Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:
Práticas, experiências e propostas na gestão da Saúde Coletiva

Alexandre Fávero Bulgarelli
Ângela Maria Antunes Nunes
Cristine Maria Warmiling
Fernando Neves Hugo
Karla Frichembruder
Vania Maria Aita de Lemos
Organizadores

editora
redeunida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA
Júlio César Schweickardt
Coordenação Editorial
Alcindo Antônio Ferla
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 Steffani – Universidade de Bolonha, Itália
Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália
Berta Paz Lorido – Universitat de lesIlles Balears, Espanha
Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América
Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
Julio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil
Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil
Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra
Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina
Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil
Luciano 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 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 da Paraíba, Brasil
Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil
Simone Edi Chaves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil
Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil
Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil
Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil
Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial
Janaina Matheus Collar
João Beccon de Almeida Neto
Projeto gráfica Capa e Miolo
Editora Rede UNIDA

Diagramação
Luciane de Almeida Collar
Imagens capa/contra-capa e o miolo
Alexandre Fávero Bulgarelli

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

R314 Redes de atenção à saúde : práticas, experiências e propostas na gestão da Saúde Coletiva [recurso eletrônico] / Organizadores: Alexandre Fávero Bulgarelli ... [et al.] – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2016.
433 p. : il. – (Série Interlocuções práticas, experiências e pesquisas em saúde)
Livro originado das Memórias do Curso de Especialização em Atenção Especializada em Saúde, realizado em parceria entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Ministério da Saúde.

ISBN: 978-85-66659-71-9
DOI: 10.18310/9788566659719

1.Atenção à saúde. 2. Gestão em saúde. 3. Saúde coletiva. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Atenção primária à saúde. I. Bulgarelli, Alexandre Fávero. II. Série.

CDU: 614(81)
NLM: WA84.6

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Copyright © 2016 by Alexandre Fávero Bulgarelli, Ângela Maria Antunes Nunes, Cristine Maria Warmiling, Fernando Neves Hugo, Karla Frichembruder e Vania Maria Aita de Lemos.

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

Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:
Práticas, experiências e propostas na gestão da Saúde Coletiva

Alexandre Fávero Bulgarelli
Ângela Maria Antunes Nunes
Cristine Maria Warmiling
Fernando Neves Hugo
Karla Frichembruder
Vania Maria Aita de Lemos
Organizadores

1ª Edição
Porto Alegre/RS, 2016
Rede UNIDA

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACM	Agente Comunitário de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
AGHOS	Administração Geral de Hospitais
BI	*Business Intelligence*
CDS	Conselho Distrital de Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CBMF	Cirurgia Bucomaxilofacial
CMCE	Central de Marcação de Consultas Especializadas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDS	Coleta de Dados Simplificado
CnR	Consultório na Rua
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
CBO	Cadastro Brasileiro de Ocupação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CONAMA	Conselho Nacional de Meio Ambiente
COMPESQ-ODO	Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DeCS	Descritores de Ciências da Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia da Saúde da Família
EAB	Equipe de Atenção Básica
ESB	Equipe de Saúde Bucal
EPS	Educação Permanente em Saúde
ENDO	Endodontia
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ES	Espírito Santo
e-SUS	Estratégia e-SUS
eSF	Equipes de Saúde da Família
GT	Grupo de Trabalho
GCC	Glória Cruzeiro Cristal
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GT M&A	Grupo de Trabalho em Monitoramento e Avaliação
IMESF	Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LENO	Leste Nordeste
MS	Ministério da Saúde
MG	Minas Gerais
NEB	Norte Eixo Baltazar
NHNI	Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIS	Núcleo de Informações em Saúde
NUMESC	Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde

OPM	Órtese, Prótese e Materiais Especiais
PCATooL	Instrumento de avaliação da atenção primária à saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde
PERIO	Periodontia
PLP	Partenon Lomba do Pinheiro
PMPA	Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
PVPI	Polivinilpirrolidona-iodo
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RES	Restinga
RS	Rio Grande do Sul
RSS	Resíduos de Serviços de Saúde
SCS	Sul Centro Sul
SES	Secretaria Estadual da Saúde

SEMA	Secretaria Especial de Meio Ambiente
SC	Santa Catarina
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SINAN	Sistema de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

APRESENTAÇÃO

Durante dois anos um grupo de professores da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/FO-UFRGS, em pareceria com o Ministério da Saúde, e com profissionais da saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, dos municípios de Sapucaia do Sul, Novo Hamburgo, Canoas e Alvorada, compuseram um grupo de atores sociais que fizeram parte do enriquecimento da formação continuada de profissionais na atenção especializada em saúde para o Sistema Único de Saúde/SUS. Pensando neste enriquecimento, e tendo nos trabalhadores do SUS seu foco, foi construído um curso de especialização com a proposta de associar vivências nas realidades dos serviços, educação permanente e práticas de gestão para a formação de especialistas. Engajados nesta proposta original, desafiadora e que se acredita ser inovadora no país, tais professores trabalharam conjuntamente com o objetivo de formar profissionais da saúde com uma visão articulada, gerencial e humana do cuidado em saúde dentro do SUS, em suas premissas doutrinárias e diretrizes organizacionais.

O livro *REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: Práticas, experiências e propostas na gestão da Saúde Coletiva* surgiu como uma maneira de tornar pública as memórias do curso de Especialização em Atenção Especializada em Saúde. Ao final do curso todos os alunos apresentaram seus trabalhos de conclusão em que construíram conhecimento por meio de pesquisas científicas, projetos terapêuticos singulares e/ou relatos de práticas exitosas nos serviços. Frente à complexidade de assuntos abordados nos referidos trabalhos de conclusão, os organizadores agruparam os materiais textuais de acordo com temas. Deste modo, seguiu-se a seguinte estrutura contemplando três sessões temáticas: *Gestão ambiental: biossegurança e resíduos; Gestão de planejamento e modelos de saúde*; e *Gestão da atenção primária à saúde*. Para melhor contextualização do leitor, além de estruturado com sessões temáticas, o livro apresenta um capítulo inicial sobre o curso de especialização proposto e um capítulo final em que se mostra uma avaliação final do referido curso. Cabe ressaltar que este livro é indicado para qualquer profissional, estudante e/ou gestor da saúde que queiram ampliar suas leituras sobre experiências no SUS.

Os trabalhos que compõe a sessão *Gestão ambiental: biossegurança e resíduos* abordam conceitos como rotinas de biossegurança e resíduos. No entendimento de que a infraestrutura é um dos pilares da qualidade dos serviços de saúde, questões

como rotina e logística de resíduos é algo fundamental na articulação de cuidados do profissional e do usuário. Na sessão *Gestão de planejamento e modelos de saúde,* foram articulados e organizados assuntos como regulação, monitoramento de indicadores, acesso por classificação de risco, bem como referência para serviços especializados. Tais assuntos refletidos em práticas e propostas fundamentam o bom funcionamento do serviço como um todo -atenção primária, especializada e hospitalar- que se articula em redes. Partindo do pressuposto que é a APS o eixo norteador e articulador das especialidades assistenciais do SUS, organizou-se a sessão *Gestão da Atenção Primária à Saúde.* Tal sessão traz experiências como a inclusão da Estratégia da Saúde da Família no município de Novo Hamburgo, bem como assuntos como territorialização, acolhimento e análises de custo para a gestão do sistema.

O presente livro foi pensado e organizado, acreditando-se que tais experiências e conhecimentos produzidos possam embasar novas práticas assistenciais e de gestão. Tais práticas terão como consequências positivas um cenário de melhoria na assistência e atenção à saúde do próprio SUS e dos seus usuários.

Prof. Dr. Alexandre Favero Bulgarelli

SUMÁRIO

CAPITULO 1 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE: Uma proposta inovadora na educação permanente para o Sistema Único de Saúde.....13
Ângela Maria Antunes Nunes, Fernando Neves Hugo, Karla Frichembruder, Vânia Maria Aita de Lemos.

CAPITULO 2 - GESTÃO AMBIENTAL: Biossegurança e resíduos.....21

2.1 - ROTINAS DE BIOSSEGURANÇA NOS PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS COM AS NORMAS ESTABELECIDAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....23
Silvio Humberto Orlandini Cavalcante, Marcel Fasolo de Paris, Ângela Maria Antunes Nunes.

2.2 - GESTÃO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....37
Karla Hames Fava, Andressa da Silveira Bez.

CAPITULO 3 - GESTÃO DE PLANEJAMENTO E MODELOS DE SAÚDE.....57

3.1 - REGULAÇÃO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE EM NÍVEL MUNICIPAL.....59
Sibila Persici, Evelise Tarouco da Rocha, Renato José De Marchi.

3.2 - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES: ampliando a capacidade de gestão.....99
Aline Stanislawski Silva, Lúcia Gimenes Passero, Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

3.3 - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA O ATENDIMENTO EM CIRURGIA BUCO - MAXILO - FACIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....167
Luisa Comerlato Jardim, *Aline Blaya Martins de Santa Helena.*

3.4 - ROTINAS NA UNIDADE DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO - MAXILO-FACIAIS: Uma abordagem logística.....193
Gabriela Luiza Hochscheidt, Deise Ponzoni.

3.5 - TRAJETÓRIA DOS USUÁRIOS PARA O ACESSO AO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS UNIVERSITÁRIO.....227
Aline Stürmer Rech, Juliano Cavagni, Juliana Balbinot Hilgert.

4 - GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....245

4.1 - PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....247
Liana Xavier Machado, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Cristine Maria Warmling.

4.2 - INCLUSÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....289
Maria Elena Gageiro Soares, Alexandre Fávero Bulgarelli, Aline Blaya Martins de Santa Helena.

4.3 - VIVENCIANDO A TERRITORIALIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....311
Patrícia Távora Bulgarelli, Dulce Maria Bedin, Alexandre Fávero Bulgarelli, Renato José De Marchi.

4.4 - AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....337
Janete Madalena Arcari, Fernando Ritter, Aline Blaya Martins de Santa Helena.

4.5 - ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE OS CUSTOS NA ATENÇÃO BÁSICA.....353
Suiani Soares Silva, Otávio Pereira D'Avila.

CAPITULO 5 - A SAÚDE BUCAL NA INTERAÇÃO ENSINO - SERVIÇO NUMA PERSPECTIVA INOVADORA: avaliação da Pós - Graduação/Especialização - Atenção Especializada em Saúde.....415

SOBRE OS ORGANIZADORES.....431

CAPITULO 1

ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE: uma proposta inovadora na educação permanente para o Sistema Único de Saúde

Ângela Maria Antunes Nunes
Fernando Neves Hugo
Karla Frichembruder
Vânia Maria Aita de Lemos

O Curso de Especialização em Atenção Especializada em Saúde concretiza neste livro suas memórias por meio da apresentação de seu contexto histórico, da proposta pedagógica, do relato de experiências práticas e da produção de conhecimento. Fruto da parceria entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o Ministério da Saúde, o curso teve como finalidade prover a formação de pós-graduação lato sensu em Atenção Especializada em Saúde seguindo a trajetória de transformação na formação em saúde.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Saúde, incluídas aí as Diretrizes dos Cursos de Odontologia, estabeleceram um novo paradigma de formação, aproximando a academia dos serviços de saúde e fortalecendo o ensino em cenários de práticas do Sistema Único de Saúde/SUS. Ações, como o Pró-Saúde e o Pet Saúde, induziram esta qualificação da formação de graduação promovendo a integração à rede de serviços do SUS de forma significativa.

A UFRGS, de forma pioneira, incluiu no seu currículo de graduação o estágio de vivência e prática no âmbito da atenção primária à saúde. Este estágio curricular obrigatório desenvolve-se no nono e décimo semestre do Curso de Odontologia com carga horária de 465 horas de atuação na estratégia de saúde da família. (BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2010)

No que diz respeito à atenção especializada, a Universidade desenvolve no décimo semestre, o Estágio Curricular Supervisionado II da Odontologia com carga horária de 465 horas, junto aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) do SUS. Este tem como objetivo proporcionar ao aluno de Odontologia o conhecimento

dos processos de trabalho no CEO bem como instigá-lo ao desenvolvimento de ações em nível de diagnóstico, planejamento, execução, avaliação e gestão da assistência odontológica especializada.

Ainda que se reconheçam os significativos avanços no sentido da integralidade do sistema, ainda há limites e desafios significativos tanto nessa formação em nível de graduação e pós-graduação, bem como na qualificação do cuidado e na constituição de uma rede efetiva e articulada de atenção à saúde bucal.

A Portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE, 2009) No caso da formação voltada à atenção especializada, não há ofertas identificadas de educação permanente em nível de especialização que considerem as especificidades da rede SUS. Tradicionalmente, a pós-graduação em Odontologia é exclusivamente voltada ao setor privado. Como resultado, os CEOs contam com profissionais sem a formação adequada para o SUS. Com a nova política de atenção especializada em odontologia no SUS faz-se necessário à formação de profissionais habilitados a atuar nos serviços públicos de saúde.

Na atualidade, os trabalhadores que atuam nos CEOs são formados dentro do núcleo duro das especialidades, ou seja, através de conteúdos, regras e procedimentos de cada área especifica. No entanto, além de deter os saberes de sua especialidade, estes desenvolvem ações de núcleo no Campo da Saúde Coletiva, e sua formação deveria estar adequada para o modelo de atenção à saúde do SUS, baseado na interdisciplinaridade, humanização da atenção e reflexão crítica sobre a rede de serviços. Assim, os processos de capacitação e qualificação deveriam estar estruturados a partir da problematização do processo de trabalho objetivando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho tomando como referência as necessidades de saúde dos usuários, das populações, da gestão setorial e do controle social. Devem englobar a produção de subjetividade, o conhecimento do SUS e o desenvolvimento das habilidades técnicas. Desta forma, o desenvolvimento de ações de educação permanente que busquem a qualificação para o trabalho no SUS, integrando a Universidade como geradora da formação de recursos humanos, com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é fundamental no processo de trabalho em Saúde Coletiva.

Considerando a formação especializada para a RAS, o Curso teve como propósito ampliar a formação específica das especialidades em Endodontia, Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Periodontia e Estomatologia integrando-as à grande área temática da Saúde Coletiva. Mais que isso, a incorporação de outra área, a de Gestão, com vagas específicas e com profissionais de outras formações que não a Odontologia reforçou esta formação de uma forma, pode se dizer, inédita.

A elaboração do Projeto Pedagógico e o desenvolvimento do mesmo se deu por um processo de construção conjunta desafiador pelo seu caráter inovador. O curso teve como entidades executoras a UFRGS, o Ministério da Saúde, e as instituições parceiras como a Prefeitura Municipal de Porto Alegre/PMPA, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre/HCPA e a Prefeitura Municipal de Alvorada.

O curso de Atenção Especializada em Saúde com suas cinco ênfases teve sua aprovação pela Câmara de Pós-Graduação da UFRGS em 04 de junho de 2013. Foram propostas trinta e seis vagas distribuídas nas ênfases. O processo seletivo ocorreu através de edital público, com inscrições iniciando em 20 de julho. Inscreveram-se cem profissionais dos quais quarenta foram aprovados. A seleção se deu por meio de prova teórica na área de saúde coletiva e da especialidade pretendida, a entrevista considerou a vinculação ao serviço público e a análise de currículo.

O curos teve início em setembro de 2013 e término em setembro de 2015, com carga horária diferenciada nas especialidades para atender às normativas do Conselho Federal de Odontologia, as ênfases perfizeram um total de 2625 horas para Endodontia, Estomatologia e Periodontia, 2685 horas para Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e 2565 horas para Gestão.

Considerando que a excelência clínica ultrapassa a dimensão técnica do cuidado, e que o olhar para a saúde exige um profissional capaz de promover cuidado humanizado e seja parte integrante de uma rede de atenção à saúde, o curso teve como objetivo geral qualificar profissionais para atuarem nas RAS com um perfil especializado, mas com comprometimento no processo de humanização e organização do SUS, fundamental para os avanços necessários na perspectiva de uma rede de atenção mais eficaz para atender as demandas da população. Além desta perspectiva o curso buscou possibilitar aos profissionais de saúde a ressignificação e qualificação de suas práticas em serviços de atenção especializada em odontologia nos CEOs, Pronto Atendimentos, e Hospitais a partir da problematização de ações cotidianas no trabalho com atenção especializada à saúde.

