell'Antonio, Gabriel Calazans Baptista, Gilton Luiz Almada, Italo dos Santos Rocha, Jaqueline Miotto Guarnieri, Julia Fabres do Carmo, Juliana da Silva Mariano, Juliana Rodrigues Tovar Garbin, Larissa Soares Dell'Antonio, Manoela Cassa Libardi, Marcello Dala Bernardina Dalla, Margareth Pandolfi, Quelen Tanize Alves da Silva, Renata Riffel Bitencourt, Ricardo Burg Ceccim, Tânia Mara Ribeiro dos Santos, Virginia de Menezes Portes.



## GESTÃO DO TRABALHO NO ESPÍRITO SANTO: PRODUÇÃO DE REDES DE CUIDADO EM SAÚDE

Virgínia de Menezes Portes  
Italo dos Santos Rocha  
Fabiano Ribeiro dos Santos  
Jaqueline Miotto Guarnieri

A coletânea “Gestão do trabalho nas redes: aprendizagens no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Espírito Santo”, tem o objetivo de compartilhar os trabalhos realizados no Projeto intitulado “Programa de Educação Permanente em Saúde para o desenvolvimento de capacidades docente aos trabalhadores do sistema estadual de saúde do Espírito Santo”. Tal projeto constitui uma experiência exitosa que envolveu múltiplos ciclos formativos e possibilitou a produção crítica e protagonista dos trabalhadores. Assim, a coletânea nos apresenta um pouco do cotidiano da Gestão do trabalho e das redes em saúde produzidas – e desejadas – em território capixaba.

Conhecida pelas belezas naturais e pela culinária eclética, devido às heranças africanas e indígenas, a terra da moqueca e do congo capixaba também tem merecido destaque na área da saúde. Por meio do alcance de indicadores satisfatórios para o acompanhamento da gestão e do planejamento em saúde, a iniciativa da gestão estadual tem refletido no cotidiano dos cidadãos capixabas, os quais experimentam a ampliação do acesso aos serviços de saúde, reforçando estratégias de cuidado comprometidas com a preservação da vida da população.

A partir desse cenário, a Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo em parceria com a Associação Rede Unida e com a Organização Pan-Americana de Saúde, propuseram a sistematização da experiência capixaba por meio de construções coletivas como ciclos de oficinas de escrita criativa, lançamento de chamadas de submissão de manuscritos e avaliação por pares. O processo foi marcado por diferentes etapas e envolveu diversos atores e autores, retratando as múltiplas vozes que constroem o cotidiano do trabalho em saúde capixaba.

Uma aposta da gestão atual comprometida com o que constitui o Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), articulando processos de Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social.

Dessa forma, este livro apresenta 13 textos de autoria das trabalhadoras e trabalhadores inseridos no cotidiano do trabalho em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), provocados pelo desejo de compartilhar experiências, inovações, desafios e potencialidades que fizeram/fazem parte do processo de trabalho. Trata-se da sistematização e publicação de aprendizagens acerca do planejamento, da gestão e da avaliação do processo de trabalho responsável pela articulação das redes que configuram o Sistema Único de Saúde no Espírito Santo. Procurou-se publicizar as experiências de Gestão do Trabalho as quais são definidas como políticas que abordam as relações de trabalho, cuja participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

A fim de demonstrar o adensamento teórico-prático presente nos textos, a sequência foi planejada visando o encadeamento conceitual dos temas trabalhados em cada narrativa, o que significa um olhar atento para a percepção do leitor sobre as experiências da gestão estadual do Estado do Espírito Santo a partir da concepção de que o trabalhador é entendido como agente transformador do contexto em que está inserido e não apenas um mero recurso humano executor de tarefas estabelecidas pela gestão. Neste sentido, a organização dos manuscritos objetivou registrar os processos que envolvem a Gestão do Trabalho em Saúde fugindo da lógica temporal e cronológica das experiências.

O primeiro texto intitulado “Interação Ensino, Serviço e Comunidade por uma Vila Velha Saudável: Relato de Experiência”, apresenta-nos as reflexões acerca do processo de construção da integração serviço, ensino e comunidade do Programa de Integração Serviço, Ensino e Comunidade (PISEC) do Curso de Medicina da Universidade Vila Velha, o qual possui como campo de prática a rede assistencial do município. A partir do envolvimento de mais de 700 atores, o relato de experiência expõe a efetiva qualificação da assistência e seu impactando nos indicadores de saúde municipais por meio da implementação de ferramentas e processos que envolvem a gestão do trabalho como a elaboração de diagnósticos de saúde e os mapas territoriais; as ações de prevenção e promoção à saúde, direcionadas a grupos sociais, e os programas assistenciais do Ministério da Saúde (MS). Além disso,

reconhece o desenvolvimento de projetos de pesquisas e extensão capazes de revelar aspectos relevantes para a qualificação da rede assistencial do município.

Em “O Impacto das Metodologias Ativas no Pensar e Realizar dos Cirurgiões Dentistas Residentes – O Olhar dos Docentes Assistenciais”, os autores compartilham o percurso metodológico do núcleo docente da Odontologia na Residência Multiprofissional, instituída a partir da aposta do Governo do Espírito Santo, por meio do Instituto Capixaba de Ciência, Pesquisa e Inovação (ICEPi), unidade administrativa da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES), em estratégias de implementação das políticas de saúde por meio da qualificação profissional. A experiência de formação em odontologia situa-se no macro contexto de quatro programas de residência: Saúde Mental; Saúde Coletiva; Cuidados Paliativos e Saúde da Família. Trata-se de uma análise minuciosa sobre a condução do processo de ensino aprendizagem baseada na perspectiva crítica e reflexiva, comprometida com a Educação Permanente enquanto prática transformadora do cotidiano do trabalho em saúde.

A partir da experiência durante a pandemia de Covid-19, a narrativa intitulada “Testagem em Ponto de Alto Fluxo: O Cenário e a Aprendizagem da Testagem em Massa no Espírito Santo”, registrou a agilidade e a configuração tecnológica das ações da Secretaria de Estado do Espírito Santo (SESA/ES) que foram centrais para a redução da cadeia de transmissão e das consequências da Covid-19. A organização de estratégias de vigilância territorial apresentou-se como um aspecto relevante diante do desafio da testagem em massa. Os resultados positivos são frutos do projeto de intervenção em saúde construído em parceria com as Secretarias Municipais e do Sistema de transporte e que se deu por meio da ampliação de testes realizados em usuários que apresentaram-se espontaneamente em três terminais urbanos rodoviários da Grande Vitória. Os autores demonstram a relevância da consolidação da política estadual acerca do desenvolvimento do trabalho no enfrentamento à pandemia, o qual estimulou ações capazes de ampliar o enfrentamento de emergências sanitárias e sociais.

Ainda sobre o enfrentamento à Covid-19, em “A Utilização de Telemonitoramento como Apoio na Pandemia contra o Coronavírus”, pode-se compreender os desafios encontrados ao elaborar de uma série de estratégias, dentre elas a realização do telemonitoramento de pacientes em uma unidade

de urgência e emergência do hospital militar do Espírito Santo. A partir da necessidade de qualificar a assistência ao paciente acometido pela Covid-19 e as estratégias de telemonitoramento implementadas, observou-se a relevância da assistência de saúde à distância, capaz de acompanhar a evolução da doença e, com isso, intervir imediata e precocemente.

No manuscrito “O Olhar do Tutor Sobre o Projeto de Apoio à Elaboração dos Planos Municipais de Saúde 2022-2025, no Espírito Santo”, os autores relatam o processo de implantação do projeto de apoio institucional à elaboração dos Planos Municipais de Saúde (PMSs) envolvendo aproximadamente 250 técnicos da SESA-ES, por meio da Subsecretaria de Estado de Planejamento e transparência na Saúde (SSEPLANTS) e a Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional (GEPDI) da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES) e o Instituto Capixaba de pesquisa e Inovação (ICEPi). O manuscrito explana as vivências e a percepção dos tutores do projeto sobre metodologias e estratégias desenvolvidas, por meio das funções de gestão e coordenação, envolvendo tutores regionais e técnicos municipais.

Por meio da proposta de metodologia baseada na prática participativa da implantação do sistema de informação e do desenvolvimento do sistema de informação integrado com foco na prevenção primária em saúde mental, o texto “Vigilância em Saúde: Pela Vigilância Nacional da Rede de Atenção Psicossocial e Sistema de Informação Integrado com Foco na Prevenção” parte do reconhecimento da ausência de uma vigilância nacional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e de um sistema de informação integrado de prevenção em saúde mental, nos três níveis de complexidade, o que contribui para a desfragmentação de ações preventivas. A implantação de uma vigilância nacional para a RAPS e a criação do sistema operacional podem ajudar a ativar a demanda reprimida historicamente que há no campo da prevenção em saúde mental. Trata-se de uma proposta capaz de diminuir o alto custo das internações hospitalares em saúde mental utilizando ferramentas digitais e tecnologias leves para otimizar a linha de cuidado em prevenção na saúde mental. Além disso, propõe fortalecer o comportamento dos profissionais de saúde para as práticas preventivas a partir do diagnóstico do perfil epidemiológico da saúde mental no município.

Na sequência, o texto “Apoio para Elaboração dos Instrumentos de Planejamento e Gestão de Saúde dos Municípios da Região Central de Saúde do

Espírito Santo“, nos apresenta a experiência da Gestão do Trabalho advinda do apoio institucional ofertado pela Superintendência Regional de Saúde de Colatina (SRSC) aos municípios da Região Central de Saúde do ES para elaboração dos instrumentos de planejamento e Gestão em Saúde e seus estudos técnicos. Por meio de diferentes estratégias metodológicas para suporte institucional do processo de planejamento municipal em saúde por meio da utilização de diversos instrumentos de gestão. Os encaminhamentos e resultados foram submetidos à diversas comissões, resultando em maior qualificação dos instrumentos de planejamento municipal em saúde.

Intitulado “Implantação do Modelo Autorregulação Formativa Territorial nos Municípios da Região de Saúde Norte do Espírito Santo, 2020: Relato de Experiência”, o texto aborda o trabalho de um grupo técnico na implantação e desenvolvimento do modelo Autorregulação Formativa Territorial na região de saúde Norte do Espírito Santo. Durante a sua implantação foram desenvolvidas ações pautadas na interprofissionalidade, priorizando o trabalho centrado no fortalecimento do SUS, o favorecimento do planejamento e da avaliação sob a integralidade, e a humanização e Educação Permanente em Saúde. É possível identificar potencialidades e fragilidades ao longo do percurso. Por meio de estratégias de gestão do trabalho, identifica-se as contribuições do processo de regulação do acesso capazes de estimular pesquisadores, acadêmicos e profissionais.

Em “Desenvolvimento e Implantação do Sistema de Informações de Controle de Vetores de Arboviroses Transmitidas por Mosquitos (SISCATMOS)”, registra-se o processo de implantação do sistema de controle no Estado do Espírito Santo. Comprometidos em compartilhar as características e funcionalidades do estudo-piloto por meio de relatos de experiências dos municípios, os autores abordam elementos relevantes nessa caminhada, além de apresentar avaliações sobre o projeto, o qual registra êxito em relação ao objetivo de ser um instrumento gerencial e de planejamento das ações dos serviços de controle do *Aedes aegypti*. Trata-se de processos inovadores de gestão do trabalho em saúde capaz de transforma-se em sistema oficial para todo o Estado do Espírito Santo.

No capítulo “Implantação da Câmara Técnica Temática da Atenção Primária à Saúde na Região Central do ES: Relato de Experiência” narra-se a proposta de alinhamento técnico entre municípios, regiões e SESA, a qual

materializou-se na criação de uma câmara técnica temática da APS. Para o seu planejamento e implantação foram realizados encontros informais e pontuais na tentativa de alinhar as dúvidas sobre gestão em saúde. A experiência apresentou resultados significativos no que tange à incorporação de processos de trabalho articulados com a educação permanente e presença do apoio técnico institucional viabilizando troca de informações, experiências, escuta qualificada e ambientação de novos servidores empossados como coordenadores municipais. Tais espaços foram relevantes para o diálogo acerca de temas diversos, como Previner Brasil e enfrentamento da pandemia, demonstrando-se como espaços de qualificação e de educação permanente em saúde.

O manuscrito “Vivências do Setor de Judicialização da SESA na Pandemia da Covid-19: Reflexões, Teletrabalho e a Relação com a Jurisdição” traz as vivências do setor durante a pandemia da Covid-19, com a assimilação das ferramentas tecnológicas, para necessária implantação do trabalho remoto. A instituição do processo de trabalho potencializou a assistência integral em período de exacerbação da crise sanitária, orientando e qualificando a decisão da jurisdição, por isso, atualmente apresenta-se como estratégico e fundamental para resguardar as ações de planejamento e manutenção do sistema de saúde do estado. Neste sentido, registra mais uma iniciativa de Gestão do Trabalho desenvolvida pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, que propõe mitigar demandas e estabelecer relação promissora com os operadores estatais da Justiça, além de garantir suporte à Procuradoria da Saúde da Procuradoria Geral do Estado.

Em “Relato de experiência acerca do resgate das políticas públicas na Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil”, as/os autoras/es nos apresentam uma experiência construída após terem se debruçado sobre as recomendações que nortearam a implantação e a implementação da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil (na época Rede Cegonha) da Região Central, que sucedeu no ano de 2013. Considerando a fragmentação do cuidado materno infantil entre os diferentes níveis de assistência e identificando a necessidade do reconhecimento de todo o caminho do cuidado que a gestante e o bebê percorriam em cada município, foi construído um calendário de visitas aos 18 municípios que compunham a Região Central. Tal experiência possibilitou a realização de um diagnóstico situacional da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil em toda a região, propiciando que as orientações fossem direcionadas

conforme a necessidade de cada serviço. E, por último, em “SAMU para todos: uma experiência inovadora na Rede de Urgência e Emergência do Espírito Santo”, apresenta-se um relato de experiência com registros históricos dos passos e entregas referentes ao SAMU 192 no estado. Nele, destaca-se os avanços compreendidos até o presente momento, especialmente quanto à cobertura populacional nos últimos anos, mesmo diante do cenário da pandemia de Covid-19.

A partir das múltiplas experiências, as quais perpassam os três níveis de atenção, revelando caminhos inovadores e criativos da Gestão do Trabalho em rede no Espírito Santo, percebe-se o trabalho como um processo vivo, caracterizado por trocas, corresponsabilização e esforços coletivos, capaz de resultar em comprometimento e ganhos mútuos. As narrativas advindas do cotidiano do fazer saúde apontam a relevância da valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, subsidiando debates acerca dos espaços de discussão e negociação das relações e condições de trabalho em saúde, oportunidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores, dentre outras ações as quais resultam na análise crítica intrínseca para a qualificação do processo de trabalho.

É a partir desses elementos que convidamos você, caro leitor, a visitar as experiências de Gestão do Trabalho no SUS capixaba. Prometemos um percurso narrativo repleto de potencialidades que nos provocam a pensar em redes de saúde inclusivas, equânimes e integrais, a partir de uma teia que envolve trabalhadores, usuários, gestão, ensino e controle social, todas e todos comprometidos com processos justos e éticos em defesa da vida.

Boa leitura!

## REFERÊNCIAS

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf>. Acesso em: 17 dez. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 44 p.

# SUMÁRIO

## **GESTÃO DO TRABALHO NO ESPÍRITO SANTO: PRODUÇÃO DE REDES DE CUIDADO EM SAÚDE.....7**

*Virgínia de Menezes Portes, Italo dos Santos Rocha, Fabiano Ribeiro dos Santos, Jaqueline Miotto Guarnieri*

## **INTERAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE POR UMA VILA VELHA SAUDÁVEL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....16**

*Mônica Cola Cariello Brotas Corrêa, Sandra Marcia Ribeiro Soldatelli, Ana Rosa Murad Szpilman, Rafaela Bridi, Sérgio Emílio Rua, Cátia Cristina Vieira Lisboa*

## **O IMPACTO DAS METODOLOGIAS ATIVAS NO PENSAR E REALIZAR DOS CIRURGIÕES DENTISTAS RESIDENTES - O OLHAR DOS DOCENTES ASSISTENCIAIS .....38**

*Margareth Pandolfi, Lucienne Toledo Pereira Torres*

## **TESTAGEM EM PONTO DE ALTO FLUXO: O CENÁRIO E A APRENDIZAGEM DA TESTAGEM EM MASSA NO ESPÍRITO SANTO....52**

*Nésio Fernandes de Medeiros Junior, Orlei Amaral Cardoso, Luiz Carlos Reblin, Juliana Ramos Bruno, Eida Maria Borges Gonsalves, Helia Márcia Silva Mathias, Whisllay Maciel Bastos, Daniela Santos Gomes da Silva, Vera Lucia Gomes de Andrade*

## **A UTILIZAÇÃO DE TELEMONITORAMENTO COMO APOIO NA PANDEMIA CONTRA O CORONAVÍRUS .....65**

*Elaine M Ribeiro Demuner, Fernanda Mattos Gandini*

## **O OLHAR DO TUTOR SOBRE O PROJETO DE APOIO À ELABORAÇÃO DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE 2022-2025, NO ESPÍRITO SANTO .....70**

*Larissa Almeida Rodrigues, Margareth Pandolfi, Tânia Mara Ribeiro dos Santos*

## **VIGILÂNCIA EM SAÚDE: PELA VIGILÂNCIA NACIONAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SISTEMA DE INFORMAÇÃO INTEGRADO COM FOCO NA PREVENÇÃO.....83**

*Lilian Hoffmann*

**APOIO PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO CENTRAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO..... 100**

*Daniela de Souza Casotti, Denise Bubach Lyra, Eliete Tereza Melotti Rocha, Lena Márcia Silva, Livia Chechi Motta Cometti, Ricardo da Silva, Rosania Loriato*

**IMPLANTAÇÃO DO MODELO AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE NORTE DO ESPÍRITO SANTO, 2020: RELATO DE EXPERIÊNCIA ..... 118**

*Fernanda Silva Cardoso*

**DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE CONTROLE DE VETORES DE ARBOVIROSES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS (SISCATMOS)..... 135**

*Ricardo da Silva Ribeiro, Gabriela Maria Coli Seidel*

**IMPLANTAÇÃO DA CÂMARA TÉCNICA TEMÁTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REGIÃO CENTRAL DO ES: RELATO DE EXPERIÊNCIA..... 153**

*Cristiara Ferreira Lima Amite, Daniela de Souza Casotti, Denise Lyra Bubac, Eliete Melotti Rocha, Lena Márcia Silva, Livia Chechi Motta Cometti, Ricardo da Silva*

**VIVÊNCIAS DO SETOR DE JUDICIALIZAÇÃO DA SESA NA PANDEMIA DA COVID-19: REFLEXÕES, TELETRABALHO E A RELAÇÃO COM A JURISDIÇÃO..... 170**

*Andrea Maria Nunes Nobre, Fabrício Santos Neves*

**RELATO DE EXPERIÊNCIA ACERCA DO RESGATE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL..... 189**

*Lena Márcia Silva, Daniela de Souza Casotti, Denise Bubach Lyra, Ricardo da Silva, Eliete da Silva Rocha*

**SAMU PARA TODOS: UMA EXPERIÊNCIA INOVADORA NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO ..... 203**

*Élida Ierke Gomes Paim dos Santos*

**SOBRE AS/OS AUTORAS/ES ..... 218**

**ÍNDICE REMISSIVO ..... 224**



# INTERAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE POR UMA VILA VELHA SAUDÁVEL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mônica Cola Cariello Brotas Corrêa  
Sandra Marcia Ribeiro Soldatelli  
Ana Rosa Murad Szpilman  
Rafaela Bridi  
Sérgio Emílio Rua  
Cátia Cristina Vieira Lisboa

*Quando se une a prática com a teoria,  
tem-se a práxis,  
a ação criadora e modificadora da realidade.*

*Paulo Freire*

## INTRODUÇÃO

A responsabilidade do sistema de saúde na formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) está prevista desde o texto Constitucional de 1988 (BRASIL, 1988). Ao longo do tempo e tendo em vista a complexidade envolvida nessa responsabilidade, muitas iniciativas foram sendo fomentadas no ensejo de tornar vivo o texto constitucional. Por um lado, pela via da educação, a instituição de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) renova o perfil de competências esperadas nas várias profissões de saúde. De outro lado, do ponto de vista da saúde, destaca-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que trouxe materialidade a tal responsabilidade, definindo com maior clareza os atores envolvidos e o papel de cada um no processo formativo na e para a saúde (BRASIL, 2004, 2009).

Passados mais de 30 anos do texto constitucional, a integração de serviço, ensino e comunidade ainda permaneça um desafio. Percebem-se, todavia, alguns movimentos transformadores com experiências exitosas em vários municípios brasileiros, como Palmas (BRITO, 2009) e Florianópolis (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013).

Assim, ainda que se conviva com a forte influência do modelo flexneriano, deve-se concordar com a premissa de Ceccim e Capozzolo (2004) de que os importantes processos de mudança na formação na saúde têm como ponto de partida a educação médica. E a própria força do modelo flexneriano sobre as demais formações da saúde exemplifica a veracidade dessa premissa.

Nesse sentido, relatamos a experiência desenvolvida no processo de integração ensino, serviço e comunidade no município de Vila Velha a partir do surgimento naquele município de uma escola médica. Objetiva-se refletir sobre o processo de construção da integração, sinalizando pontos positivos, nós críticos que possam indicar possibilidades e incentivar aproximações que possam tornar efetiva a integração entre o ensino, o serviço e a comunidade, direcionando a todos no sentido da compreensão da saúde como um direito, um exercício de cidadania, de gestores, profissionais, docentes, discentes e usuários.

## **DESAFIOS DA FORMAÇÃO NA SAÚDE: O CENÁRIO DO SÉCULO XXI**

Em novembro de 2010, em celebração aos 100 anos do relatório Flexner, uma Comissão Independente se reuniu para discutir sobre a Educação dos Profissionais de Saúde para o século XXI. O trabalho foi coordenado pelos médicos Julio Frenk e Lincoln Chen com a participação de mais 18 profissionais e acadêmicos de vários países. O resultado foi um relatório intitulado *Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World* que, além de traçar um detalhado panorama da formação médica, traça novos cenários e aponta diretrizes para o século XXI (FRENK *et al.*, 2010).

O ponto de partida do relatório é a constatação de que, embora importante quando do seu surgimento, o modelo de educação médica proposto por Flexner já não atende às necessidades da saúde na atualidade. Reconhecida sua importância no sentido de trazer a cientificidade e a definição de padrões formativos, o relatório Flexner não consegue responder às demandas atuais, que refletem a situação contraditória de aumento de escolas médicas associado a um declínio na capacidade de resposta dos sistemas de saúde, com significativo aumento das inequidades. E, embora sejam crescentes as iniciativas das instituições de

ensino superior no sentido de propor mudanças inovadoras para a formação de profissionais de saúde, ainda se carece de resultados mais robustos que possam refletir que os modelos empregados de fato estão se revelando em novas práticas e que têm modificado a assistência (FRENK *et al.*, 2010).

Nessa direção, o relatório apresenta uma avaliação das mudanças do sistema de saúde em três momentos: 1) O momento de surgimento do relatório Flexner; 2) o surgimento da metodologia Aprendizagem Baseada em Problemas - PBL e sua implementação por grandes escolas médicas no mundo e 3) o movimento que representa o desafio atual: a construção de sistemas educacionais para sistemas de saúde. O desafio atual, portanto, incide em partir de necessidades sociais de saúde das populações que devem servir de base tanto para a saúde quanto para a educação. Esse é o ponto de partida para os seus projetos e, de forma integrada, pautados na interprofissionalidade, responder aos desafios locais, tomando as comunidades como coprodutoras da saúde (FRENK *et al.*, 2010).

De um modo mais específico, as instituições formadoras demandam ampliação da participação, com extensão da presença longitudinal no serviço, do início ao fim do curso. Aliado ao foco da interprofissionalidade, a busca por processos de trabalho mais colaborativos, não hierarquizados, em equipe, com exploração da tecnologia leves, como descreve Merhy (2005), e com adaptação de recursos globais para enfrentar problemas locais. Do ponto de vista do serviço, as demandas se apresentam no sentido de ampliar a participação das escolas, no provimento e na gestão, enfim compartilhando as responsabilidades do cuidado em saúde.

A premissa central é de que esse movimento de integração poderá auxiliar na emergência de um novo profissionalismo, pautado em competências técnicas e comportamentais com potência para transformar as atuais corporações de profissões da saúde.

Com base nesses paradigmas propostos pelo relatório Frenk e colaboradores (FRENK *et al.*, 2010), propomos uma análise sobre o processo de integração ensino, serviço e comunidade em Vila Velha com destaque para o Programa de Interação Serviço, Ensino e Comunidade (PISEC).

## RELATO DE EXPERIÊNCIA: A INTEGRAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE EM VILA VELHA

No Estado do Espírito Santo, as demandas seguem a direção mundial e nacional. Em maio de 2015, a Secretaria Estadual de Saúde (ESPÍRITO SANTO, 2019) elencou como diretrizes de planejamento a ampliação e qualificação da atenção primária e do acesso a serviços especializados, o aumento do protagonismo dos cidadãos com a própria saúde e a melhoria dos sistemas de gestão, reforçando assim a ideia da indissociabilidade entre gestão, educação e atenção previstas na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004, 2009). O município de Vila Velha, Inserido na região metropolitana do ES, possuía uma população estimada de 501.325 habitantes em 2020 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE], 2020).

A organização política administrativa do município compreende cinco regiões administrativas que permitem a organização da oferta de cuidado. No que se refere à saúde, dentre os principais agravos estão doenças cardiovasculares, causas externas e neoplasias. Para lidar com os desafios da Saúde, conta com uma rede de 20 unidades sendo apenas nove delas Unidades de Saúde da Família (USF). Vila Velha tem também no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde seu principal desafio (VILA VELHA, 2018).

Visando à modificação desse cenário, baseando-se em experiência internacional, o PISEC desenvolve a educação de profissionais de saúde numa metodologia de ensino inovadora que envolve três conceitos fundamentais: educação baseada na comunidade, educação orientada à comunidade e PBL, o que levou à conformação de novas organizações curriculares, metodologias e cenários para o processo ensino-aprendizagem.

O município de Vila Velha enfrenta muitos desafios. Trata-se de um município com ampla extensão territorial e muita diversidade de situações de saúde. Há grandes bolsões de pobreza, áreas muito desenvolvidas e outras regiões com características rurais. A rede do município é ainda pequena frente ao desafio. Há também considerável dificuldade na retenção de profissionais e na formação e qualificação dos mesmos (VILHA VELHA, 2018).

Assim, dentre os muitos desafios à consolidação de políticas públicas de saúde está a qualificação de profissionais adaptados às necessidades regionais e à criação de processos de educação permanente que possam produzir práticas laborais inovadoras (BRASIL, 2009).

No que se refere à integração ensino e serviço, o município conta com parceria de muitas escolas. Atualmente três escolas de ensino superior, sendo a Universidade Vila Velha (UVV) a maior parceira no decorrer dos últimos 14 anos, com o maior número de alunos inseridos nos campos de prática. Deve-se ressaltar a mudança no processo de integração entre ensino, serviço e comunidade que foi instituído a partir de 2007, quando surgiu no município uma escola médica em uma universidade privada. Com proposta de inserção precoce na comunidade, o novo curso criou a demanda de constituição de espaços coletivos de discussão e construção de planos de trabalho, orientados pela problematização das realidades locais. Nesse sentido, pode-se dizer que o Programa de Interação Serviço, Ensino e Comunidade (PISEC) que passou a integrar a rede trouxe tanto uma mudança quantitativa, quanto qualitativa, como passamos a detalhar a seguir.

## **PROGRAMA DE INTERAÇÃO SERVIÇO, ENSINO E COMUNIDADE (PISEC) E SUAS PREMISSAS**

O contexto apresentado evidencia uma demanda que justificou a criação do curso de Medicina da Universidade Vila Velha (UVV) em 2007. Com base na concepção de que o serviço acadêmico deve estar centrado no estudante e voltado para a comunidade, a UVV desenhou o curso de Medicina pautando-se num ensino majoritariamente integrado, eliminando a precedência cronológica do ciclo básico, servindo as disciplinas básicas, como anatomia, fisiologia, microbiologia, entre outras, como retaguarda e referência e buscando conhecimentos para solução de problemas sem estruturação em disciplinas e em consonância com as reformas pretendidas para o ensino médico, objetivando a formação do profissional generalista.

O Projeto Pedagógico (PP) do curso de medicina da UVV caracteriza-se por uma metodologia de ensino-aprendizagem centrada no estudante, baseada em problemas (PBL- *Problem Based Learning*) e orientada à comunidade, com ênfase na integração ciências básicas com a clínica. Em acordo com as DCNs, o PP

privilegia o desenvolvimento de ações de Atenção, Educação e Gestão em Saúde. A diversidade de cenários de aprendizagem e a integração com profissionais de saúde de diversas formações, gestores e usuários, na Atenção Primária do Município de Vila Velha, especificamente nas regiões administrativas 2 e 5, favorecem a interdisciplinaridade e a formação de profissionais generalistas que privilegiem o doente e não a doença.

As regiões administrativas 2 e 5 do Município de Vila Velha compreendem as regiões onde a Estratégia Saúde da Família (ESF) está implantada. A região 2 conta com as USF Jardim Colorado, Vila Nova, Ibes e Araçás, enquanto a região 5, as USF Barra do Jucu, Ulisses Guimarães, Barramares, Terra Vermelha e Ponta da Fruta, totalizando as nove USFs do município. Em acordo com o PP do Curso de Medicina da UVV, o processo de ensino-aprendizagem está pautado em objetivos em consonância com os Atributos da Atenção Primária à Saúde, a saber acesso, longitudinalidade, integralidade e a coordenação do cuidado, e com os princípios norteadores da ESF, Integralidade e Hierarquização, Territorialização e Adscrição da Clientela, Equipe Multiprofissional e caráter substitutivo, substituindo as práticas tradicionais de assistência, focadas nas doenças, por um novo processo de trabalho, centrado na Vigilância à Saúde.

Perseguindo esses objetivos, o Curso de Medicina da Universidade Vila Velha (UVV), tem em sua organização curricular, o componente Programa de Interação Serviço, Ensino e Comunidade (PISEC), iniciado em 2007, com objetivo de

proporcionar aos estudantes, por meio de um trabalho contínuo durante o Curso de Medicina, habilidades, conhecimentos e atitudes necessárias à prática do trabalho e orientação à comunidade e em atenção primária à saúde, tornando o futuro médico não somente sensibilizado à atuação nas unidades básicas de saúde, mas preparando-o a prosseguir como um ativo participante de programas de base comunitária e com ativa procura de atualização em relação à legislação pertinente à saúde (DALLA; SZPILMAN, 2018, p.14).

Baseados nos quatro pilares da educação moderna da UNESCO (DELORS *et al.*, 1998), o PISEC orienta-se para: 1 Liberdade para aprender, ensinar e se expressar; 2- Integração interna e externa; 3- Promoção de ambientes pacíficos; 4- Transformação constante. Em uma vertente que se alinha a metodologia ativa PBL,

o PISEC usa como estratégia de aprendizagem a Problematização. A mudança relaciona-se ao fato de que, nesse componente curricular o aluno está imerso em um contexto social, sendo parte dele e com potencial para coletar as situações problemas, refletindo sobre elas e comprometido em produzir respostas sob a forma de projetos interventivos.

O componente curricular PISEC funciona como um módulo vertical que perpassa desde o primeiro até o oitavo período, de duração semestral. Do primeiro ao quarto período, os grupos de alunos com os seus respectivos preceptores vão para os campos de estágio no turno vespertino e seus preceptores são de diversas categorias profissionais sendo privilegiada a interprofissionalidade. A partir do quinto período, a atividade ocorre no turno matutino e a preceptoria é exclusivamente médica em função das demandas técnicas que a atividade proposta nesses períodos requer.

Ao longo dos quatro anos o conhecimento de constrói em um espiral, do mais geral para o específico, do conhecimento do território para o indivíduo. Nesse sentido, reconhecem-se os seguintes eixos: Território, Grupos Sociais, Famílias e Indivíduos, cada um composto por dois semestres letivos do Curso de Medicina da UVV como apresentado no modelo abaixo (Figura 1)

O modelo, adaptado do projeto da Faculdade de Medicina de Marília, além dos eixos prevê conteúdos transversais que estão presentes em todos os momentos, como é o caso da integralidade, da interprofissionalidade, da base territorial e do processo saúde e doença.

Os grupos de PISEC são supervisionados por docentes do curso que acompanham grupo de 10 alunos. Ao final dos quatro anos de PISEC, o aluno iniciará o Internato do Curso de Medicina da UVV. Ao se formar, terá cursado oito semestres de PISEC e um total de três meses de internato de Saúde Coletiva, totalizando uma carga horária em USF do município de Vila Velha que possibilita potencializar o processo de formação deste aluno, complementada pelo mês de internato rural na Saúde Coletiva em ambiente hospitalar.

Alguns pontos são fundamentais na experiência do PISEC. A ênfase na longitudinalidade, pois o do aluno será inserido na mesma unidade de saúde vivenciará, durante quatro anos, diferentes aspectos do cuidado em saúde. Essa manutenção do aluno aumenta o conhecimento da comunidade, a formação

do vínculo e o acompanhamento dos usuários ao longo do tempo, todos esses aspectos essenciais para a construção de uma atenção primária forte.

Busca-se, dessa forma, a produção de novas relações de cuidado, que ampliam o grau de responsabilidade, o acolhimento e a autonomia progressiva dos usuários e novos modos de organização dos processos produtivos em saúde. Articulam-se assim os três eixos fundamentais da formação: atenção, educação e gestão, eixos essenciais para a mudança na prática profissional, no modelo de atenção e no papel dos vários sujeitos envolvidos na produção da saúde (DALLA; SZPILMAN, 2018).

## OS RESULTADOS DO PISEC EM VILA VELHA

Para a análise dos resultados da parceria que se estabeleceu entre o PISEC e a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) categorizamos os dados em três grupos: 1) O PISEC em números, no qual quantificamos a presença e o impacto do PISEC na rede; 2) Os produtos da parceria PISEC e SEMSA, no qual avaliamos as ações decorrentes do PISEC; 3) Para além do PISEC, no qual avaliamos o impacto do PISEC em outras ações e em outras atividades acadêmicas.

### O PISEC EM NÚMEROS: PARA AVANÇAR, PLANEJE!

A proposta de interação serviço, ensino e comunidade desenvolvida a partir do PISEC destaca-se pelo quantitativo envolvido. Hoje estão envolvidos no PISEC 785 discentes do primeiro ao oitavo período, 26 docentes, nove gestores locais, 36 equipes de saúde, nove Unidades de Saúde, e 10 técnicos de referência que atuam no nível central.

À primeira vista, o número elevado de pessoas envolvidas no processo de integração ensino e serviço poderia ser visto como um dificultador em muitos municípios. E, em geral, isso é verdadeiro quando o processo se dá sem efetiva integração. Quer dizer, a participação dos atores da Instituição de Ensino Superior (IES), com suas ações funcionando de forma paralela às demandas institucionais, sem conexão com as necessidades sociais de saúde da população.

Nesse sentido, concordamos com Frenk *et al.* (2010) quando indicam que a IES deve se organizar tal como os serviços de saúde para dar resposta às demandas da comunidade. Para a convergência entre os dois sistemas, de saúde e educacional, o planejamento conjunto é essencial.

Um dos grandes avanços no processo de integração se deu a partir do momento em que oficinas locais foram realizadas, avaliando os diagnósticos, considerando demandas curriculares e definindo com maior clareza as atividades que cabem a IES na produção do cuidado de cada região. Foi alcançada uma integração efetiva a partir dessa iniciativa, realizada em acordo com as premissas da Educação Permanente em Saúde – EPS (BRASIL, 2004), pois tomou o trabalho em saúde como ponto de partida e de chegada das intervenções propostas. Ações de promoção, como grupos sociais nos quais se trabalha o autocuidado e a cidadania, bem como atividades preventivas, como campanhas de vacinação e educativas e a interface com outros setores, em especial as escolas, tornaram-se responsabilidade das equipes do PISEC. Assim, é possível dizer que, como mencionam Frenk *et al.* (2010), a escola funciona ainda como fonte de qualificação e provimento para as unidades de saúde, fornecendo mão de obra especializada para os domínios de atenção, gestão e educação.

Uma proposta consistente, fruto do pensamento interprofissional, programado, sistêmico, tem potência para tornar efetiva a educação permanente que, como destaca Ceccim (2005) deve buscar novos modos de fazer e de ser na saúde, reconhecer o trabalho como espaço de produção de sujeitos e de cuidado. Sem um pensar inovador, corremos o risco de submergir em problemas, sempre sendo poucos, sempre estando desatualizados, tornando frágil a construção de uma saúde para todos. São esses os atributos que tornam potente e transformadora a parceria PISEC e SEMSA, resultando em produtos consistentes e transformadores da realidade local.

## OS PRODUTOS DA PARCERIA PISEC E SEMSA

Considerando o tripé que sustenta a universidade, a apresentação dos resultados da parceria foi organizada em três eixos: ensino, pesquisa e extensão.

Por meio do ensino, o PISEC trouxe contribuição de ações cotidianas, mas fortalecedoras da APS. Nesse sentido, a atualização do conhecimento do território, atividade que é feita por meio dos diagnósticos situacionais de saúde de cada microárea, bem como o ajuste dos mapas territoriais, é uma etapa importante do planejamento do cuidado e que foi assumida pelas equipes iniciais do PISEC,

que compreende alunos do primeiro e segundo períodos. Dessa forma, os alunos alcançam o objetivo instrucional e formativo de compreender e conhecer a lógica territorial de organização da saúde no município de Vila Velha.

Um olhar para essa prática pode elucidar o que se pretende dizer. Por um lado, o serviço tem a demanda de manter atualizado o conhecimento do território. Ainda que dinâmico, fazer diagnóstico situacional semestralmente pode ser exaustivo para a equipe e para a comunidade. Mas, principalmente, pode carecer de um sentido, de uma finalidade para o serviço. Ao mesmo tempo, com turmas ingressando semestralmente, sempre com a demanda de aprender o processo de diagnóstico situacional, há uma demanda curricular cuja frequência é maior do que a necessidade do serviço. Promover o encontro entre a necessidade do serviço e a demanda curricular requereu uma negociação empática dos atores, escola e serviço, a construção de compromisso. O resultado foi a construção de uma prática verdadeiramente integrada ao serviço.

Ainda na dimensão ensino, é possível destacar as ações de prevenção e promoção da saúde, voltadas aos grupos sociais presentes nos territórios. As equipes do PISEC, orientadas por profissionais de diferentes expertises, contribuem para o fortalecimento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no município de Vila Velha muitas vezes assumindo as ações direcionadas a grupos específicos ou programas institucionalizados no cuidado à saúde das comunidades assistidas nas USF do município de Vila Velha. Dentre essas comunidades estão: Saúde do Homem, Saúde da Mulher, Saúde do trabalhador, Saúde da Criança e Adolescente, Saúde do Idoso, Programa Saúde Escolar, Programa de Hanseníase, Programa de Tuberculose, Programa de Tabagismo, Programa Bolsa Família, Programa Planejamento Familiar, Saúde Mental, Programa Hipertensão, Programa de Saúde Bucal, entre outros.

E, como último ponto das ações de ensino, refere-se à oferta assistencial, proposta pelos profissionais médicos que são docentes e acompanham grupos de quinto ao oitavo período do curso de Medicina no PISEC. Vale destacar aqui também, que tendo a intenção de ser um sistema de ensino para um sistema de saúde, tal como indicam Frenk *et al.* (2010), no PISEC o componente curricular foi desenhado no sentido de propiciar a continuidade do cuidado, destacamos o atendimento médico, com a construção de vínculo dos professores com as

unidades de saúde e também dos alunos. A proposta, nesse sentido, garante a manutenção de uma oferta qualificada, contínua, que possibilita a articulação com as redes de cuidado do município.

Vale ressaltar, que o que parece simples, no caso a divisão de trabalho entre serviço de saúde e Instituição de Ensino, requer importante tecnologia leve como destaca Mehry (2005). Nessa experiência, como ressalta o autor, faz-se necessário o movimento do trabalho em equipe para articular os atores da Educação Permanente em um movimento de construção constante de uma nova pedagogia que se dê no cotidiano do serviço em sintonia com os objetivos institucionais (BRASIL, 2009).

No que se refere à pesquisa, há por parte da instituição o reconhecimento de que, para qualificar a APS, é preciso tomar as questões problema como ponto de partida para investigações científicas. Nesse sentido, foi organizado um grande projeto guarda-chuva que acolheu vários estudos desenvolvidos dentro do PISEC. Para a construção desse projeto foram consideradas também as prioridades previstas nos Planos de Saúde Municipais atualizados ao longo do tempo, sendo o projeto analisado e avaliado pela Coordenação de Educação Permanente do Município de Vila Velha.

O resultado foi o desenvolvimento de 30 pesquisas sobre condições sensíveis para a Atenção Primária aplicadas na rede com resultados compartilhados e indicando propostas de intervenção que se desdobraram em projetos desenvolvidos em parceria entre as equipes integradas, ensino e serviço, na sequência.

E ainda, de forma pontual, as ações de extensão, direcionadas tanto para serviços voltados para a comunidade de maneira mais programada e ações de educação permanente voltadas aos profissionais da rede de serviços. Destacamos, nesse ponto, as várias oficinas realizadas, sobretudo no período entre 2014 e 2020, antes da pandemia, que abordaram temas como: integração ensino, serviço e comunidade, matriciamento em saúde, interprofissionalidade, diversidade sexual e de gênero, e abordagem integral à pessoa trans.

Por fim, vale destacar a participação do PISEC durante a pandemia na manutenção de atendimentos a condições crônicas não relacionadas à Covid-19, conforme assumido pelos professores médicos do PISEC, e a participação na campanha de vacinação com oferta de vacinadores, montagem de pontos de vacinação e central de processamento de dados.

## PARA ALÉM DO PISEC

Até esta seção destacaram-se resultados produzidos diretamente pelo PISEC. O PISEC tem a importância de ser o disparador da integração ensino e serviço de uma forma estruturada e programada. Consideramos, portanto, que o PISEC foi o indutor de uma mudança ao induzir à consolidação de espaços coletivos, à construção compartilhada das ações educativas e do cuidado nos cenários de prática onde atuamos. Mas, a partir do PISEC, as atividades de integração foram ampliadas e modificadas em sua essência, promovendo o surgimento de novos espaços, de novas formas de integração e de novos produtos e resultados.

Ainda no âmbito da graduação, o primeiro avanço foi o surgimento do Internato Médico. Com o Internato Médico surgiu a ampliação para outros pontos da rede para além das Unidades de Saúde, incluindo Centro de Atenção Psicossocial e Pronto Atendimento. No internato, um novo ator surgiu: o preceptor. A preceptoria demandou outras iniciativas voltadas à qualificação desses profissionais do serviço para a atuação como educadores. Além de iniciativas feitas em parceria com outras instituições formadoras como Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM e Sírio Libanês, a SEMSA em parceria com a UVV, foi premiada no INOVASUS promovido pelo OPAS/MS, em terceiro lugar, desenvolvendo o curso intitulado Tecendo a rede da integração ensino e serviço: formação de preceptores para o SUS. A premiação financiou integralmente o projeto e permitiu a formação de 60 preceptores médicos e de outras áreas da saúde. O curso, com duração de 120 horas, contou com atividades presenciais e em Ambiente Virtual de Aprendizagem.

Outro ponto de destaque foi a implantação das Residências Médicas nas áreas de Medicina de Família e Comunidade e Pediatria, com campo de prática nos serviços municipais de Vila Velha. A residência médica é uma modalidade de especialização médica considerada padrão ouro na formação e caracteriza-se pela formação em serviço. Contempla uma carga horária semanal de 60 horas, nas quais o residente atuará, prioritariamente, nas Unidades Básicas de Saúde do município de Vila Velha, além de realizar atividades em nível secundário e em serviços de urgência e emergência (VILA VELHA, 2020).

Merece destaque a residência de Medicina de Família e Comunidade que no Município de Vila Velha está organizada para oferecer uma formação

médica especializada que prepare o egresso para atuar, prioritariamente, na Atenção Primária à Saúde, a partir de uma abordagem integral do processo saúde adoecimento, reunindo ações de cura, promoção, prevenção, recuperação e de educação em saúde nos níveis individual, familiar e coletivo. Para isso, seguem-se as diretrizes do currículo baseado em competências para residência médica em Medicina de Família e Comunidade da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Especificamente a Residência de Medicina de Família e Comunidade, que tomou como ponto de partida a Lei Nº 12.871/2013, conhecida como Lei dos Mais Médicos, objetivando ampliar a formação de especialistas e adequar essa mão de obra às necessidades da população, com foco na universalização do acesso. Desde o início do programa no ano de 2015, foram formados 23 residentes, havendo hoje na rede 12 residentes em formação. Tais dados colocam o programa como o maior do ES. Os resultados, que acompanham os benefícios descritos na literatura, indicam redução e qualificação de encaminhamentos dos usuários assistidos pelo programa para atendimento especializado, bem como a retenção de profissionais na rede, na qualidade de preceptores (BERGER; DALLEGRAVE; DE CASTRO FILHO; PEKELMAN, 2017).

Todos esses resultados são indicativos de que no Município de Vila Velha a Política de Educação Permanente em Saúde mostra-se efetiva, cumprindo o desafio de, por meio de cooperação técnica, diálogo constante e negociação, articular as instituições de ensino, os serviços de saúde e o controle social, na medida em que todos os projetos são apresentados e debatidos no Conselho Municipal de Saúde e nos Conselhos Locais de Saúde (BRASIL, 2004, 2009).

## **POR UMA VILA VELHA SAUDÁVEL: OS NOVOS DESAFIOS**

No momento, para além das atividades curriculares, a SEMSA, em parceria com a Universidade Vila Velha, desenvolve um grande projeto que objetiva construir uma proposta organizativa para a Atenção Primária à Saúde do Município de Vila Velha, ES.

Essa proposta, realizada pela nova gestão do município por meio da secretária de saúde, compreende o papel da UVV como parceira com potencial

para realizar análises à luz do conhecimento científico e subsidiar novas práticas em saúde. O objetivo é construir uma cidade cada dia melhor para a população.

A APS é caracterizada por ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. A APS no Brasil experimentou, nas últimas décadas, um aumento expressivo de cobertura e consolidação, ancorada especialmente com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e com a institucionalização da avaliação da APS pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2012).

Esse nível de atenção é o contato e a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde. O planejamento das ações com base no diagnóstico situacional do território de saúde é uma ferramenta de gestão indispensável para manter vínculo com a comunidade, baseado nas realidades existenciais, com atuação conjunta das equipes multiprofissionais para melhores resultados no processo de autoavaliação (LIMA *et al.*, 2019).

Em um processo de planejamento, o diagnóstico da situação da saúde deve ser o ponto de partida para detectar os problemas e suas causas e subsidiar a definição de objetivos, ações, indicadores e metas para melhoria das condições de vida e saúde, expressas por meio da alteração dos indicadores epidemiológicos e sociais (VILA VELHA, 2018).

Diferentes mecanismos metodológicos podem orientar a avaliação dos serviços de saúde, entre eles a tríade desenvolvida por Donabedian, baseada nas dimensões de estrutura, processo e resultado, como forma de mensurar os diversos fatores envolvidos na qualidade da atenção à saúde (FERREIRA *et al.*, 2021).

No intuito de conhecer a realidade local e desenvolver ações de saúde mais efetivas em relação aos problemas encontrados, além de entender a organização dos serviços e as rotinas de saúde, o projeto propõe: 1) Realizar o diagnóstico situacional da rede assistencial de saúde do município de Vila Velha e 2) Readequar a rede assistencial visando a otimizar recursos e melhorar a qualidade da atenção.

A intervenção será realizada por meio de um projeto de extensão que propiciará uma intervenção na estrutura e no processo de cuidado da rede assistencial da Atenção Primária à Saúde do Município de Vila Velha, ES, visando

à melhoria da assistência, impactando na qualidade de vida dos munícipes e nos indicadores de saúde.

Para cumprimento dos objetivos propostos, o projeto está organizado em quatro etapas, a saber:

Etapa 1: Diagnóstico Situacional

Etapa 2: Elaboração do novo desenho da Atenção Primária à Saúde (APS).

Etapa 3: Construção de projeto de implantação.

Etapa 4: Monitoramento e execução do projeto de implantação.

Na etapa de Diagnóstico Situacional, que se encontra em andamento, foram realizadas as atividades de: 1-Formação de um grupo condutor composto por profissionais da SEMSA e da UVV; 2-Construção de um plano de trabalho; 3- Elaboração de um projeto de extensão para inserção de alunos e professores da UVV nas ações a serem realizadas; 4- Apresentação do Projeto para equipes da gestão local dos serviços de saúde.; 5- Constituição de cinco grupos (um por região) com uma unidade de saúde referência por região (Tabela 1). No momento está em andamento a coleta de dados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fortalecimento dos sistemas de saúde requer, de fato, uma reordenação dos modelos formativos em saúde. É urgente a construção de sistemas educacionais para sistemas de saúde. Todavia, a consistência dessa mudança se dá por um movimento bidirecional, com compromissos, papéis e responsabilidades no processo de integração ensino, serviço comunidade.

A parceria de 14 anos estabelecida entre o Município de Vila Velha e a UVV por meio do PISEC tem como diferencial a proposição de um processo de responsabilidades conjuntas constituídas sobre as bases da integralidade, longitudinalidade, melhoria do primeiro acesso e fortalecimento da base territorial. A integração planejada, fundada nos atributos da APS, favorece o enfrentamento de nós críticos que desafiam a gestão da saúde em Vila Velha. Ao mesmo tempo, tornam mais sólidos os compromissos da universidade com o perfil de competências previsto no Projeto Pedagógico de Curso.

Por meio de espaços colegiados de discussão entre a gestão da saúde, as unidades docentes assistenciais, a universidade e o controle social, somam-se

resultados percebidos em termos de provimento de profissionais, experiências formativas e melhoria no atendimento à população.

Deve-se ressaltar, todavia, que os bons resultados tiveram como ponto de origem as diretrizes legais, previstas na legislação da saúde e da educação, bem como por meio das políticas indutoras da integração ensino e serviço, nas quais os dois ministérios (saúde e educação), se organizaram fomentando a integração do serviço e da saúde. São esses movimentos impulsionadores essenciais.

Passados 14 anos do movimento de integração, podemos concluir este relato de experiência dizendo que quando se constrói de forma integrada uma visão de futuro para os serviços de saúde, as parcerias deixam a frieza dos contratos firmados e passam a se sustentar mais pelos compromissos com o coletivo, com o resultado do trabalho, com um movimento de educação na saúde que se faz de forma permanente e que toma o trabalho como ponto de partida e de chegada.

## REFERÊNCIAS

- BERGER, C. B.; DALLEGRAVE, D.; DE CASTRO FILHO, E. D.; PEKELMAN, R. A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1–10, 2017. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1399>. Acesso em: 22 ago. 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores no setor. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de Agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde mais perto de você: acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRITO, E. P. **O papel de Palmas - TO na rede de integração regional**. Dourados, MS: UFGD, 2009.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. *In*: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. de (Org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec/Abem, 2004. p. 346-385.

DALLA, M. D. B.; SZPILMAN, A. R. M. Introdução. *In*: SZPILMAN, A. R. M.; BRANDÃO, D. J. (orgs.) **Programa de Interação serviço, ensino e comunidade (PISEC)**: estratégias educacionais inovadoras em cenário de atenção primária. 1.ed. Vila Velha: Cultura capixaba, 2018, p 12-21.

DELORS, J. *et al.* **Educação**: Um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI [Internet]. Tradução: José Carlos Eufrázio, p.89-102, 1998. Disponível em: [http://dhnet.org.br/dados/relatorios/a\\_pdf/r\\_unesco\\_educ\\_tesouro\\_descobrir.pdf](http://dhnet.org.br/dados/relatorios/a_pdf/r_unesco_educ_tesouro_descobrir.pdf). Acesso em: 06 set. 2021.

ELLERY, A. E. M.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde e Sociedade** [on-line], v. 22, n. 1, p. 187-196, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/XZybmCZz3wDNhfXPgYSjy9B/?lang=pt>. Acesso em: 06 set. 2021.

ESPÍRITO SANTO. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Vitória, ES: Secretaria Estadual de Saúde. 2019.

FERREIRA, J.; GEREMIA, D. S.; GEREMIA, F.; CELUPPI, I. C.; TOMBINI, L. H. T.; SOUZA, J. B. Avaliação da Estratégia Saúde da Família à luz da tríade de Donabedian. **Av Enferm.** [on-line], v. 39, n. 1, p. 63-73, 2021.

FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923-58, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2020**. Vila Velha: IBGE, 2020.

LIMA, C. A. *et al.* Full care for community: Self-assessment of family health teams. **Av. enferm.** [on-line], v. 37, n. 3, p. 303-312, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1055214>. Acesso em: 06 set. 2021.

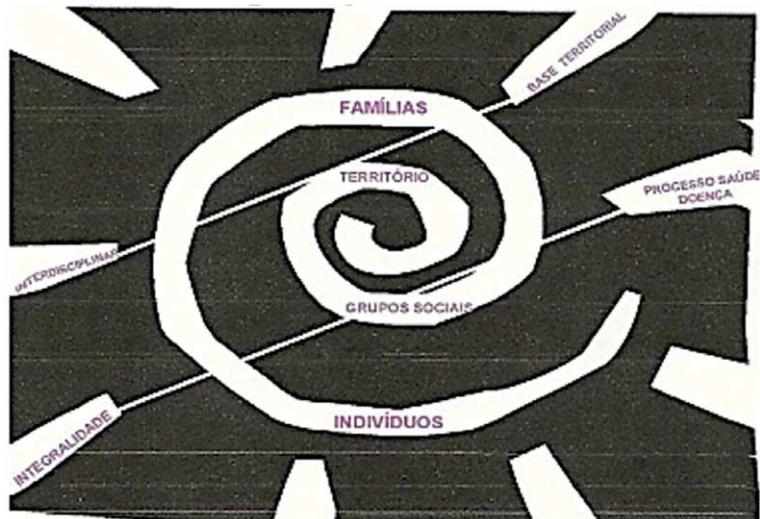
MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, 2005.

VILA VELHA. Secretária Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018 a 2021**. Secretária Municipal de Saúde, 2018. Disponível em: [https://www.vilavelha.es.gov.br/midia/paginas/PMVV\\_PMS\\_2018-2021\\_15-10-2018.pdf](https://www.vilavelha.es.gov.br/midia/paginas/PMVV_PMS_2018-2021_15-10-2018.pdf). Acesso em: 15 jul. 2021.

VILA VELHA. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SEMSA Nº 009/2020. Declarar a adesão do município de Vila Velha no Programa de Formação Profissional – APS, que “concede” incentivo financeiro de custeio adicional mensal as Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Saúde Bucal integradas a Programas de Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade ou Programas de Residência multiprofissional em Atenção Primária ou Saúde da Família. **Diário Oficial do Município de Vila Velha**. Vila Velha, ES, Edição 1043, p. 2-3, 09 out. 2020.

## ANEXO

Figura 1. Organização metodológica do PISEC



Fonte: Adaptado de Komatsu, 1999, Faculdade de Medicina de Marília.

Tabela 1. Grupos por região administrativa do Município de Vila Velha com uma unidade de saúde referência por região e equipe de trabalho

REGIÃO	UNIDADE REFERÊNCIA	EQUIPE DE TRABALHO		
		SEMSA	UVV	
1	Prainha	Referência técnica da região	Professor	20 alunos
2	Ibes	Referência técnica da região	Professor	20 alunos
3	Vila Batista	Referência técnica da região	Professor	20 alunos
4	Jardim Marilândia	Referência técnica da região	Professor	20 alunos
5	Barra do Jucu	Referência técnica da região	Professor	20 alunos

Fonte: Os autores.

Figura 2. O PISEC em ação



**Figura 3.** Apresentação do Projeto Vila Velha Mais Saúde para gestores da SEMSA (construção do diagnóstico em saúde)



**Figura 4.** Acolhida aos novos residentes de Medicina de Família e Comunidade – presença da presidente do CMS



**Figura 5.** Cátia Lisboa (Secretaria de Saúde) e Sérgio Rua (coordenador do curso de Medicina da UVV) - Parceria na campanha de vacinação Covid-19





# O IMPACTO DAS METODOLOGIAS ATIVAS NO PENSAR E REALIZAR DOS CIRURGIÕES DENTISTAS RESIDENTES – O OLHAR DOS DOCENTES ASSISTENCIAIS

Margareth Pandolfi  
Lucienne Toledo Pereira Torres

## O EGRESSO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA

O caráter técnico-científico, em detrimento do social, claramente assumido pelo paradigma flexneriano, influenciou a formação médica no Brasil até a década de 70. O Relatório Flexner e o Relatório Giés, publicados nos Estados Unidos, respectivamente em 1910 e 1926, em sua concepção mecanicista da saúde normalizaram o ensino em saúde, e levaram à ênfase ao domínio cognitivo e instrumental (NAMEN; GALAN JR.; CABREIRA, 2007).

Assim sendo, o paradigma cartesiano imposto tem como característica uma estrutura rígida de concepção de mundo, com negação da diversidade, devido ao uso de repertório de certezas pré-estabelecidas e irrefletidas, produzindo uma postura intransitiva e alienadora, permitindo a separação do todo em partes e as demais dissociações daí decorrentes, e isso foi disjuntivo quando aplicado ao mundo do trabalho e aos sistemas de saúde (NAMEN; GALAN JR.; CABREIRA, 2007). Na Odontologia isso não foi diferente, ao contrário, muito provavelmente das profissões de saúde a Odontologia foi a mais impactada.

Até bem pouco tempo, o profissional, que passava em média, de quatro a seis anos (recém-formado), em contato com informações puramente tecnicista e sofisticada, se vê abruptamente frente a uma realidade problemática que, geralmente, foi pouco discutida com poucos recursos materiais, humanos, financeiros e desconhecida pelas modernas soluções científicas (MOYSÉS, 2004).

Considera-se como possíveis fatores que influenciam as práticas e o perfil profissional aqueles relacionados à formação acadêmica, a origem e trajetória

social do indivíduo, seu capital econômico, cultural, o mercado de trabalho e os modelos assistenciais.

Para Pierre Bourdieu (1992), a escola simplesmente não teria a capacidade de promover estas transformações nos indivíduos e destaca a importância da bagagem social e cultural que as pessoas trazem consigo durante o seu desenvolvimento. A herança familiar, a participação social agregada ao capital cultural são elementos estruturantes na condição do indivíduo. Para o sociólogo francês o sucesso, o desenvolvimento e os valores do indivíduo não podem ser explicados apenas por seus dons pessoais relacionados à sua constituição biológica, mas por sua origem social, que os colocaria em condições mais ou menos favoráveis diante das exigências situacionais. Dentro deste pensamento as mudanças necessárias para a implementação de políticas sociais, no caso de um novo modelo de atenção à saúde, contra hegemônico, são muito mais amplas e passam necessariamente por todo o ambiente social onde se insere o indivíduo. Para que estas transformações ocorram, as exigências são maiores que apenas as alterações nos currículos das universidades.

A origem social dos profissionais de odontologia é diferenciada e acima da média dos padrões da população em nosso país. Pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais (INEP)/Ministério da Educação (MEC) (2006) sobre o perfil dos estudantes de odontologia revelou que 66,4% dos concluintes fizeram todo o ensino médio em escolas privadas, que 86,8% dos estudantes têm seus gastos financiados pela família. Os dados de renda familiar, contribuição do aluno na renda familiar e escolaridade dos pais mostram valores superiores aos níveis médios brasileiros. O percentual de alunos cujos pais têm nível superior completo é alto, indicando que o perfil socioeconômico-educacional do aluno de Odontologia é considerado elevado para os padrões médios brasileiros. O uso de computadores foi referenciado por 91,6% dos concluintes. O alto percentual de alunos com acesso à Internet é compatível com os padrões de renda familiar (HADDAD, 2006).

Esses e outros fatores foram determinantes para as práticas e comportamento do profissional da Odontologia. O processo de ensino aprendido vivenciado nos cursos de graduação de odontologia baseados no método tradicional preparam o estudante com um olhar extremamente tecnicista e biomédico, alheio ao afetivo,

bloqueando sua visão para o desenvolvimento de uma clínica ampliada e centrada no sujeito, o que é um desafio para os gestores, docentes e tutores da Residência Multiprofissional do ICEPi.

Nas residências, de um lado se faz necessário para a competência Atenção à Saúde profissionais que promovam a atenção integral e multiprofissional, que ampliem o seu pensar e que realizem atividades de cuidado além das quatro paredes do consultório odontológico. Do outro, profissionais que sofrem com os impactos de diferentes fatores. Para nós do núcleo docente assistencial que atuou no ano de 2021, algumas práticas se evidenciaram, e são consequentes aos seguintes fatores de influência:

- **Formação biomédica:** tem sido demonstrado em muitos estudos que o profissional da Odontologia tem um forte componente da clínica tradicional. Moraes *et al.* (2015) revelou que os CDs apresentam um perfil profissional voltado para as atividades clínicas, e que na sua formação os cursos realizados por eles foram voltados para as especialidades de Prótese, Dentística, Periodontia e Cirurgia; Vilarinho *et al.* (2007) observaram que os procedimentos curativos continuam predominando nas ações da Equipe de Saúde Bucal (ESB); e Baldani *et al.* (2005) revelaram um perfil inadequado, havendo a necessidade de formação de profissionais generalistas. No que se refere aos residentes parece-nos que ela ainda é imperativa e se impõe no olhar, nas falas, no comportamento e nas práticas nas unidades de saúde e hospitais – os cenários de práticas dos cirurgiões dentistas residentes.
- **Modelo de Assistencial e Clínica Tradicional:** segundo Foucault em o Nascimento da Clínica, o objeto de atuação da Clínica é o corpo ou parte do corpo. Os residentes (8) tiveram muita dificuldade de identificar o objeto de atuação da Odontologia. No encontro realizado no mês de janeiro em nenhum momento eles identificaram a saúde bucal com objeto/fim da profissão. Suas percepções foram biológicas (dentes, sistema estomatognático, boca, etc.) e/ou as doenças bucais (Cárie, Doença periodontal, câncer de boca, etc.). Os dois residentes do programa de cuidados paliativos não entendem seu papel nos

hospitais, entretanto relatam atividades preventivas, o que para eles não atende as expectativas em relação às atividades restauradoras e cirúrgicas. O que se observou é um forte componente tecnicista também neste grupo de residentes.

- **Afastamento das disciplinas sociais Saúde Coletiva:** os residentes ainda continuam atuando na lógica assistencial, em detrimento das ações de proteção individual e coletiva. As competências de Planejamento, Programação, Gestão e Gerenciamento (PPGG), pouco ou nada são promovidas. O fato de eles não terem vivências e conhecimento acumulado, bem como fatores relacionados à gestão municipal e à pandemia, os impedem de explorar tais atividades.
- **Mercado de Trabalho:** outro aspecto notado está relacionado à percepção externa advindas do mercado de trabalho. O setor de saúde tem passado por várias transformações no Brasil desde a década de 80 devido a mudanças no modelo econômico. Sob o ponto de vista da odontologia, destaca-se que o setor privado, principal empregador na década de 70, decresceu, enquanto cresceu a participação do setor público na década de 80. A odontologia passa a perder gradativamente o status de profissão liberal, havendo uma crescente “socialização”; ressaltando Zanetti (1999), que nessa tendência surge o desequilíbrio na distribuição de profissionais, assalariamento, diminuição do exercício liberal, multiemprego, tendência à feminilização e excesso de horas trabalhadas. Então, com o modelo puramente assistencial e a falta de uma política de saúde bucal inclusiva sendo também produto do modelo formador, caracterizando a exclusão e mutilação produzidas, pela prática odontológica, demonstrando que o modelo biomédico assistencial vigente ainda se constitui o saber hegemônico que se desdobra.

O fato é que as universidades, como centros formadores por excelência de recursos humanos odontológicos, não têm proporcionado elementos técnicos que permitam aos estudantes compreender a realidade social da profissão, graduando-os de forma despreparada para enfrentar o exercício profissional. Ao contrário, observa-se que apesar do encolhimento do campo privado da saúde bucal no Brasil

e a grande expansão do campo público pela consolidação do SUS, as aspirações dos alunos da Graduação em Odontologia continuam sendo direcionadas para o setor privado da saúde (MATOS, 2005). A busca por uma atividade profissional liberal, ser um profissional autônomo é o sonho e a expectativa de boa parte dos graduandos em odontologia revelada nas pesquisas realizadas sobre o tema. A prática no exercício profissional da odontologia reduziu-se no campo privado, porém ainda corresponde a maior parte destas atividades.

A conjuntura atual de encolhimento do setor privado odontológico, a expansão dos planos privados de baixa remuneração, o alto custo da clínica privada e a baixa renda da população têm elevado a procura dos CDs pelos empregos públicos privados. Por outro lado, as baixas remunerações e a falta de condições de trabalho no setor público não têm estimulado os profissionais a exercer a atividade com exclusividade, transformando esse trabalho em um “bico” com renda fixa na expectativa de cumprir com as suas obrigações financeiras mínimas. Por vezes, as questões salariais são as principais reclamações dos cirurgiões dentistas no SUS.

## O CIRURGIÃO DENTISTA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Os Programas de Residência do ICEPi/SESA-ES tem por objetivo formar profissionais de saúde especialistas com visão humanista, reflexiva e crítica, qualificados para o exercício na especialidade escolhida, com base no rigor científico e intelectual, pautados em princípios éticos, com ênfase no desenvolvimento de práticas interprofissionais (PINHEIRO *et al.*, 2021).

O currículo orientado por Competências (Conhecimento – o Saber, Habilidades – O Saber Fazer e Atitudes – Saber SER), as Metodologias Ativas e a Aprendizagem Problematizadora orientam o projeto e o percurso pedagógico das residências do ICEPi/SESA-ES. Reconhece-se nas DCNs dos cursos de Odontologia a institucionalização de competências como: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2002). Com base no processamento das atividades e nas declarações dos residentes, há muito que ser feito para desenvolvê-las.

Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Dessa forma, os profissionais de saúde devem aprender

a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

O uso da metodologia problematizadora, com o relacionamento constante dos pressupostos teóricos e a realidade vivida, na qual o aluno se vê envolvido no presente e futuro, possibilitaria o desenvolvimento integral do papel do profissional que poderia responder aos requerimentos da sociedade com maior propriedade crítica no seu espaço de trabalho, acarretando em melhoria da qualidade da assistência odontológica prestada. Assistência está focada na saúde e não na doença e que contempla os determinantes socioeconômicos, políticos, culturais e comportamentais desse processo (RIBEIRO; RAUEN; PRADO, 2007). Nas atividades desenvolvidas no núcleo nos diferentes encontros os R1 demonstraram habilidade e facilidade com as metodologias. Sempre enfrentam os desafios com muito compromisso e responsabilidade. Entretanto, apresentaram dificuldade na elaboração das Questões de Aprendizagem (QAs). Isso demonstra a necessidade de ampliar o conhecimento e a capacidade reflexiva.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família tem por objetivo central fortalecer os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito estadual. Foi elaborado no sentido de formar profissionais de saúde capazes de se comprometer e de operacionalizar as mudanças necessárias na organização do cuidado à saúde, de modo a promover uma melhoria na saúde e qualidade de vida das pessoas. No mesmo sentido se organiza o programa de cuidados paliativos (PINHEIRO *et al.*, 2021).

Reconhece-se que há um campo comum entre os diferentes profissionais, entretanto nos cenários de prática existem particularidades do cuidado inerentes de cada profissão. Por isso, nos programas atuam preceptores e docentes assistenciais específicos de cada núcleo profissional. Há um núcleo docente assistencial para promover a tutoria e conduzir as discussões relativas a estas práticas.

No grupo composto por oito residentes de 2020 (R1), as atividades iniciaram no mês de novembro de 2020, e foram interrompidas em dezembro. O Encontro teve como questão disparadora “Qual o objeto de nosso trabalho?”, com

a intenção de possibilitar aos residentes que se conheçam, explorando os diferentes campos de prática e, o que os mesmos oferecem para a formação profissional.

Em fevereiro concentraram-se os Encontros 2, 3 e 4, e neles os residentes ainda tinham dificuldade de se reconhecer naquele cenário. Foi necessário um resgate da memória passada, bem como identificar as lacunas do grupo. Nos primeiros encontros, os residentes relataram sobre a insatisfação com as mudanças de tutores e com a interrupção das atividades do núcleo docente assistencial.

No segundo encontro a intencionalidade foi: fortalecer vínculos; explorar o objeto comum da profissão a partir da realização das buscas científicas; compartilhar desafios do exercício profissional presente nos cenários de prática, identificando os pontos comuns. Sobre ele, é preciso ressaltar que o CD é refratário à mudança necessária, entretanto, reconhece que tem papel fundamental nas transformações necessárias aos serviços, exigindo reflexões e revisões das estruturas, práticas e principalmente da atuação desses profissionais. Para Zanetti (1999), o possível êxito da ESF dependeria também de uma mudança na atitude dos profissionais de saúde bucal que atuam na atenção básica.

O terceiro encontro, realizado no mês de março, explorou a questão disparadora “Que Clínica é essa?”, e refletiu bem as ansiedades dos residentes em relação ao vínculo e cuidado nos cenários da prática. Resgatar a memória passada e integrar essas memórias à reflexão sobre esse tema foi muito bom. As sínteses foram riquíssimas. Os residentes foram capazes de identificar as três clínicas (Tradicional, Ampliada e Centrada no Sujeito), bem como foram capazes de se identificar em meio a essas práticas. O tema e as discussões foram um despertar para a mudança necessária.

Os encontros dos meses de abril, junho e julho transcorreram com certa tranquilidade. A nova mudança de docente causou um a princípio foi novamente motivo de estresse, entretanto a escuta qualificada de todos envolvidos (docentes e coordenação da residência) foi providencial. A uma escuta aberta, com disposição de ouvir as angústias e de construir em conjunto, auxiliou o enfrentamento destas mudanças.

O fato é que o cirurgião dentista, egresso de uma graduação com métodos de ensinamentos tradicionais, reflete uma grande dificuldade em trabalhar em equipes e de estender o seu olhar para uma visão ampla e integrativa no cuidado. Essa dificuldade de um olhar holístico do paciente pode ser observada quando

solicitado o compartilhamento das primeiras histórias clínicas, utilizadas como disparadores para a construção das sínteses provisórias. Observamos uma visão do paciente restrita a boca, e a história clínica, confundida com a descrição pormenorizada da técnica de intervenção realizada.

O desafio frente ao novo, manifestou-se também na resistência à utilização de novas plataformas digitais como ferramentas auxiliares no ensino digital à distância. Outro desafio que ainda persiste é a participação na autoavaliação, avaliação do encontro e avaliação do tutor. Os residentes têm muita dificuldade de fazer juízo de forma crítica e reflexiva.

Assim sendo, os encontros, mediados pelas metodologias ativas e problematização, tornaram-se desafiadores e instigantes, e intensificaram o pensar transformador das práticas cotidianas do residente. No decorrer dos encontros pode-se observar a mudança de posturas e olhares, os quais são refletidos em sua prática. As novas sínteses são compartilhadas com uma fundamentação de buscas mais amplas e sedimentadas, o grupo se abre para o compartilhar dos desafios de implementação dos saberes na prática do serviço e a construção das questões de aprendizagem torna-se mais ricas. Os saberes construídos por todos são experiências enriquecedoras para docentes e residentes.

Os residentes relatam muita dificuldade de atuarem devido à pandemia de Covid-19. Provavelmente uma das profissões que mais foi impactada na APS foi a Odontologia. Com certeza deverá promover muitas mudanças em sua organização e processo de trabalho.

Também relataram insatisfação com o excesso de encontros, atividades e carga horária elevada, e que isso, somado à pandemia de Covid-19 impede outras atividades clínicas. Essas dificuldades só demonstram a relação dos profissionais e dos residentes com todo aparato técnico e tecnológico (tecnologias duras) inerente ao exercício da Odontologia. Tecnologia dura, leve-dura e leve é como Merhy (2003) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. A leve refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. A leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos

do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais. Os residentes relatam dificuldades de se integrarem às equipes de trabalho.

Na atualidade há um consenso em torno do trabalho em equipe no setor saúde, porém ainda persiste e predomina uma noção de equipe que se restringe à coexistência de vários profissionais numa mesma situação de trabalho, compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela, o que configura dificuldades para a prática das equipes, visto que a equipe precisa de integração para buscar assegurar a integralidade da atenção à saúde. Muitas falas dos residentes nas avaliações dos encontros relataram que não dispõem de consultório, instrumentos e equipamentos disponíveis para atuarem. Essa fala é observada nos dois grupos – os que atuam na Unidade da Saúde (US) (residência em saúde da família), e os que atuam nos hospitais (residência em cuidados paliativos)

Observa-se pelos diálogos e falas que os residentes ainda continuam atuando na lógica assistencial, em detrimento das ações de proteção individual e coletiva. As competências de Planejamento, Programação, Gestão e Gerenciamento (PPGG), pouco ou nada são promovidas. O fato de eles não terem vivências e conhecimento acumulado, bem como fatores relacionados à gestão municipal e à Pandemia os impedem de explorar tais atividades. Necessitamos há muito tempo de uma aproximação entre as disciplinas sociais e a saúde coletiva.

Em relação ao uso de tecnologias e recursos, os residentes demonstraram habilidades e disponibilidade. As atividades desenvolvidas a distância e síncronas e assíncronas ocorrem sem nenhuma dificuldade. Isso talvez pelo fato de os residentes pertencerem à Geração Z.

A geração Z compreende o grupo de pessoas nascidas a partir de 1995, no caso dos cirurgiões dentistas residentes. Cresceram junto com a popularização da internet e interagem com o mundo integrando todas as formas de tecnologia disponíveis.

## **MAIS ALGUMAS CONSIDERAÇÕES**

As críticas ao perfil do cirurgião dentista têm suscitado discussões no âmbito da residência sobre a necessidade de mudanças da universidade na formação e adequação ao trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Elas apontam que a universidade tem oferecido um modelo de ensino orientado para o

atendimento individual, com foco voltado para a doença, para as ações curativas, privilegiando uma medicina de alto custo, verticalizada, excludente, de baixo impacto e puramente tecnológico.

Enquanto isso, as mudanças na formação ocorrem de forma lenta, não acompanhando de forma plena as necessidades do SUS que urge um maior percentual de resolutividade na atenção básica através de ações coletivas de promoção de saúde, em contraponto ao modelo hegemônico, biomédico, hospitocêntrico da cura que privilegia os procedimentos curativos.

As situações de aprendizagem – o conteúdo – são criadas a partir da realidade. Utiliza-se o que já se sabe sobre a realidade como subsídio para encontrar novas verdades e soluções. Ocorre que nos cenários das práticas os residentes encontram algumas limitações. Essa tendência reforça as contradições e limita a possibilidade de mudança de atitude desses profissionais, que sem dúvida compromete seu processo de ensino aprendizagem e desenvolvimento de competências, em especial as atitudes – o saber SER.

A formação profissional do cirurgião dentista e a educação popular são elementos de transformação do processo de trabalho em saúde bucal, para a implementação de um modelo assistencial com base no conceito de promoção de saúde conforme consta do Relatório LALONDE (1974).

A crise no modelo assistencial hegemônico, redimensionado pelo pensamento sanitaria e pela Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, na qual a atenção primária em saúde passa a ser adotada como estratégia para ampliar o acesso de forma a atender a todos, com igualdade, formam os argumentos norteadores para a proposta idealizadora do SUS que tem como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade, do novo modelo de atenção.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de Graduação em Odontologia (2002) propõem um conceito de saúde mais amplo e identificaram a necessidade de um papel ativo dos estudantes no processo de ensino-aprendizagem. Uma mudança de ênfase para a participação mais ativa e autônoma do estudante, buscando facilitar a superação da dicotomia entre teoria e prática.

As metodologias ativas de ensino apresentam-se como uma forma inovadora, que permite a construção da aprendizagem de forma autônoma a

partir da vida real, bem como a integração de conteúdos básico e profissional, e entre teoria e prática, para superar os limites da formação tradicional e da prática clínica. A participação ativa dos alunos possibilita a construção do conhecimento de modo conjunto, facilitando a comunicação dos envolvidos. Os estudantes têm oportunidade de raciocinar e trazer soluções diversas, discuti-las e construir formas criativas e originais de enfrentamento aos desafios práticos, desenvolvendo competências críticas, a capacidade de aprender a aprender, aplicar o conhecimento teórico obtido e trabalhar em equipe e assim garantir assistência mais ampla e consolidada ao paciente (RIBEIRO; RAUEN; PRADO, 2007).

Soma-se a isso o currículo orientado por competências e que trabalha com o desenvolvimento de capacidades e atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos) que, combinados, conformam distintas maneiras de realizar, com sucesso, as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional, dentro de um campo do saber.

Essas propostas de educação existem desde a antiguidade grega. A maiêutica de Sócrates (469-399 a.C.) – consistia em interrogar o interlocutor com uma série de indagações até que alcançasse novas ideias – a arte de fazer nascerem ideias através da problematização. Sócrates, um dos ícones da epistemologia (teoria do conhecimento), com suas abordagens dialéticas, promovia o despertar de seus seguidores para novas visões e cosmovisões (SOUZA, 2020).

O pensador há milhares de anos já fazia uso do recurso pedagógico que ativa o envolvimento de todos de forma efetiva. Nesse processo, o ponto de partida é o conhecimento que o aluno já possui, contextualizado na sua vivência de trabalho, situando-se na observação da realidade, no reconhecimento de sua experiência prévia e na sua busca de alternativas criativas para a resolução dos problemas. O trabalho em equipe também é uma característica importante nessa pedagogia pois como a realidade é dinâmica, a relevância atribuída a um problema depende da experiência de vida de cada observador, enriquecendo a discussão do assunto e favorecendo o diálogo e a reflexão. O aluno é um protagonista incansável pela sua trajetória, a qual está condicionada pela sua participação ativa.

Ele desenvolve a capacidade de observação e pode projetar soluções que precisam ser consideradas e valorizadas. O uso da metodologia problematizadora no curso de odontologia, com um relacionamento constante dos pressupostos

teóricos e a realidade vivida, na qual o aluno se vê envolvido no presente e futuro, possibilitaria o desenvolvimento integral do papel do profissional aos requerimentos da sociedade com maior propriedade crítica no seu espaço de trabalho acarretando melhoria na qualidade da assistência odontológica prestada. Assistência essa focada na saúde contemplando os determinantes socioeconômicos, políticos, culturais e comportamentais desse processo. Na era da informação os conhecimentos envelhecem muito rapidamente, o que torna importante fazer o aluno pensar a realidade criticamente, tornando o conhecimento vivo e dinâmico (RIBEIRO; RAUEN; PRADO, 2007).

O objetivo de construir conhecimentos a partir da realidade vivida pelos estudantes durante o processo de trabalho, com uma participação ativa, fundamentada na intencionalidade do questionamento, faz com que tal método favoreça o desenvolvimento de competência profissional. Os quatro pilares do conhecimento — aprender a conhecer (ou aprender a aprender, adquirir os instrumentos de compreensão); aprender a fazer (para poder agir sobre o meio envolvente); aprender a viver juntos (a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas); aprender a ser (via essencial que integra as três precedentes) — podem ser alcançados (DELORS, 2007).

A metodologia da problematização possibilita a formação de um profissional com uma postura mais ampla, ativa e afetiva sobre as necessidades de saúde do paciente e não só focado na resolução técnica do caso. Associado, favorece um melhor desempenho clínico e contribui para um melhor cuidado para com o paciente.

Os residentes (R1) de Odontologia passaram por situações comuns a todas as iniciativas pioneiras em relação à gestão local e da organização da residência, entretanto uma situação trouxe muito impacto; a mudança de tutores por duas vezes. Isso gerou algumas arestas até mesmo com os novos tutores. Em alguns momentos eles se recusaram a participar dos processamentos das sínteses e responder às questões de aprendizagem. Por vezes a participação individual e não coletiva. Quando isso acontecia os residentes foram alertados que todos precisam contribuir, e que o momento era de compartilhar reforçando o aprendizado a partir da construção coletiva.

O fato é que todas as questões levantadas pelo grupo precisam ser respondidas, esse também é um exercício para o facilitador e o residente no sentido de tentar focar o conteúdo trabalhado de acordo com a intencionalidade do encontro.

O docente deve pedir que todos os residentes apresentem sua produção antes de falar, mesmo que dúvidas apareçam e lhes sejam direcionadas, só ao final se faz um apanhado dos principais conceitos trabalhados e se comenta acrescentando informações, referências etc. Há que se ressaltar que o material e as sínteses tiveram boa fundamentação e os momentos foram muito ricos.

Atualmente, na área de Odontologia, os discentes precisam desenvolver habilidades e competências para lidar com o todo, sem pretender o “tudo” das especialidades, o que caracteriza um perfil generalista, humanista, com perfil crítico e reflexivo de profissionais qualificados e habilitados à assistência integral. O residente cirurgião dentista precisa ainda desenvolver as competências necessárias ao SUS, em especial, no que se refere às suas atitudes.

Se há a compreensão de que as mudanças e impactos das residências representarão a efetivação do objetivo de sua implantação – a qualificação da Atenção Primária em Saúde (APS) –, um ponto de partida para a excelência e qualidade da gestão, vigilância e assistência à saúde, bem como contribuirá para as mudanças que o SUS precisa, há que se ressaltar que também há a esperança de que ela contribuirá para as mudanças das práticas em Saúde bucal e do profissional da Odontologia. Em meio a tantos desafios, nossos pensamentos são de que venham novas histórias, novos sorrisos e novas pessoas, e novos cirurgiões dentistas.

## REFERÊNCIAS

BALDANI, M. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, jul./ago., 2005.

BRASIL. **Conselho Nacional de educação câmara de educação superior resolução CNE/CES, 3 de 19 de fevereiro de 2002.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Disponível em: CES032002.doc (mec.gov.br). Acesso em: 26 jul. 2021.

BOURDIEU, P. A. **Reprodução:** elementos para uma teoria do sistema de ensino. Editora Francisco Alves: Rio de Janeiro, 1992.

DELOURS, J. **Os quatro pilares do conhecimento.** Disponível em: file:///E:/eeij2007/educação/4%20 pilares/infoutil.org/4pilares/text-cont/delors-pilares.htm. Acesso em: 26 jul. 2021.

HADDAD, A. E.; PIERANTONI, C. R.; RISTOFF, D.; XAVIER, I. M.; GIOLO, J.; SILVA, L. B. **A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde: 1991 a 2004.** Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006. Disponível em: [https://download.inep.gov.br/publicacoes/diversas/temas\\_da\\_educacao\\_superior/a\\_trajetoria\\_dos\\_cursos\\_de\\_graduacao\\_na\\_saude\\_1991\\_2004\\_odontologia.pdf](https://download.inep.gov.br/publicacoes/diversas/temas_da_educacao_superior/a_trajetoria_dos_cursos_de_graduacao_na_saude_1991_2004_odontologia.pdf). Acesso em: 25 jul. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese dos Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da população brasileira**. 2006. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2021.

MATOS, I. B. **Expectativas do exercício profissional de graduandos em odontologia** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); 2005.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. [S.l.: s.n.], 2003. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/33023409>. Acesso em: 26 jul. 2021.

MORAES, L. B. *et al.* Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 171-186, 2015.

MOYSÉS, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. **Rev. ABENO**, v. 1, n. 4, p. 30-7, 2004.

NAMEM, F. M.; GALAN JR, J.; CABREIRA, R. D. Educação, saúde e sociedade. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 9, n. 1, p. 43-55. dez. 2007. Disponível em: [www.ccs.uel.br/espacoparasaude](http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude). Acesso em: 24 jul. 2008.

OLIVEIRA, R. G. *et al.* Problematização como método ativo de ensino-aprendizagem em um Curso de Odontologia. **Revista da ABENO**, Brasília, v. 15, n. 2, p. 74-81, 2015.

PINHEIRO, A. R. *et al.* **Caderno do Residente**. 2021. Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação. Vitória. 20 p.

RIBEIRO, D.; RAUEN, M. S.; PRADO, M. L. O uso da metodologia problematizadora no ensino em odontologia. **Revista de odontologia da universidade cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 2017-2021, maio/ago. 2007.

SOUZA, P. H. **Metodologias Ativas: o que as escolas podem aprender**. Conhecimento Editora e Livraria, Belo Horizonte, 2020. 238 p.

VILARINHO, S. M. M. *et al.* Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do programa saúde da família em Teresina (PI). **Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS**, Porto Alegre v. 22, n. 55, jan./mar. 2007.

ZANETTI, C. H. G. **A crise da Odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação Curativo de Massa**. Disponível em: Artigos etc.: ZANETTI, 1999 ([artigosetc.blogspot.com](http://artigosetc.blogspot.com)). Acesso em: 26 jul. 2021.



# TESTAGEM EM PONTO DE ALTO FLUXO: O CENÁRIO E A APRENDIZAGEM DA TESTAGEM EM MASSA NO ESPÍRITO SANTO

Nésio Fernandes de Medeiros Junior  
Orlei Amaral Cardoso  
Luiz Carlos Reblin  
Juliana Ramos Bruno  
Eida Maria Borges Gonsalves  
Helia Márcia Silva Mathias  
Whisllay Maciel Bastos  
Daniela Santos Gomes da Silva  
Vera Lucia Gomes de Andrade

## INTRODUÇÃO

O enfrentamento da pandemia de Covid-19 causado pelo SARS-CoV-2 no ES, iniciado desde fevereiro de 2020 com a chegada e confirmação dos primeiros casos, tem se configurado em uma grande mobilização da gestão. Desde a expansão da cobertura na assistência, com abertura de novos leitos, maior disponibilização do Sistema SAMU, capacitação dos profissionais, disponibilização de medicamentos e fortalecimento da vigilância, com melhoria na qualidade das informações, a gestão estadual tem atuado de forma incremental, envolvendo toda a rede de saúde pública e a rede privada.

As condições em que estiveram imersas a sociedade brasileira e, em certa medida, também os demais países durante a fase inicial da pandemia, permanecem como crise civilizatória, tornam a experiência de seu enfrentamento um desafio de aprendizagem para os diferentes atores do Sistema Único de Saúde (SUS) nas diferentes localidades. Nos pressupostos da política de educação e desenvolvimento do trabalho em saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), já está a constatação de que o cotidiano do trabalho é sempre mais complexo do que os conhecimentos e tecnologias, mesmo que com grande densidade tecnológica, que temos disponíveis para fazer frente a eles. Portanto, o desenvolvimento do trabalho sempre é ao mesmo tempo

um exercício do fazer laboral propriamente dito e também uma aprendizagem, constituindo permanentes travessias de fronteira entre o que está e novos platôs de saúde no território (CECCIM; FERLA, 2008). O enfrentamento à pandemia no sistema de saúde capixaba não foi desperdício da experiência para essa travessia. Aos fazeres da gestão setorial e da clínica das diferentes profissões e ocupações, foi associado rapidamente, e com mais vigor, os saberes da vigilância em saúde e demais saberes da Saúde Coletiva, gerando respostas devidamente monitoradas e acompanhadas, bem como novos saberes para atualizar as práticas.

Além de ativar as redes de serviço e recursos assistenciais com agilidade, foi necessário mobilizar novas ações. As práticas de controle e mitigação da pandemia passam necessariamente pela garantia de acesso a testes e triagem, garantindo ao usuário, entre outros direitos, o de conhecimento de sua situação de saúde (GOMES *et al.*, 2020). E neste momento da pandemia, ainda que se observe algum avanço nestas dimensões, particularmente na atenção, para a efetividade da vigilância se faz necessária a oferta de testes de forma massiva e igualitária, mitigando a subnotificação. E essa tem sido a aposta da atual gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA/ES), ofertando testes pela técnica de Antígeno por meio de *swab* nasofaríngeo em massa privilegiando locais de grande circulação.

Desde o dia 18 de junho de 2021 a SESA-ES, sob a coordenação da Subsecretaria de Vigilância em Saúde, implantou o Projeto de Testagem em massa na Região da Grande Vitória. Para além da qualidade da oferta e importância desta ação na mitigação dos efeitos e busca do controle da pandemia, esta ação tem se mostrado um campo de aprendizagem inestimável, permitindo traçar um caminho pautado na experiência do trabalho vivo em ato (MERHY; FRANCO 2003). Pode-se afirmar que o processo de aprendizagem ultrapassou o grupo de trabalhadores e afetou a própria gestão. O planejamento se apropriou deste processo de aprendizagem para seguir organizando outros espaços de testagem.

Ao refletir sobre a trajetória dos usuários para o cuidado em relação à pandemia ao longo da oferta dos testes no Espírito Santo, notou-se uma necessidade de mudanças nas abordagens, tanto em relação à técnica quanto em relação ao público. Assim foi importante mapear os diferentes territórios e suas necessidades, a fim de desenhar o aumento da cobertura de testes a se oferecer.

Essa iniciativa visou qualificar a produção de cuidado às pessoas em relação à sua dificuldade de acesso ou às suas diferentes necessidades (FIOCRUZ, 2020a).

Ao nos debruçarmos e analisarmos este processo de trabalho, extraímos dele o aprendizado para novas iniciativas, inserindo nesta prática os Residentes em Saúde Coletiva do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI). Foi também possível transformar uma prática complexa de alto custo e difícil logística em importantes benefícios a tantos atores e comunidade.

Assim, neste trabalho pretende-se apontar e descrever esta experiência não só como um aumento de acesso, como também este novo campo de aprendizagem para os trabalhadores, gestores e residentes, numa clara demonstração da potência da formação em serviço.

## PROCESSO DE TRABALHO

A iniciativa de testagem em massa visou à redução da cadeia de transmissão e a mitigação dos efeitos ocasionados pela Covid-19, bem como à identificação, ao referenciamento da assistência e à orientação dos infectados ou não para adoção de medidas pertinentes (FIOCRUZ, 2020b).

Este texto apresenta os resultados obtidos a partir do projeto de intervenção em saúde por meio de testagem em massa, com apresentação espontânea dos usuários em três terminais urbanos rodoviários da Grande Vitória, no estado do Espírito Santo. A SESA teve como parceiro, além das secretarias municipais, o Sistema TRANSCOL, que é um sistema metropolitano integrado de estrutura tronco-alimentadora, que interliga os sete municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória - Capital, Vila Velha, Serra, Cariacica, Fundão, Guarapari e Viana, através de terminais urbanos, estrategicamente localizados.

O sistema, que é composto por 10 terminais e transportou no ano de 2020, em média, 9.061.834 de passageiros por mês, permite que o usuário se desloque por vários trechos da Grande Vitória, pagando uma única tarifa. Desses terminais, Cariacica foi o primeiro a iniciar a testagem em massa no dia 18 de junho. As atividades no Terminal Laranjeiras (Serra) tiveram início em 25 de junho. Já no Terminal de Itaparica, começaram no dia 02 de julho. A intervenção em cada terminal terá duração de três meses. A maioria dos insumos foi disponibilizada

pelo Governo do Estado do Espírito Santo, representado pela Secretaria de Estado da Saúde em parceria com os municípios. A testagem é realizada de segunda a sexta-feira, das 12 às 20 horas.

Até o dia 30 de julho de 2021, foram realizados 10.549 testes rápidos de pesquisa de antígeno com swab nasal, por meio dos quais foi avaliado o percentual de positividade para Covid-19, nos grupos de participantes sintomáticos e assintomáticos. No momento do exame, os dados de cada indivíduo testado são imediatamente registrados no e-SUS - Sistema de Informação da Vigilância em Saúde, os resultados são disponibilizados em tempo real no business intelligence (BI) monitoramento da Covid-19.

## RESULTADOS ALCANÇADOS

Os dados analisados neste estudo estão distribuídos conforme sexo (feminino; masculino), faixa etária (em anos: até 19; 20 a 39; 40 a 59; 60 anos e mais), cor/ raça (amarela; branca; indígena; parda e preta) e grau de instrução (não alfabetizado; ensino fundamental; ensino médio; ensino superior), segundo resultado do teste, positivo e negativo, para os grupos de indivíduos sintomáticos e assintomáticos. Foram excluídos da análise os dados correspondentes às categorias “ignorada” e “não se aplica”, referentes às variáveis cor/raça e grau de instrução. “Ignorada” representava menos de 0,5% da distribuição de ambas as variáveis.

Das 10.549 pessoas testadas, 691 (6,6%) tiveram resultado positivo, sendo que 73,7% dos indivíduos testados positivos relataram sintoma ou sinal da Covid-19. As mulheres representam a maior parcela desse grupo, com 57,2%. Enquanto no grupo de participantes que não apresentaram sintomas, mas tiveram resultado positivo, observa-se uma diferença de 1,1 pontos percentuais na participação de mulheres (49,5%) e homens (50,5%). O Gráfico 1 apresenta a distribuição dos resultados do teste para mulheres e homens.

Ao analisar a estrutura etária da distribuição dos indivíduos atendidos pelo projeto de intervenção em saúde, observa-se que a maior parte dos pertencentes ao grupo sintomático com resultado do teste positivo tem idade entre 20 e 39 anos (43,8%), seguida pela parcela de pessoas com idade entre 40 e 59 anos (33,4%). É importante chamar a atenção para a parcela significativa de crianças e

adolescentes, correspondente à faixa etária entre 0 e 19 anos que testou positivo embora não apresentasse sintomas, representando 23,1% do grupo de positivo assintomático. A diferença é de 8,5 pontos percentuais quando comparada à parcela de indivíduos na mesma faixa etária no grupo de sintomáticos, que foi 14,5%. No mesmo grupo de assintomáticos positivos, o percentual de crianças e adolescentes fica apenas 4,4 pontos percentuais abaixo da parcela de indivíduos com idade entre 40 e 59 anos (27,5%); e ficam 11,5 pontos percentuais acima dos idosos com 60 anos ou mais (11,5%). Assim como ocorreu no grupo sintomático positivo, a maior parte das pessoas testadas positivas tem idade entre 20 e 39 anos (37,9%), conforme apresentado Gráfico 2.

O percentual de indivíduos autodeclarados pardos, com resultado do teste positivo, representa mais da metade dos participantes nos grupos analisados, sendo que, dentre os sintomáticos testados positivos correspondem a 55% e 54,1% dentre os assintomáticos positivos. Considerando-se a estrutura sociodemográfica da população brasileira que, em sua maioria, é composta por pardos, estrato social composto sociologicamente por pessoas não brancas, incluindo indígenas e negros com variados tons de pele, tem-se juntamente com os estratos autodeclarados como indígenas e pretos a configuração da população brasileira historicamente vulnerabilizada, sendo, portanto, cor/raça um importante marcador da desigualdade e da exclusão social no país. Assim corroboram os resultados expressos neste estudo (Gráfico 3), em que mais de 60% das pessoas de ambos os grupos que tiveram resultado positivo são pardas, pretas ou indígenas. Os participantes autodeclarados brancos corresponderam a 31,8% dos sintomáticos e 34,3% dos assintomáticos, ambos positivos.

Os dados analisados a partir dos resultados da variável grau de instrução mostram que mais de 70% das pessoas que testaram positivo possuem apenas os ensinos fundamental e médio, tanto para o grupo de sintomáticos quanto para o de assintomáticos, representando 22,6% e 55,1%, no primeiro caso, e 29,2% e 48,8%, no segundo, respectivamente. Somente no grupo de indivíduos sintomáticos testados negativos que a parcela de pessoas com ensino superior ultrapassa a parcela com ensino fundamental, 30,5% e 20,2%, respectivamente. Entretanto, nos quatro grupos analisados aproximadamente 50% da distribuição dos participantes é composta por pessoas que possuem ensino médio, conforme mostra o Gráfico 4.

É importante ressaltar que todos os indivíduos testados positivos receberam orientação profissional e as secretarias de saúde municipais se comprometeram a levá-los aos seus lares de maneira a evitar a utilização dos ônibus e potencializar a transmissão. Oito residentes e 32 profissionais de saúde foram treinados durante essa iniciativa. Essa ação está em fase de adoção pelo Programa de Desenvolvimento de Capacidades de Ensino em Serviço: Educação Permanente em Saúde em Tempos de Pandemia (REDE UNIDA/OPAS/SESA-ES), conduzida pela Comissão Estadual de Integração Ensino-Serviço (CIES/ES).

Para verificar a existência de associação entre as variáveis sociodemográficas e a variável resultado positivo do teste antígeno para os grupos de indivíduos com e sem sintomas, foi realizado o teste estatístico qui-quadrado de Pearson. O nível de significância adotado no estudo foi de 5%. O processamento dos dados foi realizado pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0.

Ao comparar o resultado positivo do teste rápido antígeno com o sexo dos indivíduos testados, constatou-se não existir evidências de associação estatisticamente significativa entre mulheres e homens que tiveram resultado positivo para Covid-19 (3,230;  $p=0,072$ ). Já em relação à faixa etária, observou-se existir associação entre idade da pessoa testada e o resultado positivo (9,994;  $p=0,019$ ), sendo o maior grau de associação (2,6) mostrado para a faixa etária de pessoas com até 19 anos de idade assintomáticas, o que ratifica os resultados discutidos mais acima. O resultado positivo não mostrou associação com a autodeclaração de cor/raça (3,346;  $p=0,502$ ). Do mesmo modo, a comparação do resultado positivo do teste com o grau de instrução dos testados revelou não haver evidências significativas de associação entre as variáveis (3,401;  $p=0,334$ ).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência descrita é, em si, um exercício de educação permanente da gestão estadual, na medida em que se debruçou diante dos desafios e da complexidade do trabalho no cotidiano do enfrentamento à Covid-19, nas condições que o Sistema Único de Saúde brasileiro está exposto à pandemia. O contexto analisado tem informações dos sistemas de registro cotidianos e relatos desde o lugar da gestão. É importante ressaltar que os resultados aqui apresentados foram coletados no dia 30

de julho no e-SUSvs, no período entre 15 e 16 horas, e podem sofrer futuras variações devido ao fato do sistema ser alimentado em tempo real, o que por si imprime grande dinamicidade na geração e, conseqüentemente, na coleta de dados minuto a minuto.

Hoje se sabe que o percentual de indivíduos positivos assintomáticos nos transportes públicos é um fator a ser considerado devido à aglomeração no interior dos coletivos: trata-se de uma ocorrência altamente propícia à transmissão da Covid-19. Os dados analisados neste estudo revelaram parcela significativa de crianças e jovens assintomáticos com resultado positivo do teste antígeno. Embora a maioria das pessoas que tiveram resultado positivo tenha reportado algum sinal ou sintoma sugestivo da doença, os jovens assintomáticos podem ser potencial canal de transmissão ao circularem nos transportes públicos.

A procura pela testagem por usuários de outros municípios mostra que os terminais urbanos rodoviários podem ser utilizados como pontos de testagem de fluxo, ou mesmo para vacinação, não se restringindo exclusivamente à população residente no município em que o terminal está localizado. No geral, não obstante o tempo de espera nas filas devido às etapas do processo de testagem - entrevista, cadastro no sistema, procedimento e entrega do resultado -, a população tem se mostrado bastante cooperativa, o que indica que, se bem orientada e estimulada, a população se torna potencial aliada na prevenção e no combate da pandemia de Covid-19. Ademais, considerando que o perfil dos usuários dos sistemas de transportes públicos é composto principalmente pelos estrados populacionais socialmente vulnerabilizados e, conseqüentemente, mais suscetíveis à doença, a intervenção em saúde em locais públicos populares tende a ser mostra promissora.

O percentual de mulheres que procuraram o teste (61,4%) é superior àquele referente à população masculina. Vale ressaltar que os três municípios nos quais as atividades de testagem já estão em andamento - Vila Velha, Serra e Cariacica - têm a classificação “risco baixo” no mapa de gestão de risco. Certamente, a atividade de testagem contribuirá para que esse padrão se mantenha. O fornecimento de testes e demais materiais é diário e todas as atividades são supervisionadas por profissionais da Vigilância em Saúde: eventuais contratemplos são rapidamente solucionados.

A Secretaria da Saúde cuida para que as equipes de testagem sejam devidamente treinadas nos domínios relacionados às etapas do processo e aos procedimentos de testagem propriamente ditos. Há também capacitação das equipes

no que concerne ao combate às fake news a fim de refutá-las, cada profissional é orientado a fazer uso de argumentos sólidos e fundamentados quando indagado por algum paciente. E o conjunto das atividades de testagem serviu de campo de estágio prático para residentes de saúde coletiva e para profissionais da saúde em geral, sendo possível afirmar que o processo de aprendizagem afetou a gestão, lançando e descentralizando em outros locais, a partir da experiência vivenciada, ampliando a assistência e práticas preventivas da população vulnerável.

A experiência relatada ensinou à gestão estadual e municipal a relevância de ações propositivas de enfrentamento à pandemia, embasadas no conhecimento produzido no cotidiano, para atualizar a gestão e desenvolver o trabalho, como aponta a política do SUS. Por outro lado, também ensinou que o enfrentamento à pandemia é oportuno também para a formação de profissionais de saúde, sejam eles residentes, como foi o caso, ou outros profissionais que possam desenvolver capacidades para refletir sobre o cotidiano do trabalho, exercitando o atributo profissional de “aprender a aprender”, e de acumular conhecimento para eventos futuros, que nos acompanham frequentemente ao longo da história. Registrar e refletir sobre as condições com que nos deparamos na pandemia de Covid-19 também nos ensina sobre cidadania, democracia, equidade e suas relações com a produção de saúde. Importante não desperdiçarmos essa aprendizagem.

## REFERÊNCIAS

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>. Acesso em: 15 maio 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **COVID-19: Instituições se unem para projeto inovador em favelas**. *Portal Fiocruz*, Rio de Janeiro, 19 ago. 2020a. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-instituicoes-se-unem-para-projeto-inovador-em-favelas>. Acesso em: 15 jul. 2021

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Lançamento do Conexão Saúde: de olho na COVID**. Vídeo transmitido pelo YouTube da Fiocruz, ago. 2020. *Portal Fiocruz*, Rio de Janeiro, 2020b. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-instituicoes-se-unem-para-projetoinovador-em-favelas>. Acesso em: 15 jul. 2021.

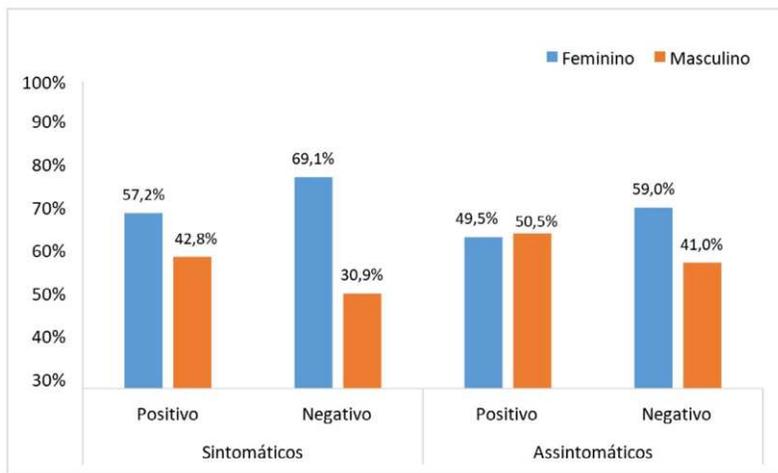
GOMES, C. C. *et al.* A population-based study of the prevalence of COVID-19 infection in Espírito Santo, Brazil: methodology and results of the first stage. **MedRxiv**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.06.13.20130559> (preprint). Acesso em: 16 jul. 2021.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, v.27, n. 65, Rio de Janeiro, set/dez. 2003.

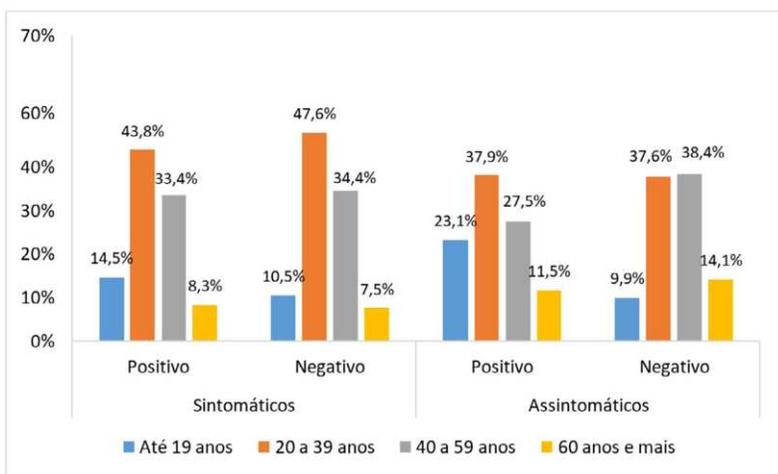
Agradecimentos: Renan Santos Nunes, Luiz Fernando Pena da Cunha, Pedro Henrique Fadini, Almir Guardiano e Celso Cláudio.