De modo específico objetivou-se:

- Desenvolver a compreensão ampla e integrada das diferentes ações e processos de trabalho na rede de atenção, considerando as diretrizes e princípios do SUS.
- Propiciar aos profissionais uma formação integralizada da sua especialidade com as especificidades do campo da saúde coletiva oportunizando o estudo e a reflexão crítica sobre as tendências e processos qualificados na rede de atenção à saúde.
- Oportunizar o desenvolvimento da compreensão do processo de trabalho centrado em competências e habilidades para a atuação em equipes interdisciplinares de abordagem integral na assistência à saúde.

- Capacitar os participantes para atuarem nos CEOs segundo as portarias e normas preconizadas pela PNSB para os CEOs.
- Qualificar o desenvolvimento de competências e habilidades de profissionais para atuarem em CEOs, pronto atendimento e hospitais na rede de atenção à saúde.
- Formar os profissionais na Especialidade de Gestão desenvolvendo habilidades e competências em gerenciamento de rede atenção através dos fundamentos e princípios básicos de gestão, capacitando-os em noções de direito público, planejamento, administração, financiamento, auditorias e no processo de interlocução entre as instituições, na perspectiva de apoio institucional e da gestão compartilhada.
- Formar Cirurgiões Dentistas em uma das especialidades: Endodontia, Estomatologia, Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Periodontia, considerando as técnicas de abordagem e manejo, as recomendações e as formas de tratamento específicas a este grupo de pacientes, de forma humanizada com competência técnica, científica e ética.
- Capacitar os profissionais para a o estudo e resolução de casos complexos no que se refere aos nós críticos da gestão e da atenção, considerando os níveis de atenção à saúde.

O Curso, por meio de sua proposta pedagógica, utilizou unidades para sua organização curricular: unidades como um conjunto de objetivos educacionais relacionados a uma mesma temática, definidores dos conteúdos a serem abordados, podendo ser avaliados independentemente. Igualmente, a conceituação de campo e núcleo, apresentada por campos de estágio, respaldou os conteúdos e temas abordados em dois grandes eixos. Assim, desenvolveu-se uma atividade introdutória de instrumentalização e dois eixos temáticos, do campo da Saúde Coletiva e do núcleo profissional, ambos estruturados em unidades.

Instrumentalização do curso

Esta atividade apresentou o curso, seus objetivos, organização, papel dos tutores e preceptores e organizou o processo de acompanhamento e avaliação dos discentes e do curso. Estando inserida na disciplina de metodologia foi desenvolvida nas duas primeiras semanas do curso. Os conteúdos trabalhados foram: Estrutura do Curso; Ambiente Virtual de Aprendizagem; Funções dos professores, tutores e preceptores; Instrumentos de acompanhamento e avaliação.

Eixo da Saúde Coletiva

Este eixo foi organizado em disciplinas com o objetivo de instrumentalizar os profissionais na área da Saúde Coletiva para que possam compreender as políticas públicas e através destas desempenharem atividades de gestão, planejamento e organização do trabalho e assistência nos Centros de Especialidades Odontológicas e Atenção Hospitalar, dentro da proposta da humanização da atenção preconizada pelo SUS. Além disso, pretendia fortalecer o trabalho em equipe, a integração no cuidado especializado e a necessidade de conhecimento do território e da população para o planejamento de todas as etapas de trabalho até a melhor forma de organização do atendimento diário.

Cabe aqui salientar que as disciplinas integradoras como a disciplina Redes de Atenção nos Serviços Especializados e o Seminário Integrador transcorreram transversalmente ao longo do Curso e tiveram como atividades o desenvolvimento de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e vivências práticas nas diversas redes de atenção à saúde do município de Porto Alegre e região metropolitana. Tais vivências possibilitaram ao aluno articular seus conhecimentos teóricos com as realidades da prática do serviço em que cumpriram suas cargas horárias práticas.

O eixo foi formado por duas unidades:

Unidade I: bloco de disciplinas teórico-prática /duração seis meses

Unidade II: bloco de disciplinas teóricas com 5 horas semanais para integração na RAS, seminários mensais de integração com desenvolvimento de projetos terapêuticos/duração dezoito meses.

Na unidade I foram discutidos os conceitos base da saúde coletiva como ética, bioética, ciências sociais e humanas, políticas em saúde, epidemiologia básica e gestão, contratos organizativos da ação pública em saúde, modelos assistenciais, planejamento e gestão do trabalho e da educação.

Na unidade II foram abordados os temas de trabalho em saúde - em rede e em equipe, humanização e acolhimento, linhas de cuidado, projetos terapêuticos, protocolos clínicos, referência e contra referência, matriciamento na rede de atenção e gestão. Esta unidade foi transversal à formação na ênfase e, além do desenvolvimento de conceitos e temas específicos do campo da saúde coletiva teve como objetivo integrar saberes e ativar debates através de encontros multidisciplinares e multiprofissionais que aconteceram na UFRGS e nos serviços.

Eixo de Núcleo Profissional

Nos eixos temáticos de núcleo profissional as estratégias de ensino-aprendizagem abrangeram seminários e material expositivo sobre o assunto (apresentações em slides, vídeos e/ou áudio) com ênfase metodológica na discussão de casos clínicos com a construção de portfólios e planos terapêuticos; atividades práticas (ensino baseado em problemas), com ênfase na busca de artigos científicos e estudo dirigido; e fóruns de discussão.

A avaliação deste eixo seguiu a metodologia do curso com avaliações formativas e somativas sendo realizadas ao final das atividades teóricas e práticas de cada unidade. Baseada nas metas de ensino, propostas no início do curso, foi realizada pelos professores e preceptores envolvidos em cada disciplina com a participação dos alunos.

Unidade I: bloco de disciplinas conexas/ duração seis meses

Unidade II: bloco de disciplinas específicas da ênfase com 20 horas semanais de prática vinculando a ênfase ao serviço e desenvolvimento e entrega de trabalho de conclusão/ duração dezoito meses.

Na unidade I foram abordados temas como microbiologia, histologia e patologia, fundamentos cirúrgicos, biossegurança, urgência e emergência, atenção à pacientes portadores de necessidades especiais. Esta unidade é exclusiva aos profissionais formados em Odontologia.

A unidade II foi constituída por temas e conteúdos específicos definidos pela equipe de professores de cada ênfase, sendo os conteúdos desenvolvidos por meio de atividades assistenciais em serviços de atenção secundária e terciária e discussão de casos complexos relacionados à gestão dos serviços e atenção à saúde.

No Eixo de Núcleo Profissional os alunos tiveram o acompanhamento dos tutores e dos professores. Além da figura do tutor havia os preceptores de núcleo, cuja função era o acompanhamento de cada aluno-trabalhador nos serviços durante a realização do curso. A presença do preceptor teve o objetivo de auxiliar no diagnóstico das maiores dificuldades do profissional na sua prática de núcleo clínico e que, em alguns casos subsidiou um plano de estudo e de ação para o trabalho de conclusão. O preceptor acompanhou o processo de crescimento do profissional e, se necessário, redirecionou o plano de estudo que ocorreu do meio para o final das unidades de núcleo. As atividades com os preceptores nas práticas profissionais nos serviços, também, foram utilizadas como instrumento para avaliar localmente a realização das ações propostas e o crescimento e desenvolvimento da especialização.

Cabe ressaltar que o Curso de Especialização em Atenção Especializada em Saúde teve como referência a Política Nacional de Saúde Bucal, os princípios pedagógicos da UFRGS e a regulamentação do Conselho Federal de Odontologia.

Com base nestes documentos e no parecer número 29 de 2002 do Ministério da Educação entende-se educação como:

> [...] um processo contínuo e autônomo, fundamentado no desenvolvimento de competências exigíveis ao longo da vida profissional e competência profissional como a capacidade de articular, mobilizar e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessárias para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2002, p.33)

Dessa forma, o curso constituiu-se como uma oportunidade de formação continuada aos profissionais da área da saúde para desenvolverem e/ou qualificarem competências necessárias em sua atuação profissional, a partir de um processo de ensino-aprendizagem que considera o conhecimento como construção permanente. Na sua organização pedagógica este apresentou as figuras do professor, do tutor e do preceptor e metodologicamente foi organizado a partir de princípios e atividades que permitiram ao aluno conhecer e compreender os problemas reais de seu trabalho cotidiano, buscando soluções adequadas, originais, criativas e apropriadas a esta realidade.

Por meio de metodologias ativas, buscou o desenvolvimento de aprendizagens significativas, a análise de situações-problema e a valorização da cooperação na busca de solução para problemas comuns, através da exploração e uso de tecnologias viáveis e culturalmente compatíveis com a realidade. Assim, possibilitou ao aluno observar, formular perguntas, expressar percepções e opiniões bem como desenvolver suas habilidades de analisar, avaliar, compreender e expressar seu posicionamento para o grupo.

As situações de aprendizagem foram organizadas para levar o aluno ao estudo como um ato intencional, metódico, organizado e dirigido para a resolução de problemas, utilizando, principalmente, o estudo de casos complexos na RAS.

Para apoiar a realização das atividades foi utilizada a plataforma digital de aprendizado Moodle que oferece recursos de interação e construção coletiva, potencializando novas formas de interação por meio de diversas ferramentas de comunicação síncrona e assíncrona. As atividades assíncronas permitiram aos alunos o tempo necessário à reflexão, mantendo as discussões vivas e produtivas e nas atividades síncronas foram estabelecidas regras básicas para provocar o debate. É importante considerar que os tutores, preceptores e professores foram selecionados de acordo com sua titulação e experiência e que, através destas, incentivaram a discussão sobre a rede de atenção à saúde, protocolos clínico-cirúrgicos e abordagens educacionais.

O curso teve como pressuposto metodológico desenvolver avaliações do processo de aprendizagem e do processo de ensino, com a finalidade de acompanhar tais processos, bem como o desempenho dos envolvidos e as aprendizagens

construídas. A avaliação final, aluno, foi feita pela apresentação de um trabalho de conclusão de curso que correspondeu a um estudo sobre intervenções realizadas nos processos de trabalho desenvolvidos no decorrer do aprendizado.

O trabalho de conclusão de curso, de cada aluno, correspondeu ao relatório das intervenções realizadas nos CEOs ou RAS desenvolvido no decorrer do Eixo Temático de Núcleo Profissional e desenvolveu uma produção específica apresentada presencialmente pelos alunos através de pôsteres. Além destes aspectos, alguns trabalhos de conclusão de curso foram escritos de forma a compor o presente livro.

Referência

BRASIL. Ministério Da Educação (2010). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Plano de Desenvolvimento Institucional 2010-2015**. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/ufrgs/a-ufrgs/>. Acesso em: 10 ago 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 10 ago 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer CNE n. 29**, de 2002. Trata das Diretrizes Curriculares Nacionais no Nível de Tecnólogo. Acesso em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/superior/legisla_superior_parecer292002>. Acesso em: 10 ago 2016.

2 - GESTÃO AMBIENTAL:

BIOSSEGURANÇA E RESÍDUOS

CAPITULO 2.1

ROTINAS DE BIOSSEGURANÇA NOS PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS COM AS NORMAS ESTABELECIDAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA.

Silvio Humberto Orlandini Cavalcante
Marcel Fasolo de Paris
Ângela Maria Antunes Nunes

Introdução

O termo Biossegurança, de acordo com a Comissão de Biossegurança da Fundação Oswaldo Cruz, é definido como o conjunto de ações voltadas para a prevenção ou minimização dos riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, que podem comprometer a saúde do homem, dos animais, do meio ambiente ou da qualidade dos trabalhos envolvidos. (TEIXEIRA; VALLE, 2002)

Em Odontologia compreende o conjunto de medidas empregadas com a finalidade de proteger a equipe e os pacientes em ambiente clínico. Essas medidas preventivas abrangem práticas ergonômicas no desenvolvimento do exercício da profissão, controle dos riscos físicos e químicos e dos equipamentos, métodos de esterilização e desinfecção, uso de barreiras de proteção individual. (COSTA; COSTA; MELO, 2000)

Os Cirurgiões-Dentistas e seus pacientes são expostos diariamente a uma variedade de microrganismos da microbiota bucal que possuem potencial para transmitir doenças infectocontagiosas. Sempre que o Cirurgião-Dentista presta atendimento ou manipula seus pacientes com instrumentos e equipamentos no consultório ou em ambiente cirúrgico, existe a possibilidade de contaminação. O cumprimento de normas e rotinas de biossegurança garantem aos usuários um serviço de melhor qualidade e segurança. Conduzir estas questões é responsabilidade dos profissionais e das instituições públicas e privadas mantenedoras.

Objetivos

O presente trabalho objetivou avaliar as rotinas de biossegurança utilizadas nos procedimentos cirúrgicos pela equipe do Centro de Especialidades Odontológicas de Alvorada (CEO-Alvorada), comparando-os com o manual de biossegurança estabelecido pela Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde e da literatura disponível. A partir desta avaliação e comparação, traçar estratégias para qualificar os atendimentos prestados à população e pleitear junto aos gestores públicos os recursos disponíveis para a realização destas adequações.

Revisão da Literatura

Ao processo de transmissibilidade de microrganismos (agentes infecciosos) que ocorre entre pacientes e equipe de trabalho dentro de um ambiente clínico, determina-se infecção cruzada e esta necessita de uma fonte de infecção. (SAMARANAYAKE; SCHEUTZ; COTTONE, 1995; SILVA; RIBEIRO; RISSO, 2009) Segundo Guandalini, Melo e Santos (1999), infecção cruzada é uma forma de infecção exógena em que o agente infeccioso é transmitido de um paciente para outro através das mãos do profissional e/ou pessoal auxiliar, ou através do equipamento e instrumental contaminado. A transmissão pode resultar de contato pessoa-pessoa ou através de objetos contaminados que são denominados agentes. A transmissão de infecção de uma pessoa para outra requer: (a) uma fonte de infecção: normalmente um caso índice; (b) o veículo pelo qual os agentes infecciosos são transmitidos: sangue, gotas de saliva, instrumentos contaminados com sangue, saliva e restos teciduais; e (c) uma via de transmissão: inalação ou inoculação. O controle de infecção no consultório odontológico requer a necessidade de protocolos de prevenção e redução da disseminação de agentes infecciosos, que podem ocorrer entre: (a) paciente para a equipe de saúde bucal; (b) equipe de saúde bucal para o paciente; (c) paciente para paciente; (d) consultório odontológico para a comunidade, incluindo familiares da equipe de saúde bucal; (e) Comunidade para o paciente. (ESTRELA; ESTRELA, 2003)

É fundamental estabelecer um protocolo para o atendimento clínico com vistas à prevenção da infecção cruzada e admitir sempre que todo paciente deve ser considerado como agente infectante, assim como a equipe de saúde bucal. A infecção cruzada pode ser prevenida com diferentes condutas, como o sistema de barreira, esterilização, desinfecção e antissepsia. (ESTRELA; ESTRELA, 2003)

Para a proteção da equipe de saúde bucal tem sido indicado como rotina os Equipamentos de Proteção Individual (EPI): avental, gorro, máscara, óculos de proteção, propés e luvas. Segundo Silva, Ribeiro e Risso (2009), os EPIs é todo dispositivo de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado a prevenir riscos que podem ameaçar sua segurança e saúde. Os EPIs usados pelos Cirurgiões

Dentistas constituem barreiras físicas para proteger a pele e as membranas mucosas dos olhos, nariz e boca da exposição à material infeccioso durante os procedimentos odontológicos. O avental utilizado pela equipe serve de proteção de suas roupas, no intuito de impedir transporte e disseminação de microrganismos para outros lugares e indivíduos. (ESTRELA; ESTRELA, 2003) Guandalini, Melo e Santos (1999), Estrela e Estrela (2003) e Silva, Ribeiro e Risso. (2009) destacam que o avental deve ter mangas compridas, gola fechada e comprimento abaixo dos joelhos. Deve ser trocado diariamente ou imediatamente quando apresentar alguma sujidade. Os vestuários protetores e os dispositivos EPIs devem ser removidos antes de áreas de saída do consultório dentário, da mesma forma para o pessoal auxiliar e os usados em laboratório ou nas atividades do cuidado com o paciente. (PAGNNOCELLI et al., 2006) Silva, Ribeiro e Risso (2009) e Guandalini, Melo e Santos (1999) destacam que o avental estéril deve ser usado em procedimentos críticos. Esse avental é semelhante ao anterior, com mangas longas, gola de padre, punho elástico e fechamento pelas costas. As máscaras protegem as vias aéreas superiores contra microrganismos presentes nas partículas de aerossóis produzidas durante procedimentos clínicos ou durante um acesso de tosse, espirro ou fala. (GUANDALINI; MELO; SANTOS, 1999) Samaranayake, Scheutz e Cottone (1995) citam que a vida útil de uma máscara é de cerca de 30 a 60 minutos, particularmente se a máscara estiver molhada. Assim, recomenda-se usar uma máscara limpa para cada paciente. A máscara deve ser de tripla proteção, permitir boa adaptação e conforto, ser antialérgica e possibilitar respiração normal. (ESTRELA; ESTRELA, 2003) Silva, Ribeiro e Risso (2009) destacam que gorros e toucas são indicados para proteger tanto o profissional quanto o paciente. Seu uso impede que aerossol e as gotículas que se formam e são lançadas da boca do paciente durante o atendimento se precipitem sobre os cabelos, secando e deixando sobre elas microrganismos e resíduos, os quais poderão se desprender facilmente e promover contaminação. Também evita a dispersão de corpos estranhos e microrganismos presentes nos cabelos, pois estes, assim como a barba e o bigode são considerados fontes de contaminação. (SILVA; RIBEIRO; RISSO, 2009) Óculos de proteção constituem importantes barreiras evitando respingos de sangue ou secreções, traumas físicos e químicos na conjuntiva ocular do operador e do paciente. (ESTRELA; ESTRELA, 2003) Com relação à higiene destes, quando apresentarem sujidades, como a presença de secreções orgânicas, devem ser lavados com solução detergente. Quando apresentarem contaminação, além da lavagem, eles devem ser desinfetados por imersão ou fricção. (SILVA; RIBEIRO; RISSO, 2009)

Também são consideradas barreiras complementares: os campos cirúrgicos de mesa, os campos do paciente ou fenestrados e os revestimentos para equipamentos. Entre os meios de proteger os equipamentos tem-se indicado a utilização de campos cirúrgicos, proteção com folhas de alumínio e/ou plásticos. (ESTRELA; ESTRELA, 2003) Os campos podem ser de polipropileno, papel impermeável ou tecido e devem cobrir o pescoço, tórax e abdômen, a fim de proteger as vestes da contaminação gerada durante os procedimentos. (SILVA; RIBEIRO; RISSO, 2009)

O campo fenestrado, também, é feito de tecido ou polipropileno de tamanho que cubra a cabeça do paciente com abertura na região da boca excedendo em 30 centímetros a lateral da cadeira odontológica. Este campo apresenta aproximadamente um metro de largura por 1,5 metros de comprimento. Os revestimentos para os equipamentos (cadeira, braços da cadeira, encosto de cabeça, alça do refletor, alça do equipo, mangueira do aspirador e outros) devem ser confeccionados, de preferência, de polipropileno de cor clara e com um desenho que facilite o manuseio para evitar contaminação no momento de sua colocação. (GUANDALINI; MELO; SANTOS, 1999) Todas as superfícies que são passiveis de contaminação e, ao mesmo tempo, de difícil descontaminação devem ser cobertas com material impermeável (alças dos interruptores, filme radiográfico, pontas de alta e baixa rotação, ponta do aspirador) e descartada após o atendimento de cada paciente, podendo ser usadas folhas de alumínio, capas plásticas e filmes plásticos de PVC. (BRASIL, 2000a) As luvas constituem as melhores proteções físicas para as mãos da equipe de saúde bucal. É de uso individual do profissional para o atendimento clínico, exclusivo para cada paciente, com descarte imediato ao término do atendimento. (ESTRELA; ESTRELA, 2003) Luvas cirúrgicas estéreis descartáveis confeccionadas com látex de melhor qualidade oferecem melhor adaptabilidade. Seu uso é indicado em procedimentos cirúrgicos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000)

A lavagem de mãos é uma das principais medidas para controle da infecção cruzada no consultório e deve ser realizada antes e após o contato com o paciente, instrumental e artigos contaminados. A simples prática de lavagem das mãos com água e sabão líquido é capaz de reduzir em até 80% as infecções cruzadas. (GUANDALINI; MELO; SANTOS, 1999) Na lavagem das mãos, previamente à realização de procedimentos cirúrgicos, os passos são os seguintes: (a) retire anéis, relógios e pulseiras; (b) use sabão antisséptico e escova com cerdas macias ou esponjas embebidas em solução antisséptica; (c) escove, nessa ordem: unhas, dedos, palma e dorso das mãos e antebraços, até o cotovelo; (d) enxague em água corrente abundante; (e) seque com compressas estéreis; (f) passe um antisséptico a base de iodo e deixe secar; (g) calce as luvas assepticamente. (BRASIL, 2000a) A degermação e a antissepsia são fases que compõem procedimentos realizados pela equipe de saúde bucal para o controle da infecção, e não devem ser consideradas isoladamente, mas sim, em conjunto e de modo dinâmico. Na tentativa de controlar os microrganismos presentes na microbiota das mãos, diferentes substâncias têm sido propostas para antissepsia das mesmas. Entre estas, encontram-se: (a) digluconato de clorexidina a 2% ou 4%; (b) preparações com polivinilpirrolidona-iodo 10%; (c) solução alcoólica de iodo a 1% (álcool-iodado); (d) triclosan a 1%; (e) álcool isopropílico a 70%. (ESTRELA; ESTRELA, 2003)

Outro recurso para reduzir a contaminação cruzada é a redução da microbiota da cavidade bucal por meio da utilização de antissépticos bucais, como bochechos com solução de clorexidina antes dos procedimentos clínicos, uma vez que, apresenta tanto um efeito imediato como residual. (ESTRELA; ESTRELA, 2003) A

antissepsia da pele deve ser feita com produtos antissépticos degermantes com auxílio de compressas ou escovas esponjas estéreis. O objetivo desta degermação é reduzir a população microbiana e com isto, diminuir a probabilidade de invasão destes microrganismos na ferida cirúrgica. O Ministério da Saúde recomenda para esta degermação as soluções à base de polivinilpirrolidona-iodo (PVPI) a 10% ou digluconato de clorexidina a 4%, seguida de aplicação de solução alcoólica de digluconato de clorexidina a 0,5%. (GUANDALINI; MELO; SANTOS, 1999)

Carvalho (2005), utilizou tubetes de plástico e vidro submetendo-os à diferentes tempos e métodos de desinfecção. As substâncias avaliadas como desinfetantes foram o glutaraldeído a 2%, álcool 70% e o PVPI. A desinfecção foi realizada através de imersão e fricção. Desta forma, foram avaliadas três substâncias desinfetantes em dois métodos de desinfecção, totalizando seis formatações diferentes. Além disso, três procedimentos foram utilizados como controle, a fricção de uma gaze estéril seca (sem adição de agentes desinfetantes), a fricção de uma gaze estéril embebida em soro fisiológico (NaCl 0,9%) e a imersão no mesmo. A autora não observou crescimento de microorganismos quando na desinfecção dos tubetes anestésicos através da fricção com gaze estéril embebida em álcool 70% ou PVPI, podendo ser este método utilizado na rotina da clínica odontológica sem qualquer risco para a quebra da cadeia asséptica.

O processamento dos artigos contaminados é uma das etapas mais importantes de um programa de controle de infecção. Todos os instrumentos reutilizáveis empregados nos serviços odontológicos devem estar rigorosamente limpos, desinfetados ou esterilizados antes do uso em cada paciente, conforme normas contidas no Regimento de Biossegurança do Conselho Federal de Odontologia (1999). Após procedimentos críticos, os instrumentos devem ser submetidos a um processo de descontaminação. As etapas para processamento de material contaminado são as seguintes: (a) limpeza manual ou automática (ondas ultrassônicas e jatos de água); (b) imersão em detergentes enzimáticos; (c) enxague com água potável e corrente; (d) secagem com pano limpo, secadoras, estufas reguladas para esse fim, ar comprimido medicinal; (e) empacotamento; (f) esterilização; (g) armazenamento. (BRASIL, 2000a) Após a limpeza manual ou automática (ultrassônica) e imersão por dez minutos em detergentes enzimáticos é procedida meticulosa inspeção e secagem do instrumental para enfim ser adequadamente embalados. (SILVA; RIBEIRO; RISSO, 2009) Sanchez e MacDonald (1995), testando a efetividade de diferentes métodos de descontaminação de instrumentos odontológicos, destacaram que o emprego de pré-lavagem com ultrassom, associada à ação de substâncias enzimáticas, constitui um método muito efetivo na remoção de matéria orgânica (sangue e saliva) dos instrumentos odontológicos.

Após a higienização dos artigos, eles devem ser agrupados em jogos clínicos e embalados adequadamente. A embalagem é de fundamental importância para proteger os artigos de qualquer contaminação proveniente do meio ambiente,

conservando sua esterilidade, até que sejam desembalados para uso. (SILVA; RIBEIRO; RISSO, 2009) Os tipos de embalagem recomendadas para esterilização em autoclaves são as seguintes: tecido de algodão cru, duplo, com trama têxtil adequada; embalagem de papel grau cirúrgico; papel crepado; tecido não tecido; vidro e nylon; cacetes e caixas metálicas perfuradas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006)

A esterilização consiste em processos físicos ou químicos utilizados para promover a morte de microrganismos na forma vegetativa e esporulada existentes em instrumentais e outros materiais. (GUANDALINI; MELO; SANTOS, 1999) Este procedimento é reconhecido em toda a área da saúde, como mais efetivo para prevenção da infecção cruzada transmitida por instrumentais, tomando por base um protocolo, com o objetivo de padronizar a sequência de passos. (SILVA; RIBEIRO; RISSO, 2003) Métodos físicos de esterilização são aqueles que utilizam calor em diferentes formas e alguns tipos de radiação para esterilizar artigos, sendo assim teremos: calor seco (estufas), calor úmido (autoclaves), radiações esterilizantes (raios gama-cobalto e ultravioleta). Com relação à esterilização por meio de autoclaves: em autoclaves por gravidade, o tempo para esterilização é de 20 minutos a 121ºC e 1 atm de pressão e em autoclaves por autovácuo é de 4 minutos a 132ºC e 2 atm de pressão. O método de esterilização química utiliza agentes esterilizantes químicos para esterilização de materiais odontológicos sensíveis ao calor. O representante mais conhecido é o glutaraldeído 2% que é usado para a esterilização ou desinfecção conforme sua concentração e tempo de exposição, dez horas para esterilização e 30 minutos para desinfecção. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS, 2000)

O processo de esterilização deve ser comprovado através de monitoramentos físicos, químicos e biológicos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006) Os indicadores físicos são constituídos por termômetros e manômetros (indicadores de temperatura e pressão) fazendo parte do equipamento, estando localizados no painel frontal. Suas indicações devem ser acompanhadas a cada três minutos durante as etapas do ciclo e registradas. (SILVA; RIBEIRO; RISSO, 2009) Os indicadores químicos avaliam o ciclo de esterilização, pela mudança de cor, na presença da temperatura, tempo e vapor saturado, conforme o indicador utilizado. Podem ser usados indicadores de processo, teste Bowie-Dick, de parâmetro simples, multiparamétrico, emulador e integradores. O indicador de processo é o mais utilizado e consiste de fita adesiva com listas brancas diagonais que se tornam pretas após a esterilização. (BRASIL, 2006b) Os indicadores biológicos são encontrados na forma de tiras ou ampolas e são constituídos de uma suspensão de esporos bacterianos termo-resistentes do gênero *bacillus* capazes de crescer em temperaturas em que as proteínas são desnaturadas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006) Conforme norma do Ministério da Saúde esse teste deve ser realizado semanalmente. (BRASIL, 2001c)

Materiais e Método

O presente trabalho foi desenvolvido junto ao Centro de Especialidades Odontológicas do Município de Alvorada/RS. O Cirurgião-Dentista funcionário público do município atuando no CEO e cursando a Especialização em Atenção Especializada com Ênfase em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais, realiza procedimentos cirúrgicos de rotina naquele ambiente. Observando a necessidade de adequações nas rotinas de biossegurança durante o atendimento dos pacientes, foi realizada a comparação destas com as normas estabelecidas no manual de biossegurança da Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde e da literatura disponível. A partir desta avaliação e comparação, foi traçada estratégias para qualificar os atendimentos prestados à população e pleiteado junto aos gestores públicos recursos para a realização destas adequações.

Resultados

Rotinas de biossegurança nos procedimentos cirúrgicos utilizadas no CEO/ Alvorada antes das sugestões preconizadas no TCC

Era realizada a lavagem das mãos com detergente líquido e água, e a secagem com papel absorvente. Com relação às medidas de proteção da equipe, eram utilizados os seguintes EPI's: máscara, touca, luvas de procedimento, óculos de proteção, avental de manga longa não descartável (Figura 1).

Figura 1 – Cirurgião em atendimento com uso dos EPIs disponíveis. Fonte: Dados da Pesquisa.

O paciente não realizava antissepsia intra ou extrabucal anteriormente aos procedimentos e fazia-se o uso de toalha de papel sobre o mesmo e aspiradores sem o uso de proteção (Figura 2 e Figura 3).

Figura 2 - Proteção do paciente com toalha de papel. Fonte: Dados da Pesquisa.

Figura 3 - Aspirador Fraser estéril sem uso de manguito estéril. Fonte: Dados da Pesquisa.

Com relação ao material cirúrgico o mesmo era embalado em Papel Kraft branco e após a desinfecção da mesa cirúrgica com álcool 70% era disposto sob a mesma. (Figura 4). Nas peças de alta e baixa rotação não eram utilizadas proteções (Figura 5).

Figura 4 – Material cirúrgico sobre a mesa operatória. Fonte: Dados da Pesquisa.

Figura 5 - Ausência de manguitos nas peças de alta e baixa rotação. Fonte: Dados da Pesquisa.

Rotinas de biossegurança nos procedimentos cirúrgicos utilizadas no CEO/ Alvorada depois das sugestões preconizadas no TCC

A rotina de lavagem de mãos é realizada com o uso de detergente líquido e água, e a secagem com o uso de toalha de papel absorvente esterilizado, que é embalado juntamente com o kit cirúrgico. A equipe procede a paramentação com touca, máscara, óculos de proteção, capote cirúrgico estéril e luvas estéreis (Figura 6 e 7).

Figura 6 - Uso de luvas estéreis para procedimentos cirúrgicos. Fonte: Dados da Pesquisa.

Figura 7- Profissional da equipe de cirurgia paramentado. Fonte: Dados da Pesquisa.

Procede-se a antissepsia intra e extrabucal do paciente com digluconato de clorexidina aquosa 0,12% (Figuras 8, 9, 10, 11 e 12).

Figura 8. Clorexidina 0,12% aquosa utilizada na antissepsia. Fonte: Dados da Pesquisa.

Figura 9 - Antissepsia intrabucal. Fonte: Dados da Pesquisa. Figura 10 - Antissepsia extrabucal. Fonte: Dados da Pesquisa. Figura 11 - Touca estéril no refletor. Fonte: Dados da Pesquisa.
Figura 12 – Manguito estéril no aspirador. Fonte: Dados da Pesquisa.

Utilizam-se as barreiras de proteção após a desinfecção das superfícies com álcool 70%. Estão sendo utilizadas touca estéril na alça do refletor (Figura 11), manguitos cirúrgicos estéreis na mangueira do aspirador e nas peças de alta e baixa rotação (Figura 13) além da colocação de campos estéreis sobre a mesa cirúrgica e o paciente (Figura 14).

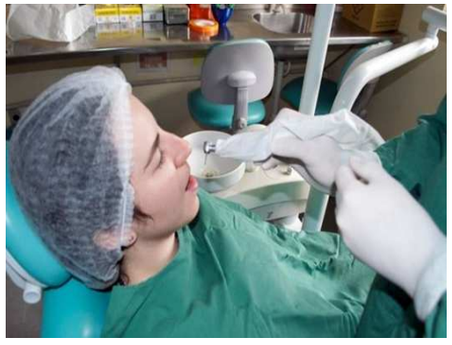


Figura 13 – Manguito estéril na mangueira da alta rotação. Fonte: Dados da Pesquisa.

Figura 14 – Campo estéril sobre a mesa cirúrgica Fonte: Dados da Pesquisa.

Discussão

Observando as rotinas adotadas nos procedimentos clínicos e cirúrgicos dentro do Centro de Especialidades Odontológicas do Município de Alvorada, percebeu-se a necessidade de mudanças. Esta motivou a adoção de mecanismos que pudessem viabilizar adequações nas condutas de biossegurança, baseados nas normas estabelecidas pela vigilância sanitária. Progressivamente, solicitações e aquisições de materiais definitivos e de consumo foram pactuadas com os gestores municipais e procedimentos de biossegurança foram modificados junto à equipe de saúde.