## ANEXOS

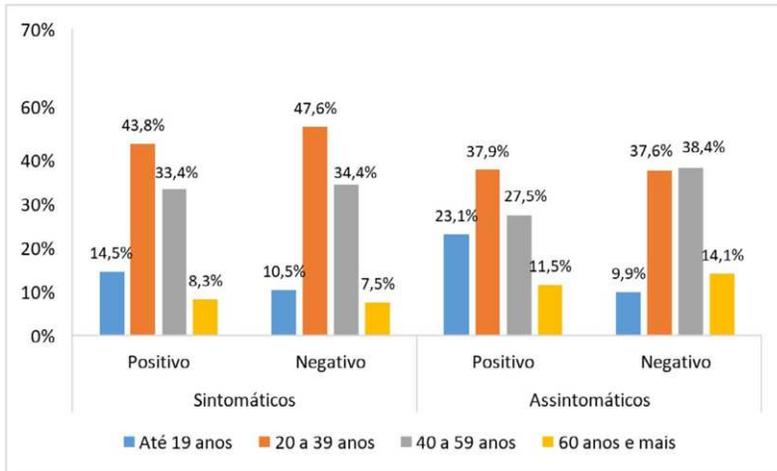
**Gráfico 1.** Resultado do teste rápido antígeno da Covid-19 de acordo com a existência ou não de sintomas, segundo sexo - Vitória/ES – 2021



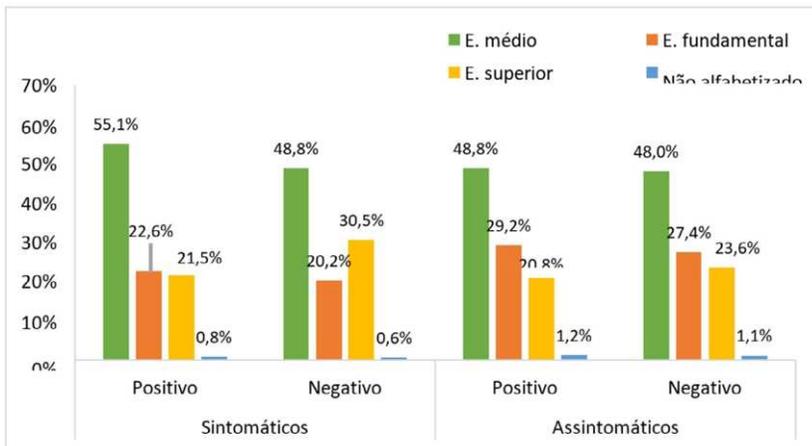
**Gráfico 2.** Resultado do teste rápido antígeno da Covid-19 de acordo com a existência ou não de sintomas, segundo faixa etária - Vitória/ES – 2021



**Gráfico 3.** Resultado do teste rápido antígeno da Covid-19 de acordo com a existência ou não de sintomas, segundo cor/raça - Vitória/ES - 2021



**Gráfico 4.** Resultado do teste rápido antígeno da Covid-19 de acordo com a existência ou não de sintomas, segundo grau de instrução - Vitória/ES - 2021



**Tabela 1.** Distribuição do perfil sociodemográfico dos indivíduos participantes da Intervenção em Saúde, segundo o resultado positivo do teste para os grupos com e sem sintomas

Variável	Categoria	Total		Teste positivo				p-valor
				Sintomático		Assintomático		
		N	%	N	%	N	%	
Sexo	Feminino	6.425	61,4%	291	57,2%	90	49,5%	0,072
	Masculino	4.034	38,6%	218	42,8%	92	50,5%	
Faixa Etária	Até 19 anos	1.099	10,5%	74	14,5%	42	23,1%	0,019
	20 a 39 anos	4.243	40,6%	223	43,8%	69	37,9%	
	40 a 59 anos	3.859	36,9%	170	33,4%	50	27,5%	
	60 anos e mais	1.258	12,0%	42	8,3%	21	11,5%	
Cor/Raça	Amarela Branca	140	1,3%	6	1,2%	4	2,2%	0,502
	Índigena Parda	3.546	34,1%	161	31,8%	62	34,3%	
	Preta	20	0,2%	2	0,4%	1	0,6%	
		5.498	52,8%	279	55,0%	98	54,1%	
Grau de instrução	Não alfabetizado	1.208	11,6%	59	11,6%	16	8,8%	0,334
	Ensino Fundamental	96	0,9%	4	0,8%	2	1,2%	
	Ensino médio	2.592	25,3%	111	22,6%	49	29,2%	
	Ensino superior	4.981	48,6%	271	55,1%	82	48,8%	
	2.589	25,2%	106	21,5%	35	20,8%		

**Nota:** para realizar o teste qui-quadrado realizou-se os seguintes procedimentos:

1. na variável “faixa etária”, fez-se o agrupamento da categoria “80 anos e mais” com a categoria “60 a 79 anos”, pois havia valores observados iguais a zero e menor que cinco na categoria “80 anos e mais”, a qual representa em sua totalidade menos de 0,5% dos indivíduos testados.
2. nas variáveis “cor/raça” e “grau de instrução”, retirou-se a categoria “ignorada”, que representa 0,5% do total de indivíduos testados. Retirou-se também a categoria “não se aplica” das análises da variável “grau de instrução”.

**Tabela 2.** Distribuição do perfil sociodemográfico dos indivíduos participantes da Intervenção em Saúde, segundo o resultado do teste (positivo e negativo) para os grupos com e sem sintomas

Variável	Categoria	Total		Testes Sintomáticos				Testes Assintomáticos				p-valor	
				Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Sint. Assint.	
		N	%	N	%	N	%	N	%				
Sexo	Feminino	6.425	61,4%	291	57,2%	1.910	69,1%	90	49,5%	4.134	59,0%	0,000	0,009
	Masculino	4.034	38,6%	218	42,8%	856	30,9%	92	50,5%	2.868	41,0%		
Faixa Etária	Até 19 anos	1.099	10,5%	74	14,5%	290	10,5%	42	23,1%	693	9,9%	0,44	0,000
	20 a 39 anos	4.243	40,6%	223	43,8%	1.317	47,6%	69	37,9%	2.634	37,6%		
	40 a 59 anos	3.859	36,9%	170	33,4%	951	34,4%	50	27,5%	2.688	38,4%		
	60 anos e mais	1.258	12,0%	42	8,3%	208	7,5%	21	11,5%	987	14,1%		
Cor/Raça	Amarela	140	1,3%	6	1,2%	37	1,3%	4	2,2%	93	1,3%	0,160	0,456
	Branca	3.546	34,1%	161	31,8%	1.018	36,9%	62	34,3%	2.305	33,1%		
	Indígena	20	0,2%	2	0,4%	4	0,1%	1	0,6%	13	0,2%		
	Parda	5.498	52,8%	279	55,0%	1.390	50,4%	98	54,1%	3.731	53,5%		
	Preta	1.208	11,6%	59	11,6%	307	11,1%	16	8,8%	826	11,9%		
Grau de instrução	Não alfabetizado	96	0,9%	4	0,8%	16	0,6%	2	1,2%	74	1,1%	0,001	0,861
	Ensino fundamental	2.592	25,3%	111	22,6%	546	20,2%	49	29,2%	1.886	27,4%		
	Ensino médio	4.981	48,6%	271	55,1%	1.320	48,8%	82	48,8%	3.308	48,0%		
	Ensino superior	2.589	25,2%	106	21,5%	825	30,5%	35	20,8%	1.623	23,6%		

Nota: Para realizar o teste qui-quadrado realizou-se os seguintes procedimentos:

- na variável “faixa etária”, fez-se o agrupamento da categoria “80 anos e mais” com a categoria “60 a 79 anos”, pois havia valores observados iguais a zero e menor que cinco na categoria “80 anos e mais”, a qual representa em sua totalidade menos de 0,5% dos indivíduos testados. nas variáveis “cor/raça” e “grau de instrução”, retirou-se a categoria “ignorada”, que representa 0,5% do total de indivíduos testados. Retirou-se também a categoria “não se aplica” das análises da variável “grau de instrução”.



# A UTILIZAÇÃO DE TELEMONTORAMENTO COMO APOIO NA PANDEMIA CONTRA O CORONAVÍRUS

Elaine M Ribeiro Demuner  
Fernanda Mattos Gandini

## TELESSAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19

Telessaúde trata-se de uma ação nacional voltada para a atenção básica à saúde, que tem aproximado organizações públicas e privadas, qualificando o atendimento oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos objetivos principais da iniciativa é dar apoio ao diagnóstico em regiões remotas do Brasil, com atendimento global do paciente à distância, incluindo além de laudos todas as possibilidades e benefícios que possam ser oferecidos. Porém outras atividades também podem ser desenvolvidas, como educação médica.

Apesar de ter ganhado força na pandemia, a plataforma já havia sido aprovada pelo Ministério da Saúde. Chamado de Programa Nacional Telessaúde Brasil redes, o modelo foi instituído por meio da Portaria do Ministério da Saúde, nº 35 de janeiro de 2007, e redefinido e ampliado por meio da Portaria MS nº 2.546, publicada no dia 27 de outubro de 2011. É coordenado pelas Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS). O programa possibilita o fortalecimento e a melhoria da qualidade do atendimento da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), integrando Educação Permanente em Saúde (EPS) e apoio assistencial por meio de ferramentas e tecnologia de informação e comunicação.

Dessa forma, a pandemia do Covid-19 colocou em evidência a importância da informação e do instrumento de operação de tomada de decisão, pensando nas necessidades de curto, médio e longo prazo em saúde. O cenário dinâmico e de grande risco exigia respostas rápidas, contundentes e precisas de todo o sistema de saúde, em especial do SUS, para que as ações e esforços dos estados, municípios e da Saúde Suplementar fossem coordenadas e organizadas.

## MODALIDADES DE ATENÇÃO REMOTA À SAÚDE

Sendo a telessaúde um sistema de prestação de serviços de saúde à distância, todos os procedimentos são realizados com a ajuda das tecnologias de informação e de comunicação (TICs). De acordo com Angélica Baptista Silva, a telessaúde é uma nova maneira de pensar os processos de saúde e quebrar a barreira da distância a partir do uso das TICs. Os serviços oferecidos dentro do programa, são: a teleconsulta, o telemonitoramento e a teleorientação.

A teleconsulta é uma das frentes da telemedicina, é uma consulta em que o paciente não se encontra no consultório, mas distante fisicamente do profissional de saúde. Durante a pandemia mundial de Covid-19, o Conselho Federal de Medicina (CRM) abriu uma exceção e permitiu que esse tipo de atendimento ocorresse, uma vez que não há regulamentação específica no Brasil para tal modalidade. Ela é fundamental para que aqueles que estão em grupos de risco possam ficar protegidos em casa e receber o atendimento sem afogar o sistema de saúde.

O telemonitoramento envolve o monitoramento remoto de pacientes que não estão no mesmo local que o profissional de saúde. Diferente da teleconsulta, o paciente terá dispositivos de monitoramento em casa e os resultados deles serão transmitidos ao provedor de saúde. É uma maneira eficaz de verificar pacientes com problemas crônicos de saúde, além do fato de que o provedor pode tomar decisões sobre o tratamento do paciente com base no questionamento que é feito previamente. Os sintomas mais comuns que os dispositivos monitoram são pressão arterial, frequência cardíaca, peso, glicose no sangue e hemoglobina.

Por fim, a teleorientação tem como principal característica orientar o paciente na prevenção e tratamento de doenças indicadas previamente. O acompanhamento corre por telefone e pode ser feito tanto por enfermeira como por médicos. Diferente da teleconsulta, esse acompanhamento não substitui a consulta médica e o atendimento hospitalar, pois não são feitos diagnósticos, receituários ou indicações de tratamento.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

No entanto, na prática vivenciada, enfrentamos um grande dificultador nesta nova modalidade, pois não possuíamos equipamentos para fazer esse

monitoramento, ainda assim usamos os nossos próprios recursos. Recursos estes, limitados.

O telemonitoramento era realizado da seguinte forma: Ligávamos diariamente para os pacientes, informávamos os resultados dos exames de RT-PCR, orientávamos todos os pacientes conforme os protocolos (quando positivos, realizávamos o monitoramento diário de sinais e sintomas), enviávamos as prescrições e afastamentos. O envio das informações era realizado por meio das plataformas digitais disponíveis, diretamente para o paciente, respeitando, assim, a privacidade dos dados. Traçamos algumas metodologias, o laboratório diariamente entregava a lista de resultados para que nenhum paciente que tivesse resultado positivo ficasse sem contato.

Além do monitoramento ao paciente, essa ferramenta foi fundamental e bastante eficaz na pandemia para o acompanhamento dos funcionários com suspeita de Covid-19. Era prestado o suporte necessário para o correto isolamento domiciliar, acolhimento emocional e também direcionamento no caso de agravamento do quadro.

A solução faz parte de uma série de inovações que surgiram com a pandemia e contribuíram para aumentar o acesso aos serviços de saúde. Foi também por meio desse telemonitoramento que os pacientes receberam orientações e se sentiram mais seguros para enfrentar a doença.

Os contatos permitiram ao enfermeiro fazer questionamentos e ter uma posição atualizada sobre o quadro clínico dos pacientes. A pandemia ocasionada pelo Covid-19, demonstrou a relevância da assistência de saúde à distância.

## DISCUSSÃO

O presente relato de caso destaca as ações que foram desenvolvidas através de um serviço de telemonitoramento no enfrentamento à pandemia Covid-19. Frente a um resultado no aumento de internações, mortes, resultados positivos e a demanda de uma reorganização da equipe para respostas rápidas a pandemia, viu-se a necessidade de utilizar os serviços de telemonitoramento como apoio.

A pandemia do Covid-19 foi citada em vários meios como o maior desafio sanitário do século XXI e impactou o capital financeiro de diversas instituições, que precisaram se adequar a novas rotinas. Com o Sistema Único de Saúde (SUS) não foi diferente, uma vez que houve a necessidade de adaptações de vários tipos

de serviços para melhor atendimento à população e diminuição de contágios.

Vários profissionais, dentre estes enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, precisaram rever informações consideradas tanto básicas quanto clínicas, pois a transmissão era rápida e foi necessária a implementação de vários protocolos para impedi-la. Sobre a nova condição, as ferramentas de apoio à tomada de decisão se apresentaram mais essenciais do que nunca.

Outro aspecto importante evidenciado neste relato de caso, é a necessidade de manter permanentes equipes altamente qualificadas para situações de emergência em saúde pública e calamidade. O time de resposta deve possuir uma infraestrutura adequada ao aumento da demanda, assim como apoio de tecnologia de informação e suporte que possam servir como instrumentos de suporte.

Por fim, destaca-se a necessidade de que as informações precisam estar presentes em pontos de cuidados, embora uma tecnologia já exista ela precisa ser melhorada e adaptada, além de que ainda persistem obstáculos, como a falta de compartilhamento de informações, ineficiência administrativa e tecnologia ultrapassada. Um grande serviço de telemonitoramento, com tarefas apropriadas e em situações que exijam uma rapidez de orientações, permite a racionalização de gastos dos recursos da saúde, auxilia na articulação de diferentes ações, torna possível um encaminhamento necessário, reduz o número de circulação física de pessoas, impedindo a aglomeração (fato importante agora na situação de pandemia). Assim, direcionar remotamente os pacientes dentro do sistema de saúde, verificando suas necessidades e complexidade de casos, coloca essa modalidade de atendimento como protagonista e leva a remodelação de futuros atendimentos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, pode-se afirmar que a interação utilizando a modalidade de telemonitoramento teve um destaque significativo para os profissionais de saúde, uma vez que resulta em um relacionamento mais humanizado, pontual e satisfatório.

Sendo assim, com a implantação desta estratégia, obtivemos segurança na entrega de resultados de exames. Com o telemonitoramento dos pacientes acometidos pela Covid-19, foi possível garantir o acompanhamento de perto da evolução da doença e intervir de forma imediata e precoce, garantindo uma assistência preventiva e segura.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 35**, de 4 de janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 4, 5 jan. 2007. Seção 1, p. 85.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.546**, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília, 2011a.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN 358/2009**. Publicado em: 15 de outubro de 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 14 ago. 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). Resolução nº 516, de 20 de março de 2020. 2020. Publicado em: 23 de março de 2020. **Teleconsulta, Telemonitoramento e Teleconsultoria**. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15825>. Acesso em: 14 ago. 2021.
- DELPHINO, T. M. **Efeito do acompanhamento por telefone na recuperação cirúrgica de idosos submetidos à cirurgia de facectomia**: estudo clínico randomizado. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2016.
- DUARTE, C. A. **A Tecnologia de telemonitoramento em enfermagem: contribuições para autonomia de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2**. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Biblioteca digital de teses e dissertações: 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1095591>. Acesso em: 14 ago. 2021.
- HOMMED, B. R. **O papel do enfermeiro no monitoramento remoto de saúde**. 2021. Disponível em: <https://www.brhommed.com.br/papel-do-enfermeiro-no-monitoramento-remoto-de-saude/>. Acesso em: 14 ago. 2021.
- LOPES, R. R. R. B. P. *et.al.* **17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (SENPE)**. 03 a 05 de junho de 2003. Disponível em: [http://www.abeneventos.com.br/anais\\_senpe/17senpe/pdf/1267co.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1267co.pdf). Acesso em: 14 ago. 2021.
- NASCIMENTO, B. O.; SOUZA, N. V. D. O; SANTOS, D. M. S.; SILVA, P. A. S. Telemonitoramento em enfermagem para clientes em situação de estomatoterapia: experiência inovadora para o processo ensino-aprendizagem. **Interagir: pensando a extensão**, [S.l.], n. 26, p. 73-78, abr. 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/interagir/article/view/39668>. Acesso em: 14 ago. 2021.
- PAULA, A. C.; MALDONADO, J. M. S. V.; GADELHA, C. A. G. Telemonitoramento e a dinâmica empresarial em saúde: desafios e oportunidades para o SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 65, 26 jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/WzcMD7NTfbWhTjPRsKn8MTh/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021
- URTIGA, K. S.; LOUZADA, L. A. C.; COSTA, C. L. B. **Telemedicina: uma visão geral do estado da arte**. Universidade Federal de São Paulo. [s.a.]. Disponível em: <http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2004/trabalhos/arquivos/652.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021.



# O OLHAR DO TUTOR SOBRE O PROJETO DE APOIO À ELABORAÇÃO DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE 2022-2025, NO ESPÍRITO SANTO

Larissa Almeida Rodrigues  
Margareth Pandolfi  
Tânia Mara Ribeiro dos Santos

## O PROJETO DE APOIO E A PERCEPÇÃO DO TUTOR

Quando você não sabe para onde vai qualquer caminho serve (diálogo entre Alice e o Gato de Cheshire, no clássico Alice no País das Maravilhas). Será?

O planejamento como ferramenta de gestão e administração assume cada vez mais importância como instrumento de mudança de práticas e solução de problemas. Na saúde envolve ainda questões como tomada de decisões, racionalização de atividades e recursos públicos, solução de problemas emergentes com implicações regionais e globalizadas, participação popular, além de ser uma ferramenta para operacionalização do acesso às ações e serviços de saúde conforme aparato de proteção social, princípios e valores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre as ferramentas de gestão do SUS há que se destacar os Planos Municipais de Saúde (PMSs), um instrumento técnico-político de expressão das necessidades de saúde da população e de organização dos serviços de saúde para responder às demandas e enfrentar os problemas emergentes e identificados no contexto dos municípios.

Sua elaboração e construção é um importante momento para a gestão municipal, e no estado do Espírito Santo também o é para a gestão estadual. Partindo do pressuposto da indissociabilidade entre as ações de planejamento e a própria prática da gestão, podemos inferir que organizar o Grupo de Trabalho (GT), em torno desta construção do planejamento e dos PMSs é organizar a própria estrutura da gestão municipal e estadual da saúde.

O PMS é um documento que sistematiza o conjunto de proposições políticas do governo municipal na área de saúde, isto é, o conjunto das propostas de ação em relação aos problemas e necessidades de saúde da população do município, levando em conta os princípios e diretrizes gerais que regem a política de saúde no âmbito nacional e estadual. Dessa forma, se traduz em um instrumento que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos.

Tem validade de quatro anos, deve ser elaborado no primeiro ano de governo e considerar documentos fundamentais como:

- Plano de Governo: proposta que o gestor submeteu às urnas quando da campanha eleitoral;
- Plano Nacional de Saúde (PNS);
- Plano Estadual de Saúde (PES);
- Projeto de Lei Orçamentária (PLOA);
- Programação Plurianual (PPA);
- Plano Anual de Saúde (PAS);
- Plano Municipal Anterior;
- Legislação que norteia o processo;
- Lei do Orçamento Anual (LOA);
- Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO);
- Propostas das Conferências de Saúde.

Deve também seguir etapas como:

- Definição do Grupo de Trabalho (GT);
- Identificação do município;
- Análise e levantamento da Situação de Saúde;
- Identificação e explicação dos problemas;
- Apresentação dos problemas identificados ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), para validação;
- Priorização dos problemas identificados;
- Descrição das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI);
- Compatibilização dos problemas priorizados as propostas emanadas da Conferência Municipal de Saúde;

- Formulação dos compromissos do PMS;
- Análise de viabilidade das ações propostas;
- Inserção no DIGI-SUS;
- Elaboração da previsão orçamentária – blocos de financiamento do SUS;
- Definição dos indicadores de acompanhamento e avaliação;
- Apresentação ao CMS e para aprovação;
- Publicação da resolução de aprovação do PMS pelo CMS em Diário Oficial (DO);
- Monitoramento e avaliação.

Como cita Peter Drucker, “A melhor maneira de prevenir o futuro é criá-lo”. Entretanto, para prevenir o futuro na saúde e no SUS há que se reconhecer que os desafios e as ameaças são significativos. Só isso seria suficiente para horas intermináveis de discussão, a exigir um olhar mais crítico na gestão do planejamento a fim de que os processos sejam vistos de forma horizontal, percebendo o valor do usuário como um guia a ser perseguido todos os dias, usando tecnologia como uma grande aliada e tratando as pessoas sejam vistas como equipe de colaboradores que devem ser desenvolvidas e capacitadas constantemente.

Para o Mitre *et al.* (2008), o grande desafio deste início de século está na perspectiva de se desenvolver a autonomia individual em íntima coalizão com o coletivo. Nessa lógica, há que se considerar que para elaborar PMSs de forma compartilhada, participativa e coletiva se enfrenta outro grande desafio, pois envolve relacionamento entre todos. Para tal se faz necessário identificar e desenvolver competências (conhecimentos, habilidades e atitudes). É preciso reconhecer o conhecimento estabelecido, o fazer instituído e o SER em meio a um processo dinâmico e contínuo. Uma visão que vai de encontro ao processo atual.

Reconhecendo tais questões a SSEPLANTS, a GEPDI e o ICEPi idealizaram o Projeto de apoio à elaboração dos PMSs por meio de tutoria à distância e metodologia ativa que envolveu diretamente aproximadamente 14 tutores e 156 técnicos municipais. Reconhecidamente a iniciativa é uma inovação do fazer que favoreceu mudanças individuais e coletivas, bem como agregou conhecimento e tornou as novas práticas de elaboração dos planos significativas. Ao aplicar

metodologias ativas e tutoria na execução em serviços e na prática de gestões locais e, por vezes, cartoriais de elaboração, determinou-se um rompimento das práticas.

## AS METODOLOGIAS ATIVAS E A PERCEPÇÃO DO TUTOR

A metodologia ativa é uma concepção educativa amplamente utilizada que estimula processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivos, no qual o educando participa e se compromete com seu aprendizado. O método propõe a elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do aluno com a realidade; a reflexão sobre problemas que geram curiosidade e desafio; a disponibilização de recursos para pesquisar problemas e soluções; a identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação e a aplicação dessas soluções.

As metodologias ativas partem do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994). Portanto, os processos de qualificação do pessoal da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho. Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

Na atualidade, a tutoria pode ser compreendida como um processo que fornece suporte de forma humanizada e personalizada e afetiva, a considerar as vivências e conhecimentos acumulados. Os espaços da tutoria se destinam a debater os problemas de interesse comum. Dessa forma o objetivo da metodologia, bem como da tutoria são confluentes, e é garantir a autonomia e participação do aluno. No projeto de apoio aos PMSs é de garantir isso aos técnicos municipais executando atividades no mundo real.

O processo de tutoria foi voluntário, desenvolvido na modalidade online, com carga horária de 96h e duração de seis meses. De março a agosto de 2021 foram realizadas etapas mensais com os GTs compostos de cinco municípios representados pelos técnicos municipais e seus respectivos tutores, totalizando 16

horas cada. Cada grupo era composto por dez técnicos, dois tutores agrupados por Região de Saúde e um coordenador regional. Também foram realizados dois encontros com fins à formação dos tutores de 4h cada, e seis encontros antecedendo cada etapa com fins de avaliação e redefinição das atividades.

Ao iniciar cada etapa da tutoria acontecia um momento de “alinhamento” com a coordenação estadual. Tais momentos foram muito importantes, intensos e por vezes de muita “afobação”, pois eram muitas informações passadas nesse momento e pouco tempo para tirar dúvidas. Foi extremamente importante a escuta, pois os tutores tiveram muitas dúvidas, e a coordenação regional teve um papel importante.

Quanto aos momentos com os técnicos municipais, inicialmente estavam receosos. Ouvíamos algumas colocações de que já estavam sobrecarregados e que agora o Estado estava colocando mais um “trabalho” a ser feito. Embora estivéssemos distantes, pois a tutoria ocorrera à distância de forma síncrona e assíncrona, foi possível uma aproximação e compreensão das angústias vivenciadas pelos técnicos municipais. Observamos os técnicos municipais muito queixosos devido ao tempo, considerando que muitos deles trabalham em municípios pequenos e assumiram mais de uma função, alguns relataram que só conseguiam planejar as próximas ações para a construção do plano municipal fora do horário de trabalho, pois as outras demandas de trabalho não davam espaço para planejar construção do referido plano.

Posteriormente a fala dos técnicos trazia um pesar, pesar pelas mortes em seus municípios causadas pelo Covid-19, mas um alento pelo fato de compreenderem que a tutoria não se tratava de mais um trabalho, mas uma qualificação do trabalho que o município necessita desenvolver. Ou seja, embora o projeto tivesse o objetivo inicial de aporte aos técnicos municipais na construção dos planos municipais de saúde, tal objetivo não ficou claro, ao menos para todos os técnicos municipais, desde o início do projeto. O mais interessante foi ouvir: “agora podemos fazer um plano municipal que não fique engavetado”, “dessa vez não iremos copiar o plano anterior apenas para cumprir um protocolo”, “tivemos informações que não fazíamos ideia que seriam necessárias para a construção do plano municipal de saúde”, “eu achava que o Estado estava dando mais trabalho para a gente, mas agora vejo a importância do plano municipal de saúde e entendo que o Estado está nos auxiliando na construção de um documento qualificado”.

Após dois encontros, os técnicos nomeados por meio de portaria editada pelo executivo, solicitou-se a criação de um GT ampliado de trabalho no município com fins a ampliação do olhar e da participação coletiva. O planejamento deve ainda garantir a participação de diferentes atores, e com vistas à participação social e a ação política institucional foram desenvolvidas atividades e ações junto a um GT ampliado no município que envolveram também os Conselhos Municipais de Saúde (CMSs) e atividades que envolveram o Conselho Estadual de Saúde Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). O objetivo dessas foi conciliar a ação sobre a realidade complexa, com olhar estratégico, considerando a visão e os interesses dos múltiplos atores para enfrentamento dos problemas.

Para Paim (2002), o planejamento é uma prática social que, ao tempo em que é técnica, é política, econômica e ideológica. É um processo de transformação de uma situação em outra, tendo em conta uma dada finalidade e recorrendo a instrumentos (meios de trabalho tais como técnicas e saberes) e a atividades (trabalho propriamente dito), sob determinadas relações sociais, em uma dada organização. No caso deste projeto, há muitas organizações.

Também participaram do projeto referências técnicas da SESA e do Ministério da Saúde (MS) como palestrantes convidados. Nesses momentos de “Fala do Especialista” foram trabalhados diversos temas, afins do Planejamento, fortalecendo a compreensão do arcabouço estrutural para a construção dos PMS. Esses momentos foram enriquecedores.

Acreditamos que a “fala do especialista” trouxe uma qualificação dos afazeres, pois alguns técnicos expuseram que operacionalizam sistemas, mas não faziam ideia do que se tratava. Quando se tratava de indicadores, alguns viam apenas números, mas também não tinham dimensão do impacto que isso causa na saúde da população.

Os materiais de apoio utilizados nessas ações educacionais foram compartilhados com todos e exploraram temas como: Legislação sobre o SUS, Planejamento: conceitos básicos e seus elementos, Diagnóstico situacional, Identificação e Priorização de problemas, Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI), Planos estaduais e municipais de Saúde, LDO, LOA, Plano Plurianual (PPA), Sistema Acadêmico do SUS (RET-SUS), Sistema *online* do SUS (DIGI-SUS) etc. Também foi elaborado um Guia para a elaboração dos PMSs, a partir do Manual

do Gestor Municipal de Saúde do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS, 2021), no qual se elencou todas as fases, ações e material de consulta fundamental para concretização dos objetivos do projeto.

Os encontros e as atividades foram planejados e organizados nos Termos de Referências (TRs) mensais que previam em média cinco encontros mensais com cinco atividades. Materiais de apoio foram disponibilizados e questões norteadoras foram levantadas, possibilitando aos técnicos desenvolverem sua capacidade e competências de identificar problemas, promover reflexões, explorar o senso crítico, o senso de pesquisador, multiplicar experiências metodológicas, agregar parcerias, ressignificar conceitos e ações e a capacidade de buscar soluções para os problemas locais. Entretanto, o projeto favoreceu a observação integrada dos problemas em âmbito estadual, bem como a busca de soluções coletivas. Há que se destacar que essa integração será um ganho para o Estado.

Os momentos de preparação que antecederam os encontros com os técnicos municipais, e contavam com a participação de todos os tutores demonstraram o engajamento e a acreditação em uma metodologia pouco conhecida por alguns, porém com a capacidade de afetar e cultivar o compromisso de um olhar diferenciado em todo o processo tutorial. Os relatos de práticas, também foram momentos que proporcionaram reflexões sobre o olhar para si, com percepções das fortalezas e das fragilidades no caminhar, que possibilitaram o recomeço e a construção de um novo momento, a cada encontro.

O fato de a dupla de tutores ter ficado responsável por até seis municípios foi importante para a aproximação com os técnicos municipais. Nessa aproximação identificou-se técnicos que já tinham elaborado inúmeros PMSs, profissionais que nem faziam ideia do que se tratava, profissionais que já copiaram planos anteriores e não viam a importância de qualificar o processo e que posteriormente compreenderam que se trata de um instrumento de gestão e que necessita de qualificação para que venha impactar de maneira positiva na vida da população.

Dentre as metodologias ativas e estratégias de ensino e aprendizagem adotados destacam-se a modalidade de Atividades à distância (AAD), as *WebQuest*, o *Team Based Learning* (TBL), o *Problem Based Learning* (PBL), a discussão guiada, bem como os recursos como o *Jamboard*, o *Mentimeter*, o *Padlet*, as plataformas de ensino à distância (EAD) etc., instrumentos esses muito

explorados pelos tutores. Essas tecnologias favoreceram a implantação do projeto neste momento da pandemia de Covid-19, rompendo com o distanciamento social e com a distância intermunicipal.

O percurso dessa tutoria demonstrou um exercício de ensinar e aprender, em que a troca de saberes e as construções coletivas, tornaram-se pilares basilares para grandes reflexões e grandes compartilhamentos, evidenciando cada vez mais, o processo de aprendizado constante que o SUS nos oferece.

Portanto, se reconhece que o tutor apoiador deve, no seu processo de trabalho, fomentar a construção de espaços coletivos nos quais diferentes atores possam se engajar no enfrentamento de problemas e no desenvolvimento de soluções partilhadas, reconhecendo que todo este processo é atravessado por relações de poder, afetos e saberes (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Uma grande capacidade desenvolvida na tutoria à distância foi a habilidade de trazer diante de uma tela, não apenas abordagem de conhecimentos técnicos, mas também, abordagem com sentimentos, que compreendeu potência de subjetividades, de laços, de singularidades, transformando o momento que poderia ser frio, pelo distanciamento, em oportunidade de criação de afetos.

[...] existe aí, como em cada um de nós, uma linha de segmentaridade dura em que tudo parece contável e previsto, o início e o fim de um segmento, a passagem de um segmento a outro. Nossa vida é feita assim: não apenas os grandes conjuntos molares (Estados, instituições, classes), mas as pessoas como elementos de um conjunto, os sentimentos como relacionamentos entre pessoas são segmentados de um modo que não é feito para perturbar nem para dispersar, mas ao contrário para garantir e controlar a identidade de cada instância, incluindo-se aí a identidade pessoal (DELEUZE; GUATTARI, 1980-2012, p. 73).

Outro aspecto a ser destacado da iniciativa é o fato de ele ter promovido um olhar ampliado e integrado sobre a saúde no Espírito Santo. No mês de junho e julho diferentes setores da SESA-ES apresentaram temas que foram ministrados por técnicos convidados a serem incluídos nas diretrizes ou como objetivos dos PMS: Atenção primária à Saúde (APS), Vigilâncias Ambiental, em Saúde do Trabalhador, Epidemiológica e Sanitária, Redes de atenção à Saúde (RAS), Assistência Farmacêutica, Gestão, Financiamento, Regulação, Ouvidoria,

Controle Social e Participação Popular etc., que expuseram conteúdos e contextos atuais pertinentes e relacionais ao Plano Estadual de Saúde (PES) e as agendas de prioridades da Saúde no Espírito Santo, também com fins à integração. A inclusão dos temas foi feita seguindo a metodologia tradicional, o que caracterizou metodologia híbrida. As avaliações realizadas por meio do *mentimeter.com* e nuvem de palavras foram muito positivas. Os encontros foram definidos com palavras como enriquecedor, maravilhoso, perfeito etc.

Destaque também mereceu o cine viagem e as atividades de acolhimento com fins da Afetividade e motivação do todo. A afetividade favoreceu a comunicação, o compartilhamento e a colaboração entre todos. Além de ter proporcionado coesão dentre os grupos. O cine viagem é um momento de reflexão sobre o todo e sobre o Eu. Há que se destacar os vídeos motivacionais: O poder da empatia (Dr. Brené Brow), Muito desgaste sem planejamento (ARC Animação e Visual efeitos), Faça o seu melhor e a aula Planejar, escolher, abdicar (Mário Sérgio Cortella) e o vídeo musical Hoje acordei com vontade de te dar um abraço (Marco Villane e Alex Sant'anna). Motivar e estimular os técnicos a dizer como estão vendo nestes momentos de atividades a distância, as dificuldades, as facilidades, o que esperam do futuro. A noção de equipe, uma competência exigência da atualidade, foi desenvolvida em meio a toda adversidade e desafios.

Por isso os momentos motivacionais foram fundamentais, pois, além dos desafios inerentes à construção dos PMSs e das metodologias ativas havia ainda as demandas impostas pela pandemia de Covid-19. Alguns problemas relacionados, por vezes à tutoria e aos técnicos municipais foram observados:

- O desconhecimento sobre a metodologia ativa;
- A metodologia à distância;
- A indisponibilidade de área física, recursos de tecnologia e internet;
- O acúmulo de tarefas;
- A mudança de gestão;
- A carga horária desprotegida, e por vezes coincidente com outras atividades e demandas;
- A demanda imposta pela pandemia;
- A troca de técnicos durante o percurso do projeto.

Alguns técnicos municipais verbalizaram a preocupação com o adoecimento mental dos profissionais e dada população, considerando o cenário da pandemia de Covid-19. Foi possível dialogar não apenas sobre a pandemia, mas também saúde física, saúde mental e o bem-estar das pessoas. Durante as epidemias, portanto, a morbimortalidade secundária ao comprometimento na saúde mental tende a superar a relacionada diretamente à infecção (NABUCO; OLIVEIRA; AFONSO, 2020, p. 3).

Foi extremamente interessante o diálogo da saúde mental no âmbito da APS e a inserção do assunto no PMS, considerando os impactos de cunho econômico e psicossocial. Alguns técnicos solicitaram direcionamento e inclusive secretários de saúde nos acionaram para solicitar auxílio quanto à implantação de equipe de saúde mental em seus territórios.

Os técnicos ao final de cada etapa produziram uma resenha em atividades a AAD, na qual eram elencados alguns requisitos à medida que cada degrau era alcançado. No total, foram elaboradas por cada técnico individualmente seis resenhas com fins de estabelecer termômetros estaduais e municipais contemplando a trajetória do conhecimento e do fazer, bem como o desenvolvimento do técnico e de todo processo de trabalho do GT e coletivo.

No processo de avaliação e monitoramento, realizado por meio do acompanhamento das atividades, da autoavaliação, da avaliação 180°, da avaliação 360°, das sínteses produzidas e dos termômetros regionais foi possível observar a evolução e o percurso percorrido por todos. Desde o início do projeto essa era uma expectativa. Havia a certeza que a metodologia ativa adotada e a tutoria promoveriam conhecimento, integração e senso crítico e, conseqüentemente, o produto final - o PMS - seria de excelência.

Se para os técnicos os desafios foram postos, para os tutores também o foram. Entretanto, há que se ressaltar que foi um desafio enriquecedor, e entre as competências e habilidades necessárias e evidenciadas destacaram-se as capacidades de:

- Identificar as necessidades dos participantes, assumindo o papel de orientador do percurso de aprendizagem significativa;
- Moderar discussões, acompanhar e apoiar projetos proporcionando *feedback*;

- Estabelecer relação respeitosa e dialógica com os participantes, favorecendo a autonomia e estimulando o pensamento crítico;
- Promover a interação do GT instituído em cada município;
- Acompanhar a participação e frequência dos participantes, motivando-os ao longo do curso;
- Motivar a equipe de trabalho;
- Avaliar e monitorar os produtos e as atividades;
- Identificar ameaças;
- Ter uma escuta qualificada.

Em relação a esta última, ressaltamos ter sido de fundamental importância para a harmonia da equipe e processo de trabalho. Ter alguém para escutar suas ansiedades e expectativas, bem como processá-las coletivamente, traz uma espécie de conforto. Dividiu-se o peso.

Assim, a concretude da proposta de construção dos PMSs, com a participação de diversos atores sociais, ao longo destes meses, mostrou que compreender e ressignificar as ações de saúde fortalece o SUS, em seu processo de trabalho, capilariza compromissos e responsabilidades, cria reconhecimentos e garante atenção de qualidade aos cidadãos, o qual é o objetivo final desse grande projeto.

## CONTINUANDO O PROCESSO

Fazer parte desse projeto como tutor foi enriquecedor e nos impôs um novo olhar, pois nos remete a um novo momento da SESA-ES e das suas relações com os municípios, bem como também promoveu integração entre diversos setores e referências técnicas da própria SESA-ES.

A segurança e a maturidade dos tutores na utilização de metodologias ativas ao longo desse percurso proporcionaram o entendimento que a autonomia do sujeito nesse processo de ensino e aprendizagem possibilita construções de conhecimentos, capacidade crítica e reflexão sobre suas práticas, atitudes e valores pessoais e sociais, importantes à harmonização de uma atenção integral ao cidadão, consolidando assim, princípios do SUS.

Rodrigues (2001) concebe a educação como um processo integral de

formação humana orientada para a liberdade, a solidariedade, a autonomia, a ética, o reconhecimento da individualidade do outro e a responsabilidade, com vistas à coexistência no mundo da cultura.

Também como resultado positivo, está em curso a ideia de tornar o projeto às bases para organização e habilitação junto ao Conselho Estadual de Educação um curso de Especialização em Planejamento, Gestão e Governança de Redes de Atenção e Vigilância em Saúde. Esse projeto, em fase de implantação ao incluir os alunos na plataforma acadêmica do ICEPi, consolida a importância que os PMSs têm para a organização do sistema em nível estadual e municipal. A princípio, o projeto foi concebido como uma capacitação.

O fato é que a iniciativa inaugurou um novo tempo para as relações entre estado e municípios, técnicos e para o Espírito Santo. Planejar é reunir todos os instrumentos e capacidade para pensar o futuro, antecipar mentalmente o caminho correto para realizar uma tarefa ou alcançar um objetivo, entretanto no caso do projeto de apoio à elaboração dos PMSs um fator a mais deve ser ressaltado.

O projeto foi o instrumento de rompimento com a prática cartorial de elaboração dos PMSs, de construir e fortalecer compromissos, fortalecer processos participativos e coletivos e principalmente de inovação do fazer.

Um “Sonho que se sonha só é só um sonho que se sonha só, mas sonho que se sonha junto é realidade”, frase de autoria de Yoko Ono e difundida no Brasil por plágio de Raul Seixas na música Prelúdio, diz muito e talvez reflita o que de fato ocorreu nesses seis meses de atividades no projeto.

Imbuídos de um objetivo coletivo (cantado por Yoko Ono e/ou Raul Seixas), o apoio dos tutores para desenvolver as atividades se materializou nos PMSs, na rede integrada de relações e nas competências e conhecimentos processados e desenvolvidos, e isso será um presente para construção do e o futuro da Saúde no Espírito Santo. É um novo fazer SUS!

## REFERÊNCIAS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). Manual do (a) gestor (a) municipal do SUS. 2. ed. Brasília, 2021. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual\\_do\\_gestor\\_2021\\_F02.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02.pdf). Acesso em: 10 set. 2021.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia 2, v. 3. São Paulo: Editora 34 (Originalmente publicado em 1980). 2012.

HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. (Ed.). **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPS/OMS, 1994.

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

NABUCO, G.; OLIVEIRA, M. H. P. P.; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela Covid-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde? **Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2532, 2020.

OLIVEIRA, E. A. *et al.* O apoiador local como ator estratégico na implementação do QualiSUS-Rede: engenheiros de conexão? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, 2017.

PAIM, J. S. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS-ISC, 2002. 447 p.

RODRIGUES, N. Educação: da formação humana à construção do sujeito ético. **Educação & Sociedade**, Campinas, ano XXII, n. 76, p. 232-257, out. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v22n76/a13v2276.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.



# VIGILÂNCIA EM SAÚDE: PELA VIGILÂNCIA NACIONAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SISTEMA DE INFORMAÇÃO INTEGRADO COM FOCO NA PREVENÇÃO

Lilian Hoffmann

## INTRODUÇÃO

O município de Santa Maria de Jetibá possui uma população de 41.015 habitantes, área territorial 734 Km<sup>2</sup>, é uma colônia tradicional com maior concentração de pomeranos no Brasil. A realidade macropolítica brasileira do Sistema Único de Saúde (SUS) é de ausência de uma vigilância nacional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e desarticulação dos sistemas de informação em saúde e modelos de sistema frequentemente atualizados, o que é importante, inclusive da prioridade dada a notificação da tentativa de suicídio em ficha específica, no entanto, movidos praticamente pela mesma roupagem hegemônica do modelo em saúde hospitalocêntrico (curativo e de notificação do agravo quando o fato já foi consumado em óbito ou em tentativa), nenhum deles focado efetivamente na prevenção primária do agravo, além de cruzamento de dados ineficiente. Considerando a micropolítica municipal observa-se: desarticulação e entraves entre os sistemas de informação em saúde do DATASUS (entre eles o Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (Tab-NET); o Sistema de Informação da Atenção Básica (e-SUS); o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); e o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)); difícil compilação de dados através do Tab-NET; ausência de especificidades e ênfase para o trabalho em prevenção com os sistemas atuais.

Partimos do princípio de que a Atenção Básica é a porta de entrada do SUS e, de acordo com as estatísticas, o campo de saúde mental é a segunda demanda mais requisitada para as equipes de Estratégia Saúde da Família.

[...] a atenção básica tem um importante papel na assistência a certas demandas em Saúde Mental. O Ministério da Saúde avalia que cerca de 9% da população apresentam transtornos mentais leves e de 6 a 8% apresentam transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, pelos quais a atenção básica deve responsabilizar-se. Uma pesquisa do Ministério da Saúde mostra que 56% das equipes de Saúde da Família preferem realizar “alguma ação de Saúde Mental”. Por sua proximidade com as famílias e as comunidades, essas equipes se constituem num recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico. A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde estimam que quase 80% dos usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental não trazem, a priori, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada [...] (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009, p. 130).

Consideramos também que a narrativa parte da experiência de uma trabalhadora da saúde no SUS desde 1999, no município de Santa Maria de Jetibá, estado do Espírito Santo (ES), ainda considerando que, de acordo com a política nacional de saúde mental, a estratégia é de desinstitucionalização, cuidado no território, articulação da atenção básica com os outros níveis de complexidade e humanização dos serviços.

A política de saúde continua arraigada à linha de cuidado voltada para o modelo de atenção agudo, e ausência de políticas públicas preventivas. A RAPS pomerana é adequada em termos estruturais, como prevê a política nacional para os municípios. Veja abaixo:

Para analisar a composição da RAPS Pomerana e a implantação/implementação dos seus pontos de atenção, desafios, e pontos de superação, considera-se que os pontos de atenção, dispostos em sua integralidade conforme preconizado, levam em conta o contingente populacional, a demanda territorial e outros quesitos para justificativa de sua implantação. Componentes disponíveis na RAPS de Santa Maria de Jetibá: Componente da Atenção Básica em Saúde Pontos de Atenção: · Unidade Básica de Saúde: Equipes de Atenção Básica; são 12 Estratégias Saúde da Família distribuídas no território municipal e 2 UBS – Unidades Básicas de Saúde vinculadas à ESF Recreio e ESF Alto Rio Possmoser: (UBS na localidade respectivamente de São José do Rio Claro e Luis Potratz). Cobertura de 100% território municipal. ACS

– agentes comunitários de saúde em torno de 85% de cobertura. Não possui equipes de consultório na rua para populações específicas. – O critério para implantação do CnR – [Consultórios na Rua] é: um eCR – [Consultório na Rua para populações específicas] a cada 80 a 1000 pessoas em situação de rua por município – (UFSC, 2014, p.59). Não possui Centros de Convivência e Cultura gerenciados pela Secretaria Municipal de Saúde, espaço este destinado a incluir pessoas em sofrimento psíquico. (UFSC, 2014). 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF (em andamento com previsão de estruturação e funcionamento para o segundo semestre/2018). Componente da Atenção Psicossocial Pontos de Atenção: · 1 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I. Componente da Atenção de Urgência e Emergência 91 Pontos de Atenção: · 1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192; não há sala específica de estabilização e nem UPA 24h. São espaços responsáveis pela classificação de risco, acolhimento e cuidado em situações de urgência e emergência de pessoas portadoras de transtorno mental e também com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas (UFSC, 2014). 1 Porta Hospitalar de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral. Componente da Atenção Residencial de Caráter Transitório Pontos de Atenção: · Não há (exclui critério implantação devido populacional, igual ou acima de 200.000 hhab. para adultos e 6% dos hab. entre 10 a 19 anos em risco para uso de drogas (contingente em torno de 2500 a 5000 pessoas). Componente da Atenção Hospitalar de Referência Pontos de Atenção: · 4 Leitos psiquiátricos em Hospital Geral para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, apesar de não haver cadastrado um Serviço Hospitalar de Referência, no entanto, o município é referenciado para o HEAC – Hospital Estadual de Atenção Clínica (Cariacica). Organização, competências, responsabilidades e singularidades de cada ponto da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS Estratégias de Desinstitucionalização Pontos de Atenção: · Serviços Residenciais Terapêuticos; (não há viabilidade devido à exclusão da demanda mínima de 8 moradores). Estratégias de Reabilitação Psicossocial · Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais (insipientes ou praticamente inexistentes). Protagonismo Social. (SECSAU, 2018) Do ponto de vista organizativo, o município de Santa Maria de Jetibá encontra-se com uma estrutura razoável em relação ao preconizado dentro dos pontos de atenção da RAPS (FRIEDRICH, 2019a, p. 90).

Porém, do ponto de vista funcional, os estudos realizados por Friedrich (2019a) apontam tendências que nos inferem a necessidade de fortalecimento da atenção básica e melhoria na comunicação nos três níveis de complexidade, especialmente quando o assunto é prevenção primária em saúde mental. Não há registros estruturados, 95% dos registros de notificação do SINAN vêm da alta complexidade, dados desconexos, desestruturados e inaproveitados para planejamento estratégico na área e parte dos profissionais de saúde entendem o registro como burocratização do trabalho.

Os processos de trabalho na RAPS pomerana estão em constante revisão, no entanto, no cotidiano micropolítico do fazer é visível a urgência por uma ferramenta tecnológica que conecte as equipes e os protocolos em saúde mental, pois continuam a não atender a demanda em saúde mental historicamente negligenciada nas políticas públicas brasileiras e nos sistemas de informação em saúde. Trabalhamos “novos modelos” com “velhas roupagens”, pois o gargalo continua problematizado no alto custo com internações hospitalares (problemas graves com intoxicação exógena-suicídio, violências externas, subnotificadas, reprimidas no atual sistema de vigilância e de sistemas de informação da saúde) e essa microrrealidade também continua a ser a realidade brasileira. Por que será? E se a resposta fosse: sim, trabalhamos efetivamente com a prevenção primária e priorizamos a saúde mental?

O objetivo geral é propor ao Ministério da Saúde um olhar crítico sobre a necessidade de implantar uma vigilância nacional para a Rede de Atenção Psicossocial e criar um sistema de informação integrado, interligando os pontos de atenção a partir da atenção primária nos três níveis de complexidade na área de prevenção e suporte para outros sistemas já instituídos.

A OMS desde 1999 tem um programa para intervenções preventivas relacionadas ao comportamento suicida, com ênfase nos indivíduos que tentaram se matar e sobreviveram. A OMS apregoa, entre as medidas para prevenção ao comportamento suicida, os grupos de apoio de autoajuda; a entrada em ação de professores e outros membros da equipe escolar como atores na prevenção; a ação de clínicos gerais; a ação responsável de profissionais da mídia e a dos administradores das prisões. Outro aspecto a ser ressaltado é o da atuação dos profissionais de saúde da rede básica por serem atores essenciais nas ações de prevenção do comportamento

suicida. Os membros da equipe multiprofissional que atuam na rede básica de saúde têm um longo e estreito contato e vínculo com os membros da comunidade onde atuam, permitindo-lhes ser bem aceitos; providenciam uma ligação vital entre a comunidade e o sistema de saúde; oferecem continuidade do atendimento e são a porta de entrada para as pessoas em situação de distresse (MARCOLAN, 2004, p. 31).

A estratégia que propomos corrobora com os achados de Marcolan (2004) e possui duas vertentes: gestão participativa e melhoria na linha de cuidado. Desdobrar essas questões de modo ampliado não só para a clínica da prevenção é um ato político e desafiador, pois implica:

- Melhoria dos processos de trabalho e de comunicação dos profissionais de saúde dentro da gestão participativa em saúde mental, utilizando a porta de entrada da atenção básica;
- Servir de ferramenta estratégica no campo da prevenção e canal de comunicação direta dos profissionais da RAPS;
- Servir de registro da intervenção breve na prevenção e detecção precoce da ideação suicida por meio de notificação de outros transtornos mentais;
- Implementar a ficha de notificação para ideação suicida dentro do sistema de informação proposto;
- Plataforma de conexão única da RAPS: treinamentos, fluxograma, protocolos e informativos de saúde mental para os profissionais da RAPS e de conexão com os outros sistemas de informação em saúde instituídos;
- Plataforma de canal para encaminhamentos em saúde mental com classificação de risco, referência e contra referência;
- Criar prontuário eletrônico específico da RAPS pactuado o sigilo e as questões éticas que envolvem a saúde mental;
- Analisar e gerir estrategicamente o sistema e implantar ações prioritárias de prevenção dentro dos territórios.

Os fatos aqui observados dentro dos processos de trabalho na RAPS nos indicam o tamanho da responsabilidade que é defender um modelo de vigilância em saúde para a RAPS e do desafio tecnológico para desenvolver esse *software*

baseado na necessidade cotidiana do trabalho em saúde, mas nos instiga a provocar pesquisadores, técnicos e gestores em saúde para a demanda. Não há mais como retroceder no processo de evolução das tecnologias leves e duras; as demandas nos chamam para resolver problemas do cotidiano dos processos de trabalho e partir das micropolíticas desse campo em saúde mental, o que significa ouvir o chamado de quem faz a engrenagem do SUS funcionar nessa área, seus próprios autores.

A organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990, publicou o documento “La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria”, no qual enfatiza a importância do aspecto emocional na atenção à saúde: “É impossível alcançar saúde se não se cuida das necessidades emocionais” e reforça que “as tarefas de saúde mental não são uma nova carga para os serviços de atenção primária; pelo contrário, aumentam a efetividade desta”. Em 2001, a OMS reforça esta orientação quando publica dez recomendações para o enfrentamento dos problemas de saúde mental, sendo a primeira delas proporcionar tratamento na atenção primária (TANAKA; RIBEIRO, 2009, p. 479).