Essas discussões iniciais possibilitaram a compra de materiais definitivos: campos cirúrgicos de algodão, capotes cirúrgicos de algodão. Inclusão no registro de preços do município de materiais de consumo como o digluconato de clorexidina aquosa 0,12% para a antissepsia dos pacientes e pactuação junto ao serviço de Enfermagem do município para fornecimento de luvas estéreis. A possibilidade de aquisição e manutenção dessas conquistas acarretou no desenvolvimento de novas rotinas de biossegurança.

A lavagem de mãos não foi modificada. Continua sendo utilizado detergente líquido e água para sua execução. Segundo literatura, diferentes substâncias têm sido propostas para antissepsia das mãos como: Digluconato de clorexidina a 2% ou 4%, preparações com polivinilpirrolidona-iodo 10%, solução alcoólica de iodo a 1%, triclosan a 1% e álcool isopropílico a 70%. (ESTRELA; ESTRELA, 2003) No CEO/Alvorada não temos estas soluções disponíveis para a execução da lavagem. Na secagem das mãos uma modificação importante realizada foi a migração de um papel toalha não estéril para papéis estéreis na sua execução.

Anteriormente as modificações utilizavam-se luvas de procedimento e avental de uso clínico não estéril em todos os procedimentos. O uso de luvas estéreis e aventais cirúrgicos estéreis de algodão passou a ser rotina nos procedimentos críticos do CEO/Alvorada. Segundo Silva, Ribeiro e Risso (2009) seu uso é indicado em todos os procedimentos em que haja invasão do sistema vascular como nas áreas de cirurgia bucomaxilofacial, periodontia, implantodontia e demais procedimentos que incluam sangue, pus ou qualquer outra secreção corpórea. Silva, Ribeiro e Risso (2009) e Guandalini, Melo e Santos (1999) destacam que o avental estéril deve ser usado em procedimentos críticos. Esse avental é semelhante ao anterior com mangas longas, gola de padre, punho elástico e fechamento pelas costas. Muito semelhante aos adquiridos pelo serviço municipal e agora adotados nos procedimentos cirúrgicos.

A antissepsia intra e extrabucal não era realizada nos pacientes. Após as adequações do estudo começou-se a estabelecer a rotina de execução. Segundo Estrela e Estrela (2003) o uso de antissépticos bucais como bochechos de solução de clorexidina antes dos procedimentos clínicos é um importante recurso na redução da microbiota, pois apresenta tanto um efeito imediato como residual. Guandalini, Melo e Santos (1999) afirma que a antissepsia da pele deve ser feita com produtos antissépticos degermantes e que o objetivo dessa degermação é reduzir a população microbiana e, com isso, diminuir a probabilidade de invasão destes microrganismos na ferida cirúrgica. Para tanto, antes da colocação do campo operatório no paciente, passou-se a realizar no CEO a antissepsia do mesmo com Digluconato de clorexidina aquoso a 0,12% intra e extrabucal com o auxílio de gazes estéreis.

A desinfecção dos tubetes anestésicos permanece um assunto a ser melhor explorado pela literatura. Realiza-se no CEO a desinfecção através de fricção com gaze estéril embebida em álcool 70% por 2 segundos. Segundo Carvalho (2005), o método de fricção com gaze estéril embebido em álcool a 70% ou PVPI pode ser utilizada na rotina da clínica odontológica para desinfecção dos tubetes anestésicos sem qualquer risco para quebra da cadeia asséptica.

A utilização de barreiras para os equipamentos (cadeira, encosto de cabeça, alça do refletor, alça do equipo, mangueira de aspirador e peças de mão e outros) constituem importantes meios de evitar a contaminação. (ESTRELA; ESTRELA, 2003; GUANDALINI; MELO; SANTOS, 1999) No entanto, os manguitos para uso no aspirador e nas peças de alta e baixa rotação ainda não foram introduzidos no registro de preços do município e, portanto, não podem ser comprados em grandes quantidades. Dessa forma, utiliza-se manguitos de Tecido Não Tecido (polipropileno) estéreis quando disponíveis e de forma alternativa folhas de papel alumínio autoclavadas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS, 2000)

Os instrumentais anteriormente embalados em papel Kraft agora estão sendo condicionados em campos de tecido de algodão. Os mesmos prestam-se como campos de mesa cuja função era exercida anteriormente pelo papel. A mesma situação foi modificada em relação ao campo do paciente. O papel toalha utilizado era restrito a região cervical e parte do tórax, não cobria os ombros e não era esterilizado. Atualmente, instituiu-se um campo de tecido de algodão estéril, que cobre o paciente desde a região cervical, até a linha da cintura, incluindo ombros, braços e antebraços. Segundo Silva, Ribeiro e Risso (2009) os campos podem ser de polipropileno, papel impermeável ou tecido e devem cobrir o pescoço, tórax e abdômen e Guandalini, Melo e Santos (1999) referem-se que o mesmo deve exceder 30 centímetros a lateral da cadeira odontológica e que deve ter aproximadamente um metro de largura por 1,5 metro de comprimento.

Com relação às condutas para processamento de artigos a serem esterilizados não houve nenhuma mudança nas rotinas. Os instrumentais após uso são encaminhados para a central de esterilização onde é procedida a lavagem manual com sabão líquido, enxague com água potável e corrente, secagem com pano limpo, empacotamento, esterilização em autoclave e armazenamento. Não é realizada após a limpeza manual a imersão do instrumental em detergentes enzimáticos. Segundo Sanchez e MacDonald (1995), o emprego da pré-lavagem, com ultrassom, associada à ação de detergentes enzimáticos constituem-se um método muito efetivo na remoção de matéria orgânica dos instrumentais odontológicos.

A comprovação da eficácia do processo de esterilização é realizada com monitoramento químico através do uso de fita indicadora nos pacotes e o monitoramento físico através dos indicadores de temperatura e pressão do painel da autoclave. Até o momento não são utilizados os indicadores biológicos no CEO/Alvorada. Existe orientação de que o processo de esterilização deve ser comprovado

através de monitoramentos físicos, químicos e biológicos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006) Conforme as normas do Ministério da Saúde o teste biológico deve ser realizado semanalmente. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)

É muito importante salientar que as modificações propostas neste trabalho estão constantemente sendo pactuadas entre os profissionais do CEO/Alvorada e os gestores do município, com o intuito de qualificar as ações e, se possível, no futuro, estender essas rotinas para as diferentes especialidades. A busca de melhorias e adequações deve ser um esforço incansável de cada trabalhador da saúde. A proposta do trabalho foi de realizar melhorias em alguns protocolos de biossegurança adequando-as as normas estabelecidas pela Vigilância Sanitária de modo que as rotinas possam ser institucionalizadas independentemente de possíveis mudanças político-partidárias.

Considerações Finais

As rotinas de biossegurança anteriormente utilizadas durante os procedimentos cirúrgicos pela equipe do CEO/Alvorada, quando comparadas com o manual de biossegurança estabelecido pela Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde e com a literatura disponível, encontravam-se aquém do proposto. Os resultados obtidos com o trabalho desenvolvido junto ao CEO/Alvorada durante o período em que as melhorias e adequações foram instituídas mostraram que com esforço da equipe de saúde é possível instituir novas rotinas no ambiente clínico dos serviços públicos. Algumas mudanças já foram instituídas como: o uso de toalhas de papel estéreis para secagem das mãos, o uso de luvas estéreis, a antissepsia intra e extrabucal com clorexidina aquosa 0,12%, os campos cirúrgicos estéreis de dimensões adequadas tanto para o paciente quanto na mesa operatória, o uso de avental cirúrgico estéril, os manguitos estéreis na mangueira de aspiração e nas peças de alta e baixa rotação. Há necessidade de outras adequações não implementadas devido a dificuldades de âmbito financeiro e burocrático como: antissépticos para lavagem de mãos, a monitoração biológica na esterilização, inclusão no registro de preços de manguitos descartáveis para aspirador e peça de alta e baixa rotação, troca da torneira do consultório por uma de fechamento de cotovelo. O treinamento contínuo do pessoal auxiliar, Técnico em Saúde Bucal, para a adequada manutenção da cadeia asséptica durante os atendimentos também é fator fundamental. Enfrentar dificuldades financeiras e políticas é uma rotina nos serviços públicos de saúde e não devem servir de desculpas para a omissão dos profissionais. Envolver, mobilizar e fiscalizar um serviço público seguro e de qualidade para a população deve ser meta dos profissionais envolvidos no serviço e principalmente dos gestores públicos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços odontológicos**: prevenção e controle de riscos. Brasília: ANVISA, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Geral das Unidades Hospitalares Próprias do Rio de Janeiro. Divisão de Controle de Infecção Hospitalar. Divisão de Enfermagem. **Orientações gerais para Central de Esterilização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série A Norma e Manuais Técnicos, n. 108).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Área Técnica de Saúde Bucal. **Controle de infecções e a prática odontológica em tempo de AIDS**: manual de condutas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CARVALHO, J.P.F.O. **Avaliação microbiológica de métodos de desinfecção em tubetes anestésicos locais**. 2005. 24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Biossegurança**. Brasília: CFO, 1999.

COSTA, M.A.F.; COSTA, M.F.B.; MELO, N.S.F.O. **Biossegurança: ambientes hospitalares e odontológicos.** São Paulo: Santos, 2000.

ESTRELA, C.; ESTRELA, C.R.A. **Controle de infecção em odontologia.** São Paulo: Artes Médicas, 2003.

GUANDALINI, S.L.; MELO, N.S.F.; SANTOS, E.C.P. **Biossegurança em odontologia**. 2ed. Curitiba: Odontex, 1999.

PAGNNOCELLI, R.M. et al. **Manual de biossegurança dos ambulatórios da Faculdade de Odontologia da PUCRS**: Comissão de Biossegurança. Porto Alegre: [s.n.], 2006.

SAMARANAYAKE, L.P.; SCHEUTZ, F.; COTTONE, J. **Controle da infecção para a equipe odontológica**. 2ed. São Paulo: Santos, 1995.

SANCHEZ, E.; MACDONALD, G. Decontaminating dental instruments: testing the effectiveness of selected methods. **Journal of the American Dental Association**, mar 1995; v.126, n.3, p.359-368.

SILVA, A.S.F.; RIBEIRO, M.C.; RISSO, M. **Biossegurança em odontologia e ambientes de saúde.** 2ed.rev.ampl. São Paulo: Ícone, 2009.

TEIXEIRA, P.; VALLE, S. (Org.). **Biossegurança**: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

CAPITULO 2.2

GESTÃO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Karla Hames Fava
Andressa da Silveira Bez

Introdução

No ano de 1987, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, milhares de delegados apontavam em relatórios, a necessidade de uma transformação política da saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987) E, com base nesses documentos, a Constituição de 1988 (BRASIL. ASSEMBLEIA CONSTITUINTE, 1988) aprovou os princípios da Reforma Sanitária, estabelecendo e instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) – regulamentado pelas Leis Federais 8080 e 8142, calcado na ética profissional e submetido ao controle social da população.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, Art. 225 (BRASIL. ASSEMBLEIA CONSTITUINTE, 1988) do Meio Ambiente: “Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial a sadia qualidade de vida, impondo-se ao poder público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para os presentes e futuras gerações”.

A Lei nº 8.080, título I, Artigo 3º (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990) diz que “saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Garantida mediante políticas sociais, visando redução de riscos de doenças e agravos. Um dos princípios sistematizados na Reforma Sanitária preconiza que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais.

No Brasil, a Vigilância Sanitária é quem envolve-se com todos os setores da atividade humana, da qual busca a identificação dos riscos sanitários no intuito de proteção da saúde coletiva. Ela é definida como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde. (BRASIL. ASSEMBLEIA CONSTITUINTE, 1988)

Essas ações têm como meio garantir e alcançar os princípios do SUS, sentido que deve ser norteador das práticas em saúde.Com o novo sistema o órgão federal da Vigilância Sanitária foi reestruturado com a extinção da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária e houve a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sendo a grande responsável por coordenar e garantir que todas as normas e regulamentações voltadas para o gerenciamento de resíduos sejam cumpridas de maneira correta e segura.

Devido ao manejo inadequado, os resíduos podem causar grandes impactos negativos no ambiente, especialmente aqueles gerados pelos estabelecimentos de saúde e empresas de produtos químicos, pois podem oferecer risco potencial à saúde humana e ao ambiente. Isto comprova a necessidade de um planejamento para este manejo, no qual houvesse a preocupação com a geração, acondicionamento, segregação, tratamento e disposição final dos resíduos de serviços de saúde, associados às medidas de controle da geração destes. (CORRÊA, 2005)

No entanto, a existência de preocupação com o gerenciamento adequado dos resíduos gerados nas unidades de saúde, permitiu paralelamente a cada ano o desenvolvimento de várias tecnologias relacionadas ao tratamento, como esterilização a vapor, esterilização a seco, esterilização por radiações ionizantes, esterilização por micro-ondas. (MOREIRA; SISINNO, 2005)

Porém, o gerenciamento desses resíduos é apresentado como incontestável e requer não apenas a organização e sistematização dessas fontes geradoras, mas fundamentalmente o despertar de uma consciência humana e coletiva quanto à responsabilidade com a própria vida humana e com o ambiente. A colaboração desses profissionais no gerenciamento dos resíduos ultrapassa o limite da individualidade e passa a desenvolver um significado coletivo no trabalho. (CORRÊA, 2005)

Segundo Schneider et al. (2000), ao se gerenciar muitas instituições hospitalares, verificam-se resíduos colocados em acondicionamentos inadequados, misturados com outras classes e tipos, desperdício de materiais e grande volume de resíduos contaminados, o que se dá pelo aparente desconhecimento e descomprometimento dos profissionais envolvidos nesses ambientes. Coelho (2003), destacou que os estabelecimentos de saúde estão longe de serem denominados de locais biosseguros. O gerenciamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde proporciona uma maior segurança aos profissionais, pacientes e também ao ambiente. O pensamento de profissionais que militam em biossegurança é de ser imprescindível à inserção, nas grades dos cursos regulares, de todos os seguimentos de saúde, de nível superior e técnico, a disciplina de biossegurança, para que as distorções que hoje assistimos venham a ser efetivamente corrigidas.

Com o aumento da produção dos resíduos é inquestionável que nos centros urbanos os problemas relacionados à geração dos resíduos sólidos deverão ser considerados um dos maiores desafios das administrações públicas. Assim, para a

gestão e o gerenciamento dos mesmos, em especial os Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS), deverá ser considerado de fundamental importância à implementação de políticas de gerenciamento nos mais diversos serviços ou estabelecimentos. (ANVISA, 2004)

É fundamental que se desperte para a problemática dos resíduos sólidos de serviços de saúde, e que se exija dos profissionais da saúde, bem como de todos os indivíduos envolvidos neste processo, um posicionamento consciente e disponibilidade para colaborar na busca de soluções. Ações que estão voltadas ao compromisso, à responsabilidade com a natureza, com o ambiente e sobre tudo com a vida no planeta.

Existem problemas para o gerenciamento dos Resíduos sólidos tanto em hospitais de alta complexidade quanto aos serviços de atenção básica, portanto na atenção básica a situação é mais negligenciada. O que traz o questionamento do quão a ideia equivocada de que os RSS produzidos na atenção básica não são prejudiciais em comparação com um serviço de maior complexidade. A elaboração de uma Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (PGRSS) contribui para a realização de uma destinação final adequada dos RSS melhorando a qualidade de vida dos servidores de saúde e dos usuários. É de extrema relevância considerar a destinação que os profissionais das equipes, da qual são corresponsáveis oferecem aos resíduos, após os cuidados prestados aos pacientes. A maioria dos profissionais conhecem a segregação e o acondicionamento correto dos RSS, porém tais profissionais não reconhecem o processo como um todo, desconhecem as etapas realizadas fora do seu local de trabalho.

Objetivos

Analisar a produção científica nacional sobre o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde diante do complexo universo inerente à gestão e manejo. Objetiva-se, também, revisar as legislações e o contexto atual acerca dos Resíduos de Serviço de Saúde quanto ao conhecimento dos profissionais de saúde, bem como identificar os problemas na aplicação da legislação no gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde.