Em 1990, a OMS recomendava o tratamento de saúde mental na atenção primária. Uma história de anos no SUS se passou, mas ainda não temos nem tratamento e nem prevenção. Qual seria o entrave? Político? De afetos e preconceito? De negligência? A saúde mental é um campo extremamente desafiador? Mas se a biologia e o DNA do transtorno mental seguem a filogênese de todo o processo biológico corporal, como por exemplo, uma diabetes, (ambos problemas crônicos de saúde), porque o campo da saúde mental caminha a passos tão lentos? Acreditamos que há indícios que apontam para uma problemática da ontogênese filosófica que é lidar com a diferença.

Apesar dos esforços da Coordenação Geral da Saúde Mental/DAPE/SAS/MS, a inclusão efetiva de assistência à saúde mental na atenção básica ainda é uma realidade pouco frequente. No documento “Política Nacional da Atenção Básica-2006”, não há nenhuma referência às ações de saúde mental e não há indicadores relativos às ações de saúde mental realizadas pelas equipes do PSF no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ainda que propostas já tenham sido elaboradas. No ano de 2007, foi aprovada a inclusão da Saúde Mental como prioridade no Pacto pela Vida (Portaria MS no 399/GM de 22/02/2006). Foram então

elencados dois indicadores (Portaria MS no 325/GM de 13/03/2008): taxa de cobertura de CAPS/100.000 habitantes (principal) e taxa de cobertura do Programa de Volta para Casa (complementar). Cabe destacar que, mesmo com estas importantes conquistas, ainda não há referência às ações e indicadores que contemplem a saúde mental na atenção básica (TANAKA, RIBEIRO, 2009, p. 479).

Parte dos esforços vão se esbarrar com os processos de trabalho em saúde, o que nos indica na prática que existe a necessidade evidente de facilitar a vida dos trabalhadores e a funcionalidade dos processos de trabalho em saúde. Essa responsabilidade não exime a responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de continuar lutando pela superação de paradigmas estruturantes e que se imbricam em questões ontogênicas que agregam os agravos em saúde mental.

## **METODOLOGIA DE ENSINO AMPLIADO**

A experiência narrada iniciou-se com a observação dos processos de trabalho no SUS desde 1999 e concretizou ideais mais robustos com a pesquisa de mestrado no Ensino de Humanidades da autora em 2018 e 2019, pelo Instituto Federal do Espírito Santo e se desdobrou no serviço de saúde mental municipal, dentro do SUS, no período de abril de 2019 a março de 2021, no ambulatório de psicologia da atenção básica, localizado no Centro de Especialidades de Santa Maria de Jetibá – ES. Na ocasião, o primeiro registro saiu do campo das ideias para a dissertação de mestrado no capítulo específico sobre as políticas públicas no campo da prevenção em saúde mental e foi ganhando notoriedade com o projeto “Sistema de Informação da Rede de Atenção Psicossocial Pomerana” entre os três finalistas do Prêmio Inovação na Gestão Pública do Espírito Santo (Prêmio INOVES), em 2020, do Governo do estado, na categoria Ideia.

Observamos experiências inspiradoras de outros países, como o caso da Suécia, em que a pesquisa científica caminha robustamente ao lado dos processos de trabalho das políticas públicas de prevenção.

Em vários países europeus há programas para prevenção ao suicídio, e destacamos o papel do National Centre for Suicide Research and

Prevention of Mental Ill-Health (NASP), órgão do Instituto Karolinska em Estocolmo, responsável pela formação de uma rede em cada uma das regiões suecas para atuar na prevenção ao comportamento suicida e organizador de conferências bienais sobre o tema. O NASP tem sob sua responsabilidade o desenvolvimento de atividades educacionais, buscando o fortalecimento das habilidades dos profissionais de saúde mental e de outros profissionais como, por exemplo, os professores que identificam indivíduos e grupos de risco para o suicídio. Esse centro elaborou o relatório sobre a prevenção do suicídio na Europa e é parte principal na Rede Europeia de Prevenção ao Suicídio-OMS, concentrando sua ação no desenvolvimento de programas para a prevenção do suicídio nos países europeus onde eles não existem, participando ainda das tarefas de estimular a implementação dos programas existentes, auxiliar o desenvolvimento de novas estratégias e desenvolver novos instrumentos para avaliação dos esforços relativos à prevenção ao suicídio. Ressaltamos que se trata de um centro de excelência e pioneiro no estudo e implantação de programas de prevenção ao suicídio; dentre as suas diversas atividades de educação e pesquisa há um curso de pós-graduação em suicidologia e trabalho preventivo ao suicídio, voltado para os trabalhadores da saúde, espalhados por toda a Suécia e oferecendo curso sobre essa temática para estudiosos de diversas partes do mundo (MARCOLAN, 2004, p. 31).

O projeto propôs uma metodologia baseada na prática participativa da implantação do sistema de informação no município de Santa Maria de Jetibá – ES e do desenvolvimento do sistema de informação integrado com foco na prevenção primária em saúde mental.

Etapa 1: dialógica e focada no diagnóstico situacional das necessidades da RAPS em todos os pontos de atenção, para que o *software*/plataforma seja efetivo e eficiente de acordo com as necessidades relacionadas com os processos de trabalho e a linha de cuidado em saúde mental. Essa etapa será de entrevista de pelo menos 1 profissional de cada ponto de atenção da RAPS. O questionário semiestruturado contará com perguntas específicas para incrementar o sistema de informação da RAPS (tempo estimado: 15 dias); Etapa 2: Contratação de equipe de tecnologia da informação (TI) especializada em criação de *software*/plataforma e desenvolvimento da ferramenta em conjunto com a equipe executora do projeto. Essa etapa será efetivada com reuniões da equipe de TI com a equipe do projeto

(tempo máximo estimado: 6 meses). Etapa 3: Capacitação dos profissionais que irão manusear e alimentar o sistema de informação da RASP. Essa etapa contará com a participação de equipe técnica (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e psicólogo) de cada ponto de atenção - (tempo estimado: 4 meses); Etapa 4: Teste e implantação do sistema nos pontos de atenção da RAPS. Essa etapa contará com a participação de um ponto de atenção piloto de maior fluxo na rede para testar na prática e readequar as mudanças necessárias no sistema, (tempo estimado: 2 meses). Etapa 5: Execução e implantação do sistema de informação de prevenção da RAPS em todos os pontos de atenção da rede (tempo estimado: 6 meses).

## RESULTADOS

Buscamos registrar a ideia de caráter inovador da proposta, criando e desenvolvendo um sistema interligado de comunicação dos profissionais da saúde dentro da RAPS, na área da prevenção primária em saúde mental. O primeiro impacto é mobilizar e corresponsabilizar as equipes em cada ponto de atenção dentro dessa rede para a demanda reprimida territorial, incentivando a mudança de visão e de comportamento das equipes de que a prevenção é mais efetiva e o custo-benefício é bem maior em detrimento do custo de ações de tratamento curativo.

Fortalecer a linha de cuidado de prevenção dentro do SUS por meio de uma ferramenta de *software* inteligente significa agilizar os processos de trabalho no campo de atuação e tomada de decisão, considerando que 95% das queixas dos profissionais da alta complexidade advêm da burocratização do trabalho para justificar a não adesão às notificações no campo da saúde mental, e a ideia do *software* é uma transformação nos processos de trabalho voltados para a prevenção, podendo ajudar a produzir novos resultados no panorama de saúde mental municipal e na replicação para a realidade brasileira. Para tanto, precisamos instigar a universidade e o conhecimento epistemológico a pactuar essas demandas com a práxis do fazer, própria dos atores envolvidos com o cuidado no SUS.

Esperamos com o caráter de ideia destacar na efetividade dos resultados a metodologia dialógica, a gestão participativa e os instrumentos a serem utilizados para cumprir efetivamente com os resultados esperados. A curto prazo, aumentar a demanda de saúde mental baseada na demanda reprimida. A médio e longo

prazo diminuir o alto custo das internações hospitalares relacionadas com a saúde mental; fortalecer o comportamento dos profissionais de saúde para as práticas preventivas em detrimento das curativas; monitorar e registrar o perfil epidemiológico da saúde mental por microrregião; avaliar e criar ações prioritárias baseadas na demanda por microterritório no campo da saúde mental; reduzir o número de casos de tentativa de suicídio e suicídio consumado no município e otimizar estrategicamente os gastos em saúde mental para as demandas verdadeiramente prioritárias. Se precisamos de um projeto piloto municipal, aqui está lançada e registrada a ideia.

Pretendemos impactar positivamente dois públicos-alvo: 1. Profissionais da saúde e 2. Cidadãos, pois se trata de uma proposta de 1. Ferramenta de gestão e 2. Agilidade e atenção especializada na linha de cuidado em saúde mental, gerindo com eficácia, eficiência e atenção especializada nas intervenções precoces, ambos atravessados pelos complexos processos de trabalho em saúde mental, por microterritório e regionalidade específica. As escolhas políticas também são afetivas e emocionais.

A estratégia deve mapear o campo de saúde mental por território e direcionar as ações de prevenção e atenção na linha de cuidado em saúde mental. Em termos de linha de cuidado, entender que as perdas são irreparáveis e que mortes também são morridas em vida por conta da negligência e não efetividade de ações preventivas.

Os modelos de atenção à saúde devem também ser baseados na prevenção, o que já está previsto desde a Constituição de 1988 e na linha de cuidado de doenças crônicas, que é o caso da saúde mental.

O *software* é uma ferramenta que pretende melhorar a comunicação direta dos profissionais da saúde dentro da RAPS e gerenciar o acompanhamento da linha de cuidado dentro da rede de forma corresponsável e participativa das equipes em cada ponto de atenção que o cidadão necessitar acessar dentro da estrutura de rede psicossocial, pois a inexistência de dados em saúde mental é sintomática da negligência no campo da prevenção primária e de outros campos.

Na abordagem da categoria ideia, pretendemos impactar positivamente em termos qualitativos com a melhoria da comunicação da RAPS e mais agilidade no atendimento em saúde mental e, em termos quantitativos, a médio e longo prazo com a redução dos custos com internação hospitalar na saúde mental,

considerando que a estimativa desse investimento na média e alta complexidade circula em valores exorbitantes e crescentes anualmente em detrimento do investimento na atenção básica em todo o território brasileiro.

Na prática profissional vivenciamos uma assistência voltada para o atendimento emergencial das alterações clínicas e intervenções cirúrgicas provocadas pela forma de se matar, esquecendo-se a necessidade de prestar assistência ao sofrimento psíquico evocado e existindo barreiras para o seguimento especializado após esse primeiro atendimento. Também chama a atenção o despreparo dos profissionais de pronto socorro em atender às necessidades psíquicas desses indivíduos, onde quase sempre o atendimento é permeado por um comportamento preconceituoso (MARCOLAN, 2004, p. 32).

Lançar uma ideia significa resgatar a importância e o papel dos parceiros na iniciativa para alcançar os objetivos propostos:

1. Equipes dos pontos de atenção da RAPS: extrema importância de fluir a comunicação e intervenção e o compromisso ético-político de se posicionar nos processos de trabalho dentro do campo da prevenção em saúde mental;
2. Equipe de Informática municipal: extrema importância no suporte de criação do *software*, implantação e implementação do sistema na RAPS municipal;
3. Equipe especializada de informática contratada: extrema importância na criação direta e sistematizada de *software* de sistema de informação em saúde e suporte indireto na implantação e implementação do sistema na RAPS pomerana;
4. Presença da universidade/pesquisa na construção desse *software*/plataforma com os profissionais do SUS e da informática;
5. Centro de Referência da Assistência Social (CRAS); Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Casa de Passagem do Sistema Único de Assistência Social (SUAS); educação – Centro de Referência de Educação Inclusiva (CREI) e unidades escolares estadual e municipal; Ministério Público: extrema importância nos encaminhamentos, referência e contra referência,

considerando um olhar sistêmico sobre a linha de cuidado em saúde mental dentro da RAPS (criar *link* específico, *online* e “parcial” para o acesso desses parceiros ao sistema de informação em saúde proposto, considerando sigilo e questões éticas);

6. 6. Gestão Municipal e do conselho municipal de saúde: criar canal de comunicação direta e parcial (do acesso) - da gestão com a RAPS e os parceiros - com o objetivo de fomentar e efetivar políticas públicas e designar ações estratégicas de prevenção, considerando a ferramenta do sistema de informação de saúde da RAPS como uma estratégia de gestão participativa em saúde mental. (criar *link* específico, *online* e parcial para o acesso desse parceiro ao sistema de informação proposto, considerando sigilo e questões éticas);

Veja pela experiência da capital paulista o quão desafiador é movimentar políticas públicas de prevenção.

Estamos absurdamente atrasados para a implantação de programas de atendimento e prevenção ao suicídio, sendo capital que se tenha o amplo conhecimento do perfil dos indivíduos, das formas de realização e dos fatores desencadeantes e envolvidos no comportamento suicida do brasileiro. Na cidade de São Paulo, desde abril de 2004 está em desenvolvimento um projeto piloto para a caracterização e seguimento dos pacientes com tentativas de suicídio, tentando-se articular uma política de prevenção ao comportamento suicida [...] (MARCOLAN, 2004, p. 32).

É mais um exemplo micropolítico que aponta para o tamanho do desafio que é instituir política pública no campo da prevenção primária e o quanto é necessário nacionalizar essa estratégia para avançarmos principalmente no campo da epidemiologia e das ações e planejamento estratégico e prioritário em saúde mental. Se nem sabemos o que é prioritário e nem em que área os agravos em saúde mental estão ocorrendo, o que poderíamos dizer sobre a prevenção primária? A vigilância em saúde mental é uma necessidade, partindo da integração da atenção básica na prevenção primária conectando os outros níveis de complexidade da RAPS através de um sistema de informação integrado,

microrregional e fidedigno à realidade de cada município brasileiro. Assim implantada a ideia, poderemos avaliar os impactos das ações de prevenção em saúde mental dentro do SUS.

A implantação e implementação dessas ações que fazem parte do programa de prevenção ao comportamento suicida devem ser efetuadas com a participação dos diferentes profissionais e unidades funcionais pertencentes ao serviço público (esferas municipal, estadual e federal), de preferência sendo um pacto e compromisso assumido pelos governos dessas diferentes esferas de poder, e com a participação das entidades privadas da sociedade civil (MARCOLAN, 2004, p. 34).

Nota-se que mais de 10 anos se passaram e enfrentamos os mesmos problemas estruturais e funcionais dentro da RAPS. Por que será?

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Defender uma vigilância nacional para a RAPS é enfrentar efetivamente as condições crônicas que atravessam o campo do cuidado em saúde mental dentro do território nacional. As experiências micropolíticas acontecem porque envolvem pessoas, e pessoas movimentam o SUS. Na história de macropolíticas públicas, sabemos o quanto os afetos movimentam pessoas e pessoas, movimentam o fazer.

É necessário que as autoridades públicas da área da Saúde comecem a se preocupar e realizar o planejamento e a implantação de programas de prevenção ao comportamento suicida, na busca de diminuir o número de suicídios e evitar que o indivíduo que tenha uma ideia suicida ou tentativa prévia venha conseguir êxito em sua intenção de por fim à vida. O atraso crônico que o País tem para resolver os problemas na área da Saúde, em especial na assistência à saúde mental e mais especificamente à falta de investimentos no trato ao comportamento suicida, não pode mais ser justificado, a não ser pelo descaso doloso que os formuladores e gestores das políticas de saúde se consagram a fazer (MARCOLAN, 2004, p. 34)

Informatizar os serviços de saúde, os pontos de atenção da RAPS e lidar também *online* com as linhas de cuidado, não só as referentes à questão do suicídio,

mas dos agravos em saúde mental, considerando o contexto da pandemia, nos fez enxergar de forma visionária uma possibilidade de utilizar a rede *online* de forma criativa a contribuir com os problemas práticos dentro dos processos de trabalho em saúde mental e prevenção primária, conectando de forma mais assertiva, resolutiva e ágil uma linha de cuidado que historicamente foi negligenciada dentro do SUS: a prevenção em saúde mental.

Esse projeto piloto pretende utilizar-se de práticas de trabalho mais sustentáveis, criativas e visionárias. O *software* pretende suprimir o uso de papel e material de papelaria e descartáveis, considerando ainda que é uma ferramenta de manejo que pode ajudar a reduzir o estresse no ambiente de trabalho, otimizando o tempo, a logística de locomoção dos cidadãos, com seus encaminhamentos dentro da rede e a agilidade do fluxo em saúde mental dentro da RAPS.

Para além das mudanças nas concepções [do conceito de saúde], foi necessário introduzir novas propostas de práticas. Partindo do paradigma flexneriano, calcado na biologia e especialização, foi preciso migrar para uma nova forma de entendimento de produção de saúde, como um processo de produção social, a partir de determinantes e condicionantes sociais, econômicos, ideológicos e cognitivos. Este novo paradigma permite a ruptura dos limites do setor saúde, incorporando, desta forma, a interdisciplinaridade como campo de conhecimento e a intersetorialidade como campo de prática. Todas estas mudanças só se tornam efetivas se transformadas em práticas concretas. São estas que produzem impacto na qualidade de vida da população. Desde o início da implantação do SUS, algumas propostas de organização dos serviços e das práticas têm buscado dar conta deste desafio. Dentre estas propostas, vale ressaltar a estratégia da atenção primária à saúde (APS)/atenção básica (AB) e o Programa de Saúde da Família (PSF) (TANAKA, RIBEIRO, 2009, p. 478).

Acreditamos que esse projeto piloto é 100% replicável para fortalecer as experiências da atenção básica em todo o território brasileiro no campo da prevenção em saúde mental e comunicar em tempo real os profissionais de saúde da RAPS que se encontram naquele momento na linha de cuidado com algum cidadão, direcionando-o de forma eficiente e de forma equânime para com sua demanda dentro dos três níveis de complexidade dessa rede. É uma proposta que possui implícito fatores de sucesso, pois instiga a:

- Melhoria da gestão de casos e de demandas em saúde mental e de prevenção primária;
- Melhoria da informação em saúde mental, mapeamento e diagnóstico situacional por microterritório e instrumento de gestão para tomada de decisão e ações prioritárias e equânimes dentro da gestão pública em saúde e epidemiologia, que é de fato o coração da gestão e planejamento estratégico;
- Em termos de custo-benefício, a médio e longo prazo, melhoria geral da saúde da população e impacto positivo quanto ao problema da medicalização e internação, que continua a duros moldes sem a efetiva classificação de risco na área de saúde mental;
- Agilidade na comunicação, no atendimento, encaminhamentos, referência e contra referência dentro da RAPS, facilitando os processos de trabalho;
- Melhoria da comunicação dos profissionais de saúde no campo da saúde mental – RAPS e com a rede de saúde - RAS (interna) e das redes externas;
- Fortalecimento e implantação das ações de prevenção primária em saúde mental;
- Fortalecimento, registro e compromisso ético-político com a intervenção breve e precoce em saúde mental, por parte dos profissionais que estão na linha de frente do cuidado dentro dos pontos de atenção da RAPS, nos três níveis de complexidade.

Conseguimos vislumbrar e mapear *a priori*, dentro das possibilidades da categoria ideia, dois tipos de risco para equipes que venham a replicar esse projeto piloto: 1. Não informatização da RAPS e do acesso livre a internet - SUGESTÃO: informatizar a rede antes e dar acesso à internet a todos os pontos da RAPS antes de implantar o *software* do sistema de informação da RAPS; 2. Contratação de equipe especializada em informática, problemas com a parte burocrática e licitação - SUGESTÃO: detalhar de maneira bem específica os pré-requisitos e os detalhes sobre o projeto, evitando transtornos futuros de não cumprimento do contrato devido a pendências ou pontos específicos que não foram identificados ou

especificados no ato da contratação do serviço. Essa atitude otimiza a negociação e o cumprimento do contrato em tempo hábil.

Identificamos nessa primeira etapa da categoria ideia a oportunidade de ação e aprimoramento para uma segunda etapa que é implementar os links para os parceiros externos à RAPS de forma que possam acessar a ferramenta do sistema de informação da RAPS por meio de encaminhamentos, referência e contra referência, treinamentos, informativos, etc.

## REFERÊNCIAS

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100018>. Acesso em: 23 ago. 2021.

FRIEDRICH, L. H. **Da latência à visibilidade**: práticas educativas de prevenção ao suicídio / Lilian Hoffmann Friedrich. – 2019. 219 f : il. ; 30 cm. Orientador: Leonardo Bis dos Santos. Dissertação (mestrado) – Instituto Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-graduação em Ensino de Humanidades, Vitória, 2019a.

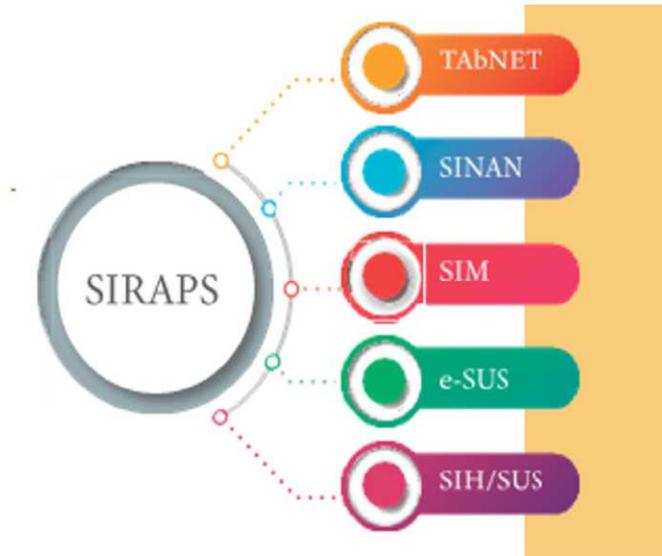
FRIEDRICH, L. H. **Borboletear, um passeio pelas subjetividades** [recurso eletrônico]: práticas educativas de prevenção ao suicídio / Lilian Hoffmann Friedrich, Leonardo Bis dos Santos. – 1. Ed. – Vitória: Instituto Federal do Espírito Santo, 2019b. ISBN: 978-65-89716-37-2 (E-book).

MARCOLAN, J. F. **O Suicídio como Problema Mundial de Saúde Coletiva**: aspectos de vigilância em saúde mental *Saúde Coletiva*, Editorial Bolina, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 28-34, 2004.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *In: Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.

## ANEXO

**Imagem 1.** Sistema de Informação Unificado da RAPS – SIRAPS.



Fonte: Friedrich (2019b).



# APOIO PARA ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO CENTRAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Daniela de Souza Casotti  
Denise Bubach Lyra  
Eliete Tereza Melotti Rocha  
Lena Márcia Silva  
Livia Chechi Motta Cometti  
Ricardo da Silva  
Rosania Loriato

## INTRODUÇÃO

Durante o ano de 2015, na Região Central de Saúde do ES, ocorreu a Formação em Ação para Desenvolvimento de Sistemas Regionais de Atenção Integrada promovida pela parceria entre Laboratório de Inovação em Planejamento e Gestão de Serviços de Saúde (LIGRESS) do Hospital do Coração (HCOR) e SESA/ES. Ao findar as oficinas as Resoluções da Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região Central e Comissão Intergestores Bipartite do Espírito Santo (CIB/ES), respectivamente nº 279/2015 e 243/2015, aprovaram os produtos desse processo de formação que são: o Plano de intervenção Regional (PIR) e a formação de grupo técnico do Laboratório Regional de Planejamento em Saúde (LRPS) que oferece apoio técnico institucional em matéria de planejamento aos municípios da Região de Saúde na elaboração, execução e monitoramento das ações de planejamento em saúde. Assim, esse apoio institucional visa contribuir para qualificação dos PMSs na Região Central de Saúde do ES e dos instrumentos de planejamento e gestão de saúde dos municípios.

Os trabalhos desenvolvidos visam à superação da produção meramente burocrática dos instrumentos com a qualificação dos instrumentos de planejamento em saúde, e fomentar o uso do sistema DGMP, da mesma forma,

objetivam melhorar a comunicação entre as referências técnicas municipais, regionais, estaduais e federais acerca da temática; divulgar as normas técnicas e orientativas relacionadas; realizar ações de educação permanente; e, mais recentemente, debater a recepção, execução e prestação de contas dos recursos para enfrentamento da Covid-19.

## DESENVOLVIMENTO

A Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 (que substituiu a Portaria MS/GM nº 2.135, de setembro de 2013) do Ministério da Saúde, normatiza o processo de planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece uma ligação estreita entre o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). A elaboração, divulgação e discussão do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) organiza o processo de avaliação das propostas na PAS e redireciona o Plano de Saúde. Nos seus artigos 94 a 101, que versam sobre os instrumentos de planejamento em saúde que acompanham a temporariedade do PS, as PASs, os RDQA, pactuações de indicadores e dos RAG. No § 3º do artigo 96, observamos as partes que compõem o PMS: a análise de situação de saúde, DOMI e o processo de monitoramento e avaliação. Assim, as partes do PMSs versam sobre os problemas prioritários, ações estratégicas, programas, serviços assistenciais dos territórios, capacidade instalada, e a rede de atenção à saúde caracterizada por nível de atenção primária, secundária e terciária (BRASIL, 2017).

O grupo que compõe o Laboratório Regional de Planejamento em Saúde (LRPS) com suporte da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Regional Central (CIR/Central) e apoio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde do Espírito Santo (CONASEMS/ES) acompanhou a elaboração dos PMS nas versões periódicas de 2014-2017, 2018-2021 e 2022-2025 adotou diferentes estratégias metodológicas para suporte institucional do processo de planejamento que envolveu reuniões participativas, exposições dialogadas, metodologias ativas, capacitações em ação, oficinas temáticas e visitas técnicas. Além das finalidades acima relatadas, o trabalho visa à transição oportuna e transparente entre as gestões de saúde pois, normalmente após eleições municipais ocorre a troca de lideranças nas secretarias

municipais, ou seja, se busca otimizar o tempo de adaptação e ambientação dos novos gestores, com orientação técnica, e disponibilização de informações necessárias para subsídio à continuidade das atividades de gestão, destacando-se o dever estabelecido pela Lei nº 12.527/2011, a Lei de Acesso à Informação que versa sobre a transparência sobre todas as informações e documentos relativos à gestão para continuidades de algumas ações estratégicas (BRASIL, 2011).

O processo de apoio institucional para os PMS, no período de PMS 2014 – 2017, envolveu debates em ambiente de Câmara Técnica da CIR, e Laboratório, visitas técnicas e a aplicação de manuais e roteiros disponibilizados pelo Colegiado de Secretarias Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS/ES). O apoio foi oferecido a todos os municípios da Região Central de Saúde que na antiga versão do Plano Diretor da Regionalização (PDR) de 2011 era composta por 18 municípios: Águia Branca, Alto Rio Novo, Aracruz, Baixo Guandu, Colatina, Governador Lindenberg, Ibirapu, João Neiva, Linhares, Mantenópolis, Marilândia, Pancas, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Roque do Canaã, Sooretama, Vila Valério.

O LRPS estudou os PMS (ciclo 2014 -2017) e avaliou que os planos apresentaram uma regular análise situacional, pois apontaram indicadores clássicos, relatos das condições socio sanitárias, índices e indicadores de saúde pública da Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária, abordam a Capacidade Instalada, Atenção Básica, Assistência Ambulatorial Especializada, Assistência Especializada e Assistência Hospitalar. Verificou-se que maioria dos PMS (14 dos 18 municípios) apresentaram planilhas financeiras (foram de Águia Branca, Aracruz, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Colatina, Governador Lindenberg, Ibirapu, Linhares, Mantenópolis, Marilândia, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha e São Roque do Canaã). Sobre monitoramento e avaliação do sistema municipal de saúde dez PMS elencaram dados e análises (foram os de Águia Branca, Aracruz, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Colatina, Pancas, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Roque do Canaã e Vila Valério) Finalmente, se concluiu que os 18 PMS (2014 - 2017) direcionaram suas DOMIs para 14 áreas temáticas; Atenção Primária, Urgência e Emergência, Materna e Infantil, Saúde Mental, Ações de Promoção, Prevenção e Saúde e do Trabalhador, Assistência Integral Especializada Ambulatorial,

Assistência Farmacêutica, Saúde da Pessoa Idosa e Doenças Crônicas, Populações Tradicionais, Saúde Bucal, Vigilância em Saúde, Controle, Avaliação e Gestão Participativa, Qualificação dos Profissionais, Recursos Humanos (RH) por extenso e depois a sigla e Educação Permanente em Saúde (EPS) e Administração.

Embora os PMS 2014/2017 apresentassem regular análise situacional, faltaram análises críticas sobre dados pontuados através de dados e gráficos, sendo que em todos os PMS foram visualizados trechos com dados brutos sem comentários ou avaliações. Outra questão envolve a eleição de problemas prioritários de saúde, não se verificou registro da aplicação de metodologias de priorização de problemas, ou seja, não versavam sobre o processo de seleção das forças e fragilidades internas ou oportunidades e ameaças externas no enfrentamento dos mesmos. Também não se verificou plena convergência da DOMI com os diagnósticos situacionais, houve fragilidade na redação das metas que não expressaram a medida de alcance dos objetivos, existiam falhas na descrição da meta de forma mensurável, quantitativa e clara unidade de medida ou valor. Assim, a equipe do LRPS, com apoio da Câmara Técnica (CT) da CIR, em reuniões em espaços de governança regionais, fez recomendações para revisão dos PMS 2018/2021, para que de fato retratassem os desafios a serem enfrentados pela gestão municipal de saúde.

A elaboração qualificada dos PMS fomentou o planejamento ascendente na Região que se comunicou com outras frentes de trabalho da SESA/ES. Durante o período de março de 2016 até agosto de 2017, foi firmada agenda regional para iniciar no processo de elaboração da Programação, Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) na Região Central que em sua etapa I visou à elaboração de metas regionais com harmonização entre as diretrizes, objetivos e metas dos planos de saúde dos três entes federados para posterior registro informatizado pois havia expectativa no lançamento do Sistema de Programação das Ações e Serviços de Saúde (Programa SUS).

A PGASS consiste em um processo de negociação e pactuação entre os gestores, em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos no âmbito regional, partindo da realidade municipal. Possui articulação com a PAS de cada ente presente na região, dando visibilidade aos objetivos e metas estabelecidos no processo de planejamento regional integrado, bem como os fluxos de referência para sua execução. Como

resultado desse amplo processo de discussão e identificação de necessidades, é possível a priorização de investimentos necessários para a conformação da Rede de Atenção à Saúde. Do ponto de vista metodológico, a PGASS foi subdividida em três etapas, possibilitando a melhor operacionalização da proposta de modo sistêmico, conforme sua abrangência e escopo. Diretrizes – Registro das diretrizes, objetivos e metas dos planos de saúde, harmonizado no âmbito regional; Rede de Atenção – Modelagem da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e Mapa de Investimentos; Programação – Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, com explicitação dos pactos de gestão e programação por estabelecimento de saúde (SAS, 2020).

As oficinas temáticas regionais envolveram representantes da Superintendência Regional de Saúde de Colatina (SRSC), Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde ES (NEPS/SESA/ES), Núcleo Especial de Planejamento e Orçamento em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde ES (NUEDPOS/SESA/ES), LRPS, CT e CIR/Central. Assim, em convergência com a I etapa da PGASS o grupo do LRPS, durante os meses de agosto, setembro e outubro de 2017, analisou os 18 (dezoito) PMS da Região Central (vigência 2014-2017). As versões preliminares dos PMSs (vigência 2018 -2021). Todas as versões disponibilizadas foram lidas e comentadas pelas referências técnicas regionais que demandaram reforço na caracterização e na definição das diretrizes e metas. Por exemplo, a maior parte dos PMSs em sua diretriz 1 fez menção ao fortalecimento e/ou manutenção da Atenção Primária à Saúde (APS) e seus componentes básicos, além de abordar a estruturação dos processos de trabalho na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Observou-se que os planos determinam diretrizes que contemplam as cinco redes temáticas do MS, sendo a rede de crônicas a mais representada com metas, ações e serviços voltados para saúde do idoso e da mulher, com ações e prevenção aos cânceres (de mama e útero), obesidade, diabetes e hipertensão além das metas e ações de promoção de alimentação saudável e atividade física. Essa avaliação contribuiu para a elaboração da Etapa I, da PGASS para qualificação dos instrumentos de planejamento e gestão do ciclo 2018 e 2021.

Em outubro de 2019 foi realizado o Primeiro Treinamento Regional sobre o DigiSUS Gestor, sistema que impulsionou o processo de planejamento. O Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento – DGMP, criado através da

Portaria GM n. 750 de 2019, é uma plataforma de alimentação dos instrumentos de planejamento e gestão em saúde tem por objetivo instrumentalizar os gestores públicos, técnicos, população e conselheiros a obter informações e dados recepcionados pelo MS, e auxilia na qualificação dos instrumentos de gestão por exigir aspectos legais dos mesmos. No DGMP, o gestor deverá fazer o registro das DOMI do PMS e, ao finalizar essa parte, será lhe pedido que anexe o plano de saúde na íntegra, sendo importante que o gestor tenha o PMS elaborado e encaminhado para apreciação do conselho de saúde e participe de todos os processos e elaboração dos instrumentos; os PMS, as PAS, os RDQA, o RAG, as Pactuação Interfederativa de Indicadores.

A Pactuação Interfederativa de Indicadores (no período 2017-2021) observava o fluxo disposto na Resolução da CIT n. 8, de 24 de novembro de 2016 que se relaciona às prioridades nacionais em saúde, e foi incorporada a esse sistema devido à sua relação direta com o processo de planejamento em saúde. A cada ano, o sistema DGMP disponibiliza a planilha de indicadores nacionais para a inserção das metas pactuadas pelos estados, municípios que são avaliados, quadrimensalmente, via RDQA (COMISSÃO INTERGESTORA TRIPARTITE, 2016).

Durante o ano de 2020, diante da conjuntura de pandemia de Covid-19, os sistemas de saúde se adaptaram às necessidades de atenção à saúde dos usuários e população em geral. Houve desdobramentos em diversas áreas: assistência, vigilância, regulação e também planejamento em saúde. O grupo do LRPS trabalhou os PMSs de enfrentamento a Pandemia e suas integrações aos demais instrumentos de gestão e planejamento inseridos no DigiSUS - DGMP especialmente a PAS 2020 e o RAG 2020. Ajustes importantes, visto o volume de recursos repassados pelo MS que precisaram ser devidamente recepcionados, executados e justificados.

Ainda no início de junho de 2020, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) do ES emitiu para as Superintendências Regionais de Saúde (SRS) orientações acerca do encerramento da gestão municipal. O Conasems apresentou uma planilha sobre a alimentação dos instrumentos de todos os municípios, apontando um quadro crítico e preocupante (Anexo A), com fortes críticas a qualidades dos instrumentos de gestão e planejamento, e alertando a baixa alimentação sistema DigiSUS – Gestor e a necessidade de

qualificação dos instrumentos de gestão e planejamento. A partir disso, as ações de apoio institucional foram intensificadas com a realização de 20 webreuniões com utilização das metodologias ativas e exposições dialogadas entre referências técnicas regionais e municipais com objetivo de qualificar os instrumentos de gestão e planejamento em saúde, além de implementar a utilização do sistema DigiSUS – Gestor. Assim, se orientou um esforço técnico para implementação do DigiSUS Gestor – DGMP com a alimentação por parte dos municípios e superação de inseguranças ao operar o mesmo, mesmo diante de um cenário de ausência na indicação de referências técnicas em alguns municípios.

As referências técnicas regionais do LRPS, iniciaram um primeiro ciclo de encontros virtuais ocorreu no período de 07/07/20 até 01/09/20, onde foram realizadas 20 webreuniões com as referências técnicas municipais (perfil técnico) onde se abordaram os temas de interesse dos técnicos municipais, exemplo, ajustes textuais no PMS para atenção a legislação e metodologias de planejamento, qualificação dos instrumentos de planejamentos PAS, RDQA, RAG e Pactuações de indicadores. Foi garantida a livre manifestação nas reuniões, a constante autoavaliação da equipe organizadora e a escuta qualificada dos envolvidos.

Nesse primeiro ciclo de webreuniões, alguns problemas ou erros pontuais foram verificados no sistema mediante relatos das referências técnicas municipais, foram encaminhados à Gerência de Planejamento Estratégico e Desenvolvimento Institucional da (GPEDI/SESA/ES), à Superintendência Estadual do MS/ES (SEMS/MS/ES), e à Coordenação Geral de Fortalecimento da Gestão dos Instrumentos de Planejamento do SUS (CGFIP/MS). Assim, foram identificados os principais nós críticos: alguns municípios sem definição dos ocupantes dos três perfis (técnico, gestor e conselheiro); dúvidas sobre os registros (via DigiSUS) da recepção, execução e prestação de contas dos recursos para enfrentamento Covid-19; sugestão de Oficina Específica; pedidos de capacitações regulares para os três perfis e em especial ao de conselheiro; qualificação dos instrumentos junto à gestão, e atuação do CMS; sugestão de Oficina Específica; revisão e releitura dos instrumentos para inserção nos modelos disponibilizados pelo sistema se configura desafio para maioria das referências técnicas municipais, em especial as metas e ações dos PMS e PAS; irregularidade na realização (e em tempo oportuno) das oficinas Regionais Quadrimestrais para avaliação, monitoramento e pactuação interfederativa dos

indicadores; alinhamento entre os setores de contabilidade, compras, áreas técnicas (APS/VIS/RAS) e gestão na elaboração dos instrumentos. Outros pontos foram observados, pois raramente o município possui referência técnica exclusiva para planejamento em saúde, ocorrendo atualmente acúmulo de funções, em especial de atividades administrativas e coordenação municipal de APS. Assim, os técnicos municipais também foram comprometidos com as ações de enfrentamento à pandemia de Covid-19, impondo atrasos na elaboração dos instrumentos; a instabilidade de vínculos mediante proximidade do processo eleitoral impondo rotatividade de técnicos; e descumprimento do horário protegido para atividades de educação permanente junto aos técnicos responsáveis.

Sobre as possibilidades foram elencados fatores como; todos os municípios elaboraram e qualificaram seus Planos de Enfrentamento à Covid-19; a maioria dos municípios possui acesso dos três perfis; a maioria dos gestores municipais interessados em realizar o encerramento de gestão conforme orientações emitidas pelo CONASS/CONASEMS. A maioria dos técnicos municipais acusa recebimento das malas diretas com notas técnicas e manuais acerca do tema; Comunicação otimizada com a criação de grupo aplicativo (*WhatsApp*) com referências técnicas municipais, regionais e estaduais sobre DigiSUS; e apoio técnico institucional da SRSC e CONASEMS-ES; Resolutividade e tempo de resposta dos canais de atendimento da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde/ES ou traço, ou underline ou parentes SEMS/ES, e a Coord. Geral de Fortalecimento da Gestão dos Instrumentos de Planejamento do SUS/MS.

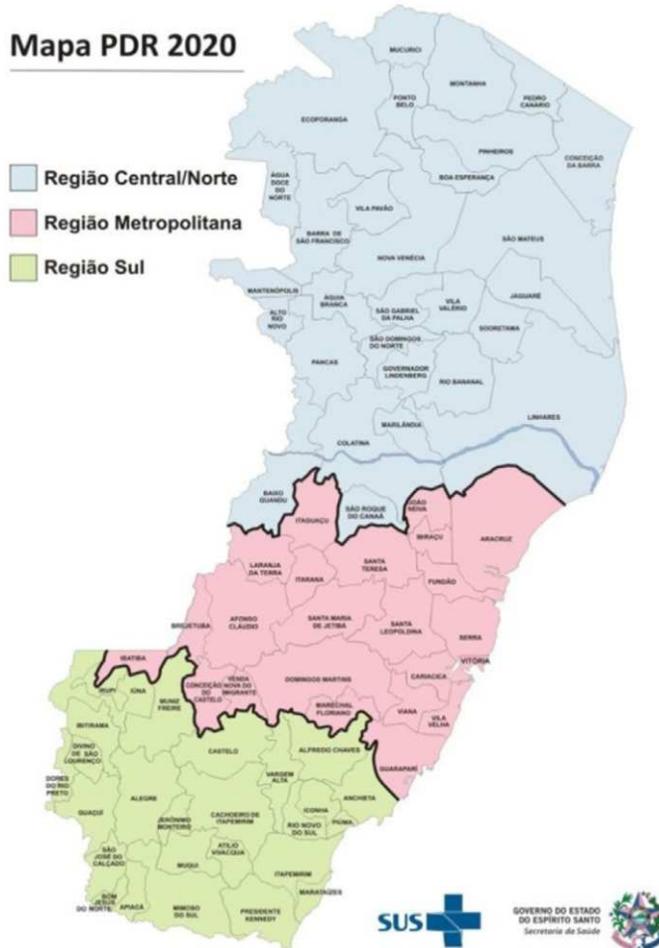
Assim, o grupo organizou duas frentes de trabalho; a realização de reuniões e treinamentos on-line, a elaboração semanal de quadro de alimentação do DGMP com visão temporal da inserção de dados acerca da situação de cada instrumento de gestão por município. Assim, quando avaliados os dois quadros de acompanhamento nas versões dias 01/07/2020 e 24/05/2021 (Anexos A e B), observamos que houve evolução no preenchimento, por exemplo, quando visualizamos *status* de “aprovação” dos PMS (de 33% para 100%). Sobre pactuações dos indicadores referente ano 2018 a princípio tínhamos apenas uma alimentada e aprovada no DigiSUS e atualmente todos os municípios acusam *status* de “aprovada” ou “homologada pelo gestor estadual” nos anos de 2018, 2019 e 2020. Em 01/07/20 apenas um município da Região (Linhares) havia alimentado as PAS

de 2018 e 2019, atualmente 86% dos municípios estão com status aprovada. Em 2020 nenhum município havia inseridos dados dos RDQA e atualmente nove dos 15 municípios da Região apresentam status “aprovado” em todos os RDQA de 2018 e 2019, ou seja, foram avaliados pelo gestor e aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), uma vez que o sistema necessariamente exige manifestação do gestor e do CMS, que precisa se manifestar em todos os itens do relatório, além de emitir um parecer. Ainda segundo a tabela (Anexo A) de 01/07/2020 nenhum município havia inserido e aprovado seus RAGs 2018 e 2019, atualmente 10 dos 15 municípios estão com status “aprovado”. Finalmente, em consulta realizada no dia 24/05/2021 ao portal Sala de Gestão Estratégica (SAGE) onde se visualiza o painel da Situação dos Instrumentos de Planejamentos se elaborou o quadro com status de cada instrumento por município da Região (Anexo B) onde se visualiza a evolução desse processo.

O Plano Diretor de Regionalização é um instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência à saúde baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção. Fundamenta-se na “conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões [...] do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2017).

No segundo semestre de 2020 ocorreram debates nos espaços de governança regionais (CIR Central, Norte e CIB) do estado do Espírito Santo acerca revisão do Plano Diretor de Regionalização que consideraram a Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018 que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. E, em 18/12/2020 foi publicada no DIOES a Resolução CIB Nº149/2020 que homologou a proposta do novo Plano Diretor Regional do Estado do Espírito Santo - PDR/ ES 2020 que, integra 15 (quinze) municípios da Região Central de Saúde aos municípios que compõem a Região Norte de Saúde, constituindo assim uma única região de saúde (Central Norte), com 29 municípios. Assim, o ES foi dividido em três Regiões de Saúde, denominadas de Metropolitana, Central Norte e Sul, conforme disposto na Figura a seguir:

## Mapa PDR 2020



Fonte: CIB, 2020.

Dessa forma, a Região Central Norte de Saúde é formada por 29 municípios; água Doce do Norte, Águia Branca, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Colatina, Conceição da Barra, Ecoporanga, Governador Lindenberg, Jaguaré, Linhares, Mantenópolis, Marilândia, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pancas, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Mateus, São Roque do Canaã, Sooretama, Vila Pavão e Vila Valério.

Na estrutura organizacional da SESA/ES são mantidas duas Superintendências Regionais de Saúde na Região Central Norte localizadas nos municípios de Colatina e São Mateus que possuem a finalidade de assegurar e garantir a gestão do Sistema Estadual de Saúde nas regiões do estado, competindo-lhe a implementação das políticas estaduais de saúde em âmbito regional, assessorando a organização dos serviços, coordenando, monitorando e avaliando as atividades e ações de saúde mediante a promoção de articulações interinstitucionais e de mobilização social (conforme Lei Estadual 317/05, artigo 63). Assim, as Superintendências Regionais de Saúde materializam o momento tático e operacional do Planejamento Estratégico da SESA, além da oferta de apoio técnico institucional aos gestores municipais da Região Central Norte na Qualificação da Gestão em Saúde, e no fortalecimento dos espaços de Governança Regional do SUS. Essa conjuntura impõe desafio administrativo de integrar os processos de trabalho de duas Superintendências Regionais de Saúde (SRS) na oferta de apoio institucional, e o Projeto de Apoio Institucional na elaboração dos Planos Municipais de Saúde - PMS, pactuado na CIB de fevereiro de 2021, foi a primeira grande experiência de integração entre as SRS onde houve o compartilhamento da Coordenação Regional entre técnicos das SRS.

Consideremos a resolução CIB nº 16/2021, que aprova o Projeto de Apoio Institucional na elaboração dos Planos Municipais de Saúde - PMS (2022-2025) e que foi conduzido em parceria da SESA com o COSEMS/ES. O projeto visa contemplar o suporte na elaboração dos PMS, através de um processo de qualificação em serviço dos técnicos municipais diretamente envolvidos como participantes das oficinas regionais, em regime de aperfeiçoamento (em seu primeiro ciclo) com produto de entrega os PMSs até 31/08 aos CMSs. E, em regime de especialização lato sensu com entregas previstas para o ano de 2022 que envolve o Planejamento Regional Integrado (PIR). O cronograma das oficinas foi objeto de pactuação regional em CIR com adesão de todos os municípios da Região (CIB, 2021).

Assim, o Projeto de Apoio Institucional na elaboração dos Planos Municipais foi uma formação, cujo primeiro ciclo de oficinas ocorreu de março até Agosto de 2021, tendo como produto os PMS (2021/2025) enviados aos CMS. São oficinas temáticas e mensais que ocorrem em 6 etapas com 3 momentos cada, formados de encontros virtuais (plataforma *Zoom*) e Atividades Auto Dirigidas

(AAD) totalizando 96 horas de certificação aos participantes. Eram encontros mensais entre tutores e participantes municipais divididos em 3 momentos (dias); o momento 1 envolvia a exibição dos termômetros de desempenhos regionais e estaduais da etapa mensal anterior e exposições dialogadas com especialistas por área temática; o momento 2 era voltado para a tutoria e suporte às produções municipais das partes do PMS. O momento 3 foi voltado para o encerramento da etapa mensal e orientação acerca das AAD.

Dessa forma, totalizaram 6 etapas temáticas das etapas I até IV que abordaram; a Análise da situação de saúde, os desafios para o planejamento no SUS em tempos de Pandemia, Estratégias/metodologias de identificação, priorização de problemas, APS, Assistência Farmacêutica, Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (RPCD), Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas (RPDC), Rede e Atenção à Saúde Bucal (RASB), Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância Epidemiológica. A etapa V, realizada em julho de 2021, aborda-se os temas; gestão, Financiamento, Regulação, Ouvidoria, Controle Social e Participação Popular. Em agosto de 2021, na etapa VI foi dedicada as orientações e revisões finais dos PMS, suas entregas e apresentações nos CMS.

Considerando o tema da participação popular tema abordado na etapa V se considerou o artigo 1º, § 1º, da Lei n. 8.142/1990, que dispõe sobre a participação popular na elaboração das diretrizes do PMS via a Conferência de Saúde onde a cada quatro anos se reúnem as representações dos segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990b). Mas, infelizmente, diante do Cenário da Pandemia e por decisão do Conselho Estadual de Saúde (CES) a Conferência Estadual que seria realizada em meados de 2021 foi transferida para 2022 sendo que os municípios podem optar por realizarem ou não as conferências municipais, mediante as condições sanitárias locais. Dessa forma, os representantes dos CMS foram convidados para os encontros de julho que envolveram os temas; ouvidoria, controle social e participação social, e conhecimento das versões preliminares dos PMS.

Assim, durante o ano de 2021 o grupo do LRPS integrou o Projeto de Apoio Institucional na elaboração dos Planos Municipais de Saúde coordenando as atividades em nível regional, alguns membros do LRPS compuseram as duplas de tutores regionais para orientação de subgrupos de municípios da Região, ou seja, participaram como tutores do projeto que utilizou metodologias ativas, mediação de debates de subgrupos e auxílio no alinhamento entre os conteúdos abordados e disponibilizados para confecção dos PMS. Dessa forma, os tutores realizaram leituras e emitiram recomendações acerca das versões dos PMS observaram os prazos legais de elaboração dos PMS com entrega prevista ao CMS até 31/08/2021 em consonância com o Plano Plurianual (PPA) e Constituição Federal. A coordenação regional visou fomentar condições objetivas para realização do projeto com apoio e dedicação dos tutores realizaram alinhamentos e simulações acerca dos momentos mensais utilizando os termos de referência (TR) disponibilizados pela Coordenação Estadual (GPEDI/SESA/ES).

Os tutores através das metodologias ativas mediarão as oficinas temáticas, aplicaram atividades, dinâmicas, rodas de conversa, realizaram visitas técnicas e forneceram suporte nos levantamentos e análises de dados, aporte no refinamento das versões das análises e revisão das DOMIs dos PMSs. Destaca-se que dentro do Projeto de Apoio Institucional na elaboração dos PMS a elaboração e entrega das AAD; os desempenhos, as participações e frequências dos representantes dos municípios eram avaliados pelas duplas de tutores, mensalmente. Na mesma periodicidade as coordenações regionais e estadual aferiram os desempenhos das regiões e do Estado através da elaboração e exibição de termômetros que pontuaram itens das AAD orientadoras do PMS. Cada item da Atividade Autodirigida (AAD) envolve as etapas e os conteúdos para elaboração do PMS, e é pontuado e debatido por consenso junto aos atores do processo com vistas ao comparativo do desempenho por etapa (temporal/mensal).

Assim, o desempenho da Região Central Norte, que nas primeiras quatro etapas apresentou aproveitamento de 46%, 68%, 74% e 73%, difere da média de aproveitamento dos municípios da Região Administrativa Colatina nas etapas I, II, III e IV que foram respectivamente 50%, 81%, 78% e 81% percentuais superiores ao desempenho estadual. Os encaminhamentos e informes relacionados ao andamento do projeto são pontos de pauta permanente nas reuniões mensais da CIR por serem

nós críticos comuns, exemplo, a baixa qualidade de conectividade, investimentos em tecnologia da informação e ações educação permanente em saúde (EPS).

Os encontros configuraram momentos de trocas riquíssimas entre tutores, apoiadores e participantes havendo por parte dos tutores sentimentos de gratidão pelo aprendizado, ampliação da visão sobre a seleção de problemas e as possibilidades de intervenção através da confecção das DOMIs, desta forma os tutores ampliaram uma visão positiva sobre as atribuições e possibilidades de atuação da gestão municipal em saúde.

## CONCLUSÃO

O Apoio Institucional para qualificação dos Instrumentos de planejamento em saúde é uma iniciativa simples e de pouco investimento facilmente replicável por outra Regional de Saúde, basta organização de grupo de apoio ou LRPS com definição de programações das reuniões, oficinas temáticas, planos de ação, facilidade no uso de equipamentos de multimídia (em espaços físicos), ferramentas (extensões) em ambientes de videoconferência.

O acompanhamento da elaboração dos Planos Municipais de Saúde PMS nas versões periódicas de 2014-2017, 2018-2021 e 2022-2025 houve a geração de produtos e a qualificação dos instrumentos em planejamento em saúde, utilização da ferramenta do DigiSUS-Gestor e a decorrente melhoria nos desempenhos nos indicadores de saúde, ambos orientam a tomada de decisão da gestão municipal, e se voltam em benefícios à sociedade quando ocorre o adequado uso dos recursos disponibilizados, o direcionamento de recursos em ações e serviços de saúde, gestão da RAS, e qualificação dos humanos através de ações de educação permanente. Assim, no desenvolvimento do apoio institucional, orienta para efetivação dos instrumentos de planejamento em saúde que orientam recursos de investimento e custeio nas RAS.

## REFERÊNCIA

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011**. 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/12527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/12527.htm). Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm). Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. 1990a. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. 1990b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do usuário DigiSUS Gestor Módulo Planejamento**. 2021a. Disponível em: <https://digiSusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/xUWrXiechwRt4g10vAP8bDWcbvqMp2WytDBdMkr.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017**. 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html). Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2135 de 29 de setembro de 2013**. 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135\\_25\\_09\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html). Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 750, de 29 de abril de 2019**. Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento - DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2019.

BRASIL. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. 2021b. Disponível em: <https://portalsage.saude.gov.br/painelInstrumentoPlanejamento>. Acesso em: 21 jul. 2021.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Resolução nº 149/2020**. 2020. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/cib>. Acesso em: 21 jul. 2021

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Resolução nº 16/2021**. 2021. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/cib>. Acesso em: 21 jul. 2021.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Resolução nº 243/2015**. 2015. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/cib>. Acesso em: 21 jul. 2021.

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL (CIR). **Resolução nº 279/2015**. 2015. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/cir-central>. Acesso em: 21 jul. 2021.

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL (CIR). Comissão Intergestores tripartite. **Resolução nº 37, de 22 de março de 2018**. 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/resolucoes-cit>. Acesso em: 21 jul. 2021.

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL (CIR). Comissão Intergestores tripartite. **Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016**. 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/resolucoes-cit>. Acesso em: 21 jul. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 459, de 10 de outubro de 2012**. 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0459\\_10\\_10\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0459_10_10_2012.html). Acesso em: 21 jul. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Recomendações para o encerramento da gestão municipal na saúde**. 2. ed. 2020. Disponível em:

[https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/07/conasems\\_transicao\\_2020\\_E04.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/07/conasems_transicao_2020_E04.pdf). Acesso em: 26 jul. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS); CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Versão Final. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-VERS%C3%83O-FINAL-3.pdf> acesso em 26 jul de 2021. Acesso em: 21 jul. 2021.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS). Departamento De Regulação Avaliação E Controle (Drac). **PROGRAMASUS**. Sistema de Programação das Ações e Serviços de Saúde. 2020. Disponível em: <https://programasus.saude.gov.br/programasus/auth/Home.app>. Acesso em: 21 jul. 2021.

## ANEXO

### Anexo A. Quadro alimentação dos instrumentos (competência junho de 2020).

5	ESPÍRITO SANTO Município	ACESSO AO EXERCÍCIO CONSELH OS	Plano 2018- 2021	PAS 2018	PAS 2019	PAS 2020	RAG 2018	1ª RDOA 2018	2ª RDOA 2018	3ª RDOA 2018	1ª RDOA 2019	2ª RDOA 2019	3ª RDOA 2019	RAG 2019	Pictorial o 2018	Pictorial o 2019
8	Água Branca	SEM ACESSO	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada
11	Alto Rio Novo	SEM ACESSO	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada
14	Araucária	SEM ACESSO	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada
18	Bahia da Guanabara	SEM ACESSO	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada
24	Colatina	SEM ACESSO	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada
32	Governador Lindenberg	SEM ACESSO	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada
36	Itaboraí	SEM ACESSO	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada
46	João Nélva	SEM ACESSO	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada
48	Linhares	SEM ACESSO	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada
49	Mantemópolis	SEM ACESSO	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada
52	Marilândia	SEM ACESSO	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada
59	Panama	SEM ACESSO	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada
65	Rio Bananal	SEM ACESSO	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada
70	São Domingos do Norte	SEM ACESSO	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada
71	São Gabriel da Palha	SEM ACESSO	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada
74	São Roque do Canaã	SEM ACESSO	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada
76	Soretama	SEM ACESSO	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada	Não iniciada

**Anexo B.** Painel da situação dos instrumentos de planejamento (competência maio de 2021).

MUNICÍPIO	PLANO		PROGRAMAÇÕES				RAG		
	2018-2021	2022-2025	PAS 2018	PAS 2019	PAS 2020	PAS 2021	RAG 2018	RAG 2019	RAG 2020
Águia Branca	Aprovado	Ñ iniciada	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Ñ iniciada	Elaboração	Elaboração	Apreciação
Alto Rio Novo	Aprovado	Ñ iniciada	Aprovado	Aprovado	Ñ iniciada	Ñ iniciada	Elaboração	Elaboração	Ñ iniciada
Baixo Guandu	Aprovado	Ñ iniciada	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Apreciação
Colatina	Aprovado	Ñ iniciada	Elaboração	Elaboração	Ñ iniciada				
Governador Lindenberg	Aprovado	Ñ iniciada	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Ñ iniciada	Aprovado	Aprovado	Aprovado
Linhares	Aprovado	Ñ iniciada	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Ñ iniciada	Aprovado	Aprovado	Elaboração
Mantenópolis	Aprovado	Ñ iniciada	Elaboração	Elaboração	Elaboração	Ñ iniciada	Ñ iniciada	Ñ iniciada	Ñ iniciada
Marilândia	Aprovado	Ñ iniciada	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Ñ iniciada	Aprovado	Aprovado	Elaboração
Pancas	Aprovado	Ñ iniciada	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Ñ iniciada	Aprovado	Aprovado	Elaboração
Rio Bananal	Aprovado	Ñ iniciada	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Ñ iniciada	Aprovado	Aprovado	Elaboração
São Domingos do Norte	Aprovado	Ñ iniciada	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Ñ iniciada	Apreciação	Apreciação	Elaboração
São Gabriel da Palha	Aprovado	Ñ iniciada	Aprovado	Elaboração	Elaboração	Ñ iniciada	Elaboração	Ñ iniciada	Ñ iniciada
São Roque do Canaã	Aprovado	Ñ iniciada	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Apreciação
Sooretama	Aprovado	Ñ iniciada	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Ñ iniciada	Aprovado	Aprovado	Elaboração
Vila Valério	Aprovado	Ñ iniciada	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Elaboração	Aprovado	Aprovado	Elaboração

MUNICÍPIO	RDQA								
	1ª RDQA 2018	2ª RDQA 2018	3ª RDQA 2018	1ª RDQA 2019	2ª RDQA 2019	3ª RDQA 2019	1ª RDQA 2020	2ª RDQA 2020	3ª RDQA 2020
Água Branca	Elaboração								
Alto Rio Novo	Elaboração	Elaboração	Elaboração	Elaboração	Elaboração	Elaboração	Ñ iniciada	Ñ iniciada	Ñ iniciada
Baixo Guandu	AVALIADO								
Colatina	Ñ iniciada								
Governador Lindenberg	AVALIADO								
Linhares	AVALIADO	Elaboração	Elaboração						
Mantenópolis	Ñ iniciada								
Marilândia	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	Elaboração	Elaboração	Elaboração
Pancas	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	Apreciação	Apreciação	Apreciação
Rio Bananal	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	Elaboração	Elaboração	Elaboração
São Domingos do Norte	Elaboração								
São Gabriel da Palha	Elaboração	Elaboração	Elaboração	Ñ iniciada					
São Roque do Canaã	AVALIADO	Apreciação							
Sooretama	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	Elaboração	Elaboração	Elaboração
Vila Valério	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	Elaboração	Elaboração	Elaboração

MUNICÍPIO	PACTUAÇÕES			
	Pactuação 2018	Pactuação 2019	Pactuação 2020	Pactuação 2021
Água Branca	Homologada	Homologada	Homologada	Ñ iniciada
Alto Rio Novo	Apreciação	Apreciação	Apreciação	Ñ iniciada
Baixo Guandu	Homologada	Homologada	Homologada	Ñ iniciada
Colatina	Apreciação	Apreciação	Apreciação	Ñ iniciada
Governador Lindenberg	Homologada	Homologada	Homologada	APROVADO
Linhares	Homologada	Homologada	Homologada	Ñ iniciada
Mantenópolis	Homologada	Homologada	Elaboração	Ñ iniciada
Marilândia	Homologada	Homologada	Homologada	Ñ iniciada
Pancas	Homologada	Homologada	Apreciação	Ñ iniciada
Rio Bananal	Homologada	Homologada	Homologada	Ñ iniciada
São Domingos do Norte	Apreciação	Apreciação	Apreciação	Ñ iniciada
São Gabriel da Palha	Homologada	Homologada	Homologada	Ñ iniciada
São Roque do Canaã	Homologada	Homologada	Homologada	Ñ iniciada
Sooretama	Homologada	Homologada	Homologada	Ñ iniciada
Vila Valério	Homologada	Homologada	Homologada	Ñ iniciada



# IMPLANTAÇÃO DO MODELO AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE NORTE DO ESPÍRITO SANTO, 2020: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fernanda Silva Cardoso

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pela Portaria nº 1.559, define que a Regulação do Acesso à Assistência tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. Para sua efetivação é necessário disponibiliza a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimento às urgências, consultas, leitos e outros (BRASIL, 2008b).

Ainda conforme Brasil (2008b), a Regulação do Acesso à Assistência contempla as ações de padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais, e o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade; sendo a regulação das referências intermunicipais de responsabilidade do gestor estadual, por meio da construção da Programação Pactuada e Integrada (PPI) da atenção em saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes.

Barros e Amaral (2017) publicaram que gerenciar o processo de regulação permitindo a priorização do acesso aos serviços assistenciais requeridos de modo a garantir a prática da equidade é algo que enfrenta inúmeros desafios e dificuldades, como: o conhecimento incipiente dos profissionais envolvidos na regulação, as dificuldades de utilização do sistema de informações e suas próprias limitações, ausência de protocolos de acesso e a falta de capacitação e treinamento aos profissionais da atenção primária que permitam desenvolver conhecimentos e habilidades.

A Regulação do Acesso, quando organizada a partir da Atenção Básica (AB), compreende e articula uma série de ações que contribuem para que o usuário adentre ao Sistema de saúde e percorra um fluxo de encaminhamento

definido na busca de atendimento às suas necessidades. Com uma AB ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, a regulação passa a fazer parte do processo organizativo do modelo de atenção adotado, respaldado por responsabilidades nos diversos níveis de atenção (MACHIAVELLI, 2016).

De acordo com Brasil (2008b), a regulação do acesso deve fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde; capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde e subsidiar o processamento das informações de produção. E Machiavelli (2016) afirma que, para a operacionalização da regulação do acesso, o uso de um sistema informatizado favorece a garantia da integridade das informações e a agilidade na execução das rotinas, viabilizando o processo de regulação do acesso a partir da AB até a execução dos procedimentos regulados.

Alinhado a essa ideia, o Governo do Estado do Espírito Santo (ES) trouxe como proposta no Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023, a formulação, pactuação e início da implantação do que até então chamou de Programa Estadual de Regulação Formativa Territorial. Buscando a reorientação da regulação assistencial onde a oferta/demanda seja baseada na gestão da clínica e na interação e vínculo entre profissionais e serviços da atenção primária à saúde (APS), atenção ambulatorial especializada (AAE) e atenção hospitalar (ESPÍRITO SANTO, 2019)).

Logo em 2020 foi instituído no âmbito do Laboratório de Práticas de Inovação em Regulação e Atenção à Saúde - LIPRAS/ICEPi (Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde), por meio da Portaria ICEPi nº 003-R, o projeto de extensão e inovação em ambiente produtivo em saúde, chamado: “Projeto de Implantação de Regulação Formativa: Inovação do acesso assistencial”; cujo objetivo principal era reorganizar o subsistema de atenção ambulatorial integrando a APS com a AAE (ESPÍRITO SANTO, 2020a).

Em vista disso, a Autorregulação Formativa Territorial pode ser entendida como uma metodologia de regulação ambulatorial, na qual o profissional regulador incorpora as competências de educação permanente e de assistente de referência, ou seja, referência territorial especializada a cada grupo de equipes de Estratégias Saúde da família (ESF), de modo que a demanda clínica referida a ele seja traduzida em demanda pedagógica, corroborando para estruturação de um plano de formação com foco no desenvolvimento de competências clínicas ampliadas aos profissionais da APS.

Vale ressaltar que o processo de Autorregulação Formativa se dá por meio de Teleconsultoria, que é definida pela Portaria nº 2.546, de 2011 como “consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho”. Durante esse processo regulatório pode ser gerada uma Opinião Formativa, que é a “resposta sistematizada, construída com base nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias...” (BRASIL, 2011).

Diante do exposto, o objetivo deste relato de experiência é demonstrar o trabalho de implantação e desenvolvimento do modelo Autorregulação Formativa Territorial na região de Saúde Norte do Espírito Santo, conforme a proposta do PES 2020-2023. Modelo de regulação do acesso que trouxe forte impacto na integração entre APS e a AAE, reorganizando o fluxo dos usuários, fazendo vinculação das equipes de APS a médicos especialistas específicos que fazem a assistência ambulatorial, regulação de consultas exames e cirurgias, e formação individual e coletiva dos médicos da APS a eles vinculados por meio da opinião formativa.

## CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE SAÚDE

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2011, o estado do ES é dividido em quatro Regiões de saúde, sendo: Região Norte, Região Central, Região Metropolitana e Região Sul. Com a publicação da Resolução CIB nº153/2020 em 22 de Dezembro de 2020, ficou aprovado o PDR 2020, com novos limites regionais no território do ES; passaram a ser três as Regiões de Saúde: Região Central/Norte, Região Metropolitana e Região Sul (ESPÍRITO SANTO, 2020c).

Embora as regiões Norte e Central tenham sido agregadas, continuaram existindo duas Superintendências Regionais de Saúde distintas, uma no município de São Mateus (referente à parte Norte) e outra no município de Colatina (referente à parte Central). Portanto, na implantação e desenvolvimento da Autorregulação Formativa Territorial descritos nesse relato de experiência se considerou a região de saúde Norte conforme descrita no PDR 2011.

A região de saúde Norte conta com uma população de 434.485 habitantes (IBGE 2020), e é composta por 14 (quatorze) municípios, sendo eles: Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus e Vila Pavão.

A Superintendência Regional de Saúde de São Mateus (SRSSM) é um órgão com vinculação direta à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), de estrutura administrativa estratégica na gestão do SUS em instância regional, que tem como finalidade e responsabilidade a implementação das políticas nacionais e estaduais de saúde no âmbito regional, assegurando a organização dos serviços, coordenando, monitorando e avaliando as atividades e ações de saúde mediante a promoção e articulações interinstitucionais e de mobilização social.

A referida região de saúde possui 161 (cento e sessenta e um) unidades de saúde cadastradas no novo Sistema de Regulação Estadual, o SoulMV, como Unidades solicitantes; desse total, 130 são UBS, 14 são Centrais de regulação Municipais, 13 são Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), três são Unidades prisionais e um é Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) (ver Tabela 1).

Vale aqui esclarecer que no sistema de regulação as unidades operacionais estão divididas em: unidades solicitantes, sendo as instituições de saúde que têm permissão para encaminhar solicitações de atendimentos à regulação (unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades, centrais de regulação dos municípios e regiões, dentre outros); e unidades executantes, sendo os estabelecimentos de saúde públicos, filantrópicos e privados (prestadores de serviços para o SUS) que ofertam consultas de especialidades, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico e procedimentos ambulatoriais.

O Núcleo de Regulação do Acesso (NRA) integrante da SRSSM é responsável pela disposição, organização, controle, gerenciamento do acesso e dos fluxos assistenciais dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade no âmbito do SUS na Regional de Saúde Norte, e tem como principal objetivo a garantia do acesso ao usuário, fundamentada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

A SRSSM oferta à região Norte por meio de seu prestador de serviços próprio, o Núcleo Regional de Especialidades de São Mateus (NRESM), em média 26.496

consultas/ano em diversas especialidades, a saber: Alergologia, Angiologia, Cardiologia, Endocrinologia, Fonoaudiologia, Gastroenterologia, Geriatria, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Obstetrícia alto risco, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia, Psiquiatria, Reumatologia e Urologia.

No modelo da Autorregulação Formativa Territorial, ao configurar o Sistema SoulMV, as Unidades solicitantes da região de saúde Norte foram vinculadas aos especialistas do NRESM e aos médicos reguladores do NRA da SRSSM, que atuam como profissional referência. Nessa lógica, alguns especialistas do NRESM realizam tanto a regulação das solicitações de consultas e exames encaminhadas, quanto o atendimento (assistência) aos pacientes através das consultas.

Além dos serviços executados pelo NRESM, a SRSSM ainda oferta consultas, exames e procedimentos de média e alta complexidade por meio de prestadores de serviços privados, contratados de forma complementar ao SUS, e prestadores filantrópicos, como a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), localizada em Nova Venécia; que através do Centro Especializado de Reabilitação (CER), do tipo II, integra a rede de atenção especializada à pessoa com deficiência na região, atuando na reabilitação intelectual (neurológica) e física (ortopédica).

A região conta ainda com: uma Unidade da Rede Cuidar, formada por profissionais de saúde de diversas áreas, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, biólogos, fisioterapeutas, e dentistas, que realizam consultas especializadas e exames; e dois hospitais públicos que integram a rede estadual própria, o Hospital Dr. Roberto Arnizaut Silveiras (HRAS), no município de São Mateus, e o Hospital Dr. Alceu Melgaço Filho (HDAMF), no município de Barra de São Francisco.

## MODELOS DE REGULAÇÃO E SUAS FERRAMENTAS

A fim de organizar o acesso a AAE, o estado do Espírito Santo em 2013 começou a utilizar o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), um sistema do Ministério da Saúde (MS) que passa por atualização contínua, acompanhando as mudanças no sistema de saúde brasileiro, e que é utilizado em diversos estados do País (VALORY *et al.*, 2015).

O SISREG de acordo com Brasil (2008a) é um sistema on-line que trabalha associado ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de

Saúde (CNES) e ao Cartão Nacional de Saúde (CNS), permitindo a identificação de procedência dos usuários SUS.

Esse sistema foi criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar. No ES foi utilizado para organizar os fluxos de acesso aos atendimentos de consultas e exames ambulatoriais especializados, sendo responsabilidade das Centrais de Regulação Municipais a inserção das solicitações no sistema (BRASIL, 2008b; VALORY *et al.*, 2015).

Nesse modelo, conforme representado na Imagem 1, o usuário SUS que tinha uma necessidade de AAE devia se dirigir a unidade básica de saúde a qual estava vinculado para dar entrada em sua solicitação de consulta, cirurgia ou exame. Essa UBS encaminha a solicitação do usuário à Central de Regulação Municipal, e essa, por sua vez, é responsável por fazer a inserção da solicitação no Sistema SISREG; entregar ao usuário o comprovante de solicitação, entregar o comprovante de agendamento (após marcação) e explicar todas as questões referentes a preparo para exames e documentos a serem apresentados ao executante no dia de realização do atendimento.

Seguindo esse fluxo, a solicitação encaminhada através do sistema era analisada por médico regulador que poderia classificá-la com base em protocolos clínicos vigentes; devolver a quem inseriu a solicitação; autorizá-la já realizando a marcação conforme disponibilidade de vagas; ou negar (que seria equivalente a cancelar a solicitação).

Na maioria dos municípios, a forma de trabalho adotada foi aquela em que o próprio usuário levava à Central de Regulação Municipal o seu encaminhamento para a AAE a fim de ser inserida no sistema; ali o usuário recebia um comprovante de solicitação e, após o procedimento ser marcado, recebia o comprovante de agendamento e a explicação referente ao preparo para exames — sem que, contudo, a UBS responsável pelo usuário, tomasse conhecimento do andamento dessa solicitação/encaminhamento.

Portanto, nesse modelo supracitado, todas as solicitações eram inseridas por um operador da Central de Regulação Municipal (que na maioria das vezes não era médico, nem sequer era profissional da área da saúde); e avaliadas por médico regulador estadual. A maior fragilidade encontrada nesse modelo se dava quando a solicitação era devolvida pelo regulador estadual com solicitação de

mais informações sobre o quadro clínico do usuário, sendo que muitas vezes não havia resposta e, quando havia, ela não chegava a esclarecer o que foi perguntado, fazendo a solicitação permanecer estagnada.

Assim, em 2020, tiveram início profundas mudanças no processo de regulação do acesso assistencial no ES, utilizando-se do modelo de Autorregulação Formativa territorial que busca integrar a APS com a AAE para qualificar o acesso da população às consultas médicas especializadas, exames e cirurgias. Com a proposta de mudança de modelo, o estado percebeu também a necessidade de mudar de ferramenta (sistema), adotando o Sistema SoulMV; o qual chamou de “potente sistema informatizado, com pontos de regulação do acesso nos serviços ambulatoriais e hospitalares”.

No novo modelo de regulação, representado na Imagem 2, o usuário SUS que tem uma necessidade de AAE tem sua solicitação inserida no Sistema de Regulação Estadual diretamente pelo médico assistente de sua Unidade Básica de Saúde (que representa nesse Sistema uma Unidade Solicitante), essa solicitação é avaliada por médico especialista (chamado profissional referência), podendo esse profissional reclassificar a solicitação por grau de risco; emitir uma opinião formativa ou já autorizar; autorizar após a resposta de uma opinião formativa; marcar logo após autorizado conforme disponibilidade de vagas, ou rejeitar (equivalente a cancelar).

Percebe-se que nesse novo modelo um dos objetivos principais é o apoio às equipes de APS no manejo aos pacientes que demandam de avaliação especializada; paralelo a isso, o fortalecimento da educação permanente dos profissionais da ponta, a ampliação da autonomia e resolutividade da APS, beneficiando principalmente o usuário SUS, que tem a garantia de atendimento e acesso aos demais pontos de atenção à saúde, tendo como porta de entrada, de fato, a sua UBS de referência.

Essas mudanças, de acordo com a Portaria ICEPi nº 003-R, visam melhorar o acesso da população à AAE de forma dinâmica e integrada, otimizando os recursos, agilizando o atendimento e reduzindo substancialmente as filas de espera a partir da qualificação dos encaminhamentos (ESPÍRITO SANTO, 2020a). Além disso, espera-se fortalecer os instrumentos de gestão do SUS, que garantem a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral

e qualificado aos serviços de saúde, consolidando o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde.

## IMPLANTAÇÃO DA AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

As primeiras discussões para elaborar um desenho que subsidiou a construção desse novo modelo de regulação do acesso ocorreram no ano de 2019, quando foi organizado um grupo técnico na SESA, formado por profissionais do Núcleo Especial de Regulação de Consultas e Exames (NERCE) e representantes dos NRA de cada uma das quatro regionais de saúde. Também nesse mesmo ano, por diversas vezes esse assunto foi pauta das reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR), inclusive com a proposta de reorganização da PPI.

Avançando nesse processo de implantação da Autorregulação Formativa Territorial, em 2020, após a publicação da Portaria ICEPi nº 003-R (ESPÍRITO SANTO, 2020a), cada Regional de saúde também formou seu próprio grupo técnico. Sendo que na região de saúde Norte essa equipe técnica de referência foi composta por profissionais do NRA, que conta com: duas Enfermeiras, dois Especialistas em Gestão, Regulação e Vigilância, uma Assistente Social e uma Chefe de Núcleo.

A fim de colocar em prática o trabalho interprofissional e a proposta de integração entre a Atenção básica e a Atenção Ambulatorial Especializada, esse grupo também buscou o apoio da equipe técnica referência em Atenção Primária à Saúde da SRSSM, composta por enfermeiras, administradora e assistentes sociais; pois como diz Ceccim (2018), “a interprofissionalidade emerge em territórios multiprofissionais, assim como das interseções interdisciplinares”.

Esse grupo técnico precisou então estruturar e organizar o processo de transição do modelo velho para o novo modelo, adotando as seguintes ações: implantação da nova ferramenta (Sistema SoulMV), qualificação dos técnicos de âmbito municipal para uso da nova ferramenta, proposição e desenvolvimento de normas de funcionamento e promoção do monitoramento e avaliação da nova ferramenta.

Seguindo ainda as recomendações da Portaria Nº 003-R (ESPÍRITO SANTO, 2020a), esse grupo técnico regional realizou a partir do mês de

junho de 2020 ações dinâmicas, como: reuniões de trabalho, capacitações e treinamentos com profissionais da ponta e as coordenações municipais de Centrais de Regulação e APS, encontros tutoriais e atividades de campo, reuniões com gestores municipais; inclusive apresentações em CIR, para alinhamento, organização e pactuações.

Levando em conta a Pandemia de Covid-19 que restringiu a realização de reuniões, encontros e eventos com possibilidade de aglomeração, ou elevado número de participantes, a maioria das reuniões e treinamentos tiveram de ser realizados por meio da metodologia de webconferência, em plataformas como o Google Meet, Zoom e Jitsi Meet.

Para as capacitações de apresentação do novo modelo de regulação e para os treinamentos sobre o uso da nova ferramenta foi elaborado um plano de trabalho com curto prazo de execução, contemplando os profissionais dos municípios, referente às unidades solicitantes, médicos que seriam profissionais referências e os executantes (prestadores de serviços).

Nos municípios, o público-alvo foram os médicos e enfermeiros das unidades básicas de saúde, coordenadores municipais de APS e profissionais das centrais municipais de regulação (que passaram a ser multiplicadores dentro do município). Depois foi se expandindo para os profissionais dos Centros de testagem e aconselhamento, Programas de tuberculose e hanseníase e Unidades Prisionais.

A fim de otimizar o tempo, e facilitar a comunicação, os 05 primeiros encontros online de treinamento ocorreram por grupos de dois a três municípios por turno (diurno e vespertino), no período entre 15 a 18 de junho de 2020, totalizando 127 participantes. Ao longo dos meses subsequentes foi observado a necessidade de mais treinamentos, chegando a realizar mais oito encontros, entre 22 de junho a 14 de dezembro de 2020, alcançando o total de mais 189 participantes.

Quanto aos profissionais referências, que são os Reguladores do NRA e médicos especialistas do NRESM; foram realizados dois encontros, nos dias 17 e 24 de junho de 2020, que contou com 17 participantes. Para os executantes foram realizados dois encontros nos dias 1º e 05 de outubro de 2020, com a participação total de 16 profissionais.

Concomitante ao trabalho de capacitações e treinamentos, esse grupo técnico regional também realizou intenso trabalho de configuração do Sistema

SoulMV, alimentando o banco de dados, criando perfis de usuários e senhas de acesso e preparando o ambiente virtual de produção para que em 02 de julho de 2020 entrasse em operação, ou seja, nessa data foi liberado o acesso aos profissionais das Unidades solicitantes para inserção das primeiras solicitações à AAE.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a implantação e o desenvolvimento do Modelo Autorregulação Formativa Territorial, o grupo técnico regional encontrou alguns desafios e fragilidades, sobre os quais se podem fazer algumas considerações:

A pandemia de Covid-19 em 2020, fez aumentar o desafio de implantar algo tão novo como o Modelo de Autorregulação Formativa Territorial; e com a publicação da Portaria nº 038-R (ESPÍRITO SANTO, 2020b), que orientou a adoção de medidas sanitárias e administrativas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos decorrentes do surto de coronavírus, tornou-se necessário adotar formas de trabalho remotas, como reuniões por webconferência. Além disso, inserir um novo modelo de regulação a partir da AB em um momento no qual os profissionais da ponta se encontram sobrecarregados pelo crescente número de casos de Covid-19, requereu um constante trabalho de insistência e convencimento, tanto com os profissionais quanto com os gestores municipais.

A necessidade de utilizar a metodologia de webconferência por meio de plataformas digitais ressaltou as dificuldades que alguns municípios têm em relação à falta de equipamentos/computadores, a inexistência de rede de internet ou sua baixa qualidade, principalmente nas unidades básicas de saúde. Para uma comunicação síncrona durante os treinamentos faltaram aparelhos de microfone e webcam para alguns participantes, e somam-se a isso as interferências nas conexões de rede de internet, seja no município ou na Regional de saúde, que impediram alguns participantes de ouvir claramente tudo o que foi tratado durante as webconferências. Essa falta de equipamentos e conectividade se tornou um limitador também para inserção de algumas UBS no processo de Autorregulação Formativa, visto que, o acesso ao sistema de regulação é por um *link* da internet (<http://ambulatorial.regulacao.saude.es.gov.br/consultas-exames/#/login>).

Houve poucos profissionais médicos municipais participando dos treinamentos, esperava-se pelos menos 130 médicos considerando a quantidade total de unidades solicitante, e houve apenas 52 médicos somando todos os encontros. Não foram apurados pontualmente os motivos dessa baixa participação; mas, pelo contexto, é possível inferir que alguns médicos podem não ter aderido à proposta desse novo modelo de regulação; outros podem não ter sido informados sobre a ocorrência dessas capacitações e treinamentos, visto que o convite é encaminhado às coordenações e gestão municipal para que esses informem aos profissionais de seu território; outros podem não ter equipamentos e conectividade de internet na sua UBS de atuação; ou talvez ainda pela falta de médicos nos municípios (há municípios do interior que tem muita dificuldade quanto à contratação de médicos).

Os erros e limitações apresentados pelo Sistema SoulMV. Por se tratar de um novo processo de trabalho e um sistema ainda em configuração e pouco conhecido pelos profissionais, houve a necessidade dos componentes do grupo técnico atuarem como “*help desk*” para profissionais das unidades solicitantes, profissionais referências e unidades executantes. Além de erros pontuais apresentados, houve algumas limitações do sistema sem possibilidade de modificação/correção, o que fez com que alguns fluxos de trabalho tivessem que ser repensados e redefinidos para se adequar ao modelo atual.

A falta de referencial teórico específico sobre Autorregulação Formativa Territorial, ou relatos de experiências semelhantes. Mesmo realizando pesquisas em sites como SciELO, Portal de Periódicos da CAPES, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e Google Acadêmico, pouco material foi encontrado abordando assuntos semelhantes. A falta de base teórica específica fez desse processo um desafio, onde o nosso conhecimento empírico, poder de argumentação e articulação foi colocado à prova constantemente.

A falta de protocolos clínicos de encaminhamento validados pela SESA também foi uma fragilidade nesse processo, pois quando a implantação iniciou os protocolos que se encontravam vigentes, não eram elaborados na lógica da Autorregulação Formativa Territorial; e os novos protocolos clínicos de encaminhamento estavam em elaboração, necessitando passar ainda por consulta pública antes de sua validação e publicação. Isso foi uma fragilidade pois, conforme

visto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017, os protocolos servem como ferramenta ao mesmo tempo de gestão e de cuidado, orientando tanto as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituindo como referência para a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores. Ainda de acordo com Bernardino Junior *et al.* (2020), o uso dos protocolos de encaminhamento otimiza a regulação das referências, orienta a priorização do atendimento para os pacientes mais graves e chama a atenção dos médicos da APS para distinguir as condições que podem ser resolvidas em seu próprio território e aquelas que realmente precisam ser encaminhadas para a AAE.

A transição de modelo com consequente mudança de sistema levou tanto as Centrais de Regulação municipais quanto as regionais a ter de operar dois sistemas de regulação estadual concomitantemente. Mesmo com o início da inserção de solicitações pelo sistema SoulMV em 02/07/2020, o SISREG continuou em uso para o acompanhamento das solicitações que se encontravam em fila de espera e que ainda estão sendo marcadas.

Todavia, é importante relatar que foram encontradas relevantes potencialidades durante a implantação desse novo modelo de regulação, como:

A vinculação das unidades solicitantes à AAE por meio da interação, advinda da opinião formativa, entre os médicos especialistas (profissionais referências) e os médicos das UBS (profissionais solicitantes). Essa potencialidade do modelo está em consonância com a PNAB 2017, que recomenda a articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, e apoio matricial presencial e/ou a distância (BRASIL, 2017). Também a segunda opinião formativa é um importante instrumento da regulação médica; nela os profissionais de referência exercem o papel formador e de autoridade sanitária para a garantia do acesso baseado em protocolos de encaminhamento, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008a).

A prática interprofissional colaborativa e a Educação Permanente em Saúde. Conforme a Organização Mundial da Saúde (2010), “para que os profissionais de saúde efetivamente colaborem e melhorem os resultados na saúde, dois ou mais deles, com diferentes experiências profissionais, devem em primeiro

lugar ter oportunidade de aprender sobre os outros, com os outros e entre si”. Foi baseado nessa lógica da interprofissionalidade que as ações desse novo modelo de regulação foram desenvolvidas, proporcionando a articulação entre profissionais de diferentes especialidades e serviços da rede de atenção, e organizando o cuidado em saúde com a integração entre a atenção primária, secundária e terciária. Esse viés interprofissional é essencial para o desenvolvimento de uma força de trabalho de saúde “colaborativa preparada para a prática”, na qual os profissionais trabalham juntos para prestar serviços abrangentes em uma ampla gama de locais de assistência de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Além disso, nesse processo se observa o desenhar da Educação Permanente em Saúde, fazendo com que haja a aprendizagem no trabalho, por meio das opiniões formativas, dos treinamentos e das capacitações, incorporando ao cotidiano das equipes o aprender e o ensinar a partir de problemas da própria prática diária (PEIXOTO *et al.*, 2013).

Ademais, se percebe a importância da interprofissionalidade para esse modelo de regulação ao analisar o que escreveu Ceccim (2018), “a interprofissionalidade favorece as trocas de informação e conhecimento, a cooperação solidária nos fazeres, a atenção corresponsável às necessidades em saúde para a construção de projetos terapêuticos e de promoção da saúde, o agir coletivo em território e a rede de laços afetivos que dá mais intensidade ao pertencimento a uma equipe”.

Tudo isso remete ao desenvolvimento de uma prática colaborativa cujos resultados são a melhoria do acesso aos serviços de saúde e coordenação dos mesmos, o uso adequado de recursos clínicos especializados e a assistência e segurança dos pacientes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010)

O fortalecimento do papel da APS no processo regulatório, sendo colocada de fato como porta de entrada dos usuários SUS e ordenadora das redes de atenção à saúde. Segundo a PNB 2017 a gestão deve sim articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade, dentre outras, estabelecimento de relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território (BRASIL, 2017).

A correção de erros de encaminhamento/solicitação. Quando o regulador (profissional referência) detecta um erro de encaminhamento, ele tem a

oportunidade de orientar o médico solicitante por meio da opinião formativa, acerca de como solicitar corretamente, ou pode ainda alterar o procedimento solicitado no sistema, o que evita que o solicitante tenha que realizar novo encaminhamento/solicitação, e conseqüente descarte do andamento daquela solicitação já existente.

Por tudo que foi exposto, fica evidente a importância desse relato de experiência em expor uma experiência sobre um assunto ainda pouco publicado, a regulação do acesso no modelo da Autorregulação Formativa Territorial, contudo, compreende-se que ainda será preciso muito aprimoramento, discussão e estabelecimento de fluxos, aprovação e divulgação de protocolos clínicos de encaminhamento, identificação das fragilidades que surgirem e proposição de ações factíveis de melhorias. Espera-se que esse artigo contribua para o aperfeiçoamento do processo de regulação do acesso e estimule outros pesquisadores, acadêmicos e profissionais da saúde a discutirem sobre o assunto desse relato.

## REFERÊNCIAS

BARROS, F. P. C. de; AMARAL, T. C. L. Os desafios da regulação em saúde no Brasil. **An Inst Hig Med Trop**, v. 16, Supl. 3, p. S39- S45, 2017. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/42>. Acesso em: 16 fev. 2021.

BERNARDINO JUNIOR, S. V. *et al.* Processos de encaminhamento a serviços especializados em cardiologia e endocrinologia pela Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 694-707, Sept. 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042020000300694&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000300694&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS / SISREG. **Manual do Operador Solicitante SISREG III** (Solicitação e Agendamento de Consultas e Procedimentos). Brasília, set. 2008a. Disponível em: [http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/saude29-manual-operador-solicitante\\_sisrerg.pdf](http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/saude29-manual-operador-solicitante_sisrerg.pdf). Acesso em: 21 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, 02 ago. 2008b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html). Acesso em: 21 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 22 set. 2017; Seção 1. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 21 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil

Redes (Telessaúde Brasil Redes). **Diário Oficial da União**, 28 out 2011. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2011/prt2546\\_27\\_10\\_2011.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html). Acesso em: 15 fev. 2021.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface (Botucatu)**, v. 22, Suppl. 2, p. 1739-1749, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/ijcse/a/XRJVNsrHcqsRXLZ7RMxCks?lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria ICEPi nº 003-R, de 03 de fevereiro de 2020 [portaria na internet]. **Diário Oficial do Espírito Santo**, 04 fev. 2020a. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/ICEPi/PORTARIA%20ICEPI%20N%C2%BA%20003-R.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde – 2020/2023 aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo – CES/ES, em 29 de novembro de 2019** - Resolução nº. 1.138. Vitória, 2019. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/Plano%20Estadual%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20PES%20-2020-2023.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 038-R, de 19 de março de 2020 [portaria na internet]. **Diário Oficial do Espírito Santo**, 20 mar. 2020b. Disponível em: [https://saude.es.gov.br/coronavirus\\_portarias](https://saude.es.gov.br/coronavirus_portarias). Acesso em: 21 mar. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução CIB nº 153/2020. Aprova o Modelo de Registro de Preços Compartilhado dos medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, a ser realizado pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e utilizado pelos Municípios do Estado. **Diário Oficial do Espírito Santo**, Vitória, ES, 2020c. Disponível em: [http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2020/RES\\_CIB\\_153\\_20202.pdf](http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2020/RES_CIB_153_20202.pdf). Acesso em: 10 set. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS. **Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2020**. 2020.

MACHIAVELLI, J. L. (org.). **Curso online Regulação do Acesso Ambulatorial**. UNA-SUS/UFPE. Ministério da Saúde. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Universidade Federal de Pernambuco. 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/11719>. Acesso em: 27 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. **Cadernos de Saúde Pública**. 2010. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco\\_para\\_acao.pdf%20](https://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20). Acesso em: 27 fev. 2021.

PEIXOTO, L. S. *et al.* Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 12, n. 29, p. 307-322, jan. 2013. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000100017&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100017&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 27 jan. 2021.

VALORY, D.; BORGES, J.; BONN, M.; SIQUEIRA, M. A. **Novo sistema de regulação de consultas e exames da Sesa prioriza casos graves. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo**. 6/09/2013 07:54h - Atualizado em 23/09/2015 13:38h. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/novo-sistema-de-regulacao-de-consultas-e-exam>. Acesso em: 27 jan. 2021.

## ANEXOS

**Tabela 1.** Quantidade de unidades solicitantes cadastradas no Sistema SoulMV, por município da região de Saúde Norte-ES, 2020.

Município	Unidades Básicas	Central de Regulação Municipal	CTA	Unidade Prisional	NASF	Total de Unidades Solicitantes
Água Doce do Norte	6	1	0	0	0	7
Barra de São Francisco	14	1	1	1	0	17
Boa Esperança	6	1	1	0	1	9
Conceição da Barra	9	1	1	0	0	11
Ecoporanga	8	1	1	0	0	10
Jaguaré	14	1	1	0	0	16
Montanha	7	1	1	0	0	9
Mucurici	3	1	1	0	0	5
Nova Venécia	12	1	1	0	0	14
Pedro Canário	5	1	1	0	0	7
Pinheiros	9	1	1	0	0	11
Ponto Belo	3	1	1	0	0	5
São Mateus	30	1	1	2	0	34
Vila Pavão	4	1	1	0	0	6
<b>TOTAL</b>	<b>130</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>161</b>

Imagem 1. Fluxo de acesso via SISREG.



Fonte: SESA.

Imagem 2. Fluxo de acesso pela Autorregulação Formativa Territorial, Sistema SoulMV.



Fonte: SESA



# DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE CONTROLE DE VETORES DE ARBOVIROSES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS (SISCATMOS)

Ricardo da Silva Ribeiro  
Gabriela Maria Coli Seidel

## INTRODUÇÃO

O termo arboviroses refere-se às doenças causadas por vírus cujo hospedeiro principal é um artrópode, como o *A. aegypti*. O programa nacional de controle de arboviroses transmitidas pelos *Aedes* engloba a vigilância da dengue, chikungunya, febre amarela e zika. As ações de controle vetorial são realizadas pelos municípios, que contam com equipes compostas por agentes de combate a endemias (ACEs) para a execução das diferentes estratégias de controle vetorial.

O Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) adotou, em meados da década de 1990, um *software* denominado SISFAD (Sistema de Informações das ações de Controle Entomológico da Febre Amarela e Dengue), visando informatizar o controle entomológico e fornecer informações que subsidiassem os gestores no monitoramento de ações e tomada de decisões. O SISFAD foi desenvolvido por um funcionário da Superintendência Estadual de Minas Gerais da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA-MG), operando em plataforma *MS-DOS*.

O SISFAD foi o sistema oficial utilizado pelo Ministério da Saúde por muitos anos para o registro das ações de combate ao *Aedes*. Contudo, o sistema teve seu suporte interrompido em 2007. Desde então, por vários anos o Ministério da Saúde apresentou e abortou vários projetos de substitutos para o sistema, sem nunca conseguir desenvolver um sistema que fosse viável para implantação nos municípios.

Devido a isso, o sistema sofria com a incompatibilidade com os novos equipamentos de informática, uma vez que possuía como pré-requisito o sistema Windows XP de 32 bits. Com o advento da interrupção do suporte da Microsoft ao Windows 7, a última versão a ser compatível com o SISFAD, os municípios

passaram a correr sério risco de ficarem sem um sistema para registro das ações, prejudicando seriamente o monitoramento das ações desenvolvidas, além de poder causar a interrupção de uma longa série histórica de dados sobre o controle vetorial das arboviroses. O uso do SISFAD foi finalmente descontinuado no início de 2019 de forma oficial pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES).

Diante desse quadro, em dezembro de 2019, os autores do presente manuscrito se propuseram a desenvolver um novo sistema (Figura 1) para o registro das informações de combate ao *Aedes*, denominado SISCATMOS (Sistema de Informações de Controle de Vetores de Arboviroses Transmitidas por Mosquitos). O desenvolvimento desse sistema objetiva fornecer um *software* estável a despeito de mudanças nas tecnologias de informática, de interface amigável, capaz de importar e manter os registros do antigo sistema e fornecer subsídio para tomada de decisões a respeito das ações de controle vetorial, sendo desenvolvido de maneira colaborativa com os municípios, visando ao atendimento das reais necessidades do serviço antivetorial, gerando não somente os principais tipos de relatórios gerados pelo SISFAD, mas ampliando a gama de relatórios e fornecendo uma análise crítica dos serviços desenvolvidos.

A partir da revisão do Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), de 2011, o sistema de saúde do Estado do Espírito Santo foi dividido como resultado da Resolução N° 153/2020 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), aprovada em 16 de dezembro de 2016 em três Regiões de Saúde (Região Central/Norte, Região Metropolitana e Região Sul) vinculadas a quatro Superintendências Regionais de Saúde.

Após um período de estudo-piloto desenvolvido nos municípios da Região Metropolitana vinculados à Superintendência Regional de Saúde de Vitória (SRSV), o SISCATMOS foi aprovado em 4 de agosto de 2021 em reunião da CIB para adoção oficial como sistema de registro e monitoramento das atividades de combate ao *Aedes* no âmbito da Região Metropolitana de Saúde do Estado do Espírito Santo. O mesmo processo está se desenvolvendo nos municípios vinculados à Superintendência Regional de São Mateus (SRSSM), uma das duas superintendências da Região de Saúde Central/Norte, e deverá gradualmente se expandir para as demais Regiões de Saúde do Estado do Espírito Santo.

Atualmente, o sistema encontra-se na versão 3.3.4, tendo sido registrado no Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI) através do processo N° BR512021001203-8, com certificado válido a partir de 1° de dezembro de 2021, com validade por 50 anos. As características e funcionalidades do sistema e as experiências e resultados obtidos até a presente versão são relatados a seguir, seguido do relato das perspectivas futuras.

## CARACTERÍSTICAS E FUNCIONALIDADES DO SISTEMA

O SISCATMOS foi desenvolvido aproveitando a arquitetura do Microsoft® Office Excel®, utilizando a linguagem *Visual Basic for Applications* (VBA). Essa opção foi pensada como uma solução para garantir a estabilidade do sistema frente à rápida evolução dos sistemas de informática. Desse modo, pelo período em que o *software* Excel® existir, o sistema não terá sua compatibilidade ou funcionalidade afetadas. Como desvantagem resta, no momento, o pré-requisito de haver uma cópia do Excel no computador onde será utilizado o sistema. Como orientação adicional aos municípios, é recomendada a instalação de um *software* de acesso remoto (AnyDesk® ou TeamViewer®) no computador onde o SISCATMOS será utilizado para facilitar o suporte ao sistema.

Mais do que se utilizar da arquitetura do Excel como um banco de dados, o SISCATMOS conta com funções analíticas para geração de relatórios resumidos, analíticos e gerenciais do trabalho de combate ao *Aedes* desenvolvido pelos programas municipais de controle de arboviroses, de modo a fornecer ao gestor municipal um instrumento de avaliação do trabalho desenvolvido e servir de instrumento para a tomada de decisões estratégicas relacionadas ao controle do *Aedes*.

A digitação dos boletins dos trabalhos desenvolvidos no combate ao *Aedes* foi simplificada quando comparada ao antigo sistema, utilizando como formulários de digitação cópias fiéis dos boletins a serem digitados (Figura 2).

O SISCATMOS conta com um sistema de verificação de erros de registro de dados, com uma base de 56 tipos de erros possíveis de serem cometidos no momento da digitação no sistema e/ou no registro no boletim em papel. O sistema não permite que os dados sejam salvos caso um dos erros seja detectado, de modo a garantir a confiabilidade dos dados.

Visando a manutenção da série histórica de dados sobre o controle vetorial das arboviroses, o SISCATMOS foi desenvolvido de modo a conseguir converter e importar a base de dados histórica registrada no SISFAD. Desse modo, no caso dos municípios vinculados à SRSV, foram preservados dados históricos dos trabalhos desenvolvidos no combate ao *Aedes* desde 2007, tanto na rotina de visitas domiciliares e inspeção e tratamento de pontos estratégicos para o combate ao *Aedes* quanto nas ações de bloqueio de casos de dengue e de utilização de borrifação de inseticidas a ultra baixo volume (UBV) para controle de surtos epidêmicos.

Como medida para simplificar a manutenção dos dados, o SISCATMOS incorporou as informações de registro das localidades trabalhadas pelos programas municipais de combate às arboviroses. O SISFAD utilizava para tal fim a base de dados do Sistema de Gerenciamento de Localidades (SISLOC), um *software* também desenvolvido em ambiente, com os mesmos requisitos de funcionamento do próprio SISFAD. Assim, o registro das atividades de combate ao *Aedes* passa a ser feito em um único programa de computador ao invés de utilizar dois *softwares* interdependentes.

Na versão atual, 3.3.4, o SISCATMOS permite a elaboração de seis tipos de relatórios de resumo semanal de atividades:

1. por município por ciclo de atividades;
2. por localidade por ciclo de atividades;
3. por município por semana epidemiológica;
4. por localidade por semana epidemiológica;
5. por município por mês;
6. por localidade por mês.

Esses relatórios podem ser gerados para seis tipos distintos de atividades:

1. levantamento de índice (LI)
2. levantamento de índice e tratamento (Li+T)
3. ponto estratégico (PE)
4. tratamento (T)
5. delimitação de foco (DF)
6. pesquisa vetorial especial (PVE).

A geração de relatórios de resumo semanal de atividades, que condensam quantitativa e qualitativamente os dados digitados, já presente no antigo SISFAD, foi aprimorada, gerando relatórios que incluem uma seção de supervisão resumida dos trabalhos desenvolvidos, com oito questões analisadas criticamente à luz das Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue (BRASIL, 2009).

A primeira questão abordada é a respeito dos parâmetros sugeridos pelas Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue (BRASIL, 2009), apontando como seria a estruturação do controle vetorial recomendada para o município (ou a localidade) analisado no relatório, quantificando o número de agentes de combate a endemias, de microscópios, de supervisores de área e de supervisores gerais necessários. Esse tipo de informação é bastante útil e requisitada pelos municípios, que agora passam a tê-la facilmente disponível.

A segunda questão analisa por meio de cálculos sobre informações digitadas se a definição de imóvel inspecionado é bem compreendida por quem preenche o boletim de resumo semanal do controle antivetorial, normalmente os supervisores de área ou os próprios agentes de combate a endemias. Trata-se de uma definição muito importante, cuja falta de entendimento impacta diretamente no cálculo do rendimento do serviço e nos cálculos dos dois índices de infestação do vetor, o Índice de Infestação Predial (IIP) e o Índice de Breteau (IB).

A terceira questão discorre sobre o índice de pendência do município (ou da localidade) para a atividade avaliada, abordando a eventual necessidade da adoção de medidas para reduzir essa pendência nas visitas domiciliares, de modo a melhorar o controle da população vetorial.

A quarta questão avalia se o serviço antivetorial do município prioriza a eliminação de depósitos ao tratamento químico com inseticidas, de acordo com o que é determinado pelas diretrizes nacionais. Em caso negativo, o município é alertado sobre a necessidade do registro correto da eliminação dos depósitos, que é um problema recorrente, ou de uma reflexão a respeito do trabalho desenvolvido, que pode estar priorizando inadequadamente o tratamento químico dos depósitos.

A quinta questão vem complementar o problema abordado na questão anterior, analisando a proporção de depósitos eliminados em relação ao total de depósitos inspecionados. A análise permite detectar se os depósitos estão sendo

corretamente eliminados e registrados ou se há problema de registro da eliminação ou baixa taxa de eliminação de depósitos pelos agentes de combate a endemias.

As questões de número seis e sete analisam os índices de infestação, IIP e IB, determinados no relatório. É abordada a questão do bom entendimento do conceito de imóvel inspecionado e é avaliado o risco epidêmico associado aos índices. A sexta questão aborda os índices obtidos para *A. aegypti* e a sétima questão aborda os índices obtidos para *Aedes albopictus*, sendo essas duas espécies os potenciais vetores de dengue, zika e chikungunya.

A oitava questão aborda a questão da produtividade dos trabalhos, discorrendo sobre a previsibilidade dada pela produtividade a respeito do índice de cobertura do ciclo de atividades (porcentagem de imóveis visitados em relação aos existentes) e da qualidade da inspeção realizada nas visitas. Caso a análise aponte baixa produtividade, é feito um alerta sobre a inviabilidade de cumprir o ciclo de visitas domiciliares com um índice de cobertura adequado. Se, pelo contrário, a produtividade for muito acima do padrão, é feito um alerta para que o município avalie se as características da localidade avaliada no relatório permitem que a inspeção dos imóveis seja mais acelerada ou se a produtividade excessiva pode ser um indício de comprometimento na qualidade das inspeções dos imóveis. É ressaltada, também nesta questão, a importância do bom entendimento do conceito de imóveis inspecionados. Esses relatórios analíticos vêm sendo aprimorados a cada nova versão.

Estão disponíveis também quatro tipos de relatórios de Índice de Infestação Predial/Índice de Breteau (IIP/IB):

1. por localidade por ciclo;
2. por localidade por mês;
3. por município por ciclo;
4. por município por mês.

Em cada relatório de IIP/IB há espaço para até oito análises. Ou seja, um único relatório de IIP/IB pode incluir os índices de até oito localidades ou municípios em dado ciclo de atividades ou mês. Pode incluir até oito meses ou ciclos de atividades em dada localidade ou município, e também pode ser gerado um relatório misto, incluindo até oito registros de índices de localidade ou municípios distintos em meses ou ciclos distintos.

Estão também disponíveis os seguintes seis relatórios de bloqueio de casos:

1. por município por mês;
2. por localidade por mês;
3. por município por semana;
4. por localidade por semana;
5. por estrato por mês;
6. por estrato por semana.

Assim como os relatórios de resumo semanal de atividades incluem uma seção de supervisão resumida dos trabalhos desenvolvidos, esses relatórios de bloqueio de casos incluem uma avaliação que, no momento, aborda três questões:

1. a dose de ingrediente ativo (IA) por hectare percorrido;
2. a velocidade de deslocamento;
3. a vazão estimada da bomba utilizada para borrifação.

Para melhor entendimento desses relatórios, o SISCATMOS conta com um módulo de interpretação deles, auxiliando no entendimento de seis parâmetros presentes nesses relatórios. Os parâmetros abordados no módulo de interpretação são:

1. a eficiência do motor da bomba, que pode indicar erro no registro do tempo de aplicação do inseticida ou no registro do consumo de combustível da bomba ou desregulagem no motor da bomba, o que implicaria em consumo excessivo de combustível;
2. a vazão estimada da bomba, que pode indicar erro no registro do tempo de aplicação do inseticida, ou no registro do consumo da calda de inseticida, ou desregulagem na vazão da bomba, o que implicaria em gasto excessivo de inseticida ou aplicação de dosagem de inseticida insuficiente para controlar a população de *Aedes*;
3. a descarga de inseticida no ambiente, que pode indicar erro no registro do tempo de aplicação do inseticida, ou no registro do consumo da calda de inseticida, ou na velocidade de deslocamento adotada pelo agente que realizou a borrifação, ou desregulagem na vazão da bomba;
4. a distância percorrida pelo agente de endemias durante a borrifação

- do inseticida, que pode indicar erro no registro do tempo de aplicação do inseticida ou na velocidade de deslocamento adotada pelo agente;
5. a dose de ingrediente ativo (IA) por hectare percorrido, que pode indicar erro no registro do tempo de aplicação do inseticida, ou no registro do consumo da calda de inseticida, ou na velocidade de deslocamento adotada pelo agente que realizou a borrifação, ou inconformidade na concentração do IA na bomba de inseticida, ou inconformidade na densidade do IA do inseticida utilizado na bomba. No caso de inconformidade na concentração do IA, isso pode indicar erro na diluição do inseticida, caso o inseticida seja utilizado diluído, ou problema na qualidade do inseticida. No caso de inconformidade na densidade do IA, isso pode indicar problema na qualidade do inseticida ou uso, por engano, de outro produto que não o inseticida que deveria ter sido utilizado;
  6. a velocidade estimada de deslocamento, que pode indicar erro no registro do tempo de aplicação do inseticida, ou no registro do consumo da calda de inseticida, ou na velocidade de deslocamento adotada pelo agente que realizou a borrifação, ou na informação da vazão da bomba, ou desregulagem na vazão da bomba.