Metodologia

Este subcapítulo tem por objetivo apresentar os procedimentos metodológicos utilizados no estudo para cumprir os objetivos da investigação. Para fins desse estudo, utilizou-se a pesquisa bibliográfica: é desenvolvida com base em material já elaborado sobre a temática da gestão de resíduos nos serviços de saúde, constituído principalmente de artigos científicos publicados em rede nacional sobre a temática, com idioma em Português Os dados disponíveis em base digital, incluindo as seguintes entidades pesquisadas: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA), Literatura Científica e Técnica da América Latina e caribe (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Base de dados em Enfermagem (BDENF), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde (BVS/MS). Para o acesso ao material foram utilizadas as palavras-chave: Resíduos de Serviços de Saúde, Saúde Pública, Saúde Ambiental.

De acordo com o material pesquisado, após a leitura identificou-se os artigos elegíveis utilizados. Os excluídos foram os materiais dos quais não agregaram ao tema Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde. Foi realizado avaliação crítica e analítica dos estudos incluídos na revisão integrativa para a síntese do conhecimento e do processo que se encontram o PGRSS.

Nas bases de dados eleitas foram localizados 32 artigos. Desse total foram selecionados 12 artigos acerca da Gestão dos Resíduos de Serviços de Saúde. Com relação aos títulos, os artigos dão uma visão da importância, tanto do setor saúde, quanto para o meio ambiente, sendo as publicações localizadas nas áreas de Saúde e Ciências em Saúde Coletiva, Saúde e Meio Ambiente, Enfermagem e Meio ambiente e Engenharia Sanitária e Ambiental. Quanto ao local da publicação foram encontrados oito artigos na base da BVS e quatro no SciELO, identificados dez na linha qualitativa e dois na linha quantitativa. Dos tipos de estudos dos doze artigos, um é estudo bibliográfico retrospectivo, cinco são descritivo-exploratório, três são estudos de caso e três são pesquisas de campo. Os doze artigos ressaltam a importância da gestão correta quanto aos RSS e o impacto negativo real e direto para o nosso meio. Com o surgimento da RDC306 no ano de 2004, houve uma quantidade significativa de artigos acerca do tema, evidenciando-se que há grande preocupação no que tange o conhecimento técnico e científico dos profissionais de saúde e no impacto da saúde pública em geral. No que diz respeito aos objetivos e aos resultados das pesquisas selecionadas, há convergência entre o conteúdo pela razão de que os autores alcançaram o foco central, no que se refere à importância que os profissionais de saúde possuem acerca dos RSS. Analisando os artigos, fica evidente que há necessidade de capacitar todos os profissionais e trabalhadores envolvidos neste processo, é fundamental uma consciência crítica que leve a minimização de erros por parte dos integrantes. O referido projeto foi apreciado

pela comissão de pesquisa e enviado a Plataforma Brasil. O presente projeto não apresenta necessidade de encaminhamento ao comitê de ética em pesquisa por se tratar de uma revisão de literatura.

Revisão de Literatura

Legislação sobre os Resíduos Sólidos em Saúde

Os ambientes onde são gerados os resíduos dos serviços relacionados com saúde, são fiscalizados sob o ponto de vista da legislação pertencente ao MS, ANVISA e CONAMA, na Lei 6.938, de 31.08.81, que dispõe a Política Nacional do Meio Ambiente, e da Lei 12.305, de 2.8.2012, que institui Política Nacional de Resíduos Sólidos, e tem assumido a função de orientar, definir regras e regular a conduta dos diferentes agentes, no que diz respeito à geração e manejo os resíduos de saúde. As Resoluções do CONAMA têm definido a obrigatoriedade aos serviços de saúde na elaboração de Plano de Gerenciamento de seus resíduos e ANVISA, também, buscou soluções neste sentido promulgando portarias que dispõe de regulamento técnico para estes gerenciamentos e passou a considerar estes resíduos como risco à saúde aos trabalhadores, à saúde e ao meio ambiente, as publicações da RDC ANVISA nº 306/04 e a Resolução CONAMA nº 358/05 atualmente são as mais recentes.

A Resolução nº 283/01 do CONAMA: a) estabelece a classificação para os resíduos produzidos nos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, em quatro grupos (biológicos, químicos, radioativos e comuns); b) determina que a administração dos estabelecimentos de saúde, em operação ou a serem implantados, deverá elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde - PGRSS, a ser submetido à aprovação pelos órgãos de meio ambiente e de saúde, dentro de suas respectivas esferas de competência; c) atribui responsabilidade ao gerador do resíduo, pelo gerenciamento de todas as etapas do ciclo de vida dos resíduos, devendo o município contar com um responsável técnico, registrado no conselho profissional. Esta responsabilidade não cessa mesmo após a transferência dos resíduos a terceiros para o transporte, tratamento e disposição final, conhecido como princípio da corresponsabilidade; d) exige licenciamento ambiental para a implantação de sistemas de tratamento e destinação final dos resíduos. (BRASIL. MINISTÉRIO DO MIO AMBIENTE. CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE, 2001)

Resíduos biológicos são o resultado das atividades com seres vivos (animais e humanos). Com relação aos serviços de saúde, as atividades geradoras de resíduos são os de natureza médico-assistencial, humana ou animal inclusive, os de assistência domiciliar e trabalho de campo, gerados em hospitais, clínicas médicas

e odontológicas, drogarias e farmácias e inclusive as de manipulação, laboratórios de análises clínicas e postos de coleta de material biológico, instituições de ensino e pesquisa médica, necrotérios, funerárias, centros de zoonoses, clínicas veterinárias, serviços de acupuntura, serviços de tatuagem, salões de beleza, serviços onde se realizam atividades de embalsamamento, serviços de medicina legal, distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores produtores de materiais e controles para diagnóstico in vitro, unidades móveis de atendimento à saúde; dentre outros similares.

É importante salientar que embora possua características dos resíduos sólidos em geral, possui a especificidade da atividade de saúde em que é produzido. Os RSS representam uma parcela significativa dos resíduos sólidos e são compostos por diferentes frações geradas nas suas seções, compreendendo desde os materiais perfuro cortantes contaminados com agentes biológicos, peças anatômicas, produtos químicos tóxicos e materiais perigosos como solventes, quimioterápicos, produtos químicos fotográficos, formaldeído, radionucleidos, mercúrio e até vidros vazios, caixas de papelão, papel de escritório, plásticos descartáveis e resíduos alimentares, que se não forem gerenciados de forma adequada, representam fontes potenciais de impacto negativo no ambiente e de disseminação de doenças, podendo oferecer perigo para os trabalhadores do estabelecimento de saúde, bem como para os pacientes e para a comunidade em geral. (BRASIL. MINISTÉRIO DO MIO AMBIENTE. CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE, 2001)

Biossegurança

Conceituam biossegurança como o conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, visando à saúde do homem, dos animais, a preservação do meio ambiente e a qualidade dos resultados. (TEIXEIRA; VALLE, 1996)

Os aspectos de biossegurança estão associados a boa prática do manejo, as condições de trabalho e as medidas de prevenção e segurança para que o gerenciamento seja eficaz. É importante que haja segregação apropriada dos RSS no local gerado e o descarte em locais apropriados. Por sua vez a Associação Brasileira de Normas técnicas (ABNT), implantou normas padronizando o controle destes resíduos. Dentre elas estão as: NBR 7.500 – Símbolo de risco e manuseio para o transporte e armazenamento de material; NBR 7.501 – Terminologia de transporte de resíduos perigosos; NBR 7.503 – Ficha de emergência para transporte de produtos perigosos; NBR 7.504 – Envelope para transporte de produtos perigosos; NBR 9.190 – Classificação dos sacos plásticos para acondicionamento; NBR 12.807 – Terminologia dos resíduos dos serviços de saúde; NBR 12.808 – Resíduos dos

serviços de saúde; NBR 12.809 – Manuseio dos Resíduos dos serviços de saúde; NBR 12.810 – Coleta dos Resíduos dos serviços de saúde; NBR 13.853 – Coletores para os Resíduos dos serviços de saúde perfuro cortantes e cortantes.

Devido às condições precárias do gerenciamento dos resíduos no Brasil, decorrem vários problemas que afetam à saúde da população como a contaminação da água, do solo, da atmosfera e a proliferação de vetores- e a saúde dos trabalhadores que têm contato com esses resíduos. Os problemas são agravados quando se constata o descaso com o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde.

Os resíduos de serviços de saúde são geralmente considerados apenas aqueles provenientes de hospitais, clínicas médicas e outros grandes geradores. Tanto que os resíduos de serviços de saúde são muitas vezes chamados de “lixo hospitalar”. Entretanto, resíduos de natureza semelhante são produzidos por geradores bastante variados.

Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde - PGRSS

O entendimento ente os autores é que todas as unidades ou estabelecimentos que geram os resíduos de serviço de saúde são responsáveis por planejar um PGRSS, e seguir as normas estabelecidas pela ANVISA e CONAMA. É importante que cada unidade de Saúde elabore o seu PGRSS, desde que seja condizente com a sua realidade. (MOREIRA; SISINNO, 2005)

O Plano é um documento essencial que aponta e descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos. É uma oportunidade de o estabelecimento conhecer o que é quanto gera, e qual o destino dos resíduos que produziu. É um dos documentos integrantes no processo de licenciamento junto ao órgão ambiental. Deve contemplar medidas de envolvimento coletivo. O planejamento deve ser feito em conjunto com todos os setores definindo-se objetivos, responsabilidades e obrigações de cada um em relação aos riscos. (ZELTZER, 2004)

Compete a todo gerador, elaborar seu plano de gerenciamento de resíduos de serviço de saúde (PGRSS), estabelecendo condições para a segurança do processo de manejo dos resíduos, minimizando a produção e proporcionando aos gerados, encaminhamento seguro e eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, da saúde pública e do meio ambiente. (ZELTZER, 2004)

A RDC nº33 preconiza que o gerenciamento dos RSS se constitui num conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde

pública, dos recursos naturais e do meio ambiente. O PGRSS é um documento integrante do processo de licenciamento ambiental; deve ser elaborado pelo gerador dos resíduos e de acordo com os critérios estabelecidos pelos órgãos de vigilância sanitária e meio ambiente, a quem cabe sua análise e aprovação.

Para a elaboração do plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde deverá ser avaliado os critérios e padrões fixados por órgão ambiental que os preconiza:

A-Identificação do gerador

B-Identificação dos Resíduos Sólidos gerados

C-Quantificação dos Resíduos gerados

D-Acondicionamento dos resíduos – Obrigações Legais

E- Abrigo dos resíduos – Obrigações Legais

F- Tratamento e destino final dos resíduos – Obrigações Legais

G- Coleta externa dos resíduos

H- Saúde e Segurança Ocupacional – Obrigações legais e recomendações

Cada Grupo de Resíduos de Serviços de Saúde devem receber tratamento diferenciado, observando-se que tipo de lixo é gerado no estabelecimento de serviço. Cabe aos profissionais de saúde conhecer as fontes geradoras dos resíduos e dispor rotinas para classificar, manusear, segregar adequadamente os RSS e conhecer o sistema de identificação quanto aos símbolos, cores e tipos de recipientes. No manejo interno é fundamental que seja realizado o correto trabalho de segregação no interior da unidade de serviço de saúde de forma a permitir a redução da quantidade dos resíduos infectantes (RDC nº 33 de 25.02.2003).

Caracterização da problemática dos resíduos dos serviços de saúde

Segundo a Resolução da ANVISA n° 306/04, o gerenciamento dos RSS consiste em um conjunto pela Resolução RDC nº 306 da ANVISA, os Resíduos de Serviços de Saúde são classificados da seguinte forma:

GRUPO A - POTENCIALMENTE INFECTANTES

Possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção.

A1 - culturas e estoques de agentes infecciosos, resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto hemoderivados, descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados, meios de cultura, resíduos de laboratório de genética.

A2 - bolsas de sangue ou hemoderivados

A3 - peças anatômicas

A4 – os provenientes de seres humanos ou animais que não contenham agente patológico, carcaças, peças anatômicas e vísceras de animais que não apresentem riscos de contaminação.

A5 - resíduos provenientes de pacientes que contenham, ou seja, suspeitos de conter agentes classe de risco IV, que apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação

A6 - kits de linhas arteriais endovenosas e dialisadores; filtros de ar e gases oriundos de área crítica.

A7 - órgão, tecidos e fluídos orgânicos com suspeita de contaminação com proteína priônica e resíduos resultantes de atenção à saúde desses indivíduos ou animais.

GRUPOS B - QUÍMICOS E MEDICAMENTOS

Resíduos contendo substâncias químicas que apresentam risco à saúde pública ou ao meio ambiente, independentemente de suas características de corrosividade, inflamabilidade, reatividade e toxidade.

B1 - resíduos de medicamentos ou insumos farmacêuticos quando vencidos, contaminados, apreendidos para descarte, parcialmente utilizados e demais impróprios para consumo: produtos hormonais, antibacterianos, citostáticos, antineoplásicos, digitálicos, imunossupressores, imunomoduladores e antirretrovirais.

B2 - Demais medicamentos não enquadrados no Grupo B1.

B3 - Resíduos de insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela portaria do MS344/98 e suas atualizações.

B4 - Saneantes, desinfetantes e desinfetantes.

B5 - Substâncias para revelação de filmes de raios x.

B6 – Resíduos contendo metais pesados.

B7 - Reagentes para laboratório, isolados ou em conjunto.

B8 - Outros resíduos contaminados com substâncias químicas perigosas.

GRUPO C - REJEITOS RADIOATIVOS

Resíduos contaminados com radionuclídeos. Orientações específicas da Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN-NE - 6.02

GRUPO D – RESÍDUOS COMUNS

Resíduos comuns, semelhantes aos resíduos urbanos. Latas, papel, papelão, *Et cetera*.

GRUPO E – PERFURO CORTANTES

Todos os objetos perfuro cortantes. Lâminas, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas e outros assemelhados provenientes de serviços de saúde.

Segregação, acondicionamento e identificação

Para alguns autores, um dos grandes desafios do gerenciamento dos resíduos é a falta de conhecimento para a aplicação das etapas nas unidades geradoras. Deve-se separar e acondicionar em locais específicos toda a espécie de resíduo, reconhecer os tipos de resíduos contidos nos sacos e recipientes fornecendo informações para seu correto manejo.

Os recipientes de coleta interna e externa, assim como os locais de armazenamento onde são colocados os RSS, são identificados em local de fácil visualização, de forma indelével, utilizando símbolos, cores e frases, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e aos riscos específicos de cada grupo de resíduos.

De acordo com o manual de RSS “Símbolos de identificação dos grupos de resíduos. 1). Os resíduos do grupo A são identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos. 2). Os resíduos do grupo B são identificados através do símbolo de risco associado e com discriminação de substância química e frases de risco. 3). Os rejeitos do grupo C são representados pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão MATERIAL RADIOATIVO. 4). Os resíduos do grupo D podem ser destinados à reciclagem ou à reutilização. Quando adotada a reciclagem, sua identificação deve ser feita nos recipientes e nos abrigos de guarda de recipientes, usando código de cores e suas correspondentes nomeações, baseadas na Resolução CONAMA nº 275/01, e símbolos de tipo de material reciclável. Para os demais resíduos do grupo D deve ser utilizada a cor cinza ou preta nos recipientes. Caso não exista processo de segregação para reciclagem, não há exigência para a padronização de cor destes recipientes VIDRO, PLÁSTICO, PAPEL, METAL ORGÂNICO. 5). Os produtos do grupo E são identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.” (DOI; MOURA, 2011)

Transporte, armazenamento e condicionamento

O transporte interno dos RSS consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário (expurgo) ou armazenamento externo (abrigo externo), com a finalidade de disponibilização para a coleta. O armazenamento deve ser feito segundo ANVISA, RDC nº: 50/2002. O transporte externo consiste na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, pela utilização de técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente. Deve estar de acordo com as regulamentações do órgão de limpeza urbana.

O tratamento é o método, técnica ou processo que modifica as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de dano ao meio ambiente. Este tratamento pode ser aplicado no próprio estabelecimento gerador ou em outro estabelecimento, observadas nestes casos, as condições de segurança para o transporte entre o estabelecimento gerador e o local do tratamento. Os sistemas para tratamento de resíduos de serviços de saúde devem ser objeto de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução CONAMA nº. 237/1997 e são passíveis de fiscalização e de controle pelos órgãos de vigilância sanitária e de meio ambiente.

No Rio Grande do Sul, os métodos mais utilizados são autoclavagem e incineração, ambos em locais licenciados. Nestes casos a esterilização é feita por autoclavagem, utilizando tecnologia a vapor saturado com pulsos de alta pressão e vácuo, reduzindo a níveis mínimos a contaminação dos materiais, com posterior trituração e descaracterização dos resíduos. A incineração consiste na queima dos materiais, em altas temperaturas, resultando na transformação de materiais com redução de volume dos resíduos, destruição da matéria orgânica, em especial de organismos patogênicos.

No trabalho elaborado por Kutzke (2013), dentre outros dados ele também enfatiza que um bom gerenciamento dos resíduos hospitalares se constitui de um conjunto de procedimentos, planejamento e implementação a partir de legislação vigente, minimizando a produção de resíduos e um destino seguro e eficiente no final, protegendo os trabalhadores e preservando a saúde pública.

Enquanto que Silva (2005), realizou um levantamento de campo sobre RSS, no interior do estado o RS, constatou que, nos estabelecimentos assistenciais de saúde em geral a prática da segregação do RSS é feita basicamente através dos resíduos do grupo 5, os perfuro cortantes, 98% e 95%. E os demais resíduos tem em torno de 80% descarte sem segregação.

O manejo dos resíduos dos serviços de saúde

O aumento na produção dos resíduos de saúde e o gerenciamento inadequado estão trazendo uma nova problemática para a saúde populacional e ambiental. O pouco conhecimento sobre o descarte correto pelas equipes de profissionais da área da saúde nos traz a ideia do quão deficiente está sendo tratado o tema nas formações desses profissionais. (DOI; MOURA, 2011)

A maior parte dos acidentes de trabalho acontece com as equipes de enfermagem, que são na maioria das vezes responsáveis pelo descarte, especialmente em hospitais. Os profissionais têm uma visão de maior periculosidade quando os RSS podem causar acidentes a eles próprios, tendo pouco conhecimento sobre o impacto ambiental que pode causar esse descarte incorreto. (SILVA, 2005)

Em um dos artigos usado como referência temos uma pesquisa qualitativa descritiva. O estudo foi realizado em um hospital de alta complexidade, unidades de internação, unidades ambulatoriais, unidades de serviço, unidade administrativa e serviço de atenção básica. Os profissionais conhecem a segregação e o acondicionamento correto dos RSS, porém tais profissionais não reconhecem o processo como um todo, desconhecem as etapas realizadas fora do seu local de trabalho. (NAIME; SARTOR; GARCIA, 2004)

Existem problemas para o gerenciamento dos RSS tanto em hospitais de alta complexidade quanto aos serviços de atenção básica, portanto na atenção básica a situação é mais negligenciada. O que traz o questionamento do quão a ideia equivocada de que os RSS produzidos na atenção básica não são prejudiciais em comparação com um serviço de maior complexidade, tem sido um problema nos serviços de saúde. Os RSS são mais negligenciados quando saem das unidades onde são produzidos.

Potencial infeccioso ao meio ambiente e a saúde humana

Os microrganismos presentes nos resíduos de serviços de saúde não tratados são potentes fontes de contaminação da saúde humana e ambiental, uma vez que sobrevivem por tempo considerável no interior do lixo dos RSS.

Estudos identificaram diversos microrganismos presentes em diversos resíduos de serviços de saúde, como Coliformes, Salmonella typhi, Shigella sp., Pseudomonas sp., Streptococcus, Staphylococcus aureus e Cândida albicans. Além disso, foi constatada a possibilidade de sobrevivência de vírus na massa de resíduos sólidos para pólio tipo I, hepatites A e B, influenza, vaccínia e vírus entéricos. (MOREL; BERTUSSI FILHO, 1997)

Atualmente, na realidade brasileira, o destino final da maior parte dos resíduos de serviços de saúde ainda é impróprio, sendo que a maioria dos municípios utiliza-se de lixões para como destino final de seus resíduos. (SEGURA-MUNOZ, 2002), e apenas em uma pequena parcela de municípios estes resíduos acabam recebendo tratamento adequado e destino final em aterro sanitário.

Os “lixões” são ambientes insalubres, e facilitam a contaminação de rios e outros corpos d’água pelo liquido percolado dos RSS, a proliferação de insetos vetores, a contaminação direta dos catadores de lixo, e outras tragédias ambientais, principalmente em época de chuvas fortes. Os aterros sanitários, encontrados em poucos municípios brasileiros, podem prevenir muitos desses problemas, muito embora, mesmo tratando os resíduos de serviços de saúde antes de aterrá-los, fica a preocupação ambiental com o líquido percolado e gases metano e carbônicos formados pela decomposição dos resíduos. (COLLINS, 1991)

Ainda existe controvérsia sobre a possibilidade do chorume dos RSS em aterros sanitários atingirem os depósitos de água nos lençóis freáticos, e também o meio ambiente através da formação de gás metano e outros gases inflamáveis do chorume. (COLLINS, 1991)

Devido ao potencial infeccioso degradante e poluente contra o meio ambiente e Infeccioso contra a saúde humana, os resíduos de serviços de saúde exigem atenção especial e técnicas corretas de manejo e gerenciamento. Isto envolve desde a etapa de geração até o momento de disposição final.

A observância rigorosa das técnicas corretas de manejo dos resíduos de estabelecimentos de serviços de saúde mostra-se extremamente necessária e importante para garantir a segurança de funcionários, pacientes e visitantes destes estabelecimentos, e indo além, uma vez que o correto gerenciamento dos RSS pode, com eficiência, proteger a comunidade e o meio ambiente. (SCHALCH et al., 1990)

Saneamento e Saúde Pública

Quando definimos geradores de Resíduos de Serviços de Saúde todos aqueles estabelecimentos que proporcionam atendimento a humanos ou animais. Isto inclui serviços domiciliares, laboratoriais, necrotérios, funerárias, serviços de medicina legal, drogaria, farmácias, estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde, distribuidores, importadores, unidades móveis, serviços de acupuntura, tatuagem, e demais semelhantes. Nos últimos anos, tem-se observado que a finalidade dos projetos de saneamento tem saído de sua concepção sanitária clássica, recaindo em uma abordagem ambiental, que visa não só a promover a saúde do homem, mas, também, a conservação do meio físico e biótipo. (REBELLO, 2003)

Com isso, a avaliação ambiental dos efeitos dos sistemas de saneamento nas cidades consolidou-se como uma etapa importante no processo de planejamento, no que se refere à formulação e seleção de alternativas e a elaboração e detalhamento dos projetos selecionados. A avaliação da viabilidade ambiental assume caráter de forte condicionante das alternativas a serem analisadas, ocorrendo, muitas vezes, a predominância da implementação de sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, e dos benefícios à saúde pública e ao meio ambiente. (KUTZKE, 2013)

Após os avanços incorporados na área de saneamento e controle da poluição nas últimas décadas, evidenciou-se a necessidade de se proceder a revisão técnica da legislação, em face dos padrões de qualidade da água que se queria estabelecer. Com efeito, no final dos anos 80, começaram a ser elaboradas e revisadas as legislações pertinentes aos padrões de qualidade das águas, a exemplo da Resolução 20/86 (BRASIL. MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE, 1986) do CONAMA, que, entre outros objetivos, busca a proteção das águas dos mananciais, e da Portaria no 36/90 do Ministério da Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990), que estabelece normas e padrões para a qualidade da água de consumo humano.

Saúde pública e meio ambiente

Saúde Pública é uma subárea da prática e do conhecimento que lhe dão uma rica diversidade, tanto que é inserida a saúde ambiental nos primórdios, porém só na metade do século XX que ganha uma área específica para tratar das questões ambientais, pois não se tinha uma visão que o meio ambiente tinha uma forte relação com a saúde pública da população.

Em 1993 na cidade de Sophia, foi apresentada a carta de Sophia, produzida no encontro da OMS:

> Saúde ambiental são todos aqueles aspectos da saúde humana, incluindo a qualidade de vida, que estão determinados por fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos no meio ambiente. Também se refere à teoria e prática de valorar, corrigir, controlar e evitar aqueles fatores do meio ambiente que, potencialmente, possam prejudicar a saúde de gerações atuais e futuras. (OMS, 1993)

No Brasil, preocupações com os problemas ambientais e sua vinculação com a saúde humana foram ampliadas no Brasil, inclusive, a partir da década de 1970. Durante essa década, foi criada a Secretaria Especial de Meio Ambiente (SEMA) e, a exemplo dos EUA, foram estabelecidos os padrões de qualidade do ar e das águas.

Na constituição de 1988 tem expressões de preocupação com a saúde ambiental nos artigos 196, 225 e 200, ênfase para o último em questão, que aborda as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador e colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho, como atributo ao SUS.

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) reconheceu a importância de organizar um Grupo Temático “Saúde e Ambiente”, no V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, de 2002, “para, de maneira mais organizada, participar da luta pelo desenvolvimento sustentável, através da ação política no campo da saúde coletiva, em busca de ambientes saudáveis e da promoção da saúde.” (AUGUSTO et al., 2003, p.87) O grupo reconheceu dois eixos principais para o desenvolvimento das políticas de saúde e ambiente: Desenvolvimento/sustentabilidade voltado para ações intersetoriais e interdisciplinares e ações em saúde e ambiente, de caráter mais setorial.

Em 2003 criou a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), na qual está inserida uma Coordenação Geral de Vigilância Ambiental em Saúde. A Vigilância Ambiental em Saúde tem como objetivo geral prevenir e controlar fatores de risco de doenças e de outros agravos à saúde, decorrentes do ambiente e das atividades produtivas. A Vigilância Ambiental em Saúde foi definida pela Fundação Nacional de Saúde – FUNASA - como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do

meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde." (BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p.7)

Diante disto, hoje a proposta de sustentabilidade pelos ambientalistas vem ganhando mais adeptos, a saúde ambiental já se tornou existente e de necessidade para toda população brasileira, mesmo que alguma parte da população não tenha um ambiente tão agradável para se viver, ainda sim são vistos como uma necessidade de melhorias que ainda devem que ser feitas.

Rebello (2003), defendia:

> Cada pessoa tem esse direito enquanto ser humano porque um ambiente propício à vida é essencial para que desenvolva todas suas capacidades. Dados os perigos ao ambiente hoje e, em consequência, o perigo à própria existência, o acesso a um ambiente saudável deve ser concebido como um direito que impõe, uma obrigação a ser respeitada. (REBELLO, 2003, p.9)

Quanto aos riscos à saúde pela incineração por ser um método amplamente utilizado na destinação final dos resíduos sólidos em áreas urbanas. Este processo apresenta a vantagem de diminuir o peso e o volume dos resíduos, consequentemente diminuindo os custos de logística e gerenciamento do lixo, além de prevenir o crescimento de bactérias patogênicas e a proliferação de vetores de doenças, usualmente presentes em resíduos orgânicos. Por outro lado, a incineração produz quantidades variadas de substâncias tóxicas, orgânicas ou inorgânicas, que são emitidas na atmosfera. (SEGURA-MUNOZ, 2002)

Vários estudos apontam que a exposição da população às emissões de incineradores, na maioria das vezes estimada utilizando alguma medida de distância do incinerador, está associada a um risco aumentado de alguns tipos de câncer. (REBELLO, 2003)

Considerações Finais

Observou-se neste estudo que os resíduos de serviço de saúde necessitam de cuidados especiais e conhecimento por parte de todos os profissionais da rede de saúde, desde sua geração a destinação final. Desta forma, o lugar ideal para despertar interesse dos profissionais é na sua formação, isto porque é na universidade que se cria espaços para reflexão crítica e discussão de assuntos recorrentes, além de ser o melhor momento para moldar as futuras práticas profissionais.

A literatura analisada mostra que uma boa parcela dos profissionais da área de saúde não se preocupa com os resíduos que geram, sendo que fica a cargo do

gerador a responsabilidade por condutas adequadas para segurança dos resíduos em relação ao contato humano e ao meio ambiente e uma destinação final adequada.

Muitas das cidades brasileiras não apresentam local apropriado para descarte desses resíduos, em algumas partes do Brasil os resíduos ainda são descartados em lixões a céu aberto.

Diferentes aspectos merecem atenção em relação à forma como os profissionais de saúde lidam com os resíduos gerados em sua atividade profissional. Na maioria das vezes reportam estas responsabilidades para outros profissionais e instâncias, como se a problemática não fizesse parte de seu rol de competências profissionais.

Existem problemas relacionados para lidar de forma apropriada com os RSS, expressos pelas dificuldades em classificar e segregar adequadamente resíduos infectantes, especiais e comuns, onde decorre uma produção excessiva dos dois primeiros tipos de resíduos bem como um destino final inadequado. Este proceder gera "mistura" de diferentes categorias de resíduos ocasionando um duplo problema: resíduos infectantes e especiais são tratados como comuns e resíduos comuns são tratados como infectantes.

Resíduos infectantes e especiais não recebem tratamento adequado (representando um risco real à saúde individual e coletiva) e há gastos desnecessários de energia e de recursos para tratar resíduos comuns. Geralmente não é utilizada a padronização existente na legislação disponível, a qual não é suficientemente conhecida pelos profissionais.

Cabe destacar que tal legislação ainda é pouco considerada nesse âmbito profissional; falta clareza quanto aos riscos potenciais que os RSS representam, bem como é inadequada à utilização dos EPIs para manejo de tais resíduos. Ao mesmo tempo que o setor saúde deveria promover a saúde, paradoxalmente, contribui para agravar os impactos ambientais.

As diretrizes apresentadas para elaboração do Plano de Gerenciamento de RSSS, já apontam a necessidade de programas educativos bem como as rotinas de higienização e manejo dos resíduos no âmbito intra e extra institucionais. Muito embora devam ser ressalvadas as situações peculiares a cada estabelecimento, quando considerados os aspectos de controle de infecção, a saúde ocupacional, pública e ambiental.

A mudança de práticas pode produzir decisões ecologicamente conscientes, economicamente viáveis, socialmente oportunas, esteticamente projetáveis e eticamente desejáveis. Portanto para promover saúde é preciso construir políticas intersetoriais voltadas para a melhoria da qualidade de vida e do meio ambiente.

Realizar este estudo me possibilitou adquirir mais conhecimento sobre o tema e valorizar a importância deste problema, refletindo sobre estratégias que possam contribuir para minimizar ao máximo os danos à saúde pública.

Referências

ALMEIDA, B.P. **Plano de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde. REME rev. min. enferm** editora, 2005, p.17.

AUGUSTO, L.G.S; CÂMARA, V.M; CARNEIRO, F.F; CÂNCIO, J.; GOUVEIA, N. **Saúde e Ambiente**: uma reflexão da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v6n2/03.pdf>. Acesso em: 10 jun 2014.

BRASIL. Assembleia Constituinte. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1990.

BRASIL. Assembleia Constituinte. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasilia, 1983. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil¬¬_03/copnstituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 21 jun 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde, 8ª, Brasília, 1986. Anais / 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília**, 1986. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde,1987. 430 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada n.33,** de 25 de fevereiro de 2003: Regulamento técnico para o gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde. Brasília, 2003.

BRASIL. Resolução CONAMA n. 20, de 18 de junho de 1986. **Estabelece a classificação de águas doces, salobras e salinas.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, p. 11.356, 30 jul. 1986.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Vigilância ambiental em saúde/Fundação Nacional de Sáude.** – Brasília: FUNASA, 2002. 42 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no36, de 19 de janeiro de 1990. Aprova normas e o padrão de potabilidade da água para consumo humano em todo o território nacional. DOU, Brasília: 23. jan..1990, Seção I, p. 1651-1654.

_____. **Resolução da Diretoria Colegiada n. 306**, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde. Brasília, 2004.

_____. **Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério do Mio Ambiente. Conselho Nacional do Meio Ambiente. **Resolução nº 283**, de 12 de julho de 2001. Dispõe sobre o Tratamento e a destinação final dos resíduos dos serviços de saúde.

_____. **Resolução nº 358**, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento a destinação final dos resíduos dos serviços de saúde.

COELHO, H. Gestão de rejeitos em saúde: como descartar, aproveitar e gerenciar. **Jornal da Associação Nacional de Biossegurança**, Rio de Janeiro, ano 3, n.10, 2003

CORRÊA, L.B. **A educação ambiental e os resíduos sólidos de serviços de saúde**: a formação acadêmica. 2005, 120f. Dissertação de Mestrado em Educação Ambiental. Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, 2005.