Sobre a atividade de borrifação de inseticidas a ultra baixo volume (UBV) para controle de surtos epidêmicos, estão disponíveis os seguintes quatro relatórios:

1. UBV semanal por município por semana;
2. UBV semanal por localidade por semana;
3. UBV semanal por município por mês;
4. UBV semanal por localidade por mês.

Tais quais os relatórios de bloqueio de casos, esses relatórios de borrifação a ultra baixo volume possuem uma avaliação em seu final que aborda, no momento, os seguintes aspectos:

1. a dose de ingrediente ativo (IA) por hectare percorrido;
2. a velocidade de deslocamento;
3. a vazão estimada da bomba utilizada para borrifação.

Os usuários do SISCATMOS também podem contar com o módulo de interpretação de relatórios para melhor entendimento destes relatórios. Em relação a estes relatórios, o módulo aborda os seguintes parâmetros:

1. a velocidade efetiva de deslocamento, que pode indicar erro nos registros de tempo de aplicação ou de distância percorrida. Caso não haja erro nesses registros, a velocidade de deslocamento do veículo pode ter realmente desobedecido ao padrão recomendado, comprometendo a efetividade do serviço realizado;
2. a vazão estimada da bomba, que pode indicar erro no registro do tempo de aplicação do inseticida, ou no registro do consumo da calda de inseticida, ou desregulagem na vazão da bomba;
3. a descarga de inseticida no ambiente, que pode indicar erro no registro do consumo da calda de inseticida, ou no registro da distância percorrida, ou desregulagem na vazão da bomba;
4. a dose de IA por hectare percorrido, que pode indicar erro no registro do consumo da calda de inseticida, ou no registro da distância percorrida, ou inconformidade na concentração do IA na bomba de inseticida, ou inconformidade na densidade do IA do inseticida utilizado na bomba.

Finalmente, estão disponíveis três relatórios adicionais:

1. Localidades trabalhadas pelo Programa de Controle de Arboviroses, que dá a relação das localidades positivas para a presença de *Aedes aegypti* e a quantidade de residências, comércios, pontos estratégicos, terrenos baldios e outros imóveis por localidade;
2. Quarteirões positivos por localidade por ciclo, que dá a relação de quarteirões positivos por localidade em dado ciclo de atividades;
3. Relatório PQAVS/SISPACTO.

Este último relatório é uma novidade do SISCATMOS em relação ao SISFAD e automatiza os cálculos do indicador de cumprimento de metas de visitas domiciliares, que é avaliado no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) e na Pactuação Interfederativa de Indicadores,

que era registrada no sistema SISPACTO e foi incorporada ao DigiSUS Gestor. Ambos os indicadores colocam como parâmetro a ser atingido o cumprimento de seis ciclos bimestrais de visitas domiciliares com uma taxa de cobertura de 80% dos imóveis em áreas positivas para *A. aegypti*.

## RESULTADOS E EXPERIÊNCIAS

Ao longo do período do estudo piloto, foram elaboradas doze versões do sistema, estando atualmente em desenvolvimento a versão 3.3.5. Os municípios foram capacitados inicialmente para o uso das primeiras duas versões. Com o advento da pandemia de Covid-19, as capacitações, que inicialmente eram presenciais e coletivas, passaram a ser feitas via webconferência, individualmente.

A partir da versão 2.0, a digitação dos boletins passa a ser feita por meio de formulários que são a cópia fiel dos boletins impressos. Com isso, bastam apenas instruções rápidas via webconferência para a recapacitação a partir desta versão.

A partir da versão 3.0, o processo de importação de dados para o módulo de geração de relatórios e o processo de geração da base de dados para envio à Superintendência Regional de Saúde passam por grande simplificação, deixando o uso do programa bastante intuitivo para os digitadores dos municípios. A partir dessa versão, tornou-se possível a digitação das ações de bloqueio de casos e de uso de borrifação de inseticidas a ultra baixo volume acoplado a veículo pesado. Até então, o sistema fazia o registro apenas das atividades de rotina de visita domiciliar e de inspeção e tratamento de pontos estratégicos.

Ao longo do período de desenvolvimento do *software*, os digitadores dos municípios fizeram várias sugestões para aprimoramento e correção de erros do sistema, tendo sido fundamental a adesão e o *feedback* desses técnicos para o atual sucesso do sistema. O Grupo Técnico das Arboviroses do Núcleo de Vigilância em Saúde da Superintendência Regional de Saúde de Vitória também colaborou para a elaboração de novos relatórios e, principalmente, para a transformação dos relatórios consolidados em relatórios analíticos. Entre os dias 10 e 21 de junho de 2021 foi aplicado um questionário *on-line* de avaliação do SISCATMOS para os municípios vinculados à SRSV. O questionário foi enviado para os 23 municípios vinculados à SRSV, tendo sido respondido por 10 deles. As respostas subsidiaram a decisão de formalizar a adoção

oficial do *software* como sistema oficial do serviço de controle antivetorial. As respostas aos itens objetivos encontram-se na Tabela 1 e as respostas às questões discursivas encontram-se na Tabela 2, onde também são comentadas as sugestões obtidas.

A utilização do sistema permitiu, durante o período de estudo piloto, a descoberta de vários problemas e inconformidades que até então passavam despercebidos nos municípios. Um dos problemas encontrados foi um erro no formulário do resumo semanal do serviço antivetorial (Figura 3), aparentemente devido ao envio para impressão gráfica em grande volume de um arquivo incorreto, que se disseminou provavelmente por todos os municípios do Estado do Espírito Santo há vários anos. Devido a uma diferença nos campos 54 a 59 do formulário, os municípios podem ter preenchido informações incorretas durante vários anos. O erro foi detectado inicialmente pelo município da Serra que, ao digitar os resumos no SISCATMOS, deparou-se com aviso de erro apontando conflito entre o número de imóveis inspecionados e de imóveis positivos para o vetor. Ao investigar o motivo do erro, foi constatada a diferença entre o boletim em papel utilizado pelo município e a cópia do boletim que serve como formulário de digitação no sistema. Posteriormente, a diferença foi confirmada ao consultarmos os boletins em papel de outros municípios da Grande Vitória. Quando o SISFAD era o sistema oficial, por não se verificar esse tipo de erro de digitação, ocorria a digitação de dados conflitantes. O erro na impressão dos boletins municipais não foi constatado, o que permitiu a perpetuação do problema durante talvez uma década ou mais.

Em 7 de julho, com a aprovação da adoção oficial do sistema pela reunião do Comitê Intergestores Regional, ficou pactuado o envio mensal da base de dados de boletins digitados pelos municípios. Até o dia 23 de julho de 2021, dentre os 23 municípios vinculados à SRSV, 15 municípios já haviam digitado boletins e enviado dados para a Regional. Os demais municípios encontravam-se em diferentes estágios de implantação do sistema. Atualmente, a base de dados já passou de 10 mil boletins digitados pelos municípios diretamente nesse novo sistema.

## PERSPECTIVAS FUTURAS

Para o futuro, abre-se a possibilidade da adaptação do *software* para o arquitetura do LibreOffice Calc. Tal versão do programa poderá ser desenvolvida

assim que todas as principais funcionalidades do SISCATMOS estiverem implantadas de modo estável, pois isso requer a revisão e adaptação integral dos códigos do programa.

Outra opção a ser estudada é a adaptação do sistema para o ambiente *web*, que poderia ser realizada a partir da formação de parcerias com o Instituto de Tecnologia da Informação e Comunicação do Estado do Espírito Santo (Prodest) para auxílio no desenvolvimento e hospedagem do sistema.

Além do serviço tradicionalmente realizado desde a década de 90 do século passado — que inclui visitas domiciliares, inspeção e tratamento de pontos estratégicos para o combate ao *Aedes*, bloqueio de casos de dengue, zika e chikungunya, uso de borrifação de inseticidas a ultra baixo volume para controle de surtos epidêmicos, todos já constando também no rol de boletins passíveis de digitação no SISCATMOS — serão inclusos no sistema nas próximas versões a digitação de resultados de inspeção de larvitrapas e ovitrapas utilizadas por alguns municípios para o registro de positividade e estimativa de taxas de infestação dos vetores nas diferentes localidades.

Adicionalmente, com a criação do Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA), essa nova ação, de periodicidade trimestral, passou a ser realizada inicialmente por uma lista de municípios prioritários e, a partir de 2017, por todos os municípios do Estado. Na SRSV os primeiros registros referentes aos municípios prioritários remontam a 2010, somando, portanto, um histórico de quase 12 anos de levantamentos. Essa ação é, até o momento, planejada e registrada em um *software* próprio, o LIRAA, disponibilizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Entretanto, o *software* LIRAA, que utiliza como banco de dados a arquitetura do Microsoft® Office Access, apresenta *bugs* que dificultam seu uso, muitas vezes requerendo a limpeza e redigitação dos dados cadastrais das localidades a serem trabalhadas, demandando horas de retrabalho. Adicionalmente, o *software* LIRAA possui fragilidades no sistema de geração de arquivos de resultados de levantamentos, possibilitando a adulteração dos mesmos por quem tenha conhecimentos básicos de informática, gerando arquivos manipulados indistinguíveis dos originais. Além disso, como a criação do levantamento rápido é posterior ao fim do suporte ao SISFAD, o *software* LIRAA e o SISFAD geram

bases de dados independentes e não relacionáveis, tornando impossível a geração de análises integrativas entre as ações registradas pelos dois *softwares*.

Assim, do mesmo modo que o SISCATMOS une as funcionalidades do SISFAD e do SISLOC, o programa está sendo aprimorado para a incorporação das atividades de planejamento e registro do LIRAA. Será criada uma solução para diminuir a fragilidade inerente à extensão do arquivo de dados gerado pelo *software* LIRAA, de modo a possibilitar a leitura, pelo *software* LIRAA, do arquivo de dados gerado pelo SISCATMOS, mas não a alteração manual desses resultados, como atualmente acontece. Além disso, ao incorporar a digitação dos resultados ao SISCATMOS, abre-se a possibilidade de integração real dos dados dos serviços tradicionalmente executados pelos serviços municipais de controle do vetor com os dados gerados pelo levantamento rápido de índices, de modo a ser possível a geração de relatórios analíticos que integrem os serviços.

O levantamento do LIRAA divide os municípios, especialmente os maiores, em grupos de bairros de até 12 mil imóveis, denominados estratos. Os índices de infestação por *Aedes* são calculados para cada estrato e para o município como um todo. No entanto, os resultados gerados pelo *software* LIRAA, que são encaminhados às Superintendências Regionais, às Secretarias Estaduais e ao Ministério da Saúde, omitem os dados gerados para cada estrato, que seriam de grande valia para análises.

Com a incorporação do LIRAA ao SISCATMOS, as Superintendências Regionais de Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde passarão a ter acesso aos resultados detalhados por estrato. Isso possibilitará a geração, tanto para os gestores estaduais e regionais, quanto para os municipais, de relatórios analíticos que integrarão dados dos serviços de rotina, como bloqueio de casos, aos dados de infestação estimados pelo levantamento rápido por estrato e por município. Agregam-se, com isso, mais qualidade e eficiência aos serviços de controle de vetores, com a disponibilidade de análises inéditas e relevantes, explorando de maneira mais eficiente os dados que antes não eram devidamente analisados de maneira integrada.

A incorporação do LIRAA ao SISCATMOS será feita obedecendo os cálculos e as orientações do manual de Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* – LIRAA – para Vigilância Entomológica do *Aedes aegypti* no Brasil (BRASIL, 2013b).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SISCATMOS, como novo sistema de registro e gerenciamento das atividades de controle do *Aedes*, vem se demonstrando um instrumento útil para o monitoramento, planejamento e transparência das atividades desenvolvidas pelos serviços antivetoriais municipais. A inclusão de novas análises e de novos relatórios vem auxiliar o gestor na avaliação das metas a serem atingidas. Os relatórios, ao incluírem análises críticas e explicativas a respeito das atividades, viabilizam uma maior transparência a respeito das ações desenvolvidas, sendo compreensíveis para o público leigo.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Programa Estadual de Controle da Dengue/RS, Seção de Reservatórios e Vetores do LACEN/RS. **Instrutivo de Preenchimento dos Boletins de Campo do FAD - Programa Nacional de Controle da Dengue**. Porto Alegre, RS, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* - LIRaA - para Vigilância Entomológica do *Aedes aegypti* no Brasil: metodologia para avaliação dos índices de Breteau e Predial e tipo de recipientes**. Brasília, DF, 2013b.

## ANEXOS

Figura 1. Captura da tela inicial do da versão 3.3.4 do SISCATMOS.



**Figura 2.** Captura de tela do SISCATMOS, mostrando o formulário de digitação do resumo semanal do serviço antivetorial. O formulário é uma cópia fiel do boletim em papel preenchido pelos supervisores do serviço antivetorial ou pelos digitadores do sistema nos municípios.

The screenshot displays the 'Boletim FAD 07 - Informações de RG e Trabalho de Campo' window. At the top, it identifies the 'PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD' and the 'RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL'. The form is divided into several sections:
 

- Header:** Includes 'Município', 'Código e nome da localidade', and 'Zona'.
- Activity Details:** Fields for 'Categ. localid.', 'Tipo', 'Ciclo/ano', 'Data início', 'Data final', 'Concluído?', and 'Sem. Epidem.'. Below this is the 'Atividade' section with options like '1-LI - Levantamento de índice', '2-LI-1 - Levantamento de índice+tratamento', '3-PE-Porto Estratégico', '4-T - Tratamento', '5-DI-Delimitação de foco', and '6-PVL-Pesquisa Vetorial Especial'.
- RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO:** This section contains several tables:
  - Inovações trabalhadas por tipo:** A table with columns for different activity types (14-19) and totals.
  - Depósitos inspecionados por tipo:** A table with columns for types A1, A2, B, C, D1, D2, E, and Total.
  - Depósitos Tratados:** A table with columns for Larvicida (1) and Larvicida (2), including sub-columns for Tipo, Ct/de (Gramas), and Ct/dep. trat.
  - Adulticida:** A table with columns for Tipo and Ct/dep. trat.
  - Depósito Eliminado:** A field for recording eliminated deposits.
  - Pendência:** A table for recording pending items.

 The interface includes navigation buttons like 'Voltar', 'Avançar', 'Validar', and 'Localizar', and a 'Controle Digitação' window on the right.

**Tabela 1.** Respostas das questões objetivas do questionário de avaliação do projeto-piloto de implantação do SISCATMOS, aplicado aos municípios vinculados a SRSV entre os dias 10 e 21 de junho de 2021, a partir de 10 respostas obtidas.

Questão objetiva	Sim (%)	Não (%)	Não responderam ou não têm opinião formada(%)
1 - O digitador do sistema foi quem respondeu o questionário?	90%	10%	-
2 - O digitador já possuía experiência prévia em digitar os boletins, tendo usado anteriormente o SISFAD?	70%	30%	-
3 - O digitador se sente familiarizado o suficiente para digitar no sistema sem grandes dificuldades?	80%	10%	10%
4 - O município já gerou relatórios na última versão disponível do sistema?	60%	40%	-
5 - Os municípios que já geraram relatórios consideraram os relatórios do SISCATMOS melhores do que os do SISFAD?	83,3%	0%	16,7%
6 - O município já gerou relatórios de resumo semanal de atividades?	60%	40%	-
7 - Os municípios que já geraram relatórios semanais de atividades consideraram os relatórios do SISCATMOS melhores do que os do SISFAD?	100%	0%	-
8 - O município já digitou boletins de bloqueio de casos no SISCATMOS?	40%	60%	-
9 - Os municípios que digitaram bloqueios de casos no SISCATMOS concordam que a digitação desse tipo de boletim é mais simples do que no SISFAD?	100%	0%	-
10 - O SISCATMOS é adequado ao que se propõe e o município gostaria de adotá-lo como oficial?	78%	0%	22%
11 - O município é favorável a adoção do SISCATMOS como sistema oficial do controle de vetores do Estado do Espírito Santo?	100%	0%	-

Fonte: Avaliação do Sistema de Informações de Controle de Vetores de Arboviroses Transmitidas

por Mosquitos - SISCATMOS (disponível em: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSddVDcxcUnhc3tEgRJM6vkZOwQw8BAGmcFrEnWvdWpovhDg/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0>), 2021.

**Tabela 2.** Respostas das questões discursivas do questionário de avaliação do projeto-piloto de implantação do SISCATMOS, aplicado aos municípios vinculados à SRSV entre os dias 10 e 21 de junho de 2021, a partir de 10 respostas obtidas.

Questão discursiva	Respostas	Comentário
1 - Liste as principais vantagens do SISCATMOS em relação ao SISFAD.	“O SISCATMOS é atualizado e pode abrir nas novas máquinas com Windows, sem restrição de hardware. No entanto, ele não abre na versão 2007 do pacote Office da Microsoft. Esse sistema também apresenta como vantagem novo layout de relatórios e em formato pdf, pronto para uso. É um sistema excelente, que precisa de um pouco mais de investimento para se tornar ainda mais eficiente.”	A versão anterior, na verdade, tinha restrição de idioma para o Microsoft Office. Isso foi resolvido na nova versão e agora funciona em qualquer versão do pacote Office.
	“Mais pratico e objetivo compatível em qualquer computador sem necessidade de configurações específicas, podendo ser acessado a qualquer tempo e em qualquer máquina devido ao armazenamento em pen drive, viabilizando, caso necessário o trabalho em remoto, melhor configuração dos formulários, atualizações constantes em tempo hábil para uso, além de uma ferramenta para verificação de erros e dicionário de erros disponíveis para autocorreção, campo de semana epidemiológica livre para registro do período que a compreende, possibilitando o registro de datas reais de início e termino de mês e ciclos numa mesma semana, a viabilização do suporte para auxílio e atualizações a distância, os relatórios das atividades com descrição de avaliação dos dados, o aceite de sugestões dos responsáveis pela alimentação do sistema nos municípios. Permite também, a qualquer momento, adaptações e junção de dados comparativos caso seja necessário, por exemplo, condensar os dados por estratos do LIRAA e outras necessidades que possam surgir.”	
	“Possui atualizações constantes.”	
	“Facilidade de digitação, gerar relatórios, gerar e enviar arquivos. Visualizar e compreender as informações.”	
	“Praticidade na digitação.”	
	“Interface muito intuitiva.”	
	“SISCATMOS é um sistema mais completo e de fácil entendimento.”	

<p>2 - Liste as principais desvantagens do SISCATMOS em relação ao SIFAD.</p>	<p>“Incompatibilidade com sistema que não seja Microsoft Office e somente o Ricardo (o criador do programa) pode resolver os problemas, lembrando que ele os resolve, porém quando ele estava de férias fiquei sem suporte para o programa até ele retornar.”</p>	<p>Sobre esta compatibilidade apenas com o Microsoft Office, vide a seção Perspectivas futuras.</p>
	<p>“O SIFAD abre em qualquer máquina sem necessidade de um programa pré-instalado. No entanto, para abrir precisa de configuração específica de hardware. Aparentemente, o SIFAD é mais compacto, podendo resolver a maioria das atividades sem troca de tela.”</p>	<p>Sobre a suposta compatibilidade do SIFAD com qualquer hardware, vide a seção Introdução, onde são descritos os pré-requisitos de sistemas obsoletos necessários para a execução do software.</p>
	<p>“Sistema tornou-se obsoleto requerendo configurações específicas e antiquadas para que seja possível sua execução em computadores atuais. Não houve atualizações em acompanhamento às mudanças necessárias, acesso limitado somente na máquina instalada no município, campos configurados com cálculos distorcidos, sem avaliação nos relatórios, sem campo para identificação/correção de erros pelo usuário, desconsiderado sugestões junto aos usuários diretos para melhorias e adaptações, campo semana epidemiológica travado impedindo separação de mês/ciclos numa mesma semana, sem suporte técnico, impossibilita adaptações e comparação de dados como por exemplo por estratos do LIRAA, entre outros”</p>	<p>Na verdade, a resposta dada versa sobre as desvantagens do SIFAD em relação ao SISCATMOS, não o inverso.</p>
<p>3 - Tem alguma sugestão de um novo tipo de relatório que poderia ser adicionado ao SISCATMOS? Descreva.</p>	<p>“A separação das localidades por área e por estrato para ajudar no relatório da digitação do LIRAA”</p>	<p>Isso foi implantado na versão 3.3.4.</p>
	<p>“Sugiro inserir dados de formulários de Supervisão direta e indireta, nas atividades focal (1 a 6), perifocal (3), espacial (Eq. Leve/pesado), bloqueio de caso espacial/focal, e LIRAA, bem como relatórios de avaliações qualitativa e quantitativas no Sistema.”</p>	<p>Essas duas sugestões estão sendo trabalhadas para implantação futura.</p>
	<p>“Também poderia haver uma forma de alimentar o sistema com os resumos do LIRAA para arquivamento sem descartes e possibilitar junção de dados comparativos.”</p>	
<p>4 - Quais são as vantagens do relatório gerado pelo SISCATMOS?</p>	<p>“Deixa-nos informados das necessidades de campo e algum erro cometidos na digitação, e é um relatório bem completo não deixando dúvidas para quem ler”</p>	
	<p>“A viabilização do campo supervisão resumida dos trabalhos desenvolvidos conclusivo e pronto para os municípios no período que necessitar otimizando tempo e colaborando para avaliação, adequações e mapeamento de riscos a priorizar.”</p>	
	<p>“Melhor entendimento na Leitura do Relatório.”</p>	
	<p>“Mostra a situação do município detalhado de acordo com os dados lançados no sistema.”</p>	
	<p>“São mais compactos, simples e objetivos.”</p>	

5 - Tem alguma sugestão de aprimoramento para o SISCATMOS? Descreva.	“Também é importante torná-lo ainda mais intuitivo, concentrando as funcionalidades e opções numa área única de tela. E incluir campo para digitação de pesquisa entomológica por meio de larvitampa e ovitampa.”	A inclusão de digitação de armadilhas está em estudo para futura implantação.
--	---	---

Fonte: Formulário de Avaliação do Sistema de Informações de Controle de Vetores de Arboviroses Transmitidas por Mosquitos - SISCATMOS (disponível em: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSddVDcxcUnhc3tEgRJM6vkZOofWqQw8BAGmcFrEnWvdWpovhDg/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0>), 2021.

**Figura 3.** Erro detectado no formulário do resumo semanal do serviço antivetorial (formulário FAD07, v.2.1). A) versão correta dos campos 54 a 63, solicitando o preenchimento do número de imóveis com espécimes por tipo. B) versão incorreta, provavelmente utilizada há muitos anos em todo o Estado do Espírito Santo, solicitando o preenchimento do número de depósitos com espécimes por tipo.

A)

	Nº de imóveis com espécimes, por tipo									Nº de exemplares											
	54	Residência	55	Comércio	56	Terreno Baldio	57	Ponto Estratégico	58	Outros	59	Total	60	Larvas	61	Pupas	62	Exúvia de pupa	63	Adultos	
com <i>Aedes aegypti</i>																					
com <i>Aedes albopictus</i>																					
outros																					

B)

	Nº de depósitos com espécimes por tipo										Nº de exemplares										
	54	Residência	55	Comércio	56	TB	57	PE	58	Outro	59	TOTAL	60	Larvas	61	Pupas	62	Exúvia de pupas	63	Adultos	
com <i>Aedes aegypti</i>																					
com <i>Aedes albopictus</i>																					
Outros																					

Fonte: A) Brasil, 2013a. B) Detalhe de boletim utilizado e escaneado pelo município de Vitória em 2021.



# IMPLANTAÇÃO DA CÂMARA TÉCNICA TEMÁTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REGIÃO CENTRAL DO ES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cristiara Ferreira Lima Amite  
Daniela de Souza Casotti  
Denise Lyra Bubac  
Eliete Melotti Rocha  
Lena Márcia Silva  
Livia Chechi Motta Cometti  
Ricardo da Silva

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem se destacando como a melhor forma de organização dos serviços de saúde, e a principal porta de acesso da população brasileira à assistência em saúde (PIRES *et al.*, 2019). Consiste no primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por 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 positivamente na situação de saúde das coletividades, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (BRASIL, 2021).

Segundo Pires *et al.*, (2019) resultados positivos estão sendo alcançados desde a implementação da APS, dentre os fatores, destaca-se: participação da comunidade no que se refere à própria saúde; diminuição dos casos de doenças sensíveis às condições sanitárias e econômicas e, conseqüentemente, a mortalidade; o aumento das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Tal panorama corroborou para que a APS ocupasse a centralidade do processo de qualificação dos serviços de saúde no contexto nacional e internacional. No entanto, questões

econômicas e de abrangência na cobertura configuram desafios relevantes para a efetividade da APS no que tange à redução das disparidades entre regiões.

O desenvolvimento da APS é considerado complexo por tratar-se de uma proposta integral no cuidado à saúde dos indivíduos, o que não significa necessitar de densidade tecnológica (recursos e materiais) como os incorporados aos níveis secundário e terciário. A complexidade intrínseca à APS ocorre justamente pelas redes de relações humanas formadas pelos trabalhadores, gestores e usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Estas ações de saúde voltadas às relações humanas são classificadas por Merhy *apud* Coelho e Jorge (2009) como tecnologias leves, isto é, as relações no trabalho em saúde perpassam os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde.

Para Pires *et al.* (2019), a APS representa um desafio para a gestão devido ao fato de assumir responsabilidades de assistência integral, universal e equânime, além de envolver as dimensões tradicionais como a gestão de pessoas, gestão de materiais e a gestão financeira.

No Brasil, a gestão na APS fica sob a responsabilidade do município e torna-se essencial que esteja organizada de forma a garantir a qualidade e resolutividade da atenção à saúde. O funcionamento efetivo da APS, em parte, está relacionado à compreensão das necessidades de saúde da população, dos processos de trabalho envolvidos, à gestão dos recursos requeridos e o provimento de resultados efetivos (PIRES *et al.*, 2019).

Com o objetivo de qualificar a APS da região de saúde central, propôs-se a implantação de uma câmara técnica temática, considerando o regimento interno da Comissão Intergestores Regionais (CIR/CENTRAL) da Região Central de Saúde do Espírito Santo (ES) em seu art. 5, versa sobre a estrutura necessária para o exercício das funções da CIR e aponta que:

§ 1º - A Comissão Intergestores Regional da Região Central de Saúde – CIR-CENTRAL – ES poderá compor Câmaras Técnicas Temáticas, sempre que necessário.

§ 2º - A indicação dos técnicos para a composição das Câmaras Técnicas Temáticas será feita pelas instituições representadas na CIR-CENTRAL – ES, observando-se as áreas que estarão em discussão (CIR, 2019).

Diferentemente da Câmara Técnica da CIR/CENTRAL que é espaço permanente, e responsável pela análise, elaboração de parecer técnico e encaminhamento das propostas, relativas a planos, projetos, processos e pleitos, subsidiando os procedimentos e mecanismos necessários ao processo decisório. Assim, existe previsão para criação da Câmara técnica Temática da APS na Região Central do ES (CTAPS) e tem como proposta fomentar um espaço de debate acerca de temas relacionados à saúde coletiva, em especial aqueles de relevância social benéficos para gestão pública da saúde que qualifica o uso dos recursos disponibilizados para as ações e serviços de saúde em APS, implantação de redes temáticas e a contratação necessária de recursos humanos entre outros temas.

A CTAPS colabora para orientação das Coordenações Municipais de Atenção Primária (CMAP) ao fomentar uma atenção à saúde da população de qualidade em tempo oportuno, para a obtenção de melhores desempenhos nos indicadores de saúde e satisfação do usuário.

A CTAPS se configura como espaço de Educação Permanente em Saúde (EPS) traz como estratégia metodológica a construção coletiva, ou seja, uma concepção de trabalho, aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos sociais. A CTAPS fomenta momentos de trocas de experiências bem-sucedidas entre os municípios da região, onde os atores do cotidiano são os gestores da APS. Nos encontros da CTAPS se valoriza a elaboração de conceitos; acolher, respeitar, ouvir, cuidar e responder com elevada qualidade. Assim, existe o entendimento de uma Educação Permanente em Saúde que reconhece o cotidiano de atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF) como espaço inovador, acolhimento de desafios, de substituição criativa de modelos por práticas cooperativas, colaborativas, integradas, de escuta qualificada, de respeito à diversidade e às pluralidades percebidas no município (BRASIL, 2014).

## **OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICO**

Relatar a criação da Câmara Técnica da APS na região central como importante espaço de compartilhamento de experiências exitosas e no enfrentamento de dificuldades. Como objetivos específicos: discorrer sobre o processo de formação do espaço; dificuldades encontradas, fragilidades e

potencialidades dessa estratégia de trabalho; e resultados para a qualificação da APS nos municípios.

## METODOLOGIA

A metodologia escolhida e utilizada para a implantação da câmara técnica temática da APS na região central do ES foi a metodologia ativa. Segundo Macedo *et al* (2018), a metodologia ativa (MA) tem uma concepção de educação crítico-reflexiva com base em estímulo no processo ensino-aprendizagem, resultando em envolvimento por parte do educando na busca pelo conhecimento. Dentro do conceito de metodologia ativa, existe o método a partir da construção de uma situação problema (SP), a qual proporciona uma reflexão crítica; mobiliza o educando para buscar o conhecimento, a fim de solucionar a SP; ajuda na reflexão e na proposição de soluções mais adequadas e corretas. As concepções teóricas e metodológicas da MA convergem com a metodologia da problematização (MP).

Ao se pensar em criar a CTAPS a visão de trabalho era a otimização do tempo das reuniões de Grupos Condutores das redes temáticas de atenção à saúde RAMI (Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil), RUE (Rede de Urgência e Emergência), RCPD (Rede de Atenção à Saúde das Pessoas Deficientes) e RAPS (Rede de Atenção Psicossocial); a melhoria da comunicação entre a Coordenação Regional e as Municipais sobre atualizações de legislações e programas/estratégias para APS; o alinhamento sobre o Programa de Qualificação da Atenção Básica; a informação sobre as residências multiprofissionais em saúde; a autorregulação formativa; a divulgação dos programas do Instituto Capixaba de Ensino e Pesquisa e inovação em Saúde (ICEPi) e das ações de educação permanente da SESA (Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo). A rede de crônicas à época não possuía referência técnica para desdobramento das ações.

A primeira etapa para a implantação da câmara técnica foi definir as temáticas a serem discutidas. Para a obtenção deste levantamento, a Coordenação Regional da APS elaborou um questionário e encaminhou aos coordenadores municipais de APS. Esse documento abordou as dúvidas sobre gestão em saúde; segunda etapa: convite a palestrantes (os palestrantes convidados a participar foram definidos a partir de sua formação profissional, experiência e representatividade);

terceira etapa: elaboração e divulgação do cronograma das reuniões contendo temas e palestrantes e, na última, a realização dos encontros da câmara técnica.

Esse levantamento apontou como temas de interesse e necessidades dos componentes da CTAPS; a necessidade de suporte sobre o PSE (Programa Saúde na Escola), o NASF (Núcleo Apoio à Saúde da Família), Bolsa Família, organização sobre redes temáticas em saúde, sistemas de informação em saúde e-SUS, SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), atenção e especialidades em Odontologia; os sistemas de alimentação e monitoramento da saúde; os programas do Ministério da Saúde para a APS; o gerenciamento de pessoas (aspectos legais e de comunicação); o papel do coordenador de APS; os modelos e protocolos ideais para a enfermagem na APS (procedimentos e prescrições); nova PNAB (Política Nacional de Atenção Básica); as atribuições dos agentes comunitários de saúde.

Os encontros da CTAPS ocorreram em periodicidade mensal com duração de cerca de oito horas cada. Ao findar os encontros, o grupo era convidado a avaliar a reunião e todas as sugestões e encaminhamentos foram registrados nas memórias e atas das web reuniões, e trabalhadas pela Coordenação Regional de APS da SRSC com apoio dos parceiros — por exemplo, apoiadores do CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) e técnicos do nível central (SESA/ES).

## CONTEXTUALIZAÇÃO

A ideia de implantar uma câmara técnica temática da APS da regional central surgiu em 2015, quando ocorreu um projeto piloto intitulado “Fórum Regional de Atenção Primária à Saúde”, no qual foi proposto um alinhamento técnico entre municípios, regional e SESA.

Em maio de 2019, a Coordenação aplicou questionário junto aos coordenadores municipais de APS que apontou as principais dúvidas sobre gestão em saúde. Como medida de tratativa, foi encaminhado à CIR (Comissão Intergestores Regionais) proposta de formação da Câmara técnica temática da APS enquanto espaço de educação permanente e de apoio técnico institucional para troca de informações, experiências, escuta qualificada e a ambientação de novos servidores empossados como coordenadores municipais. Em outubro de

2019, a Câmara Temática da APS (CT/APS) foi instituída por meio da Resolução CIR N°211/2019 e homologada pela CIB Resolução N° 047/2019. Nos anos de 2019 e 2020 foram realizadas cinco reuniões presenciais e 12 reuniões remotas para abordagem dos seguintes temas: Previne Brasil (financiamento da APS), enfrentamento a pandemia, dentre outros.

A Região Central do estado do Espírito Santo até 2020 era composta por 18 municípios. Com a Resolução CIB (Comissão Intergestores Bipartite) n° 149/2020 e CIR (Comissão Intergestores Regional) n° 27/2020, que respectivamente aprova e homologa o PDR (Plano Diretor de Regionalização) a região administrativa central passou a ser composta por 15 municípios, sendo: Águia Branca, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Colatina, Governador Lindenberg, Linhares, Mantenópolis, Marilândia, Pancas, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Roque do Canaã, Sooretama, Vila Valério.

Durante os anos 2019 e 2020 foram realizados seis encontros onde a temática foi debatida e os desafios para alcance das metas estabelecidas para os indicadores. Assim, a CTAPS tem caráter inovador sendo uma ideia simples, mas nunca antes vivenciada na região central do ES.

## RESULTADOS

A implantação da câmara técnica temática oportunizou o levantamento e debate de alguns problemas de gestão. O principal problema encontrado ao início dos encontros foi o relato por parte dos coordenadores municipais de APS de sobrecarga de trabalho, das várias atribuições do papel de coordenador enfermeiro no município e nas unidades de saúde, destacando as diversas reuniões promovidas pela SRCS/SESA e com inseguranças técnicas na condução de suas equipes (equipes de atenção básica e estratégia de saúde da família). Assim, nos anos de 2019 e 2020 foram realizadas cinco e sete reuniões presenciais, totalizando 12 web reuniões com temas diversos escolhidos pelos coordenadores municipais. A seguir breve descrição dos encontros:

Em 06 de junho de 2019, o tema debatido foi a modelagem da RAMI com a apresentação de alguns indicadores dos municípios de Linhares, Mantenópolis e Colatina, sendo feita uma discussão sobre a leitura e interpretação desses

indicadores e intervenções possíveis; foi realizada apresentação dos indicadores monitorados pelo Hospital e Maternidade São José em Colatina no último trimestre, com espaço para esclarecimento de dúvidas. Foram discutidos, ainda, os seguintes temas: a utilização dos recursos do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente (PROEP-SUS) o credenciamento de Equipes multiprofissionais de saúde mental (AMENT); a situação da Dengue na Região Central; a certificação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- PMAQ, o Programa Saúde na Hora; o Programa Saúde do Escolar (PSE), e uma breve exposição sobre o novo modelo de regulação e acesso em implantação no ES, denominado autorregulação formativa.

No dia 11 de julho de 2019, ocorreu uma reunião de CTAPS conjugada com o Grupo Condutor da RAMI e da RAPS, com abordagem dos seguintes assuntos: a capacitação de profissionais de saúde em pré-natal/obstetrícia; o panorama atual da RAPS na região central; a exposição e debate do vídeo Pedras no Caminho; a adesão das gestantes usuárias de álcool ou outras drogas e/ou com transtorno mental ao acompanhamento pré-natal. Foi realizada a apresentação e aprovação do Projeto de Apoio Institucional a APS: diagnóstico regional e visita técnica, no qual a equipe da APS/SRSC, quando demandada, realiza visita técnica e aplicação de instrumentos de avaliação externa em todas as unidades de saúde do município, emitindo documento com recomendações para melhoria estrutural e de processos de trabalho para a gestão municipal.

Já em 27 de agosto de 2019, o grupo debateu o panorama da RAMI; as mudanças legislativas na RAPS; a agenda de capacitações em saúde do trabalhador; também foi discutido dentro do campo da vigilância em saúde, a qualidade do atendimento antirrábico por meio da apresentação de um estudo de caso, debate que envolveu todos os municípios da região. Ao final, foi realizada orientação sobre a fase de implantação das novas equipes ESF/SB/NASF/Saúde da Hora e Gerentes de UBS. Foi realizado relato de experiência exitosa pelo município São Roque do Canaã sobre a descentralização do teste do pezinho.

No encontro de 03 de outubro de 2019 foi elaborada, discutida e apresentada uma proposta de criação de Câmara Temática da APS pela Coordenação regional de APS, também informativos discutidos na reunião do GC da RAMI; Vigilância em Saúde; informes da RAPS.

Em 21 de novembro de 2019 ocorreu a reunião do grupo condutor regional da RAMI que debateu as linhas de cuidado da rede e as atribuições dos agentes vinculadores, também foi debatido o novo financiamento da APS à luz da Portaria n. 2979 de 12/11/19; foi tema a vigilância em saúde sobre leishmaniose visceral; debate dos dados da cobertura de vacinação; SISPACTO e seu objetivo, a metodologia de oficinas regionais, avaliação quadrimestral e rol de indicadores. Breve informe sobre a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) a Resolução CIR n. 51/2019 que aprovou a atualização do Plano de Ação Regional da rede e a ampliação do número de leitos de saúde mental no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Colatina. Nessa reunião foi abordado o novo financiamento da APS, o Previne Brasil, legislação, notas técnicas, FAQ (fichas de qualificação dos indicadores de desempenho), captação ponderada, incentivos e provimento, além da demonstração do painel CONASEMS com simulação de valores por município. Houve roda de conversa e estudos de casos.

Em 19 de março de 2020 a reunião de CTAPS conjugada com grupo condutor da RAMI discutiu o SISCAN (Sistema de Informação em Câncer de Colo de Útero) e indicadores. Também foi apresentado um panorama das arboviroses com foco na dengue; uso do e-SUS VS e orientações sobre a pactuação de indicadores SISPACTO.

A reunião de Câmara técnica de APS de 10 de agosto de 2020, teve por tema a Agenda de Resposta Rápida da APS diante da Pandemia Covid-19 e o Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia nas Redes de Atenção à Saúde. Além disso, abordou o tema Como Romper a Cadeia de Transmissão da Covid-19 em Comunidades. E a apresentação do Relatório Avaliativo Regional acerca dos 18 (dezoito) planos municipais da região central.

Em 20 de agosto de 2020, a reunião da CTAPS foi iniciada com atualização do manejo clínico e Nota Técnica Covid-19 N° 29/2020 – GEVS/SESA/ES que faz a definição de Casos Operacionais e Critérios de Coleta. Houve demonstração de consulta ao painel Covid-19 (SESA, 2020). E, após a continuidade da discussão quanto à aprovação da proposta de união das agendas de Resposta Rápida para APS no Enfrentamento do Covid-19 (SESA) e Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na rede de atenção à saúde (CONASS) com relatos de 5 (cinco) representantes de municípios sobre as dificuldades e potencialidades da APS no enfrentamento da Covid-19.

Em 25 de agosto de 2020 a reunião de Câmara Técnica de APS realiza debate focado no novo financiamento da APS (Programa Federal - Previnde Brasil) e nos seus indicadores de captação e desempenho com foco nos parâmetros/metast. Como: indicador de cadastro, proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação; proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; cobertura de exame citopatológico; cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Em 27 de agosto de 2020, foi realizada reunião da CTAPS conjugada com avaliação e monitoramento dos indicadores do pacto interfederativo que é estratégia de gestão do SUS quando estados e municípios podem discutir e pactuar indicadores de interesse regional, no âmbito das respectivas CIR e os municípios podem definir e acompanhar indicadores de interesse local, observadas as necessidades e especificidades. Essa pactuação reforça as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população no território reconhecidas de forma tripartite e fortalece a integração dos instrumentos de planejamento no SUS. Assim, os gestores nas três esferas de governo são responsáveis pelo monitoramento e avaliação das respectivas metas pactuadas, de modo que os resultados retroalimentam o planejamento em saúde, conforme resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016.

No estado do Espírito Santo foi decretado em 13 de março de 2020 estado de emergência em saúde pública, mediante Decreto nº 4593-R, com o estabelecimento de medidas sanitárias e administrativas para prevenção, controle e contenção dos riscos, danos e agravos, decorrentes do surto de coronavírus. O assunto Covid-19 foi trazido para esse espaço de discussão, e tornou-se prioritário na CTAPS. A Coordenação Regional de APS aplicando o ciclo de planejamento *Plan Do Check, Actions* (PDCA) revisou os Planos Municipais de Enfrentamento da Covid-19 (PMEC) elaborados pelos municípios correspondentes a região administrativa central, tendo como base orientadora o Plano Estadual de Enfrentamento da Covid-19 do Espírito Santo. Foi constatado superficialidade na descrição das ações pertinentes ao enfrentamento da pandemia e algumas

ações distantes da possibilidade local, pois nas versões preliminares dos Planos Municipais de Enfrentamento da Covid (PMEC) constatamos a inexistência de fluxo espacial diferenciado nas UBS para atendimento dos casos suspeitos/confirmados das demais demandas. Inicialmente não houve ampliação do horário de atendimento das UBS/APS, constatamos poucas parcerias e articulações com serviço privado, as UBS não praticavam acolhimento e se verificou a inexistência do fluxograma para o mesmo, os PMEC não registraram qualquer tipo de POP (procedimento operacional padrão).

Diante deste cenário, a CTAPS em conjunto com as referências técnicas da Coordenação Regional de APS e Redes Temáticas da Superintendência Regional de Saúde de Colatina (SRSC) iniciaram uma agenda de trabalho conjunto com cada referência técnica municipal visando ações mais adequadas à sua realidade e qualificação dos PMECs. No período de abril até setembro foram realizadas 19 web reuniões para atendimentos individuais e 12 coletivos, no decorrer desses momentos se fomentou o apoio técnico institucional para elaboração, execução e avaliação dos PMEC, que é uma atividade realizada pela coordenação regional de APS que em conjunto com CTAPS apontou formas de qualificação dos PMEC para melhor caracterização municipal no que tange a organização das redes de atenção à saúde (RAS) municipais, dos sistemas logísticos (transporte e regulação) e sistema de apoio (diagnóstico, farmacêutico, teleassistência e informatização) para o desafio pandêmico. Assim, os PMECs foram constantemente qualificados e organizam a Rede de Atenção Saúde (RAS) para o enfrentamento a Covid-19. Esses esforços regionais incentivaram o uso dos instrumentos de autoavaliação propostos pelo Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 na RAS e da Agenda de Resposta Rápida elaborada pela SESA/ES (CONASS, 2020).

Ao findar as web reuniões e encontros, a referência técnica regional apresentou na CIR (do mês de junho de 2020) o Relatório Regional Avaliativo dos Planos Municipais de Enfrentamento Covid-19/Região Central de Saúde onde se elencou as orientações emitidas sobre os registros da realidade local, em especial as estratégias e ações de enfrentamento, em detrimento dos relatos genéricos sobre a doença e redação dos textos históricos sobre Covid-19. Todos os municípios foram orientados sobre a importância do registro no PMEC do decreto municipal oficializando a situação de emergência e seus desdobramentos administrativos

nos processos de organização da rede, como; contratação de profissionais compra de insumos, equipamentos, e portarias/decretos que instituíram o COE (Centro Operacional de Emergência) em saúde pública no município. Na CTAPS foi enfatizado a importância desse registro em cumprimento ao determinado no manual do Ministério da Saúde. Assim, nesse cenário de pandemia, durante as web reuniões foi incentivada a integração entre Atenção Primária em Saúde (APS) e Vigilância em Saúde (VS) nos municípios como condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visando estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade. Dessa forma, destacamos a importância dos PMEC contemplarem toda a população no território, priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior risco e vulnerabilidade, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde, proporcionando equidade na atenção.

A reunião da CTAPS teve por objetivo orientar e avaliar as ações e estratégias de enfrentamento à pandemia e retorno às ações de rotina nas unidades de saúde. Foram ouvidas as experiências bem-sucedidas dos municípios e dificuldades enfrentadas, o grupo encaminhou proposta de implementar a matriz de acolhimento, organizando o acesso aos serviços, a equipe APS regional se propôs em elaborar um consolidado regional para ser apresentado no próximo encontro da CTAPS. As salas de situações (SDSS) foram espaços municipais que se definem como importante ferramenta para tomada de decisões, desta forma o uso de informações em saúde facilitou a análises das informações sanitárias e empoderou a gestão municipal de saúde no enfrentamento da pandemia (BRASIL, 2020).

Na reunião de CIR Central realizada dia 01/09/2020 foi apresentado o Relatório Avaliativo Regional dos Planos Municipais de Enfrentamento da Covid-19, emitido pela Coordenação Regional de APS que versou sobre a análise dos dados produzidos mediante aplicação do *checklist* que visou instrumentalizar e padronizar as informações nos Planos. Assim, o *checklist* observava itens distribuídos em blocos.

No primeiro bloco, se abordou nos Planos Municipais de Enfrentamento à Covid-19 a decretação de situação de emergência; instituição do COE de acordo com manual do Ministério da Saúde, com respectiva portaria ou decreto;

cronograma de reuniões; elaborou outros decretos; ações que o município vinha realizando durante a pandemia; articulação do serviço público com o privado; ampliação dos horários de atendimento em alguma UBS; plano de contingência havia sido apreciado pelo Conselho Municipal de Saúde.

No segundo bloco, o *checklist* abordou questões relacionadas ao estoque de medicamento para pacientes sintomáticos; monitoramento para as populações/grupos: ILPIs (Instituições de Longa Permanência para Idosos); população de rua e abrigos de crianças e adolescentes; atendimento específico às pessoas com deficiências; cuidado compartilhado e vinculação da gestante às maternidades disponíveis na regional de saúde; programa de saúde mental: ações previstas a serem realizadas com pacientes de saúde mental já identificados, pacientes novos e profissionais de saúde; como estão sendo realizados atendimentos diante das limitações impostas à prevenção ao contágio de Covid-19; saúde da mulher e da criança; como acontece o atendimento a saúde bucal; estratificação de risco em doenças/condições crônicas; e acompanhar metas e indicadores da APS.

No terceiro e último bloco, na aplicação do *checklist* foram avaliados os Planos Municipais de Enfrentamento se o município realizou capacitação para os servidores (especificar); unidades de referência para Covid-19 e fluxo isolamento nas UBS; profissional para atendimento por tipo de demanda; monitoramento dos casos suspeitos ou confirmados (visita domiciliar, telefone, outros); implantação de barreira sanitária; capacitação dos profissionais; leitos para internação de pacientes com suspeita de Covid-19; procedimento de limpeza e desinfecção das áreas e equipamentos utilizados na assistência ao paciente; ações, fluxos e atualização dos registros do município no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde); atualização e alimentação dos sistemas de informação; reuniões com equipe e a periodicidade programada; informar se o município apresentou junto aos profissionais das UBS o plano de enfrentamento da Covid-19, com seus respectivos relatórios e ações programadas e já executadas; educação permanente: informar se os profissionais de saúde terão acesso às webconferências, roda de conversa, *lives*, web palestras disponíveis nas várias plataformas de Internet. Informar quais unidades de saúde do município possuem acesso à internet.

Assim, em 2020 a maioria dos encontros realizados debateu a implantação da agenda de resposta rápida para a APS no enfrentamento à Covid-19 proposta

pela SESA (Secretaria de Estado de Saúde) em consonância com o Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde proposto pelo CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde). Dessa forma, houve convergência entre as frentes de trabalho desenvolvidas através da aplicação desses 3 instrumentos orientadores do enfrentamento: o *checklist* (da SRSC), o Guia Orientador (do CONASS) e a Agenda de resposta rápida (da SESA/ES).

No estado, na região e nos municípios foi utilizado o Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde que foi publicado pelo CONASS, em maio de 2020, que se configurou em um amplo instrumento dividido em partes: a primeira sobre a APS, a segunda sobre a AAE (atenção ambulatorial especializada) e a terceira sobre a AH (atenção hospitalar), a Vigilância à Saúde e a Assistência Farmacêutica interagindo todos os níveis de atenção. O Guia Orientador é um instrumento em formato de roteiro de discussão, estruturado através de tópicos que contemplou aspectos operacionais da rede de atenção à saúde, como sistemas logísticos e de apoio, entre eles regulação, informação em saúde e governança com funcionamento das comissões intergestores sejam estaduais ou regionais. O Guia Orientador abordou estratégias para enfrentamento à covid 19, sejam na atenção primária, na ampliação de leitos de retaguarda, leitos clínicos, leitos de enfermarias e UTI, e/ou na compra de insumos e equipamentos necessários (CONASS, 2020).

Em convergência, a Secretaria da Saúde (SESA) construiu e disponibilizou a Agenda de Resposta Rápida para a APS no enfrentamento à Covid-19, de organização e reposicionamento da APS durante o enfrentamento do novo coronavírus (Covid-19), com eixo focal na organização da APS e RAS em nível municipal também foi amplamente utilizado pelos municípios da Região.

A CTAPS trabalhou os três instrumentos acima citados durante o enfrentamento da Pandemia que envolveu orientações sobre as portas de entrada, o acolhimento e classificação de risco, fluxos de encaminhamentos, transporte sanitário, a organização das transferências, as visitas domiciliares, a organização do monitoramento domiciliar a ações estratégicas, dentre outras.

Os produtos consolidados regionais embasaram encaminhamentos aos municípios da região, destacando as potencialidades, dificuldades e desafios para enfrentamento da Covid-19 em nível local.

Finalmente, a Coordenação Regional de Atenção Primária, em conjunto com a CTAPS, avaliou as novas oportunidades de ação e de aprimoramento da iniciativa em resposta à pandemia em cada encontro, que também visou à resposta rápida dos serviços de saúde para rompimento da cadeia epidemiológica da doença. Ocorreram debates sobre protocolos de atendimento, notas técnicas, investimento em capacidade instalada e diagnóstico e em tecnologia de informação telemedicina e teleatendimento (melhor conexão de internet nos serviços de saúde), sobre o cuidado compartilhado dos pacientes com doenças crônicas, e retomada de consultas e exames especializados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CT da APS é fruto do engajamento dos atores envolvidos (técnicos atuantes na coordenação regional de APS, coordenadores municipais de APS, representantes de serviços de saúde como: clínicas, laboratórios e hospitais, apoiadores do CONASS, CONASEMS e técnicos do nível central da SESA/ES), atualmente compõe a agenda tática organizacional da SRSC que dispõe de técnicos membros para as atividades de educação permanente e também agiliza a comunicação (entre secretarias municipais e SESA) e seus trâmites burocráticos na formação de parcerias e ritos burocráticos.

A Câmara Temática da APS foi inovação promovida pela SRSC e aprovada pela CIB (Comissão Intergestora Regional) enquanto espaço de governança regional do SUS.

A iniciativa é simples com pouco investimento e facilmente replicável por outra Superintendência Regional ou CIR, basta haver a organização de programação das reuniões e uso de espaços físicos e plataformas gratuitas. Entretanto, o êxito da iniciativa está relacionado à aprovação dos encontros por parte dos participantes, às melhorias na atenção à saúde da população e à otimização da gestão de recursos. Os principais aprendizados da equipe organizadora se relacionam às experiências compartilhadas — por exemplo, a experiência de descentralização do teste do pezinho, relatada por São Roque do Canaã que foi replicada pelo município de Águia Branca. Outro exemplo, a experiência relatada por Linhares de organização de regulação de consultas e exames foi replicada por São Gabriel da Palha.

A livre manifestação nas reuniões, autoavaliação da equipe organizadora e escuta qualificada são importantes fatores para boa avaliação dos encontros. Devido à pandemia de Covid-19, as reuniões ocorreram de forma presencial até a primeira quinzena de março/2020. De lá pra diante, passaram a acontecer remotamente (via Google Meet, plataforma da Prodest e o zoom). As reuniões presenciais geraram pouco resíduo poluente (copos descartáveis e guardanapos de papel) sendo adequadamente encaminhados para reciclagem devido parceria com SANEAR (Serviço Colatinense de Meio Ambiente e Saneamento Ambiental) que aloca postos de recolhimento dentro do prédio da SRSC.