DOI, K.M; MOURA, G.M.S.S. Resíduos sólidos de serviços de saúde: uma fotografia do comprometimento da equipe de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**. 2011, v.32, n.2, p.338-344, ISSN 1983-1447.

GARCIA, L.P; RAMOS, B.G.Z. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: uma questão de biossegurança. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, mai-jun,2004.

GESSNER, R.; PIOSIADLO, L.C.M; FONSECA, R.M.G.S; LAROCCA, L.M. O manejo dos resíduos dos serviços de saúde: um problema a ser enfrentado**. Cogitare Enferm**. 2013 Jan/Mar; v.18, n.1, p.117-123.

GOUVEIA, N.; PRADO, R.R. Análise espacial dos riscos à saúde associados à incineração de resíduos sólidos: avaliação preliminar **Rev. bras. Epidemiol**, São Paulo, mar 2010; v.13, n.1.

KUTZKE, J L. Tratamento e Gerenciamento de Lixo Hospitalar. **Revista de Gestão & Saúde**, Curitiba, 2013; v.9, n.4, p.36-41

MOREIRA, C.J.; SISINNO, C.L.S. Ecoeficiência: um instrumento para a redução da geração de resíduos e desperdícios em estabelecimentos de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, nov-dez, 2005, v.21, n. 6, p. 1893-1900.

MOREL, M.M.O.; BERTUSSI FILHO, L.A. Resíduos de serviços de saúde. In: RODRIGUES, E.A.C. et. al. **Infecções Hospitalares**: prevenção e controle. São Paulo: Savier, 1997, p.519-534.

NAIME, R.; SARTOR, I.; GARCIA, A.C. **Uma abordagem sobre gestão de resíduos de serviço de saúde**,2004. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v5n2/artigo2.pdf/>. Acesso em: 29 jun 2014.

REBELLO, P.R. Resíduos sólidos em serviços de saúde. In: Valle, S.; Telles, J.L. (Orgs). **Bioética e biorrisco:** abordagem transdisciplinar. Rio de Janeiro: Interciência, 2003, p.391-412.

SCHALCH, V. et al. Resíduos de serviços de saúde. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENGENHARIA SANITÁRIA E AMBIENTAL. **Curso sobre gerenciamento de resíduos sólidos**. Goiânia, 1990, p.209-221.

SCHNEIDER, V.E. et al. Modelos de gestão de resíduos sólidos de serviços odontológicos (RSSO) por meio do índice de geração per capita. **Anais Congresso Interamericano de Engenharia Sanitária e Ambiental,** n.27, 2000, Porto Alegre: Abes, 2000.

SEGURA-MUNOZ, S.I.S. **Impacto ambiental na área do aterro sanitário e incinerador de resíduos sólidos de Ribeirão Preto:** Avaliação dos níveis de metais pesados. 2002, 167p. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto. 2002.

SILVA, C.E.; HOPPE, A.E. Diagnóstico dos Resíduos de Serviços de Saúde no Interior do Rio Grande do Sul. **Eng. Sanit. Ambiental**, abr-jun 2005, v.10, n.2, p.146-151.

STEDILE, N.L.R.; MANDELLI, S.M.D.C.; SCHNEIDER, V.E.; GASTALDELLO, M.E.T.; CLAUS, S.M.; MICHIELIN, T.L. Sistematização de fontes geradoras de resíduos sólidos de serviços de saúde como subsídio para proposição de programas de gerenciamento em estabelecimentos de assistência primária e secundária. In: IX SILUBESA – Simpósio Luso-Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental, 2000, Porto Seguro/BA. **Anais...** Porto Seguro: ABES 2000, p.1.477-1.486.

TEIXEIRA, P.; VALLE, S. **Biossegurança**: uma abordagem multidisciplinar. Rio de janeiro: Fiocruz, 1996.

ZELTZER, R. Implementando o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS). **NewsLab**, 64.ed, 2004, p.82-86. Disponível em: <http://www.newslab.com.br/ed_anteriores/64/residuos.pdf>. Acesso em: 11 agos 2014.

3 - GESTÃO DE PLANEJAMENTO E MODELOS DE SAÚDE

CAPITULO 3.1

REGULAÇÃO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE EM NÍVEL MUNICIPAL

Sibila Persici
Evelise Tarouco da Rocha
Renato José de Marchi

Introdução

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei 8080/90, foram identificados como seus princípios a universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção e a integralidade da assistência, articulando continuamente as ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, além da equidade da assistência à saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990)

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) é calcada nos princípios doutrinários e organizativos do SUS e está estruturada com a finalidade de ampliar e garantir a atenção odontológica à população, sendo também conhecida como Programa Brasil Sorridente, (FRAZÃO; NARVAI, 2009) Esse programa foi formulado e lançado na agenda política brasileira em 2004 e tem como objetivo a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços odontológicos oferecidos.

Entre as principais linhas de ação do programa está a ampliação da atenção especializada, com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) como referência para a atenção básica no que se refere às especialidades de endodontia, periodontia, estomatologia, cirurgia oral menor e atendimento a pessoas com necessidades especiais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) Dentro da proposta da PNSB, o município de Porto Alegre possui, entre serviços próprios e conveniados, uma rede de saúde bucal composta por seis Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que são referência para 106 unidades de saúde da atenção básica, divididas em oito gerências distritais.

Nos últimos quatro anos, observou-se um crescimento expressivo da rede de atenção básica em saúde bucal de Porto Alegre, representado pelo aumento de 660% de equipes de Saúde Bucal credenciadas junto ao Ministério da Saúde, passando de 15 equipes em 2010 para 114 equipes habilitadas em março de 2015. Em relação aos serviços especializados, embora o crescimento também tenha sido bastante significativo (200%) no mesmo período, a expansão foi mais discreta, passando de dois para seis CEOs. Esses dados justificam a demanda reprimida existente no município por consultas odontológicas especializadas, uma vez que é a rede de atenção primária que demanda a necessidade por atendimento especializado. Todavia, embora haja uma grande demanda reprimida de consultas odontológicas especializadas, observa-se um alto índice de absenteísmo nos CEOs de Porto Alegre, com índices variando de 29% a 44%. (SCHIRMER et al., 2014)

Os critérios para encaminhamentos da atenção primária para a atenção especializada estão definidos e pactuados no Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre – organização da rede e fluxos de atendimento (SMS/PMPA, 2014), que visa orientar e qualificar o acesso aos serviços odontológicos do município. Até setembro de 2014, o agendamento e a distribuição das vagas das consultas para os CEOs do município eram realizados de diversas formas, instituídas por cada serviço, sem haver uma efetiva regulação ou intermediação por parte da Secretaria Municipal de Saúde e/ou da Área Técnica de Saúde Bucal, sendo apenas regulado o acesso à atenção odontológica terciária via sistema AGHOS (Administração Geral de Hospitais).

Assim, dados importantes para a gestão da rede de saúde como a oferta de consultas especializadas, a demanda reprimida e o absenteísmo às consultas eram obtidos sem periodicidade e metodologia definida, não sendo possível um acompanhamento longitudinal. Além disso, a ausência de regulação não permitia um redimensionamento das vagas que não eram utilizadas por algumas unidades de saúde, uma vez que as vagas não eram centralizadas, gerando pouca otimização dos recursos assistenciais. De acordo com Ferreira et al. (2010), a centralização do gerenciamento/gestão do processo regulatório favorece o conhecimento e visualização da rede como um todo, suas demandas, debilidades, fortalezas, possibilidades de programação e aspectos de seu controle, o que a torna uma importante ferramenta de avaliação.

Tendo em vista os motivos citados, a Área Técnica de Saúde Bucal em conjunto com a Central de Marcação de Consultas Especializadas (CMCE) optou por regular o acesso à atenção odontológica secundária. Assim, a partir de outubro de 2014 toda a oferta de consultas especializadas passou a ser centralizada e disponibilizada online, através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG). A opção pelo Sisreg levou em consideração a experiência exitosa em outros municípios, além do fato de que esse sistema permite a manutenção do georreferenciamento dos serviços especializados odontológicos, o que não seria possível através do sistema AGHOS.

O presente trabalho consiste em um estudo de caso sobre a avaliação da compatibilidade entre a oferta e a demanda de consultas odontológicas especializadas no município de Porto Alegre, a partir da implantação do SISREG, iniciada em Outubro de 2014 pela Área Técnica de Saúde Bucal em conjunto com a Central de Marcação de Consultas Especializadas (CMCE) do município e Ministério da Saúde, através do DATASUS.

Objetivos

Analisar a compatibilidade entre a oferta e a demanda por consultas odontológicas especializadas no município de Porto Alegre a partir da implantação do Sistema Nacional de Regulação (Sisreg). Descrever a implantação da regulação das consultas odontológicas especializadas no município de Porto Alegre. Relacionar a oferta de consultas odontológicas especializadas nos seis Centros de Especialidades Odontológicas de Porto Alegre a partir da implantação do Sisreg. Descrever o absenteísmo às consultas odontológicas especializadas por CEO e por especialidade. Identificar as especialidades odontológicas e regiões do município com maior demanda reprimida, bem como tempo médio de espera para cada especialidade.

Revisão De Literatura

A Regulação Como Instrumento de Gestão

A regulação em saúde como instrumento de gestão, tem sua trajetória histórica no Brasil antes mesmo da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), estando embasada, atualmente, na Portaria nº 1.559 de 1º de Agosto de 2008. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a) Para Santos e Merhy (2006), as inúmeras transformações que o SUS vem atravessando, desde a sua criação, trouxeram como desafio uma maior necessidade regulatória e fiscalizatória diante dos prestadores de serviços de saúde. Se, por um lado, a otimização dos recursos e a transparência da sua aplicação repercutem positivamente na gestão do SUS; por outro, a centralidade no usuário traz para pauta o acesso, a qualidade e a humanização, enquanto prioridades da sua gestão.

Além disso, a municipalização da saúde, diretriz do Sistema Único de Saúde consolidada através da Norma Operacional Básica 93 (BRASIL. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2003), trouxe como mais um desafio aos municípios a organização da sua oferta assistencial frente à sua demanda, assumindo o papel de planejamento e direcionamento do sistema, de acordo com as particularidades

identificadas em cada região. Para Mendes (2007), a regulação é um sistema logístico fundamental nas redes de atenção à saúde e constitui-se de estruturas operacionais que mediam uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde, de forma a racionalizar o acesso de acordo com graus de riscos e normas definidas em protocolos de atenção à saúde.

No âmbito da saúde, o termo "regulação" adquire um caráter mais amplo do que a mera regulação dos mercados frente à oferta e demanda incompatíveis, adquirindo, também, um caráter normativo e orientador de fluxos, (SANTOS; MERHY, 2006) Pode-se caracterizar a regulação em saúde como uma ordenação do acesso aos serviços de assistência à saúde. Esta ordenação atua pelo lado da oferta, buscando otimizar os recursos assistenciais disponíveis, e pelo lado da demanda, buscando garantir a melhor alternativa assistencial face às necessidades de atenção e assistência à saúde da população. Consiste, também, em articular e conjugar as respostas potenciais do sistema, para o conjunto dinâmico das demandas das populações, operacionalizando o acesso aos serviços. (SIQUEIRA; BUSSINGUER, 2010)

Ao se analisar o conceito de regulação, observa-se que o ato de regular em saúde é constitutivo do campo de prestação de serviços, sendo exercido pelos diversos atores ou instituições que provêm ou contratam serviços de saúde. O conceito, as práticas e finalidades da regulação em saúde são objeto de debate, existindo compreensões distintas do tema, além de sofrerem variações ao longo dos anos e conforme o entendimento dos atores sociais em foco. (SANTOS; MERHY, 2006) Para Magalhães Jr. (2006):

> O termo regulação tem sido utilizado no âmbito da saúde com um sentido mais amplo do que a mera regulamentação dos mercados, estando relacionado a uma função desempenhada pelos sistemas de saúde em geral, mesmo nos majoritariamente públicos, não sendo apenas uma função de regulação mais clássica das relações de mercado na saúde, como uma das maneiras de correção das chamadas imperfeições de mercado. Pela diversidade dos sistemas de saúde e abrangência da função de Estado na saúde, o termo assume claramente uma característica polissêmica. (MAGALHÃES, 2006, p.40)

Para Nascimento et al. (2009), a regulação em saúde deve ser pensada sempre no contexto dos princípios norteadores do SUS, e não apenas como forma de racionalizar os recursos existentes. A concepção ampliada de regulação no setor saúde, além da fiscalização e controle, incorpora funções de regulação à condução política, à análise da situação, ao planejamento e à comunicação, confundindo-se, assim, com o conceito de gestão. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão e visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde lançou, em 2006, o Pacto Pela Saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA, 2006) Tal pacto consiste num conjunto de reformas institucionais do SUS pactuadas entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) e é dividido em três eixos norteadores (Pacto pela em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão).

No que tange à regulação, destaca-se o Pacto de Gestão, o qual define regulação como um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles. O Pacto de Gestão possui a regulação como eixo estruturante e orienta como as ações de regulação em saúde devem ser efetivadas em âmbito nacional, com um posicionamento político de fortalecer as diretrizes do SUS, mostrando necessário um processo de conscientização dos gestores acerca da organização desse setor. Esse documento ressalta que essas ações devem reforçar e qualificar as funções de gestão, otimizando os recursos de custeio da assistência e destacando o papel fundamental dos entes federados para melhorar e qualificar o acesso do cidadão aos serviços de saúde, na busca da universalidade e da integralidade, com eficiência, eficácia e efetividade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA, 2006)

Além disso, estão listadas as seguintes ações no Pacto de Gestão a serem desenvolvidas para sua efetivação: configuração de uma linha de financiamento de custeio específico através do bloco de financiamento da Gestão; conceituação das principais estruturas regulatórias; listagem dos princípios orientadores do processo de regulação, definição de metas; explicitação das responsabilidades dos gestores municipais, estaduais, do Distrito Federal e do gestor federal. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA, 2006)

O Pacto de Gestão define, ainda, a diferença entre os termos regulação da atenção à saúde e regulação do acesso à assistência. A regulação da atenção à saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, portanto está dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica. Já a regulação do acesso à assistência é definida como um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.

Para Gonçalves et al. (2010), a regulação da assistência deve funcionar como um observatório do sistema de saúde, permitindo integrar e qualificar seus serviços, para alcance de seu principal objetivo: atender plenamente os usuários. De acordo com o autor, outros objetivos a serem alcançados através da regulação da

assistência são: padronizar e utilizar protocolos operacionais; subsidiar o processo de reordenação dos fluxos assistenciais, a partir de procedimentos operacionais de regulação e em consonância com a regionalização; permitir o acompanhamento e a avaliação da execução dos serviços, por meio de relatórios, planilhas e gráficos; identificar as desproporções entre as necessidades de serviços de saúde e a oferta disponível.

Com a proposição da Política Nacional de Regulação (BRASIL. Informar a instituição, 2008), o Ministério da Saúde consolida um importante eixo para a gestão do SUS e viabiliza a operacionalização por parte dos gestores, visando à garantia de uma oferta regulada dentro de um fluxo que permita o caminho mais oportuno na resposta da necessidade do cidadão. Essa política está focada em três eixos estruturantes, destacados nas Diretrizes para Implantação de Complexos Reguladores (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA, 2006), os quais são: Recursos financeiros para a implantação e para o custeio dos Complexos Reguladores; Instrumentos para operacionalização dos Complexos Reguladores; e Programa de capacitação permanente de recursos humanos. O primeiro eixo traz o financiamento inicial, visando à implantação dos complexos reguladores e contempla uma estrutura mínima composta por: estrutura logística, elétrica e de telefonia, inerentes ao seu funcionamento; infraestrutura de mobiliário e equipamentos, inclusive de informática, o aplicativo do Sistema de Regulação-Sisreg III. Em relação ao segundo eixo, são definidos instrumentos para operacionalização dos Complexos Reguladores como o Pacto de Gestão, que define toda a política norteadora do SUS; os contratos com os prestadores de serviços, que expressam formalmente a oferta de serviços de saúde e sua coerência com as necessidades populacionais; o cadastramento das pessoas através do Cartão Nacional de Saúde-CNS e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais (CNES); o Plano Diretor de Regionalização-PDR; a Programação Pactuada e Integrada (PPI); o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) e outros. O terceiro eixo aborda o programa de capacitação permanente de recursos humanos. A capacitação pretende formar multiplicadores proporcionando à Gestão Estadual e as Gestões Municipais as condições para o estabelecimento de um pólo de educação permanente, que garanta a formação de novos atores no processo de regulação, bem como a sua contínua atualização. (NASCIMENTO, 2009)

Maior eficiência, maior controle sobre as operações, menores custos, menor quantidade de erros, melhoria dos serviços ao consumidor, melhor planejamento e organização das atividades operacionais e de distribuição e decisões baseadas em melhores informações são relatados por Chaves et al. (2010) como benefícios dos sistemas de informações eletrônicos na área de regulação em saúde. São objetivos de um Sistema Informatizado de Regulação os seguintes, abaixo citados, de acordo com Marcon et al. (2012):

- Distribuir de forma equânime os recursos de saúde para a população própria e referenciada;
- Distribuir os recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada;
- Acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre as unidades e municípios;
- Permitir o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados;
- Identificar as áreas de desproporção entre a oferta e a demanda; subsidiar as repactuações na Programação Pactuada Integrada (PPI) e o cumprimento dos termos de garantia de acesso;
- Permitir o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor.