Concluimos que a implantação da câmara técnica temática se faz um importante dispositivo para educação permanente dentro da APS, pois foram estudadas novas portarias, programas, políticas da Atenção Básica e editais do Ministério da Saúde, além de oportunizar espaço de troca de experiências e compartilhar ações estratégicas no enfrentamento de dificuldades comuns.

Para a equipe que for desenvolver uma iniciativa recomenda-se a elaboração de projeto piloto, inicialmente com reuniões informais, mas com a pactuação de normas de convivência, após alguns encontros regulares e formada a coesão do grupo, sugerimos a formalização da iniciativa junto a CIR com oficialização mediante resolução nomeando os membros, e reconhecimento institucional como espaço de qualificação e educação permanente em saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto nº 4710-R, de 13 de agosto de 2020**. Dispõe sobre medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do novo coronavírus (COVID-19), e dá outras providências. 2020a. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/es/decreto-n-4710-2020-espirito-santo-dispoe-sobre-medidas-para-enfrentamento-da-emergencia-de-saude-publica-decorrente-do-novo-coronavirus-covid-19-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde**. SGTES–OS 0314/2014 – Editora MS. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/educacao\\_permanente\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/educacao_permanente_saude.pdf). Acesso em: 27 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é Atenção Primária?** 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 26 de julho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 1740 de 10 de julho de 2020**. Estabelece o pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, diante do contexto da emergência

de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). 2020b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.740-de-10-de-julho-de-2020-266574629>. Acesso em: 27 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020**. Dispõe sobre municípios e Distrito Federal que apresentam manutenção ou acréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil e sobre o valor per capita de transição conforme estimativa populacional da Fundação IBGE. 2020c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.740-de-10-de-julho-de-2020-266574629>. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf). Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. **Portaria MS nº 2.979 de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 26 jul. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-VERS%C3%83O-FINAL-3.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2021.

MACEDO, K. D. S. *et al.* Metodologias ativas no ensino em saúde: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 3, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/XkVvYBmtbgRMLxQvkgQGqQ7z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 jul. 2021.

PIRES, D. E. P. *de et al.* Primary Healthcare Management: what is discussed in the literature. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online], v. 28, e20160426, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/tZPyYVKzYGjV6gdYqp68XNf/?lang=pt>. Acesso em: 26 jul. 2021.

## ANEXOS

### Anexo 1. Fotos dos encontros presenciais e webs reuniões



governo\_es





# VIVÊNCIAS DO SETOR DE JUDICIALIZAÇÃO DA SESA NA PANDEMIA DA COVID-19: REFLEXÕES, TELETRABALHO E A RELAÇÃO COM A JURISDIÇÃO

Andrea Maria Nunes Nobre  
Fabrício Santos Neves

## APRESENTAÇÃO

Através de texto quase em sua totalidade narrativo, os autores se propõem a expender o Setor de Judicialização da SESA, trazer a ideia de sua complexa atuação e desvelar vivências, no contexto pandêmico, que valeram de comprovação à qualificação em que o mesmo se constituiu. Os colaboradores do setor são a razão deste despretenhoso levantamento, pois neles habita essa história, e mesmo a despeito dos que pensem o contrário, temos nesses colaboradores defensores do Sistema de Saúde trabalhando sob a égide de seus princípios, atuando como inventariantes pelo fim daquilo que, por hora, os mantém como seção.

Temos o relato de nossas práticas.

## A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO E A EFETIVAÇÃO DE UMA SISTEMÁTICA DE RESPOSTAS

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A lógica constitucional prescreve a saúde como um dever estatal em garantia de um direito social elencado no art. 6.º do mesmo Texto. A mesma premissa tem correspondência na Constituição do Estado do Espírito Santo em seu art. 159, mantendo assim o mesmo dispositivo. Esses fundamentos seriam ratificados na Lei Orgânica da Saúde sendo disposto que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis

ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). Fica assim preceituado que o dever estatal irá se consistir na formulação e execução de políticas econômicas e sociais visando assegurar o direito fundamental.

A mesma Constituição Cidadã, no rol do seu art. 5.º garante que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito (XXXV)”, sendo o acesso à Justiça pressuposto de direito fundamental (BRASIL, 1988), haja vista atos legislativos sequentes como a sanção da Lei n. 9.099/1995 (BRASIL, 1995) e a aprovação da Emenda Constitucional nº 45/2004 que constituem inequívocos meios de preservar e democratizar essa garantia (BRASIL, 2004).

É neste cenário que temos o advento do (crescente) fenômeno da judicialização da saúde, quando por mera incúria estatal ou nos vazios assistenciais temos as principais razões para busca do Judiciário na mediação e resolução das demandas que atentam ao consubstanciado, direito expectativo.

SILVA *et al.* (2012, p. 86) faz oportuna reflexão neste contexto no que se refere à problemática em nosso estado, concluindo que “com o aumento das concessões dos pedidos feitos ao Poder Judiciário (*tabela 1*), é inevitável que a Administração Pública passe a ter um maior impacto nos gastos previstos no orçamento geral da Secretaria de Saúde do Espírito Santo.”[*g.n.*].

**Tabela 1.** Julgados levantados no sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo, 2005-2009.

Ano	Julgados
2005	41
2006	53
2007	54
2008	80
2009	121

Fonte: SILVA *et al.* (2012, p. 79) /TJES.

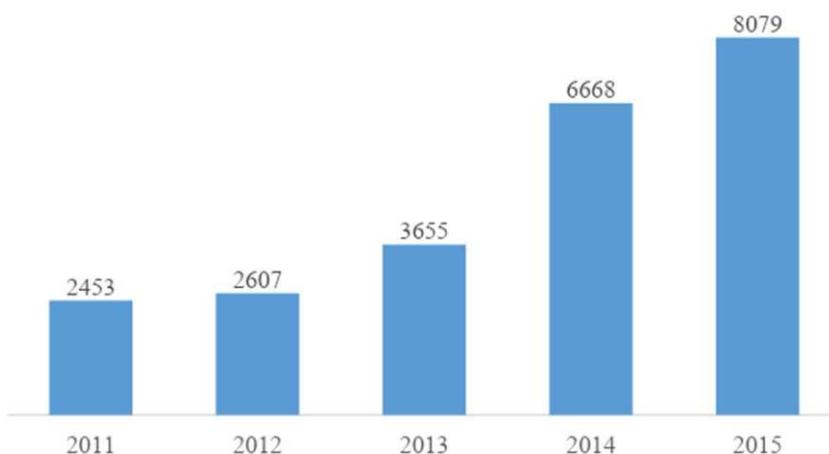
O trabalho não explicita em detalhes a sequência de procedimentos que levou à extração das informações “no sítio eletrônico do Tribunal” (SILVA *et al.*, 2012, p. 78), não sendo portanto possível repetir a exata pesquisa, inclusive por

evidentes atualizações na engenharia do buscador e opções mais limitados na época; contudo os “349 julgados versando sobre o tema” (SILVA *et al.*, 2012, p. 79) já nos oferece dimensão do exponencial crescimento do número de demandas, sendo descrito assim, entre 2005 e 2009, um valor de acréscimo na ordem de 195,13%.

A realidade do Espírito Santo evidente que refletia apenas um extrato do que acontecia em todo país, sendo razão inclusive de preocupação do Conselho Nacional de Justiça - CNJ, tendo na expressão máxima dessa efervescência o implemento do Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde, através da Resolução nº 107/2010, objetivando acompanhar a evolução dessas demandas, prover meios e estudos para proposição de medidas a prevenir conflitos judiciais nesta temática e definir estratégias nas questões de direito sanitário (BRASIL, 2010).

Em levantamento preliminar da Subsecretaria de Estado de Gestão Estratégica e Inovação, da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo - SESA, através de sua Gerência de Projetos, com apoio da Procuradoria Geral do Estado - PGE, até o ano de 2015 (gráfico 1), ficou evidenciado o crescente número dessas demandas judiciais sob a égide da temática em discussão.

**Gráfico 1.** Processos judiciais em face do estado do Espírito Santo nas demandas de saúde, 2011-2015.



Fonte: PGE e SESA.

Notemos que, analogicamente, mediante mesma tratativa de crescimento dado à tabela 1, neste caso, entre os anos de 2011 e 2015, apuramos um acréscimo de 229,36% no quantitativo das demandas judiciais sob a temática de saúde, tendo o Estado na posição de requerido.

Até aquela situação, as demandas eram tratadas diretamente pelo Gabinete do Secretário, mas a complexidade e o volume de demandas passaram a exigir uma estrutura, assim mínima, para uma efetividade, razoável, nas respostas. Com o apoio do gabinete, constituiu-se necessária a efetivação de um anexo, a incorporação de um sistema informatizado de gestão/organização dessas demandas e, ainda assim, não foi suficiente. O enredamento impôs prioritariamente a concretização de um setor que absorvesse e diligenciasse essas ações e fosse suporte à PGE na orientação e defesa do estado.

Anterior a esta situação, o Tribunal de Justiça do Espírito Santo - TJES, cumprindo a Recomendação nº 31/ 2010 do CNJ, e diante convênio celebrado entre o mesmo e a SESA no dia 17 de junho de 2011 (FORNAZIER, 2011), durante *I Seminário do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde no Espírito Santo*, publicou o Ato Normativo n. 135/ 2011, o qual regulamentou o

funcionamento do Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes (NAT) para demandas que tenham por objeto compelir o Poder Público ao fornecimento de medicamentos, insumos para saúde, exames diagnósticos, tratamentos médicos e insumos nutricionais (ESPÍRITO SANTO, 2011).

Temos assim corpo técnico e imparcial para assessoramento ao Juízo.

Nesse cenário surge o então Setor de Mandados Judiciais, atualmente de Judicialização, com o escopo da Gestão Estratégica da Judicialização da Saúde no estado, sendo ponto importante a ser contemplado nos instrumentos de planejamento, tanto na sede como nas regionais de saúde e unidades/serviços estratégicos para a solução dos problemas. A equipe então foi composta por operadores e estagiários de Direito, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, além de colaboradores de apoio, e de sua efetiva coordenação, não apenas sendo suporte à PGE, mas também atuando como reordenadora dessas demandas entre os pares, tendo braços em todas as regiões do estado, acompanhando indicadores para

melhoria da eficiência e constituindo parcerias, estreitando os laços e melhorando o relacionamento com os demandantes - Defensoria Pública e Ministério Público - bem como com o próprio Poder Judiciário, num implicado complexo de tratativas dessas demandas e serviço de inteligência dinâmica, sendo gradativamente implementado, para mitigar uso equivocado da máquina estatal, seja do executivo ou do próprio judiciário.

**Tabela 2.** Processos judiciais em face do estado do Espírito Santo nas demandas de saúde, 2015-2020, despesas com estes e percentual diante total das despesas com a saúde no mesmo período.

Ano	DemandasI	Despesas com judicializaçãoII	% do total pagoII, III
2015	8079	R\$ 58.433.275,37	2,50
2016	10970	R\$ 77.017.824,59	3,51
2017	10860	R\$ 109.148.646,08	4,61
2018	12338	R\$ 128.439.290,49	4,88
2019	14276	R\$ 115.984.167,54	4,36
2020	7545	R\$ 107.379.403,58	-

Fonte: ISESA/ OnBase, IISIGEFES e IIISIOPS.

Não é objeto deste relato o tratamento e a interpretação destes dados (tabela 2), mas algumas críticas e breves observações se fazem necessárias.

1. O avanço no número das demandas judiciais já se fazia claro nos dados anteriores, contudo há que se observar importante declínio no ano de 2020, primariamente atribuído à pandemia e as dificuldades por ela impostas, inclusive no acesso à Justiça, mas o qual também está vinculado no estreitamento das relações com o Judiciário como veremos a seguir.
2. Das despesas atribuídas pelo Sistema Integrado de Gestão das Finanças Públicas do Espírito Santo (SIGEFES), a esses processos judiciais, devemos levar em conta situações que são resolvidas na rede própria, num caráter de adequação dos atos administrativos e sem a incorporação de qualquer rubrica neste detalhamento. Em relação à observação anterior, devemos atentar para a situação de exceção e, mesmo com a redução no número de processos na ordem de 47,15%, o impacto nas despesas foi de apenas 7,42%, expresso inclusive na despesa média por processo, que no ano de 2020 correspondeu a R\$ 14.231,86 (catorze mil,

duzentos e trinta e um reais e oitenta e seis centavos) contra 8.003,02 (oito mil e três reais e dois centavos) de 2019.

3. Do percentual diante o total de despesas com a saúde no estado temos uma média de 3,97% o que implica na relevância dessas despesas, se não, imaginar impacto no orçamento e direcionamento dado à resolução fora das ações planejadas. Os dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) para o ano de 2020 ainda não foram disponibilizados na data de conclusão deste relato, contudo se espera, nesta comparação percentual bem menor, diante valores mobilizados para a saúde por conta dos investimentos e outros valores para o enfrentamento da pandemia, o que não poderá ser considerado parâmetro a se manter.

A estruturação de um segmento da SESA para enfrentamento das medidas judiciais é, em suma, uma estratégia de efetivação de uma sistemática de respostas, (1) na *práxis* do Judiciário, numa lógica de cumprimento de prazos, (2) no planejamento da SESA, ressignificando indicadores e processos de trabalho para dar conta dos vazios assistenciais e (3) na sociedade espiritosantense, pela efetivação de respostas céleres que venham a mitigar as demandas ao Judiciário e possam ser convertidas em melhorias das políticas públicas de saúde.

Num cenário ideal, o Estado responde(ria) de modo suficiente às demandas, conforme pressuposto constitucional, precípua no nosso ordenamento, contudo, a realidade se impõe e a escassez de recursos ou o direcionamento afastado das prioridades reais, fazem com que o Judiciário seja ferramenta para garantia desses direitos e, por que não, essenciais necessidades. Por trás de cada processo judicial, numa premissa de boa-fé, temos um usuário que busca o reestabelecimento, ou a conquista, de sua condição de saúde, temos esperança, desespero, lágrimas, sofrimento e sobre o Judiciário recai a justa razão de decidir, por vezes em desfavor do indivíduo, mas em benefício de uma coletividade.

O Estado do Espírito Santo, através do Setor de Judicialização - JUD da SESA, encampa essa complexidade, não tendo no polo autoral das demandas, um mero opositor, mas sim um usuário do sistema que necessita de toda atenção, intrincada nas suas especificidades e nuances, devendo sua problemática ser

destacada para única e zelosa apreciação, tendo a acurácia de atender com o menor impacto ao coletivo, também razão de sua existência e fazer.

De alguma sorte, o estreitamento na comunicação com os diversos operadores se converteu na qualificação de significativa parte das demandas, levando em conta não só as despesas de influxo na programação das ações de saúde, mas também as custas judiciais de trâmite do processo em tempo razoável e que tenha reflexo satisfatório na medida de efetividade do Sistema de Justiça.

O Setor de Judicialização, numa dinâmica evolução, desde sua implantação vem se constituindo em ferramenta essencial nos direcionamentos dessas demandas, procurando aprimorar suas efetivas atividades, se destacando de qualquer serviço similar, buscando metodologia aplicada e adaptada à nossa realidade e consubstanciando trabalho e informação que serve às ferramentas de planejamento, termômetro para a interferência otimizada e sem subterfúgios dos/nos vazios assistenciais, e também campo de pesquisa, para o fenômeno da judicialização em saúde.

## TELETRABALHO: UMA (NECESSÁRIA) REALIDADE

No final de 2019, acompanhávamos, atônitos, as notícias do surgimento e avanço da pandemia da Covid-19 no mundo desde a China, marco zero, sabendo que a onda iria inevitavelmente nos atingir, mas sem poder, até pelas poucas informações que se tinha, mensurar de fato como iríamos lidar com a nova situação. O cenário de incertezas ia desde o enfrentamento epidemiológico e sistêmico, ao encarar diário da vida privada e laboral. Em 26 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020) foi confirmado o primeiro caso da doença no Brasil e em menos de um mês, 17 de março (RIBEIRO; CAMBRICOLI, 2020), já sabíamos da primeira morte. No Espírito Santo, o primeiro caso foi confirmado em 5 de março (ESPÍRITO SANTO, 2020) e a primeira baixa em 2 de abril de 2020 (CUZZUOL; SCHAEFFER, 2020).

O Relatório n. 9, de 16 de março de 2020, do *Imperial College London*, através do seu *Imperial College Covid-19 Response Team*, numa medida propositiva por intervenções não farmacológicas para a redução da morbimortalidade por Covid-19, orientou medidas de distanciamento social de toda população,

combinado com o isolamento domiciliar dos casos, bem como fechamento das escolas e universidades, vaticinando que tais precauções deveriam ser mantidas, como políticas, até a disponibilização de vacinas em grandes quantidades a toda população (FERGUNSON *et al.*, 2020, p. 14).

Desse modo, as medidas de autoisolamento, aqui confinamento, se tornaram necessárias, e os estudos que se seguiram comprovaram sua efetividade, inclusive ratificando que até poderia ser mais efetivo se combinado com outros métodos (KUCHARSKI *et al.*, 2020, p. 1151). Inequívoca a demanda por confinamento e a necessária manutenção do nosso trabalho, inclusive majorado pelas razões da alocação dos problemas na possível judicialização das demandas, em situação de exceção, a única forma segura para mitigar ambas as necessidades seria a adoção do teletrabalho (aqui também trabalho remoto, trabalho a distância ou ainda *home office*).

O Setor de Judicialização da SESA, pelo exposto no ponto anterior, constituiu-se extensão sensível em todo processo de relação entre os operadores estatais do Direito e as contrarrazões pela manutenção, o quão incólume possível fosse, técnica e estratégica da Secretaria, para efetivação das ações de intervenção no implemento de seu planejamento. A roda continuava a girar. Assim a provocação se amparava na necessidade de montar e executar uma complexa estratégia de processo de trabalho sem paralisar o serviço, incorporando a excelsa participação e o engajamento dos diversos colaboradores e, ainda assim, otimizando suas funções diante novas exigências. Como prover a implementação do teletrabalho sem a ruptura do serviço e a garantia da qualidade dos afazeres prestados?

O Estado do Espírito Santo, em 14 de dezembro de 2017, já havia contemplado a matéria através da Lei Complementar n. 874/ 2017 (ESPÍRITO SANTO, 2017). Ainda à época da discussão e sanção da norma, o tema já havia alcançado os servidores da SESA, mais especificamente do então Setor de Mandados Judiciais, havendo um desenho restrito e preliminar da estratégia que não havia avançado por conta de alguns investimentos necessários no sistema de informações utilizado no setor, mas já contava, naquele momento, com algumas prospecções e possibilidades. Razões essas que, por interesse de vários pares e principalmente da equipe de análise técnica, nunca foi afastada, haja vista sua implantação com sucesso, pelo que se sabia, em outras frentes de trabalho análogas.

Com a demanda gerada pela pandemia, o antes conjecturado passa a ser a necessária solução. A partir de então haveria o setor de resgatar o que já se tinha mensurado e passar a consubstanciar em execução, pela formação de parcerias, pela mudança do processo de trabalho, pela incorporação maciça da tecnologia. O hodierno processo de trabalho já se dava por meios meramente tecnológicos, contudo para alguns a assimilação plena ainda se fazia dificultosa e era recorrente o uso em transição de ferramentas de expediente ainda tradicionais e não por via do dispositivo computadorizado, contudo agora, pela premente necessidade, deveria ser por completo abandonada. Talvez aí residisse uma grande peleja, tendo em vista o setor dispor, em sua conformação, dos mais diversos perfis de saberes, conhecimento e momentos.

A chefia do setor se empenhou junto ao Gabinete do Secretário para prover meios para essa efetivação, primariamente para garantir recursos e aquisição do módulo de acesso externo para o então sistema de informações. Internamente, o setor se mobilizou para encontrar colaboradores aptos no auxílio a incorporar essas tecnologias, reproduzir essas implementações nos terminais dos colaboradores, orientar e por ventura manter este funcionamento. Houve também mobilização para que os servidores interessados em participar da iniciativa dispusessem de seus aparelhos pessoais e tivessem acesso a rede de computadores em seus domicílios, sendo que nesse item obtivemos a adesão de todos.

De sorte, a implementação do setor seria tácita junto aos órgãos diretivos, até porque naquele momento as medidas tempestivas apontavam para que se afastassem os colaboradores que estivessem, comprovadamente, nos grupos de risco e os estagiários foram preventivamente afastados da frente de serviços. Nada impediria que estes servidores afastados pudessem produzir caso houvesse meio e esse se provasse possível, pleno e seguro.

No dia 20 de março de 2020, os primeiros dispositivos — enfatizamos, particulares — foram configurados para que pudessem reproduzir as funções do terminal de trabalho. A aquiescência destes colaboradores, então parceiros, é digna de registro e as adaptações técnicas geradas pela equipe, diante especificidades, foram inúmeras e se apresentaram desde a atualização de um sistema operacional, para suportar as aplicações, à instalação de programas e ativação de protocolos para viabilizar a segurança e a emulação de todas as funções exercidas. Cumpre enfatizar

que as adaptações onerosas foram suportadas pelos usuários, então também parceiros, mas entendidos como beneficiários da segurança de trabalhar em seus domicílios, haja vista, como já expresso, não havia implemento regulamentar para essas medidas.

A primeira etapa contemplou os servidores afastados por comorbidades e diante do seu pleno funcionamento a chefia resolveu estender aos demais, cumprindo o desafio de máxima produtividade mesmo diante o trabalho à distância. Cabe registro que também os setores de interlocução do setor de judicialização, como os operadores estatais do direito e a própria PGE, já se encontravam, em coaduno, nesta modalidade de trabalho, o que, de algum modo, universalizou, no público-alvo, a comunicação e as vicissitudes enfrentadas pelo momento e pelas adaptações às aplicações.

A Gerência de Tecnologia e Informação (GTI) da SESA foi acionada pontualmente para orientar alguns acessos e configurações, porquanto, toda operação se deu pelos colaboradores já alocados no setor através de uma coordenação e direcionamento informal dado por um facilitador, identificado na própria equipe. Oportunamente, na mesma lógica de amparo da GTI, também foi acionada a PRODEST (Instituto de Tecnologia da Informação e Comunicação do Estado do Espírito Santo) e a empresa terceirizada que faz a gestão do sistema de informações utilizado.

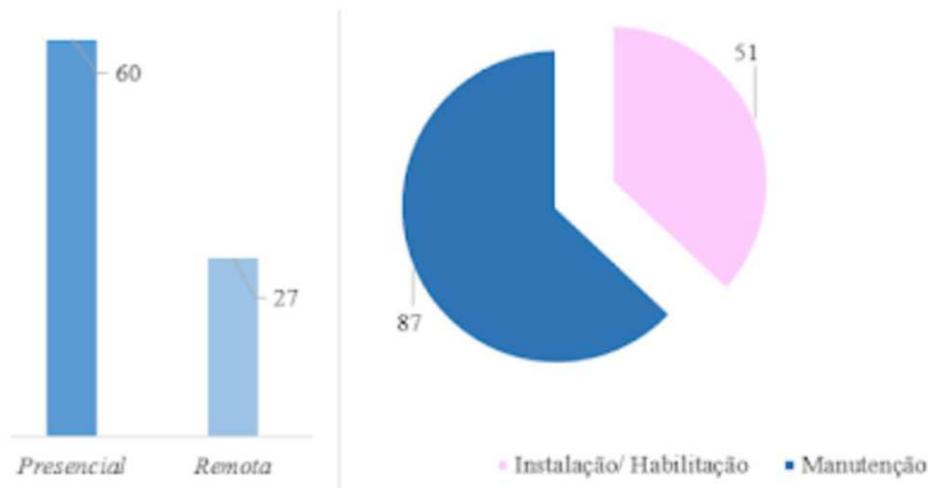
É conveniente registrar que só em 20 de agosto de 2020, através do Decreto Estadual n. 4712-R, que estabelecia “diretrizes e prazos para implementação de novas medidas de transformação digital, métodos de trabalho, integração, agilidade e colaboração no âmbito de órgãos e entidades públicas do Poder Executivo Estadual” (ESPÍRITO SANTO, 2020). O tempo urgia e apesar das demandas burocráticas necessárias a manutenção da lógica, diga-se pertinente e salutífera, de manter afastados os colaboradores portadores de comorbidades, não seria suficiente para assegurar a qualidade do serviço expresso, de modo que a adoção de medidas céleres, respaldadas no bom senso e sob a égide da eficiência da administração pública, fez com que o setor fosse vanguarda e exemplo para o aguerrido povo capixaba. A roda não podia parar e não parou.

As soluções foram encontradas à medida das dificuldades ou adaptações necessárias. Em rol exemplificativo podemos citar: (1) adoção de planilhamento e controle através de editores disponíveis na nuvem, com amplo acesso

dos colaboradores; (2) armazenamento temporário na nuvem institucional disponibilizada pela PRODEST; (3) acesso ao *fileserv* da SESA para aporte e atualização instantânea no servidor local; (4) habilitação de ferramenta para acesso remoto às máquinas dos colaboradores; (5) a disponibilização de portal interno para reunir as aplicações disponíveis na rede mais usadas no setor, se não, a facilitação de acesso através de atalhos nos terminais e (6) confecção, por todos, de relatórios semanais das atividades para equipe de coordenação.

Dentre as principais dificuldades em todo o processo podemos destacar: (1) os requisitos de alguns dispositivos pessoais aquém dos terminais de trabalho do Setor; (2) a velocidade e o acesso precário à rede de computadores de alguns destes colaboradores e (3) os ataques de *hackers* (ARRUDA, 2020) a órgãos públicos no mês de novembro de 2020, que demandaram novas adequações de segurança.

**Gráfico 2.** Intervenção de habilitação e manutenção - presencial e remoto - em dispositivos de colaboradores do setor de judicialização da SESA durante a execução do Teletrabalho, 2020-2021.



Fonte: JUD/ SESA.

A iniciativa também alcançou (parcamente) outros setores da SESA, bem como foi utilizado por diversos outros colaboradores alocados nas unidades regionais de judicialização, no interior do estado, quando as intervenções se deram iminentemente à distância, através de acesso remoto aos dispositivos disponibilizados.

No início do mês de dezembro de 2020, quando parte significativa da equipe já tinha retornado às atividades presenciais, o setor foi infligido por uma reforma, que já estava programada. O teletrabalho possibilitou que as atividades se mantivessem sem alteração, à distância, o que seria unimaginável sem a consentânea incorporação dessa tecnologia.

A última intervenção nesta modalidade foi feita em 20 de maio de 2021, contudo, com a avanço da vacinação, inclusive com a priorização, em tempo fausto, dos colaboradores da SESA, já retomamos ao trabalho presencial, contudo há de se notar que interferências positivas se mantiveram como: (1) o planilhamento das ações na nuvem; (2) a utilização do portal interno de aplicações e (3) reuniões remotas para contemplar àqueles que não estão no momento das escalas de serviço.

Durante todo período de *home office* a equipe se manteve ativa, produtiva e coesa, não podendo a chefia verificar nenhum decréscimo em produtividade, pelo contrário, há de se notar a plena motivação e envolvimento dos colaboradores, que foram essenciais para o arremate das necessárias adaptações. Verificamos sim empatia, e apesar do distanciamento físico, um enredamento dos contatos se estabeleceu no propósito maior de manter o setor em plena produção, reordenando os processos de trabalho e em muitas razões aprimorando algumas abordagens. Sessões presenciais para alinhamento eram impensáveis e meios telemáticos para reunião ainda não havia, no início de adoção das medidas, se popularizado, de modo que um direcionamento através dos grupos em aplicativos de mensagem foi o meio mais acessível para se manter a amarra, através de um disciplinado e exaustivo concatenado de informações e orientações, a que todos se infligiram.

O flóreo comprometimento da equipe foi em muito possibilitado pelo atendimento diuturno nas suas demandas (gráfico 2), muitas delas inclusive meramente operativas, quando além do colaborador disponibilizado para incremento e manutenção do funcionamento das inovações, a equipe de gerência do Setor estava sempre disponível e atenta, não havendo protelamento das dúvidas e sim soluções rápidas e com abordagem *in loco*, quando necessárias e o quanto o fosse. A, então, necessidade de se manter - e atar os seus - seguros foi respaldada pela possibilidade e atuação persistente da central para que não houvesse interrupção no trabalho e fosse mantido o interesse da equipe. O resultado maximizado se deu pelo engajamento dos pares, pois mesmo com poucos recursos, não se permitiu

que se constituíssem subterfúgios, os quais, quando se apresentaram, não foi páreo para a vontade de que tudo desse certo, pelo momento, pela segurança, pelo serviço. O setor saiu maior e o trabalho remoto mais que uma estratégia de momento foi um marco e liame para este fortalecimento.

## SETOR DE JUDICIALIZAÇÃO/TELETRABALHO POSTO À PROVA: A SISTEMÁTICA É EFETIVA?

Durante os meses de março e abril de 2021 o Espírito Santo viveu (sobreviveu) (a) o pior momento no enfrentamento da pandemia. Apesar dos esforços na *primeira onda*, no sequente instante, a Covid-19 se apresentava mais agressiva (ARRUDA, 2021) e apesar de todos os implementos para ampliação de leitos, inclusive exclusivos para atender a este público, a taxa de ocupação sombriamente era ameaçada pelo fantasma do colapso do Sistema de Saúde. Contérrito, o povo capixaba acompanhava as notícias e, angustiado, ansiava por dias melhores.

A resposta do Sistema de Saúde se dava ora nas recomendações, ora na busca governamental pelo implemento de novas possibilidades de resolução. Evidente que a judicialização seria um caminho a ser procurado por aqueles que, em última medida, demandavam o melhor pelos seus, numa atitude quase etérea, de garantir, até por dignidade, a maximização de alternativas, na cata de sobrevida e restabelecimento.

O jurisdicionado deseja ser anteposto numa busca, legítima, por sobrevivência, o Estado procura equiparar as demandas na logicidade da isonomia, sendo guiado pelo tecnicismo, para um direcionamento que seja equânime, humano e eficiente. O cenário é de exceção. Tão logo o Poder Judiciário entenda os esforços do Executivo como dentro do ideal - possível - para a situação, pouco lhe cabe em interferir. Imiscuir-se pode significar prejuízo maior no panorama como posto.

Contudo interceder em favor da saúde, direito fundamental, sempre foi razão de ponderação exaustiva e de cognoscibilidade extremamente complexa por parte da Jurisdição. Ser justo não é meramente conceder em desfavor do ente estatal, ainda mais nas condições apresentadas.

O TJES e a SESA, por razão do recesso do Judiciário, desde 2017, entre os dias 20 de dezembro e 6 de janeiro, experimentam uma modalidade onde, no horário comercial, em ramal telefônico exclusivo, os Juízos, na condição de

demandados, solicitam suporte (no caso fático) da equipe de análise técnica do Setor de Judicialização da SESA, no intuito, diante de andamentos mediados/pactuados, mitigar as demandas para que não se estabeleçam e onerem ainda mais o sistema em período de suspensão.

Aqui cabe adendo para mais uma vez diferenciar, por outros aspectos, a equipe de análise técnica do Setor de Judicialização e o NAT. A equipe da SESA é interventiva, nesse caso, até por vivenciar e entrever a rede de serviços, em sua disponibilidade e andamentos em tempo real; o NAT, *a priori*, não tem esse alcance, pois não fazem parte do Sistema de Saúde e sim da Jurisdição, numa premissa imparcial, apesar de também técnica, contudo mais aproximado do dever-ser do que do *ser*.

Num pacto de colaboração, para maximizar a atuação da SESA, através do seu Setor de Judicialização, junto ao Judiciário, há a proposição para que serviço análogo ao recesso das festas de final de ano se estabeleça, contudo numa lógica de vigília, pelo tempo que seja necessário até a estabilidade da situação.

O Setor de Judicialização então demandado se vale da equipe médica e de suporte técnico já formada, agora concatenada num novo desafio. As ferramentas dispostas no teletrabalho são sobrestimadas: (1) meio digital de planejamento e registro possibilitado, aperfeiçoado com portal direcionado com principais aplicações e facilitações para a demanda, (2) dispositivos telefônicos habilitados - ramal exclusivo do serviço para atendimento em horário comercial e móvel para os demais - e (3) escala de serviço para se cobrir as 24h (vinte quatro horas).

Em 19 de março de 2021, às 19:29h, a equipe recebeu o primeiro dos 198 (cento e noventa e oito) chamados, sendo que o serviço continuou disponível até o dia 30 de abril, quando foi suprimido pela estabilidade alcançada. Em suma, a equipe médica, com suporte da equipe central e de apoio e manutenção, revezou-se ininterruptamente, e sob o chamado - telefônico - dos operadores do direito, das mais diversas comarcas do estado, atendiam suas diligências em subsídios, repassando condições e disposições de leitos para o caso - localizando-os nos parâmetros especiais previstos para o momento pandêmico, adequação da situação do usuário - sob demanda - no sistema de regulação e informações conexas e particulares aos casos. Para tal, além do recurso telefônico disponível, para completude da informação, o colaborador acionado contava diligentemente com dispositivo telemático com navegador apontado aos sítios - ordenados - onde as informações pretendidas estariam

acessíveis, sempre a mão e com atualização em tempo real, sendo todos atendimentos registrados em detalhes para possibilitar rastreabilidade futura. Faz-se justo registro ao empenho e dedicação da equipe e da disponibilidade dos operadores estatais do direito, que aproveitaram a possibilidade do serviço para qualificar, apenas quando indispensáveis, suas decisões. O saldo do contato estabelecido foi pleno de sucesso e mais uma vez o repto se converteu em evolução.

**Tabela 3.** solicitações de internação no Sistema de Regulação - administrativas e judicializadas - com destaque para as demandas de leito Covid-19, em comparação com as liminares exaradas no mesmo período, exceto leitos psiquiátricos, nos meses de março e abril, 2019-2021.

Ano	2019	2020	2021
Solicitações de internaçãoI	29814	24601	42174
Solicitações de internação - tipo Covid-19I	-	83	15558
Solicitações judicializadasI	355	158	139
Solicitações judicializadas - tipo Covid-19I	-	1	51
Liminares exaradasII	376	195	248
% de vagas demandas pela judicialização	1,26	0,79	0,59

Fonte: INERI/ SoulMV e IISESA/ OnBase.

A tabela (3) extrai dos sistemas fonte - de regulação e de organização das demandas de judicialização - dados referentes às solicitações de internação, entre os dias 1.º de março e 30 de abril, dos anos de 2019 a 2021, para óbvio efeito comparativo e dele se depreende:

1. A linha “Solicitações judicializadas”, que se refere àquelas que são destacadas no sistema de regulação pela equipe do Núcleo Especial de Regulação de Internação - NERI através da autuação automática no sistema de informações do Setor de Judicialização também operado por aquele setor. Ao comparar-se à linha “Liminares exaradas”, por sua vez extraída pela equipe do Setor de Judicialização de seu sistema, irá se reparar alguma diferença e a isso tecemos algumas críticas: (a) nem

todas as demandas são introduzidas pelo sistema (meio eletrônico, nas formas do art. 246, V, do Código de Processo Civil em vigor) de judicialização, vez que há outras formas de citação, e quando da sua ocorrência, muitas das vezes a demanda já foi resolvida, o que dispensa a retroalimentação ao NERI; (b) destas “Solicitações judicializadas” também se subtrai algumas que não têm liminar a ser cumprida e que são indexadas no sistema de regulação sem esse filtro. Assim, apesar do dado “Liminares exaradas” parecer mais fidedigno, por análise, o dado “Solicitações judicializadas” é significativo e importa em como o núcleo assimila o fenômeno da judicialização.

2. É inequívoco o impacto da pandemia nas demandas de intenação, haja vista a evolução das solicitações no comparativo dos anos, vide “Solicitações de intenação” e “Solicitações de intenação - tipo Covid-19”, sendo que criticamente se deduz, por razões clínicas, que também complicações da Covid-19 possam figurar entre outras espécies mais oportunas e específicas para solução dos casos.
3. Há de se notar decréscimo nas “Solicitações de intenação” entre os anos de 2019 e 2020, para o período, que tem algum reflexo nas medidas de distanciamento social, bem como melhor aporte das unidades para resolutividade das demandas, haja vista já havia implemento de melhorias e impacto dos investimentos no Sistema de Saúde deduzidos da situação de emergência sanitária.
4. Do valor “Liminares exaradas” em comparação com o total das “Solicitações de intenação” podemos assinalar um decréscimo proporcional dos mandados judiciais para esta temática, o que já reflete alguma mudança de comportamento do judiciário, que tanto é fruto da maior capacidade instalada para absorção das demandas pelas vias administrativas, aqui também técnicas, bem como pela interlocução gerada pelos diversos canais possibilitados pela SESA, incluindo o Setor de Judicialização como destaque.

O Setor de Judicialização da SESA tem se mostrado funcional e primordial desde sua concepção, e diante de um intrincado de situações e condições, que se

tem conferido contenda ao processo de trabalho, também constitui razão de aprimoramento na incorporação da dificuldade como solução. A estruturação estratégica dos procedimentos internos e divisão do trabalho possibilitou o rápido engajamento aos haveres do trabalho remoto e este, por sua vez, dispôs a assimilação de mais outra atribuição com o atendimento e acolhimento das demandas dos juízos em tempo integral, que mesmo diante intervalo emergencial, serviu para demonstrar toda sua capacidade operacional.

## MAIS ALGUMAS PONDERAÇÕES

Pela narrativa até aqui expressa nos foi possível visitar a origem do Setor de Judicialização da SESA, podendo, quer seja preliminarmente, detalhar em alguma medida, sua complexa função e atuação junto aos operadores estatais da Justiça e PGE, então pela representação da Secretaria de Estado.

Também refletimos, e registramos, a propícia assimilação do *home office* na rotina do processo de trabalho do setor, necessária adoção diante das vicissitudes impostas pela pandemia da Covid-19, o que mais à frente possibilitou, aqui também assinalado, a assistência em tempo integral à jurisdição, em apoio à tomada de decisão, baseado na técnica e em respeito às diretrizes regulatórias, durante o momento mais difícil em pico de morbidade da pandemia.

Numa proposta constitucional de prestação eficiente de serviços de saúde, pela administração pública, a busca por esse direito fundamental, já garantido, não seria necessária e a judicialização em saúde, pelo menos nessa lógica, nem deveria acontecer. Contudo, a realidade é imposta num ambiente de escassez, e o idealizado Sistema de Saúde de idosos do Movimento da Reforma Sanitária brasileira, mesmo forte e em medida própria consolidada, por sua história e constituição - apesar de medidas externas a isso contrárias, carece de mais suporte e atenção para a efetiva resposta pretendida.

O Setor de Judicialização assim nem deveria existir, mas se acha numa proposta de resposta à jurisdição e em contramedida e mitigação dos problemas do jurisdicionado, nosso usuário.

O Setor de Judicialização é formado por pessoas, tão inseridas e angustiadas pelas incúrias do sistema como qualquer outro usuário, e numa proposta de

articulação técnica, política e administrativa, sobreavaliando as ferramentas já existentes no Sistema Único de Saúde - SUS, conjurando no intento de realinhar os vazios assistenciais, num alento de acúmulo da proposta e princípios de desenho deste magnífico Sistema, conquista de todos.

Propositadamente, até este ponto do trabalho, preservamos o nome do SUS, pois o escopo de todo labor do Setor de Judicialização reside em resguardar este patrimônio, para que a porta da Justiça não se confunda ou se converta como mais uma possibilidade de acesso, mas que, irremediavelmente, o seja, na conformação de acesso às portas já preconizadas, num perfeito alinhamento da sistemática estratégia, sob a égide da equidade, na prestação de uma assistência integral, garantindo o acesso universal e de fato atendendo ao que se propõe, a promoção da saúde do povo brasileiro.

## REFERÊNCIAS

ARRUDA, I. **Ataque hacker em Vitória: 10 dias depois, nem todos serviços voltaram.** *A Gazeta*, 17 nov. 2020. Disponível em: <https://www.agazeta.com.br/es/cotidiano/ataque-hacker-em-vitoria-10-dias-depois-nem-todos-os-servicos-voltaram-1120>. Acesso em: 13 jul. 2021.

ARRUDA, I. **Covid-19: ES tem maior aumento na média móvel de óbitos do país.** *A Gazeta*, 31 mar. 2021. Disponível em: <https://www.agazeta.com.br/es/cotidiano/covid-19-es-tem-maior-aumento-na-media-movel-de-obitos-no-pais-0321>. Acesso em: 13 jul. 2021.

BRASIL. **Brasil confirma primeiro caso do novo coronavírus.** Brasília, DF, 26 fev. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/02/brasil-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus>. Acesso em: 13 jul. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 107, de 06 de abril de 2010.** Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Brasília, DF, 2010. Disponível em: [https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao\\_107\\_06042010\\_11102012191858.pdf](https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_107_06042010_11102012191858.pdf). Acesso em: 02 set. 2021.

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

BRASIL. Emenda Constitucional nº 45, de 30 de dezembro de 2004. Altera dispositivos dos arts. 5º, 36, 52, 92, 93, 95, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 111, 112, 114, 115, 125, 126, 127, 128, 129, 134 e 168 da Constituição Federal, e acrescenta os arts. 103-A, 103B, 111-A e 130-A, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, dez. 2004.

BRASIL. Lei n. 9.099, de 26 setembro de 1995. Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1995.

CUZZUOL, M.; SCHAEFFER, J. C. Governo confirma a primeira morte por coronavírus no Espírito Santo. *A Gazeta*, 02 abr. 2020. Disponível em: <https://www.agazeta.com.br/es/gv/governador-confirma-a-primeira-morte-por-coronavirus-no-espírito-santo-0420>. Acesso em: 13 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Lei Complementar n. 874/ 2017, de 14 de dezembro de 2017. Institui o teletrabalho no âmbito do Poder Executivo Estadual e altera a Lei Complementar nº 46, de 31

de janeiro de 1994. **Diário Oficial do Estado**, Vitória, ES, 15 dez. 2017. Disponível em: <https://www.tcees.tc.br/wp-content/uploads/formidable/108/LC-874-2017-Institui-teletrabalho-e-altera-LC-46-1994.doc-Alterada-pela-LC-955-2020-Marilene.pdf>. Acesso em: 02 set. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Corregedoria Geral da Justiça do Espírito Santo. Ato Normativo N° 135/2011 – Disp. 14/09/2011. Estado do Espírito Santo. Poder Judiciário. Tribunal de Justiça. Gabinete da Presidência. Vitória/ES, set. 2011. Disponível em: <http://www.tjes.jus.br/corregedoria/2017/04/27/ato-normativo-no-1352011-disp-14092011/>. Acesso em: 10 set. 2021.

ESPÍRITO SANTO. DECRETO N° 4712-R, DE 20 DE AGOSTO DE 2020. Estabelece diretrizes e prazos para implementação de novas medidas de transformação digital, métodos de trabalho, integração, agilidade e colaboração no âmbito de órgãos e entidades públicas do Poder Executivo Estadual. **Diário Oficial dos Poderes do Estado**. Vitória/ES, ago. 2020.

ESPÍRITO SANTO. **Secretaria da Saúde confirma primeiro caso do novo coronavírus no Espírito Santo**. Vitória, ES, 06 mar. 2020. Disponível em: <https://www.es.gov.br/Noticia/secretaria-da-saude-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus-no-espírito-santo>. Acesso em: 15 jul. 2021.

FERGUSON, N. M. *et al.* **Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand**. Londres: Imperial College London, 2020. 20 p. Disponível em: <https://doi.org/10.25561/77482>. Acesso em: 20 maio 2021.

FORNAZIER, A. **SESA e TJES assinam convênio para implantação de núcleo de assistência técnica ao Judiciário**. Vitória, ES, 17 jun. 2011. p. 8. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/sesa-e-tribunal-assinam-convenio-para-implant>. Acesso em: 02 set. 2021.

KUCHARSKI, A. J. *et al.* Effectiveness of isolation, testing, contact tracing, and physical distancing on reducing transmission of SARS-CoV-2 in different settings: a mathematical modelling study. **The Lancet**, [S. l.], v. 20, n. 10, p. 1151-60, out. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30457-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30457-6). Acesso em: maio 2021.

RIBEIRO, B.; CAMBRICOLI, F. **Brasil registra primeira morte pelo novo coronavírus em SP; País tem 290 casos confirmados**. O Estado de S. Paulo, 17 mar. 2020. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-registra-primeira-morte-pelo-novo-coronavirus-em-sao-paulo,70003236434>. Acesso em: jul. 2021.

SILVA, A. F.; SILVA, K. A.; VACCARO, S. B.; BARBOSA, F. M. Análise da Judicialização da Saúde Pública no Espírito Santo. **Rev. da Seção Judiciária do Rio de Janeiro - Direito Administrativo, Econômico e Previdenciário**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 35, p. 75-90, 2012. Disponível em: <https://www.jfrj.jus.br/revista-sjrj/artigo/analise-da-judicializacao-da-saude-publica-no-espírito-santo-analysis-public>. Acesso em: 10 jul. 2021.



# RELATO DE EXPERIÊNCIA ACERCA DO RESGATE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Lena Márcia Silva  
Daniela de Souza Casotti  
Denise Bubach Lyra  
Ricardo da Silva  
Eliete da Silva Rocha

## INTRODUÇÃO

O Estado do Espírito Santo apresentava, através do Plano Diretor de Regionalização de Saúde (PDR) — que tem como objetivo direcionar a descentralização promovendo acessibilidade dos usuários, considerando os princípios de integralidade, equidade e economia de escala— uma subdivisão de todo o território em quatro Regiões de Saúde definidas como Região de Saúde Norte, Região de Saúde Central, Região de Saúde Sul e Região de Saúde Metropolitana. A Região Central era composta por 18 municípios (Águia Branca, Alto Rio Novo, Aracruz, Baixo Guandu, Colatina, Governador Lindenberg, Ibirapu, João Neiva, Linhares, Mantenópolis, Marilândia, Pancas, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Roque do Canaã, Sooretama e Vila Valério), com população total estimada de 659.391 habitantes e representando 16,22% da população do Espírito Santo. Hoje, após a elaboração do novo PDR, a Região Central passa a ser chamada de Região Central-Norte, com a perda de três municípios e adesão de mais 14, mas permanecem funcionando duas Regionais, com dois superintendentes (Área Administrativa de Colatina com 15 municípios e Área Administrativa de São Mateus com 14 municípios).

A Rede Cegonha instituída pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, consiste no novo modelo de atenção ao pré-natal, parto, nascimento, crescimento e ao desenvolvimento da criança; organizando a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil visando garantir acesso, acolhimento e resolutividade e

reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011). A organização da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil (RAMI) deve possibilitar o provimento contínuo de ações à saúde materna e infantil para a população, com a articulação dos diversos pontos de atenção, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde. Dentre as ações propostas estão a garantia de assistência ao pré-natal de qualidade, com recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal, captação precoce de gestantes, ainda no primeiro trimestre, de atendimento a todas as gestantes, por livre demanda e busca ativa, realização dos exames complementares durante todo o pré-natal, atendimento a todas as parturientes e aos recém-nascidos, realização de visitas domiciliares à puérpera e recém-nascido na primeira semana após o parto, acompanhante durante a consulta pré-natal, vinculação das gestantes ao serviço de referência ambulatorial e à maternidade no início do pré-natal, garantindo o acesso ao fluxo em todos os níveis da assistência, com ênfase no compartilhamento do cuidado. Além disso, o cadastramento e atualização mensal de todas as informações referentes às gestantes no e-SUS, atenção integral à saúde da criança até 02 anos, promovendo o aleitamento materno, acompanhamento da criança na atenção básica e, caso necessário, referenciando ao serviço especializado, além da busca ativa dos faltosos, sobretudo de maior risco e acesso às vacinas disponíveis no SUS (BRASIL, 2012).

A antiga Rede Cegonha, hoje Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil foi lançada pelo Ministério da Saúde em junho de 2011, fundamentada nos princípios da humanização e da assistência, garantindo às mulheres direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, e para as crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimentos saudáveis. Logo a seguir, em 25 de julho de 2011, aconteceu a Oficina de Atenção Primária à Saúde para implantação das redes de atenção, quando foi esclarecido para os 18 municípios da Região de Saúde Central os critérios e definições para elaboração dos planos municipais para adesão à Rede Cegonha na modalidade de Região Prioritária da Rede. Em 28 de agosto de 2013, através da Resolução nº 091 a Comissão Intergestores Regional da Região de Saúde Central (CIR-Central) composta por todos os secretários da região juntamente com as chefias dos setores da Superintendência, aprovaram a adesão da Região Central à Rede

Cegonha em todos os seus componentes. Através da Resolução nº 284, de 17 de dezembro de 2015, foi pactuado e aprovado CIR-Central os agentes vinculadores dos municípios da Região Central e das maternidades de referência de risco habitual e alto risco da rede cegonha.

Após cinco anos de implementação, foi identificada a necessidade de reorganização dos pontos de atenção da Rede Materno-Infantil da Região Central que se deu a partir da construção de um diagnóstico situacional que trouxe à tona a fragmentação de todo o caminho do cuidado a gestante e a criança. E, baseado na exigência contida no protocolo de vinculação da gestante regional quanto à composição dos grupos condutores regionais e municipais, foi feito o resgate do grupo, que passou a se reunir mensalmente, trazendo para discussão as fragilidades identificadas e o caminho para saná-las, que foi sendo construído em debate com todo o grupo composto por membros de todos os municípios (Atenção Primária à Saúde (APS), serviço secundário - casa da mulher, casa da gestante ou ambulatório de especialidade - e serviço terciário - hospitais prestadores da rede). Outro tema debatido foi o fórum perinatal, realizado através de dados referentes aos indicadores da rede materno infantil (indicadores de morbidade/mortalidade e indicadores de atenção) e disponibilizados pelos municípios. Todas essas ações vêm sendo desenvolvidas com o intuito de construirmos uma assistência de qualidade, acessível e humanizada em todo o caminho do cuidado a ser percorrido pela gestante e a criança de 0 a 2 anos na Região Central.

## **METODOLOGIA**

Em dezembro de 2018 após reunião da equipe da APS da Região Central que é composta pelas referências das Redes Atenção à Saúde RAMI (Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil), RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), RCPD (Rede de Atenção da Pessoa com Deficiência), RADC (Rede de Atenção às Doenças Crônicas, RASB (Rede de Atenção à Saúde Bucal) e RUE (Rede de Urgência e Emergência)); foi dado início ao projeto de reestruturação da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil (Rede Cegonha), na Região de Saúde Central, com a organização de uma escala de visitas cujo intuito era realizar o realinhamento de todos os pontos de atenção utilizados pelas gestantes em seus

respectivos municípios, na Região Central e no Estado do Espírito Santo de acordo com a necessidade.

Em fevereiro de 2019 foram organizadas ações para reformulação e resgate do caminho do cuidado da gestante, da puérpera e da criança de 0 a 2 anos, priorizando algumas etapas como:

- Atualização da Resolução do Grupo Condutor da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil da Região Central, que se deu através da Resolução CIR N° 009/2019 em 26 de março de 2019 e Resolução CIB N° 38/2019 em 18 de abril de 2019.
- Visitas técnicas aos municípios e prestadores para a realização do diagnóstico atual da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil da Região de Saúde Central, que aconteceram a partir de 27 de fevereiro de 2019 até 23 de abril de 2019 com a realização de rodas de conversas com referências técnicas de todos os pontos de atenção municipais da rede de cada município (atenção primária à saúde), atenção especializada (casa da mulher ou casa rosa), pronto atendimento (PA), central de regulação e hospitais prestadores da RAMI. Os trabalhos foram iniciados com os municípios maiores, Colatina, Linhares e Aracruz que possuem uma população superior a 100 mil habitantes e ofertam ações e serviços dentro dos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário). Dentre os municípios menores, quanto ao número de habitantes temos municípios com população que variam de 7.800 a 38.500, o que reflete em realidades muito específicas de cada um, mas que requer um olhar de comprometimento com as políticas públicas de forma semelhante.
- Realização de capacitações para os profissionais das Equipes da Atenção Primária à Saúde com as seguintes temáticas:
  - a. Políticas Públicas que regulamentam a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil (RAMI) como o Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Plano de Ação e o Protocolo Vinculação da Gestante e etc.;
  - b. Pré-natal, Parto e Nascimento, Puerpério, Saúde Mental em parceria com a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), RCPD

(Rede de Atenção da Pessoa com Deficiência), RADC (Rede de Atenção às doenças Crônicas, RASB (Rede de Atenção à Saúde Bucal) e RUE (Rede de Urgência e Emergência);

- c. Retorno aos municípios que apresentaram maiores dificuldades (Colatina, Rio Bananal, São Domingos do Norte, Sooretama)

## CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO INFANTIL

Durante as reuniões foi solicitado que as referências esclarecessem qual o caminho do cuidado que a gestante de seu município percorria, atentando para todos os níveis de assistência prestada. E a partir de tal solicitação foi identificado as Fragilidades e Potencialidades apresentadas, como segue no quadro 1.

Durante a explanação, os municípios esclareceram que não existia um fluxo vigente da rede a nível local e que as gestantes retornavam à unidade quando sentiam necessidade; recebiam uma requisição de exames e aguardavam na fila de espera para marcação. Quando encaminhadas ao serviço secundário ou terciário, iam por conta própria ou seguiam um fluxo desordenado e aleatório como qualquer outro usuário, dependendo da disponibilidade de um carro ou ambulância para o transporte sanitário, caso esse serviço fosse ofertado em outro município.

Foram abordados os temas relacionados ao fluxo de atendimento da gestante no município, enfocando todas as recomendações que direcionam para a realização do pré-natal com a captação da gestante o mais precocemente possível, de preferência até 12 semana de gravidez, assistência ao pré-natal seguindo rigorosamente o caminho do cuidado de acordo com o determinado em protocolo e conforme risco estratificado (risco habitual e alto risco), possibilitando uma atenção diferenciada, segundo as necessidades de saúde, a parametrização da assistência que vai propiciar a organização das necessidades de serviços como exames e etc.

Trabalhou-se com cada referência as particularidades necessárias, sempre enfocando a importância do resgate das políticas públicas e ao mesmo tempo fazendo uma explanação sobre as normas contidas no Protocolo de Vinculação da Gestante Regional. Dentre tais conteúdos, trabalhou-se a necessidade de definir a existência de uma referência em cada ponto de atenção existente na rede municipal.

Além deste, outros temas foram: a definição de um(a) vinculador(a) municipal da rede; a importância de iniciar a realização do pré-natal o mais precocemente possível (12 semanas); a realização do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidades da gestante para que ela receba assistência adequada conforme a necessidade; a relevância de abordar o tema do planejamento familiar com a gestante e os familiares (esposo e outros); a realização de sete ou mais consultas de pré-natal com ações educativas, propiciando um monitoramento adequado e a identificação de qualquer intercorrência em tempo hábil; a vinculação da gestante ao hospital de referência para risco habitual e alto risco desde o início do pré-natal; o direito da gestante de visitar a maternidade de referência a partir da trigésima semana de gestação; o direito de levar um acompanhante para a maternidade referência.

É preciso esclarecer para a gestante que a visita a partir da trigésima semana é necessária para que ela se familiarize com o ambiente hospitalar, com os profissionais que irão assisti-la, favorecendo a humanização do parto; estar atento quanto à necessidade de imunização; a garantia de três consultas odontológicas para gestantes de risco habitual (1 consulta por trimestre) e nove consultas para gestantes de alto risco (1 consulta por mês), permitindo que ocorra inspeção adequada e intervenção a tempo em caso de necessidades (RASB).

Foi enfatizada a importância de garantir acesso a exames e consultas especializadas para a gestante sempre que necessário, lembrando que toda assistência à gestante deve funcionar de porta aberta, ou seja, gestante não fica em fila aguardando a oportunidade de realizar um exame ou uma consulta. Ela tem que ter garantia de acesso em tempo hábil. Citado a importância de realizar interface com todas as Rede (RAPS, RCPD, RUE, RASB, RADC), considerando a necessidade de intervenção em infinitas situações como gestante usuária de drogas, álcool, psicose puerperal (RAPS); informado sobre a relevância do monitoramento e certificação da realização da triagem neonatal (RCPD); a garantia do transporte sanitário seguro (RUE); e a importância da interface com a RADC, pois a gestação é uma condição crônica.

Quanto à qualificação do sistema e da gestão da informação foi discutida a necessidade de manter atualizado o CNES das unidades da saúde, informatizar as UBS e USF com integração das informações às unidades de referências, e qualificar os trabalhadores para registro da informação.

Devido à não realização da vinculação da gestante ao hospital/maternidade referência, foi apresentada a todos os municípios a planilha com todas as instituições prestadoras da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil da Região Central (Hospital e Maternidade São José de Colatina, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Colatina, Hospital e Maternidade Rio Doce de Linhares, Hospital e Maternidade São Camilo de Aracruz, e Hospital Dra. Rita de Cássia de São Francisco). A partir disso, definiu-se quais os hospitais/maternidades referência para risco habitual e alto risco de cada município; informado da existência de uma Casa de Gestante, Bebê e Puerpera em unidades de risco terciário, que se localiza no Bairro Maria Ismênia, no município de Colatina (ES). Certificou-se que apenas uma instituição — Hospital e Maternidade Rio Doce de Linhares (ES) — oferta leitos neonatais UCINco (Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais) e UCINca (Unidade de Cuidados Intermediários Canguru); outra importante informação obtida é que apenas um hospital — Hospital e Maternidade São José de Colatina — implantou e implementou o Banco de Leite. O uso do cartão da gestante durante o pré-natal é realizado pela equipe da APS dos municípios. No parto, é utilizado o partograma por todas as unidades hospitalares e ainda há oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor (massagem, bola de nascimento, escada de Ling, banco, cavalinho e outros por todas as maternidades referência da rede).

No que se refere ao acompanhamento da puerpera e da criança de 0 a 2 anos, foi identificado que a visita puerperal era realizada depois do quinto dia, inviabilizando a realização da coleta do exame do pezinho. Não havia nenhuma relação da assistência à gestante com o atendimento da criança de 0 a 2 anos. Ocorreu orientação a todos os municípios quanto à importância da coleta do exame do pezinho até o quinto dia, conforme a política pública vigente, Portaria nº 822 de 06 de junho de 2001. Após a realização de uma investigação sobre a coleta de exame do pezinho e apresentação em CIR dos dados coletados, foi comprovado que a maioria dos exames era colhida em tempo inoportuno e inadequado, e os municípios foram orientados que a coleta deveria ser realizada no ato da visita puerperal (até o quinto dia de vida de nascimento do bebê), considerando que a coleta do exame deve ser realizada entre o terceiro e quinto dia (BRASIL, 2001).

Orientações conforme a Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha (BRASIL, 2011):

- Quanto às equipes incompletas – Levar tais fragilidades para serem debatidas em Câmara Técnica e CIR e encaminhada à CIB e órgãos competentes;
- Quanto às ações não contempladas pelas usuárias do SUS (gestantes) – Foi orientado que os protocolos fossem utilizados pelos técnicos responsáveis, enfatizando a parametrização que auxilia no planejamento das ações e serviços da RAMI;
- Vinculação de nossas gestantes aos Hospitais e outros – Todos os municípios devidamente orientados
- Implantação e implementação do Grupo Condutor Municipal nos 18 municípios (Coordenadores da APS, membros da equipe, vigilância epidemiológica, regulação, vinculadores da APS, serviço especializado, PA e Hospital);
- Utilização do Protocolo Vinculação da Gestante e Plano de ação vigentes e tomando ciência das portarias vigentes;
- Quanto à utilização dos recursos - solicitação do COSEMS, para apoio aos municípios com dificuldades na aplicação dos recursos (Bloco de custeio das Ações e serviços públicos de saúde e bloco de investimentos na rede de serviços públicos de saúde);

OBS: E o quanto a maternidade ociosa implica na estruturação em nível de gestão estadual (contratação de equipe completa e outros);

## RESULTADOS ALCANÇADOS E DISCUSSÃO

- Vinculação da gestante à maternidade referência corresponde a 83,3% do total de 18 municípios - durante a visita, foi realizada uma explanação resumida do conteúdo do protocolo vinculação da gestante esclarecendo passo a passo as etapas da vinculação: a primeira planilha (anexo 1) seria preenchida pela equipe da estratégia saúde da família no ato da primeira consulta da gestante. Em seguida seria encaminhada para a vinculadora que consolidaria todos os encaminhamentos das equipes e os enviaria por e-mail para a(o) vinculador(a) do hospital referência. No ato da alta hospitalar, os formulários serão enviados

também por e-mail para os(as) vinculadores(as) municipais;

- Participação efetiva nas reuniões do grupo condutor regional corresponde a 83,3% do total de municípios - em todas as reuniões presenciais ou online, é solicitado que todos os participantes registrem presença para que seja possível identificar que todos os municípios têm acompanhado o processo de evolução da rede de atenção; são trabalhados os fluxos da gestante, permitindo que as falhas sejam corrigidas imediatamente; é solicitado que os municípios trouxessem dados referentes aos indicadores de saúde da rede (indicadores de morbi/mortalidade e de atenção) para discussão no fórum perinatal; são realizadas também várias atividades educativas com o intuito de corrigir as fragilidades identificadas.

No ano de 2020 houve dificuldade para realização das reuniões do grupo condutor devido à dificuldade experimentada por todos os municípios quanto à pandemia de Covid-19. Foram realizadas quatro reuniões nas datas (19 de março de 2020, 29 de julho de 2020, 25 de agosto de 2020 e 10 de dezembro de 2020), por webconferência para resolver problemas pontuais, em específico o atendimento das gestantes, crianças e puérperas durante a pandemia.

No ano de 2021, com a continuidade das dificuldades decorrentes da pandemia de Covid-19, após avaliação dos indicadores do Previne Brasil e mudança de gestão municipal em 2020, foi realizada reunião individual por webconferência com cada município para realinhamento das ações e serviços da Rede da Atenção Materno-Infantil. E de acordo com a necessidade de cada técnico, foram revistas as etapas de realização de um diagnóstico da rede (RAMI) em meio à pandemia de Covid-19. Nesse ano foram realizadas reuniões do Grupo Condutor nas datas: 24 de fevereiro de 2021, 26 de maio de 2021, 08 de junho de 2021 (sobre gestante privada de liberdade) e 14 de julho de 2021.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reestruturação da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil da Região Central vem sendo realizada através dos encontros mensais do grupo condutor regional, através de fórum perinatal e usando como instrumentos de pesquisa, os

indicadores do plano de ação regional da rede materno infantil (indicadores de morbidade e mortalidade e indicadores de atenção) de cada município, que após serem apresentados, são debatidos e sugerido estratégias, com o intuito de garantir o acesso, a qualidade e humanização no atendimento à mulher e ao recém-nascido.

Outros pontos trabalhados em nossos debates são as fragilidades identificadas e que, de acordo com a fala dos representantes municipais, vêm gradativamente sendo discutidas na gestão municipal. A estratégia utilizada tem sido acompanhar todo o processo de serviços e ações da rede, apoiando e orientando os municípios através das reuniões do grupo condutor e também organizando capacitações, treinamentos e oficinas que sirvam como eixo norteador para a melhoria da qualidade da assistência durante todo o período gestacional e puerperal, proporcionando assim a efetivação da atenção e da gestão no caminho de um SUS humanizado.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] União**: Seção 1, Brasília, 08 abr. 2005.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de setembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] União**: Seção 1, Brasília, 28 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 07 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459/GM, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, p. 501, 06 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, 2007.

## ANEXOS

Quadro 1. Fragilidades e Potencialidades apresentadas em visitas aos municípios

FRAGILIDADES	1 – POTENCIALIDADES
<p>- FRAGILIDADES A NÍVEL DE GESTÃO</p> <p>1.1.a - Fragilidades na APS Municipal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) incompletas;</li> <li>- Alta rotatividade na Coordenação da APS e na composição das equipes da Estratégia Saúde da Família, caracterizando precariedade de vínculo;</li> <li>- Médico Clínico Geral atuando de forma isolada na Unidade básica de Saúde, sem manter nenhum vínculo com as ações e serviços da ESF;</li> <li>- Exames não contemplados pelas usuárias (gestantes). Por ex: ultrassonografia obstétrica (os profissionais solicitavam o exame e informavam à gestante que teriam que procurar no serviço privado);</li> <li>- Municípios com cobertura das equipes da Estratégia Saúde da Família e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde inferior a 100%;</li> <li>- Realização de consultas de pré-natal em ambulatórios de PA (Pronto Socorro);</li> </ul> <p>1.1.b - Fragilidades na Atenção Especializada e PA - (Atenção Secundária)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de especialistas (médico ginecologista-obstetra);</li> <li>- Obstetras que não atendem as necessidades da RAMI (atendimento por chequinho e etc.);</li> <li>- Obstetras fazendo serviço da APS (consultas de pré-natal de gestantes de Risco-habitual);</li> <li>- Pronto Atendimento funcionando de forma isolada;</li> <li>- A precariedade quanto ao acesso das gestantes privadas de liberdade, ao serviço de média e alta complexidade;</li> </ul> <p>1.1.c - Fragilidades nos Hospitais Prestadores (Atenção Terciária)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A não vinculação das gestantes aos Hospitais de Referência (Maternidade de Referência para Gestante Risco Habitual (GRH) e Maternidade Referência para gestantes de Alto Risco (GAR));</li> <li>- Hospitais atendendo a parturiente em enfermarias que não são da Maternidade;</li> <li>- Hospitais ociosos com maternidades vazias (Hospital Jones dos Santos Neves) – gestantes sendo encaminhadas para Maternidade de Estado vizinho devido à falta de profissionais (obstetras, pediatras, anestesistas e etc.);</li> <li>- Hospitais que não estão equipados adequadamente, mas realizando partos;</li> </ul> <p>1.1.d – A inexistência do Grupo condutor da RAMI Municipal a das Políticas públicas Municipais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nenhum município até o momento havia implantado e implementado o Grupo Condutor da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil, apesar da Rede existir desde o ano de 2013.</li> <li>- Nenhum município até o momento havia elaborado o Plano Municipal de Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil e o Protocolo Vinculação da Gestante Municipal;</li> </ul>	<p>1.1 – POTENCIALIDADES A NÍVEL DE GESTÃO:</p> <p>1.1.A - Oferta de serviços além do protocolado sem comprometer todo o processo (três municípios);</p> <p>1.2- POTENCIALIDADES A NÍVEL TÉCNICO: 1.2.A</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diálogo entre os pontos de atenção, faltando apenas o compartilhamento do cuidado em alguns serviços (1 Município);</li> <li>-</li> </ul>

### 1.2 – FRAGILIDADES A NÍVEL TÉCNICO

- Não utilização dos instrumentos disponíveis (Protocolo de Vinculação da gestante, Fluxograma da gestante), valorizando e executando o mapeamento do cuidado no pré-natal;
- O papel de cada profissional na APS (o profissional se acomoda com a rotina que encontra ou cumpre ordem da gestão);
- Condutas que não seguem protocolos de serviços;
- Desintegração entre os pontos de atenção municipal (não compartilhando do cuidado)
- Nenhuma abordagem quanto ao tema Planejamento Familiar com gestantes e familiares;
- As consultas odontológicas para a gestante só aconteciam em caso de necessidade;
- Ações intersetoriais presentes em praticamente nenhum município;
- Dificuldade dos municípios em alcançar os pactos feitos, comprometendo os indicadores de saúde (Sispacto);
- Visitas puerperais acontecendo depois do quinto (5º) dia;
- A falta de percepção das equipes quanto ao acompanhamento da criança na faixa etária de 0 a 2 anos;

Fonte: autores.

**Foto 1.** Hospital Rio Doce/Linhares.



**Foto 2.** Hospital e Maternidade São José/Colatina.



**Foto 3.** Linhares.



**Foto 4.** Pancas.



**Foto 5.** Marilândia.



# SAMU PARA TODOS: UMA EXPERIÊNCIA INOVADORA NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO

Élida Ierke Gomes Paim dos Santos

## INTRODUÇÃO

Dentro do contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) configura-se como um dos componentes essenciais para a estruturação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

O presente trabalho é de relato de experiência com registros históricos dos passos e entregas referentes ao SAMU 192 no ES.

Este relato tem como objetivo destacar os marcos e avanços compreendidos até o presente momento e trazer como resultados os atuais panoramas do serviço. Para tal, neste trabalho serão abordadas temáticas que auxiliarão na compreensão de todo o processo, através de tópicos como: Contextualização das Redes De Atenção À Saúde (RAS); A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); O Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) e o Programa de Inovação da Rede de Urgência e Emergência para o Estado do Espírito Santo; 3.1 interfaces entre marcos históricos na saúde do estado e o SAMU 192.

## CONTEXTUALIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

O Sistema Único de Saúde (SUS), com todo o trabalho nele a ser desenvolvido, é desafiador! Dentre os muitos desafios a serem vencidos SUS, há de se considerar que a reconfiguração de paradigmas é uma aposta e tanto.

Nesse sentido, pensar e repensar, configurar e reconfigurar e trabalhar para que tais mudanças ocorressem/ocorram foram/são necessários reajustes constantes, tais como aponta Mendes (2011):

- Mudança do sistema fragmentado, hospitalocêntrico e centrado na figura médica para um modelo de organização estruturado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), que tenha como pilar a Atenção Primária (APS).
- Modificação do modelo de atenção outrora baseado nas condições agudas e agora então voltado para as condições crônicas.
- Reorientação do modelo de gestão do sistema de saúde, superando a gestão dos recursos passando para a gestão da clínica. Sendo esta baseada em evidências científicas com vistas aos melhores resultados.

Desse modo, para que a Rede de Atenção se consolide e seja resolutive ao que se propõe, é necessário que nela coexistam basicamente os cincoacertos: atenção certa, no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa de forma humanizada, com responsabilidade sanitária e econômica.

Contudo, há de se considerar que as normativas técnicas referentes às Redes de Atenção à Saúde (RAS) são relativamente novas e, por esse motivo, discuti-las é ainda um trabalho árduo, porém extremamente necessário e que precisa ser feito de forma tripartite, solidária, integral, estratégica e esforçada.

Dentre as Redes Temáticas tem-se a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), da qual trataremos a seguir.

## **A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE)**

Que “a Urgência e Emergência existe desde que o mundo é mundo” todos sabem. Todos convêm também que de algum modo por todos esses anos de algum modo, ainda que fora dos ideais, ela aconteceu e sua operacionalização ocorreu. Normativas federais, do Ministério da Saúde (MS), importantes como a Portaria MS nº 2048/2002 foram marcos norteadores para os Sistemas Estaduais e Municipais das Urgências.

Entretanto, com a proposta de estruturação da RAS, Redes Temáticas foram concebidas e, dentre elas, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Especificamente, esta rede passou então a ser formalmente instituída através da publicação da Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Dentro do contexto da supracitada portaria foram expostos os norteadores que deveriam a partir de então reorientar toda a construção e sustentação da RUE. Ela deveria

se estruturar nos seguintes eixos: Implantação; qualificação e operacionalização/efetivação. Sua finalidade passa a ser então a articulação e a integração de todos os equipamentos de saúde com objetivo maior de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

Conforme a Portaria 1.600/2011, RUE é constituída por 08 componentes, sendo: Atenção Básica; Promoção e Prevenção; Sala de Estabilização; Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN – SUS); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h); Componente Hospitalar (Portas de Entrada, Leitos Clínicos de Retaguarda, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade Coronariana, Unidade para Acidente Vascular Cerebral etc.) e Atenção Domiciliar (Melhor em Casa).

Esses componentes perpassam os diferentes pontos e serviços de atenção à saúde, e, fazem interface com demais equipamentos da Rede de Atenção à Saúde. Isso faz com que a Rede das Urgências também seja interativa, intersetorial e dinâmica. Uma rede que se interliga e em algum momento se encontra com as demais Redes Temáticas, quer seja Materno Infantil, Psicossocial etc.

No elenco das estratégias da Rede de Atenção às Urgências e Emergências passam a se destacar:

- a. A organização, qualificação e ampliação das portas de entrada e dos leitos;
- b. A qualificação da atenção e do acesso por meio da organização das linhas de cuidados prioritárias;
- c. A articulação entre os seus componentes (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências está devidamente aprovada pelo Ministério da Saúde nas quatro Regiões de Saúde do estado do Espírito Santo. Dessa maneira, a RUE está em implantação desde 2012, inicialmente na Região Metropolitana, com aprovação da Portaria nº 3.162, de 28 de dezembro de 2012. E em 28 de agosto de 2014, a RUE foi aprovada nas demais Regiões de Saúde, por meio da Portaria MS nº 1.806 (BRASIL, 2014).

A Rede da Urgência atua de forma prioritária em 03 (três) linhas de cuidados: cardiovascular (IAM), cerebrovascular (AVC) e traumatológica

(Trauma). Uma vez que esses agravos causam impactos muito significativos na vida e na sobrevivência, como mortes evitáveis, sequelas, anos potenciais de vida perdidos, ocupação prolongada de leitos, sobrecarga das portas de entrada, impactos sociais, impactos econômicos etc. Portanto, a organização da RUE no Espírito Santo foi e é uma necessidade real, bem como a implantação de todos os seus componentes de modo efetivo e inovador.

## **O INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE (ICEPi) E O PROGRAMA DE INOVAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA O ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

No âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA – ES), foi criado através da Lei Complementar nº 909 datada de 26 de abril de 2019 o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) (SESA, 2021).

Em seu escopo de atribuições, o mencionado Instituto protagoniza o papel de ser responsável por um conjunto de políticas de inovação em saúde (SESA, 2021).

Assim, dentre tantos programas e projetos, um está intimamente ligado à RUE, sendo: “Rede de Urgência e Emergência no Espírito Santo: Diagnóstico, modelagem, regionalização e estruturação da atenção.”

Neste, a proposta “Diagnóstico, modelagem, regionalização e estruturação da RUE”, seria possível e palpável através de:

- Apoio ao desenvolvimento de ações no âmbito da Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) para fomentar e promover a implantação, a expansão e a qualificação dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
- Diagnóstico, planejamento, coordenação e avaliação de diretrizes e estratégias necessárias para a expansão e organização componentes da RUE, em especial o componente pré-hospitalar móvel, ou seja, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192);
- Apoio técnico ao Gestor Estadual e aos Gestores Municipais na implantação e expansão do SAMU 192, bem como, no aprimoramento de gestão, de organização e da estruturação da Rede de Urgência e Emergência.

Desse modo, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) foi elencado como uma das prioridades a serem tratadas no contexto do projeto, considerando que se configura como componente pré-hospitalar móvel da RUE, que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo a morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número gratuito “192” e acionado por uma Central de Regulação Médica das Urgências.

No estado do Espírito Santo, o SAMU 192 teve início em 2005, primeiramente nas cidades que compõem a Grande Vitória e, posteriormente, à Região de Saúde Metropolitana. Mais tarde, o serviço foi implantado nos municípios de Anchieta e Piúma, pois os mesmos anteriormente compunham a mencionada região conforme Plano Diretor de Regionalização (PDR) vigente à época.

Portanto, como nas demais unidades federativas, essa “escolha inicial” de locais para implantação do SAMU 192 serem os centros urbanos (Regiões Metropolitanas) foi estratégica pois estes concentram grande parte da população do estado, possuem a rede assistencial mais completa e complexa, têm malhas viárias importantes, apresentam elevado número de acidentes, dentre outros.

Apesar das normativas federais vigentes, como a Portaria nº 1010 (BRASIL, 2012) e as Portarias de Consolidação nº 03 (BRASIL, 2017a) e nº 06 (BRASIL, 2017b), até o ano de 2020, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no estado do Espírito Santo era cofinanciado de forma bipartite pelo governo estadual e federal, sem participação financeira alguma dos municípios assistidos.

Contudo, com a nova proposta vinculada ao Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) no contexto da inovação da Rede da Urgência e Emergência muito do novo é repensado.

Dentre as mudanças de paradigmas implícitas na entrega final do SAMU 192 para todos os municípios do Espírito Santo estava a inserção dos municípios no custeio do serviço, de modo que esse cofinanciamento fosse além de puramente recursos financeiros, mas esteve intimamente associado ao modelo de gestão participativa, contribuindo para o fortalecimento dos municípios e das Regiões de Saúde na participação ativa de construção do processo, na gestão, no monitoramento e na avaliação contínua do SAMU 192 e da RUE como um todo.

Essa reformulação configurou-se como um desafio gigantesco pois há anos a discussão sobre a expansão do SAMU 192 não passam de pauta e nada mais. Não se conseguiam avanços em novas implantações, considerando-se a insustentabilidade financeira e a manutenção de um modelo já muito fragilizado e fora do ideal que se almejava.

Desse modo, ficou ainda mais evidente que a expansão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência para todas as Regiões de Saúde do Estado do Espírito Santo era uma necessidade real e urgente. Evidenciou-se também que essa implantação reduziria muito alguns vazios assistenciais existentes ao longo do território capixaba, com vistas a atender o paciente com o melhor recurso no menor tempo possível, atendendo assim princípios e diretrizes como regionalização, equidade, resolutividade, acesso, entre outros.

Na estruturação do Projeto de Inovação da Rede de Urgência e Emergência, dentro do contexto do SAMU 192, foram elencados como principais objetivos:

- A realização de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência no menor tempo possível e com a devida qualidade para aumentar a sobrevivência do paciente após agravo reduzindo assim o índice de sequelas e mortalidade.
- O encaminhamento dos pacientes de urgência e emergência para o local adequado e a transferência desses pacientes, quando houver necessidade, de uma instituição de menor complexidade para outra de maior complexidade, garantindo assim a resolutividade e a eficiência dos recursos públicos, ou seja, atendimento secundário tempo-dependente sendo realizado pelo SAMU 192.
- O cofinanciamento tripartite associado ao modelo de gestão consorciada (consórcios intermunicipais de saúde), fomentando e contribuindo significativamente para o fortalecimento dos municípios e das Regiões de Saúde na participação de construção do processo, da gestão, do monitoramento e da avaliação do SAMU 192.
- O fortalecimento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) como um todo, pois o Serviço de Atendimento Móvel das Urgências configura-se como um observatório da rede, sendo capaz de expor indicadores e suscitar discussões quanto às melhorias

necessárias no sistema. Além disso, o trabalho realizado de forma solidária entre Estado e Municípios contribui para o estreitamento dos vínculos, as parcerias, as tratativas conjuntas, entre outros.

Desde então, foi posto em execução um robusto e extenso cronograma de atividades contidas em Plano de Trabalho para que o SAMU 192 fosse realidade em todo o território capixaba. Cumpre destacar e detalhar a seguir alguns dos marcos (pode-se considerar históricos, pois de fato o são) na saúde do estado e que compõem a linha do tempo desse projeto.

## **INTERFACES ENTRE MARCOS HISTÓRICOS NA SAÚDE DO ESTADO E O SAMU 192**

Em 13 de dezembro de 2019, a proposta foi publicizada oficialmente como uma política de estado através do Decreto nº 4548-R que instituiu a Política Estadual para a Rede de Urgência e Emergência – Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, denominado a partir de então “SAMU PARA TODOS”.

Com esse marco legal vigente, desde então, foram retomadas as discussões regionais nos espaços de deliberações formalmente estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tais como Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Nesses ricos espaços, foram levadas e exaustivamente tratadas as questões referentes à nova proposta de implantação do SAMU 192. Novos diagnósticos situacionais, novos protagonismos, novo modelo, novos desenhos de rede, novo tudo!

Os municípios fizeram parte do desenho de pactuação desde o quantitativo de unidades móveis até a definição do modelo de gerenciamento.

Posteriormente, esclarecidos dos rumos a serem tomados e de suas corresponsabilidades, os gestores municipais então formalizaram seu compromisso com a implantação do SAMU 192 através da assinatura dos Termos de Adesão. Esses termos tinham como objetivo assegurar a continuidade da política de saúde e o compromisso do município no processo, garantindo assim de alguma forma que houvesse efetivação mesmo com posterior mudança da gestão local.

Os prefeitos e secretários municipais de saúde, munidos das informações pertinentes e experienciados em outros serviços já funcionantes em suas

respectivas regiões fizeram a opção de gestão consorciada. Nesse modelo, os Consórcios Intermunicipais (CIM) que já são estruturados e atuam em outras frentes ocupariam também agora alguns processos dentro da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).

Dessa maneira, no último trimestre do ano de 2020, em parceria com profissionais técnicos da Secretaria de Estado da Saúde, os consórcios elaboraram e publicaram os editais de chamamento público para seleção de Organização Social (OSS) para operacionalização do SAMU 192. Ainda no final do ano de 2020, a formalização e assinatura desses contratos se iniciaram.

Cumpre ressaltar que, dentro das responsabilidades, houve a seguinte definição pactuada entre Secretaria de Estado da Saúde, Consórcios e Municípios:

- Bases Descentralizadas Municipais: A construção, reforma ou readequação de espaço para a base do SAMU 192 é de responsabilidade do gestor municipal. Devendo o mesmo proceder com todos os critérios orientados pelo Ministério da Saúde através das portarias, do Manual de Padrão Arquitetônico Mínimo, bem como do Manual de Padronização e Identificação Visual do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Assim, estrutura física, localização estratégica, mobiliário, padronização visual e demais pormenores referentes à base são responsabilidade municipal.

- Operacionalização do Serviço: Toda a parte assistencial, seja o gerenciamento ou a execução das ações e atividades do SAMU 192, fica sob gestão do Consórcio/Município através da entidade contratada. Portanto, questões como: contratação, capacitação contínua e manutenção do quadro profissional das equipes; Unidades Móveis (compra, locação, seguro, manutenções preventivas e corretivas, combustível etc.); equipamentos; materiais; insumos; medicamentos; sistemas e tudo mais que esteja envolvido diretamente na assistência ao paciente.

- Central de Regulação das Urgências (CRU – SAMU 192): É composta por uma estrutura devidamente qualificada de profissionais, tecnologia/sistemas de informação, área física etc. Dentro do contexto de expansão do SAMU 192 para todo o estado do Espírito Santo, a Central de Regulação das Urgências foi pensada e concebida de forma unificada/estadual visando a atender critérios positivos da administração como economicidade e economia de escala. A CRU, em sua operacionalização, está sob gestão e responsabilidade do estado, por meio

da Secretaria de Saúde (SESA). Nessa questão, é importante ressaltar que não há contrapartida municipal nem em investimentos e nem no custeio da mesma, ou seja, não há ônus (participação financeira) para os municípios. Cabe salientar que existem fluxos e protocolos de atendimento às urgências e emergências devidamente oficializados pelo Ministério da Saúde no contexto do SAMU 192. Assim, o fato de possuir uma Central de Regulação das Urgências in locu não eliminaria as etapas regulatórias e logísticas envolvidas no atendimento às urgências, ou seja, não torna o “processo mais rápido”. Por todos esses motivos, a CRU – SAMU 192 no Espírito Santo foi devidamente reestruturada para que tivesse condições de toda ordem para abarcar toda a regulação das urgências do estado e fosse única.

Dando continuidade à série histórica construída ao longo dessa trajetória, ocorre em seguida a publicação da Portaria Estadual nº 262 de 22 de dezembro de 2020 aprovando o Plano de Trabalho e autorizando o repasse estadual do SAMU PARA TODOS para os 11 municípios do CIM NORTE. Foi então dado o início às ações referentes à fase de pré-ativação do Serviço, e em 18 de janeiro de 2021 o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência começou a ser operacionalizado nos municípios de: Boa Esperança, Conceição da Barra, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus e Vila Pavão.

Em seguida, foram publicadas as aprovações do Plano de Trabalho e autorização de repasse estadual (SAMU PARA TODOS) para os sete municípios do CIM POLINORTE, através da Portaria Estadual nº 015-R de 26 de janeiro de 2021 e da Portaria Estadual nº 040-R de 04 de março de 2021. Dadas as devidas providências e encaminhamentos técnicos, em 15 de março de 2021 o Serviço foi iniciado nas seguintes cidades: Aracruz, Ibraçu, João Neiva, Linhares, Rio Bananal, Sooretama e São Roque do Canaã.

Partindo então para mais uma Região de Saúde, agora a Sul, foi publicada em 08 de fevereiro de 2021 a Portaria Estadual nº 024-R que aprovou o Plano de Trabalho de municípios do CIM POLO SUL e autorizou o repasse financeiro referente ao SAMU PARA TODOS. Na mencionada região as entregas até o presente momento se deram da seguinte forma:

Data	Municípios
29/03/2021	Atílio Vivacqua, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Irupí, Lúna, Jerônimo Monteiro, Mimoso do Sul e Muqui.
17/05/2021	Alegre, Ibitirama, Muniz Freire, Presidente Kennedy e Vargem Alta.
19/07/2021	São José do Calçado.

Em relação ao CIM NOROESTE, há pouco foi publicada sua respectiva Portaria Estadual aprovando seu Plano de Trabalho e autorizando o repasse referente ao SAMU 192, sendo: Portaria nº 086-R de 26 de abril de 2021.

Importante destacar que desse modo todas as Regiões de Saúde do estado do Espírito Santo já possuem o SAMU 192 em operação. Outro destaque válido e muito necessário de se fazer notado é o contexto em que essas entregas ocorreram, ou seja, em meio ao contexto da pandemia do novo coronavírus. Sem dúvida um desafio a mais, mas também com toda certeza uma contribuição valiosa que garantiu acesso a muitos cidadãos acometidos pela Covid-19 ou quaisquer outros agravos da urgência.

Os municípios restantes (21 no total) estão contemplados para as próximas etapas da expansão. Sendo: Centro Norte: Água Doce do Norte, Águia Branca, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Colatina, Ecoporanga, Governador Lindenberg, Mantenedópolis, Marilândia, Pancas, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, Vila Valério. Sul: Apicacá, Bom Jesus do Norte, Alfredo Chaves, Iconha, Rio Novo do Sul, Itapemirim, Marataízes.

Cumprido ressaltar que cada uma dessas entregas é regada por um grande esforço coletivo e realizada a muitas mãos pelos trabalhadores e trabalhadoras do Sistema Único de Saúde (SUS).

A cada fase de pré-ativação e implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência há uma mobilização interna (SESA) e externa (Regionais e Municípios) imensa. E há sempre uma tentativa de realização das atividades de forma conjunta como desde o início dos processos. Em cada momento/fase de pré-ativação cumpre destacar que importantes atividades são organizadas e realizadas, tais como: processos seletivos; capacitações/simulações realísticas; estruturação das bases descentralizadas municipais e visitas técnicas às mesmas; locação das unidades móveis (ambulâncias); web treinamento com técnicos

municipais para as devidas inserções no SCNES (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde); reuniões de alinhamentos e execução conjunta de atividades entre SESA, Superintendência Regional, CIM e gestores/técnicos municipais; Alinhamentos com o Corpo de Bombeiros e Núcleo de Operações Aéreas; Oficinas Regionais em Colatina com SESA, Superintendência, CIM, municípios e Central de Regulação das Urgências (CRU) para discussões referentes à Rede de Atenção à Saúde (RAS), Rede de Urgência e Emergência (RUE), atribuições de cada ente no processo, regulação das urgências, atribuições do SAMU 192, entre outros.

## CONCLUSÃO

Olhando para todo o percurso concluído e o que ainda está pela frente pode-se dizer que dentre os desafios encontrados seria válido apontar de forma macro que o maior deles foi e é a sequência de rupturas de modelos culturais, tais como:

- A participação efetiva do município e da Região de Saúde em todo o processo;
- O entendimento das atribuições do SAMU 192, do transporte sanitário, do Corpo de Bombeiros;
- A reorganização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como um todo;
- A reorganização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE);
- A regulação das urgências;
- O fortalecimento dos espaços de discussão coletiva preconizados e instituídos pelas políticas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- A efetivação da integração entre Secretaria de Estado da Saúde (SESA), municípios e Rede.

Dentre os aprendizados adquiridos e consolidados até o momento cabem ser destacados primordialmente:

- A aplicação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: Regionalização; Integralidade; Universalidade; Gestão e cofinanciamento tripartite; entre outros.

- A força resultante de trabalhos verdadeiramente integrados. E aqui um destaque aos profissionais envolvidos: Colaboradores da SESA (Nível Central e Superintendências Regionais), Secretarias Municipais e profissionais da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

Hoje, e mesmo após a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) na totalidade de municípios existentes no ES, duas grandes ações estão sendo movidas e estão intimamente relacionadas ao bom andamento da RUE:

1. A reativação e o fortalecimento dos Comitês Gestores (CG) Regionais da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, e
2. A formação de Comissões de Monitoramento e Avaliação para estruturação e monitoramento e avaliação contínua, regional e sistemática dos indicadores do SAMU 192 e da RUE.

A implantação/expansão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) tem contribuído significativamente para:

- O atendimento telefônico regulado dos chamados de urgência e emergência via CRU;
- A realização de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência no menor tempo possível e com qualidade para aumentar a sobrevida do paciente após agravo a sua saúde reduzindo o índice de sequelas e mortalidade;
- O encaminhamento dos pacientes de urgência e emergência para o local adequado (referência) e transferência desses pacientes, quando houver necessidade, de uma instituição de menor complexidade para maior complexidade conforme pactuações, garantindo a resolutividade e integralidade do cuidado à vida humana.
- O fortalecimento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Espírito Santo (RUE ES).

Como grandes e expressivos resultados alcançados até o momento, é possível e desejável destacar os seguintes:

1. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) já está presente, operante e atuante em 57 municípios do estado do Espírito Santo, o que em termos numéricos corresponde a 71% dos municípios

- do ES com o SAMU 192 em funcionamento.
2. Todas as Regiões de Saúde estão contempladas, envolvidas e empenhadas em todo o processo.
  3. A implantação do SAMU 192 aproximou e reaproximou os envolvidos na Rede de Urgência e Emergência.
  4. As referências técnicas regionais da Rede de Urgência e Emergência têm sido devidamente treinadas em serviço e com isso aumentaram sua autonomia nas atividades referentes ao SAMU 192 e RUE.
  5. Os gestores municipais se enxergam no processo.
  6. Mensalmente são encaminhados às Superintendências Regionais os Relatórios de Atendimentos emitidos pela Central de Regulação do SAMU 192 para as devidas apresentações nos espaços de discussão como o Comitê Gestor da RUE e reuniões com os gestores municipais.
  7. As inconformidades referentes à regulação e/ou à operacionalização do SAMU 192 são formalizadas pelos consórcios junto aos municípios, através de fichas padronizadas. As tratativas ocorrem junto à SESA, Regionais, CRU, Consórcio e/ou Contratada (OSS).
  8. Em termos populacionais, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) tem uma cobertura atual em termos percentuais de 87,50%, ou seja, 3.556.068 habitantes (segundo a estimativa populacional do IBGE - 2020). De forma objetiva, o SAMU 192 do estado do Espírito Santo saiu de uma cobertura populacional de cerca de 60% em 2020 para quase 90% em 2021, ou seja, num período de pouco mais de seis meses e considerando-se o cenário da pandemia de Covid-19.
  9. No que se refere ao cofinanciamento municipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), o Espírito Santo saiu de 0% para cerca de 40% em número de municípios cofinanciando o serviço.

Uma breve reflexão leva a entender que todo o caminho percorrido foi importante para que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Estado fosse pensado de forma conjunta e integrada.

Há de considerar também que o que parecia uma grande ameaça foi, na verdade, um desafio a ser vencido e encarado como oportunidade: o

cenário pandêmico.

Desse modo, mesmo em meio a tantas dificuldades de toda natureza advindas com a pandemia, o componente pré-hospitalar móvel da RUE, SAMU 192, hoje é uma realidade em todo o território capixaba.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, 8 jul. 2011. p. 69–70.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.806, de 26 de agosto de 2014. Aprova o Componente Hospitalar da Etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Espírito Santo e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. **Diário Oficial da União**. 2014. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2014/prt1806\\_26\\_08\\_2014.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2014/prt1806_26_08_2014.html). Acesso em: 10 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, 12 nov. 2002. p. 32–54.

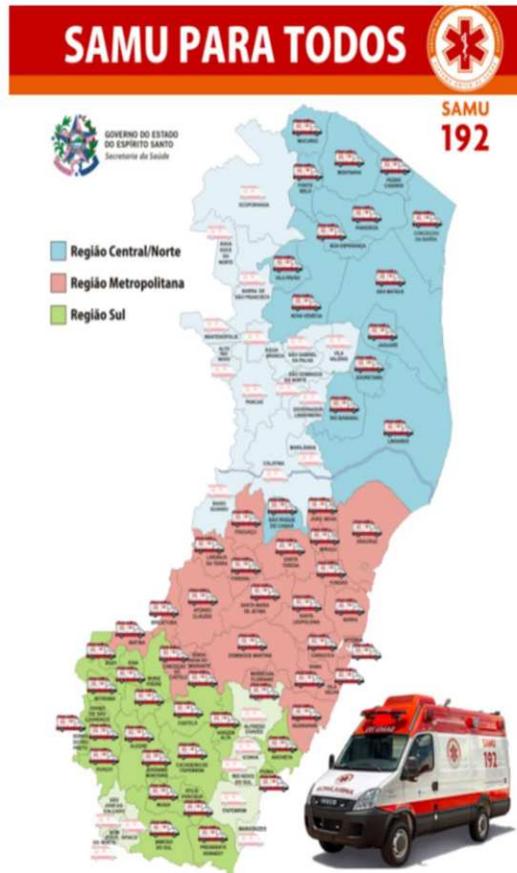
MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2021.

## ANEXOS

### - COMPONENTES DA RUE



### - MAPA ATUAL DA COBERTURA DO SAMU 192 ES



## **SOBRE AS/OS AUTORAS/ES**

### **Ana Rosa Murad Szpilman**

Cirurgiã-dentista, Doutora em Educação pela UFES, Coordenadora do Programa de Interação Ensino, Serviço e Comunidade da UVV. E-mail: szpanarm@gmail.com

### **Andrea Maria Nunes Nobre**

Graduada em Serviço Social pela Faculdade Católica Salesiana do ES - UNISALES, Brasil (2005). Possui MBA em Gerenciamento de Projetos pela M. Murad Consultoria e Treinamento LTDA - FGV Management. Turma GEPROJ GOV (2009). Exerceu Chefia e oportunamente Supervisão como membro da equipe do Setor de Judicialização da Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/2665558113041717>. E-mail: andreannobre@gmail.com

### **Cátia Cristina Vieira Lisboa**

Administradora, Especialista em Gerência de UBS No SUS pela USP, Secretária Municipal da Saúde SEMSA/PMVV. E-mail: [catia.lisboa@vilavelha.es.gov.br](mailto:catia.lisboa@vilavelha.es.gov.br)

### **Cristiara Ferreira Lima Amite**

Enfermeira. MBA Gestão em Saúde e Controle de Infecção, Atenção Primária à Saúde da Superintendência Regional de Saúde de Colatina. E-mail: [cristiaraamite@saude.es.gov.br](mailto:cristiaraamite@saude.es.gov.br)

### **Daniela de Souza Casotti**

Assistente Social. Pós-graduada em Saúde Coletiva, Gestão de Redes de Atenção à Saúde, Gestão Pública e Gestão em Saúde. Atenção Primária à Saúde da Superintendência Regional de Saúde de Colatina. E-mail: [danielacasotti@saude.es.gov.br](mailto:danielacasotti@saude.es.gov.br)

**Daniela Santos Gomes da Silva**

Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais (ENCE/IBGE) - Membro do Grupo de Pesquisa Josué de Castro (GPJC/PUC-Rio). E-mail: danielasgs@gmail.com

**Denise Lyra Bubac**

Psicóloga, Pós-graduada em Dependência Química, Atenção Primária a Saúde e Micropolítica da Gestão em Saúde. Atenção Primária à Saúde da Superintendência Regional de Saúde de Colatina. E-mail: deniselyra@saude.es.gov.br.

**Eida Maria Borges Gonsalves**

Cirurgiã dentista. Mestre em Saúde Coletiva. Secretária de Estado da Saúde do Espírito Santo, Subsecretaria de Vigilância em Saúde. E-mail: eidagoncalves@saude.es.gov.br

**Elaine M Ribeiro Demuner**

Enfermeira graduada na universidade Federal do Espírito Santo, pós-graduada em Condutas de enfermagem à paciente Crítico. E-mail: elainedemuner@gmail.com

**Élida Lerke Gomes Paim dos Santos**

Enfermeira. Pós Graduada em Vigilância Sanitária. Coordenação do SAMU PARA TODOS (ICEPI/SESA). E-mail: elidaigp@gmail.com

**Eliete da Silva Rocha**

Pedagoga. Atenção Primária à Saúde da Superintendência Regional de Saúde de Colatina. E-mail: elieterocha@saude.es.gov.br

**Eliete Melotti Rocha**

Pedagoga e Geografia. Atenção Primária à Saúde da Superintendência Regional de Saúde de Colatina. Pós-graduada em Saúde do Trabalhador. E-mail: elieterocha@saude.es.gov.br

### **Eliete Tereza Melotti Rocha**

Pedagoga, auxiliar administrativa efetiva da Superintendência Regional de Saúde de Colatina. E-mail: [elieterocha@saude.es.gov.br](mailto:elieterocha@saude.es.gov.br).

### **Fabrcio Santos Neves**

Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz - BA (2004) e graduando em Direito pela Universidade Federal do Espírito Santo (desde 2017). Membro da Equipe de Análise Técnica do setor de Judicialização da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5894-6320>. Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/2715981913714316>. E-mail: [fabricioneves@saude.es.gov.br](mailto:fabricioneves@saude.es.gov.br)

### **Fernanda Mattos Gandini**

Enfermeira graduada na FAESA, pós-graduada em Paciente crítico. E-mail: [inspiracao39.47@gmail.com](mailto:inspiracao39.47@gmail.com)

### **Fernanda Silva Cardoso**

Enfermeira. Pós-graduada em Saúde Pública com ênfase na Interprofissionalidade; Enfermagem Cirúrgica e Enfermagem do Trabalho. Núcleo de Regulação do Acesso (NRA) da Superintendência Regional de Saúde de São Mateus (SRSSM). E-mail: [fernandacardoso@saude.es.gov.br](mailto:fernandacardoso@saude.es.gov.br)

### **Gabriela Maria Coli Seidel**

Bióloga, Chefe do Núcleo de Vigilância em Saúde da Superintendência Regional de Saúde de Vitória (NVS/SRSV). E-mail: [gabigmcs@gmail.com](mailto:gabigmcs@gmail.com)

### **Helia Márcia Silva Mathias**

Farmacêutica. Mestrado em Saúde Coletiva e Doutorado em Saúde Pública. Ministério da Saúde. VigiAR – SUS. E-mail: [heliathias@saude.es.gov.br](mailto:heliathias@saude.es.gov.br)

### **Juliana Ramos Bruno**

Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva. Subsecretária Municipal de Saúde de Cariacica. [julianabruno@msn.com](mailto:julianabruno@msn.com)

**Larissa Almeida Rodrigues**

Assistente Social do Núcleo Especial de Regulação de Internação em Saúde Mental/SESA-ES, especialista em Políticas Sociais. E-mail: larissarodrigues.saude@gmail.com

**Lena Márcia Silva**

Enfermeira. Pós-graduada em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências. Atenção Primária à Saúde da Superintendência Regional de Saúde de Colatina. E-mail: lenasilva@saude.es.gov.br.

**Lilian Hoffmann**

Psicóloga. Mestra no Ensino de Humanidades pelo Instituto Federal do Espírito Santo. Especialista em saúde pública com ênfase em saúde da família. Especialista em dependência química. Pós-graduada em saúde mental. Pesquisadora do GEPESE/IFES. Vinculada a Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá/ES. E-mail: lilianhfpsicologia05@gmail.com / lilianhfpsicologia@yahoo.com.br.

**Livia Chechi Motta Cometti**

Enfermeira, Atenção Primária à Saúde da Superintendência Regional de Saúde de Colatina. E-mail: liviacometti@saude.es.gov.br

**Livia Chechi Motta Cometti**

Enfermeira, efetiva da Superintendência Regional de Saúde de Colatina. E-mail: liviacometti@saude.es.gov.br.

**Lucienne Toledo Pereira Torres**

Cirurgiã dentista, Mestre em Odontopediatria e Docente de núcleo do ICEPI. E-mail: luciennetoledo@gmail.com

### **Luiz Carlos Reblin**

Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo - Subsecretário de Estado de Vigilância em Saúde. E-mail: luizreblin@gmail.com

### **Margareth Pandolfi**

Cirurgiã dentista, Referência Técnica de Saúde bucal/SESA-ES, Doutora em Saúde Pública e Tutora e Pesquisadora do ICEPi. E-mail: margareth.pandolfi@hotmail.com

### **Mônica Cola Cariello Brotas Corrêa**

Psicóloga, Doutora em Psicologia pela UFES, Coordenadora Pedagógica Curso de Medicina da UVV. E-mail: monica.correa@uvv.br

### **Nésio Fernandes de Medeiros Junior**

Médico. Especialista em Medicina Preventiva e Social e Administração em Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

### **Orlei Amaral Cardoso**

Biólogo. Especialização em Epidemiologia e Direito Sanitário. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Gerente de Vigilância em Saúde. E-mail: orleibiologo@gmail.com

### **Rafaela Bridi**

Enfermeira, Especialista em Gestão com Ênfase em Saúde Pública pela FAVENI – ES, Coordenadora da APS da SEMSA/PMVV. E-mail: rafaela.bridi@vilavelha.es.gov.br

### **Ricardo da Silva Ribeiro**

Mestre em Zoologia, Biólogo do Núcleo de Vigilância em Saúde da Superintendência Regional de Saúde de Vitória (NVS/SRSV). E-mail: rsribeiro77.srsv@gmail.com

**Ricardo da Silva**

Psicólogo, Pós graduado em Micropolítica da Gestão em Saúde. Atenção Primária à Saúde da Superintendência Regional de Saúde de Colatina. E-mail: ricardodasilva@saude.es.gov.br

**Rosania Loriato**

História, pós-graduada em auditoria em saúde e Saúde Pública apoiadora regional contratada pelo Colegiado de Secretarias Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS/ES). E-mail:rosanialoriato@hotmail.com

**Sandra Marcia Ribeiro Soldatelli**

Assistente Social, Especialista em Processos Educacionais em Saúde pelo IEP-HSL, Coordenadora do Núcleo de EP em Saúde SEMSA/PMVV. E-mail: sandra.ribeiro@vilavelha.es.gov.br

**Sérgio Emílio Rua**

Médico, Mestre Ciências Farmacêuticas pela UVV, Coordenador do Curso de Medicina, sergio.rua@uvv.br

**Tânia Mara Ribeiro dos Santos**

Enfermeira, Técnica da Imunização/Imunopreveníveis/SESA-ES, Mestre em Saúde Coletiva e tutora e Pesquisadora do ICEPI. E-mail: trtamara@gmail.com

**Vera Lucia Gomes de Andrade**

Médica, Mestrado e Doutorado em Saúde Pública, Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, Subsecretaria de Vigilância em Saúde. E-mail: veraluciagomesdeandrade@gmail.com

**Whisllay Maciel Bastos**

Enfermeiro, Mestre em Saúde Pública, Servidor Público do Estado do Tocantins



## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Atenção Primária à Saúde 11, 19, 21, 28, 29, 30, 43, 82, 104, 125, 131, 153, 157, 168, 190, 191, 192, 218, 219, 221, 223

### C

Controle de Vetores 11, 136, 149, 152

Covid-19 9, 10, 12, 13, 26, 37, 45, 52, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 65, 66, 67, 68, 74, 77, 78, 79, 82, 101, 105, 106, 107, 115, 126, 127, 144, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 176, 182, 184, 185, 186, 187, 197, 212, 215

### E

Educação em saúde 28

Educação Permanente 7, 9, 11, 16, 19, 24, 26, 28, 31, 52, 57, 65, 103, 129, 130, 155, 159, 167

### G

Gestão da saúde 30

### M

Metodologias Ativas 9, 42, 51

### P

Pandemia 9, 12, 13, 26, 41, 45, 52, 53, 57, 58, 59, 65, 66, 67, 68, 77, 78, 79, 82, 96, 105, 107, 115, 127, 144, 158, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 174, 175, 176, 178, 182, 185, 186, 197, 212, 215, 216

Planos Municipais de Saúde 10, 70, 110, 112, 113

Programa de Residência Multiprofissional 43

Projeto Pedagógico 20, 30

**R**

Rede de atenção à saúde 29, 101, 160, 165, 190

Rede de Urgência e Emergência 13, 156, 191, 193, 203, 206, 208, 209, 213, 215

**S**

SAMU 13, 15, 52, 85, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214,  
215, 216, 217, 219

**T**

Telemonitoramento 9, 69

Testagem em massa 53

**V**

Vigilância em Saúde 10, 53, 55, 58, 81, 103, 111, 143, 144, 146, 148, 159, 163,  
219, 220, 222, 223

## Publicações da Editora Rede UNIDA

### Séries:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes  
Ética em pesquisa  
Participação Social e Políticas Públicas  
Pensamento Negro Descolonial  
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde  
Educação Popular & Saúde  
Saúde Mental Coletiva  
Atenção Básica e Educação na Saúde  
Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde  
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde  
Saúde & Amazônia  
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional  
Vivências em Educação na Saúde  
Clássicos da Saúde Coletiva  
Cadernos da Saúde Coletiva  
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade  
Conhecimento em movimento  
Arte Popular, Cultura e Poesia  
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico  
Branco Vivo  
Saúde em imagens  
Outros

### Periódicos:

Revista Saúde em Redes  
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



ISBN 978-65-5462-028-4



9 786554 162028 4