Diante das vantagens, acima listadas, de um sistema informatizado de regulação, o Ministério da Saúde lançou, no período de 1999-2002, o Sisreg (Sistema Nacional de Regulação). O Sisreg representou o movimento inicial em direção à informatização dos Complexos Reguladores e consiste num sistema de informação disponível online e que funciona com navegadores (Internet Explorer, Mozilla Firefox, *Et cetera*.) instalados em computadores conectados à Internet. Esse software é disponibilizado gratuitamente pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando ao maior controle do fluxo e à otimização na utilização dos recursos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b)

Esse sistema, de utilização não obrigatória pelos estados e municípios, passou a ser implantado nas secretarias que o solicitassem, tendo sua manutenção assegurada pelo próprio DATASUS. Atualmente, o DATASUS vem aprimorando esse sistema e está disponibilizando o Sisreg III. (MARCON et al., 2012) A grande vantagem do Sisreg em relação aos outros sistemas informatizados de regulação é a possibilidade de regionalização, que consiste em garantir ao usuário o acesso ao serviço mais próximo de seu domicílio. Para Chaves (2010), essa é uma importante característica, uma vez que a taxa de utilização dos serviços possui íntima relação com o tempo despendido e com os gastos relacionados a transporte por parte dos usuários, sendo a proximidade do serviço de referência muito importante quando se considera a adesão ao tratamento especializado.

O Sisreg III possui, ainda, comunicação com o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) e Cadweb SUS, sistema responsável pelo Cartão Nacional de Saúde. Além disso, possibilita a obtenção de dados sobre número de ofertas de vagas, faltas às consultas, consultas reguladas e devolvidas, entre outros,

contribuindo não somente para melhoria da gestão municipal, como também para o avanço da utilização de ferramentas mais adequadas ao fluxo operacional dos estabelecimentos de saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b)

Para Giovanella et al. (2009), a implantação do Sisreg possibilita a marcação de exames e consultas especializadas de forma automática, quando há oferta suficiente de procedimentos. Nos demais casos, o sistema permite o monitoramento da fila de espera, organizado de acordo com prioridades clínicas. Para a autora, a implantação do sistema tem promovido a diminuição do absenteísmo às consultas especializadas, das filas e do tempo de espera, bem como tem auxiliado na redistribuição de cotas entre as unidades de saúde, na contratação de oferta em função da demanda e na análise dos encaminhamentos.

A Política Nacional de Saúde Bucal e a Importância da Regulação do Acesso

A luta pela reforma sanitária foi responsável pela criação do SUS como um processo social e político que requer um ambiente democrático para a sua construção na arena sanitária, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Embasado a partir de uma dimensão ideológica, é alicerçado em uma concepção ampliada do cuidado em saúde do indivíduo, família e comunidade. (MENDES, 1999)

Do Sistema Único de Saúde emergem princípios básicos: acesso universal e igualitário a ações e serviços; participação comunitária; rede regionalizada e hierarquizada; e descentralização, cujas ações de saúde devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal (BRASIL. ASSEMBLEIA CONSTITUINTE, 1988) Tais ações devem obedecer ainda a princípios como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. (MACHADO et al., 2007)

A integralidade, como um dos princípios do SUS, considera as dimensões biológica, cultural e social do usuário e orienta políticas e ações de saúde capazes de atender as demandas e necessidades no acesso à rede de serviços. Implica repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas de saúde. (CECÍLIO, 2001) A construção da integralidade em saúde bucal requer a valorização do nível secundário de atenção como sendo um compromisso oportuno e necessário, atualmente. Para tanto, há que se empenhar esforços no desenvolvimento do

sistema de referência e contrarreferência, através do qual as informações e os usuários trafegam no sistema. Superar ou amenizar as dificuldades nesse tráfego, pode significar o encurtamento da distância entre o usuário e a resolução de suas necessidades em saúde bucal e o progressivo desenvolvimento em que a área vem se inserindo nos últimos anos. (ROCHA; GOES, 2008)

Para que a resolubilidade prevista possa ser alcançada, o nível secundário de atenção deve assegurar aos usuários o acesso a consultas, a procedimentos e a exames especializados. (VAZQUEZ, 2011) No entanto, em 2003, dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) revelaram que apenas 3,5% do total de procedimentos odontológicos realizados naquele ano foram de especialidades, evidenciando a grande desproporção na oferta entre procedimentos odontológicos básicos e especializados. (FIGUEIREDO; GOES, 2009)

Nesse contexto, visando garantir a integralidade da atenção em saúde bucal, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). A principal estratégia adotada para a atenção especializada em saúde bucal foi a implantação dos CEOs –Centros de Especialidades Odontológicas– que são estabelecimentos de saúde, classificados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) Tais serviços são, entretanto, apenas uma das vertentes assistenciais da atual Política Nacional de Saúde Bucal. (BRASIL, 2010b) Os Centros de Especialidades Odontológicas são classificados em três tipos: CEO tipo I (três cadeiras odontológicas); CEO tipo II (quatro a seis cadeiras odontológicas); e, CEO tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas), com diferentes valores de financiamento pelo Ministério da Saúde. Oferecem procedimentos especializados em saúde bucal, sendo unidades de referência para a Atenção Básica, integrados ao processo de planejamento loco-regional que devem ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

A PNSB tem como uma de suas diretrizes a “ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária” (BRASIL . MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), fundamentada no fato de que a atenção em saúde bucal no Brasil, conforme já demonstrado, sempre foi caracterizado por se restringir, quase que completamente, aos serviços básicos que, ainda assim, possuem demanda reprimida. No entanto, deve-se ressaltar que expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica. (VAZQUEZ, 2010; CHAVES, 2010) Adiciona-se a isto a baixa capacidade de oferta dos serviços especializados a qual compromete, por conseguinte, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde, fato evidenciado em estudos brasileiros. (LEAL, 2006; SILVA, 2007)

Esse descompasso entre a expansão da rede de atenção primária em relação à rede especializada trouxe um gargalo importante para o SUS, não apenas na saúde bucal. Para Pucca (2006), a pouca resolutividade da atenção básica, a ineficiência do sistema e o difícil acesso às ações de saúde bucal produziam demandas reprimidas enormes para os demais níveis. Essa grande demanda reprimida do atendimento especializado odontológico na atenção básica inviabiliza o alcance de um dos importantes atributos da Atenção Primária em Saúde, que é a integralidade. (SCHIRMER, 2014)

Assim, a atenção em saúde bucal sinaliza a necessidade de inovação quanto aos seguintes aspectos: acesso e cobertura; incorporação da assistência odontológica ao conjunto da população SUS; realização de diagnóstico individual de saúde bucal como rotina; estabelecimento de protocolos de referência e contrarreferência, e inovação à clínica odontológica. (NICKEL, 2008) Mendoza-Sassi (2001), ressaltou que, entre os fatores do serviço associados à maior utilização, estão a oferta adequada de procedimentos segundo as necessidades populacionais, a acessibilidade geográfica e organizacional, além da definição de um profissional de saúde para o acompanhamento de cada caso, especialmente para procedimentos especializados.

Cabe ressaltar que a desarticulação entre os níveis de atenção figura como aspecto crítico a ser enfrentado, na perspectiva de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde. A estruturação de redes de referência especializada a partir da atenção básica, tendo por princípio a hierarquização do sistema de saúde, constitui um aspecto central para organização do SUS. Há de se conhecer melhor a oferta e demanda dos serviços de saúde locais, na perspectiva de subsidiar a formulação de políticas públicas. (PIRES, 2010)

Dessa forma, conceitos clássicos da economia, como demanda e oferta de bens e serviços, constituem importantes reflexões sobre o mercado em saúde no Brasil, seja em nível macro ou micro. (PIOLA; VIANA, 1995) A concepção de oferta se insere na produção de ações de saúde no âmbito da política pública, por meio da articulação contextual entre rede física e uso adequado de equipamentos, profissionais e tecnologias para atender às demandas da população. (PIRES, 2010) Ferreira (2010) mostrou em estudo que mesmo com o aumento da cobertura e a redução do tempo de espera, algumas especialidades ainda apresentavam demandas reprimidas. Portanto, a demanda acentuada por consultas especializadas, na rede, pode decorrer também do modelo assistencial estruturado em base especializada.

Bulgareli (2013) destaca que é de grande relevância avaliar as informações de acesso e demanda reprimida para especialidades, bem como o percentual de faltas, abandono de tratamento pelo paciente e resolutividade na especialidade, pois estes dados podem refletir a qualidade da atenção básica na efetivação da integralidade, além do seu papel de coordenação do cuidado e acompanhamento longitudinal através da rede de serviços. A análise do absenteísmo e suas causas

na área de saúde bucal é uma importante ferramenta para auxiliar na tomada de decisão e, por consequência, reordenamento das políticas, programas e serviços de saúde. (GOES et al., 2012)

Em relação ao absenteísmo, percebe-se um grande paradoxo: de um lado, uma crescente demanda por consultas odontológicas especializadas; de outro lado, níveis cada vez mais expressivos de absenteísmo são encontrados, variando de 30% a 48,3% na literatura estudada. (DALRI, 2014) Em um estudo realizado em duas clínicas de especialidade de endodontia do município de Curitiba, o absenteísmo mostrou-se elevado, entre 30 e 43% entre os meses de abril e junho de 2008. Observou-se, neste caso, que o serviço oportunizou ao paciente a escolha da data e horário de atendimento (ZAITTER et al., 2009), o que poderia ser um dos fatores a reduzir o absenteísmo.

Chaves et al. (2011) ao descreverem taxas de utilização nos CEOs do Estado da Bahia com valores muito abaixo do esperado, variando na endodontia entre 13,7% e 33,4% e na cirurgia oral menor entre 21,2% e 41,3% nos municípios estudados, ressaltaram que a oferta disponível para um tipo de serviço essencial na garantia da integralidade da atenção à saúde bucal está, de fato, sendo subutilizada. Para os autores a falta constante de pacientes contribui para a redução da taxa de utilização desses serviços porque não há substituição de faltosos, ou marcação extra, prevendo tal ocorrência.

No município de Porto Alegre, dados semelhantes foram encontrados. Schirmer et al. (2014), ao estudar o acesso e a utilização dos CEOs de Porto Alegre, observaram um índice de absenteísmo às primeiras consultas especializadas que variou de 29 a 44%, nos CEOs analisados. Ao analisar por especialidade, a especialidade de Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) possuiu o menor índice de faltas (24%) e periodontia o maior índice (51%).

O absenteísmo dos pacientes às consultas agendadas deve levar o gestor a preocupação e reflexão a respeito dos motivos que geram este fato. Tendo em vista que a falta de oportunidade para o tratamento é um grande problema de saúde no setor público, o absenteísmo possivelmente contribui com a insuficiência e ineficácia dos serviços. (ROCHA; BERCHT, 2000) Segundo Jandrey e Drehmer (1999), o absenteísmo é um problema, tanto do ponto de vista do planejamento/gerenciamento quanto didático/metodológico, devido à ociosidade da capacidade instalada, baixa cobertura, manutenção de segmentos desassistidos e frustração para com uma prática que objetiva a integralidade das ações em saúde bucal.

Visando melhorar o acesso aos serviços especializados da rede de saúde bucal e otimizar os recursos financeiros, a regulação aparece como uma importante ferramenta de gestão. Para Chaves (2010), o descompasso entre oferta e demanda por atenção odontológica especializada traz a necessidade de se implementar um sistema de regulação que seja capaz de orientar a oferta de acordo com as características de cada distrito sanitário, levando em consideração critérios de

regionalização da rede e facilidade de acesso. Além disso, o processo regulatório vem impulsionado pela necessidade de melhora da resolubilidade e continuidade da atenção básica, ordenação do acesso aos serviços secundários e terciários e estabelecimento de um canal de comunicação entre os diferentes pontos assistenciais. (FERREIRA et al., 2010)

Para Ferreira (2010), a centralização do gerenciamento/gestão do processo regulatório favorece o conhecimento e visualização da rede como um todo, suas demandas, debilidades, fortalezas, possibilidades de programação e aspectos de seu controle, o que o torna importante fomentador da prática avaliativa. Assim, as Centrais de Regulação devem realizar o exercício permanente de compatibilização entre a oferta dos recursos e os problemas da população, em tempo real, bem como, monitorar a execução das ações tentando promover a acessibilidade com equidade e humanização e, ao mesmo tempo, apontar as fragilidades da rede de atenção.

A Rede de Saúde Bucal de Porto Alegre e a Regulação do Acesso à Assistência

Atualmente, entre serviços próprios e conveniados, a rede pública de saúde do município conta com 106 unidades de atenção primária com atendimento odontológico que referenciam para seis Centros de Especialidades Odontológicas (CEO Santa Marta, CEO UFRGS, CEO Bom Jesus, CEO IAPI, CEO Vila dos Comerciários e CEO GHC). Conforme instituído na PNSB de 2004, os CEOs do município ofertam os serviços de diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a pessoas com necessidades especiais. (BRASIL. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2004)

As unidades básicas de saúde e as unidades de saúde da família prestam assistência a territórios definidos das oito gerências distritais do município e constituem as portas de entrada para o atendimento odontológico. A partir da atenção básica ocorre o direcionamento para os serviços especializados, quando necessário, observando critérios clínicos estabelecidos para encaminhamentos da atenção primária para a secundária no Protocolo de Saúde Bucal de Porto Alegre – organização da rede e fluxos de atendimento. (SMS/PMPA, 2014) A utilização desse protocolo visa facilitar a organização institucional do acesso aos serviços de saúde bucal através de condutas embasadas cientificamente e pactuadas em colegiado, formado por gestores e trabalhadores da Secretaria Municipal da Saúde (SMS). As formas de acesso, os critérios de inclusão e exclusão para tratamento, bem como os procedimentos realizados no CEOs do município também estão definidos, por especialidade, nesse documento.

Até Setembro de 2014, as formas de agendamento para consultas odontológicas especializadas em Porto Alegre eram instituídas pelos próprios CEOs e diferiam entre si, sendo que a distribuição das vagas (cotas) para as unidades da atenção primária também ficava a critério das coordenações destes serviços, conforme demonstrado no Quadro 1. Devido à inexistência, até o momento, de um protocolo clínico para estratificação de risco dos usuários que são encaminhados para os CEOs, o critério para agendamento das consultas odontológicas especializadas era definido por ordem cronológica ou por critérios clínicos estabelecidos pelo profissional da atenção básica.

Quadro 1 - Forma de agendamento nos serviços odontológicos especializados e nos serviços de Raio-X odontológico, no município de Porto Alegre, 2014.

Serviço	Forma de Agendamento	Intermediação SMS
CEO Santa Marta	e-mail	Não
CEO UFRGS	e-mail	Sim
CEO IAPI	e-mail	Não
CEO GHC	Telefone via CMCE	Sim
CEO Bom Jesus	e-mail	Não
CEO Vila dos Comerciários	e-mail	Não

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde / Porto Alegre (Setembro-2014).

Além disso, como é possível observar no quadro acima, apenas havia intermediação da SMS na distribuição das vagas dos CEOs GHC e UFRGS, não havendo nos demais serviços. A inexistência de controle sistemático da oferta, da demanda reprimida e do absenteísmo às consultas especializadas dificultava o planejamento das ações a serem instituídas para qualificação da rede de saúde bucal do município.

Frente a este panorama, em outubro de 2014 a Área Técnica de Saúde Bucal do município de Porto Alegre implantou, em conjunto com a Central de Marcação de Consultas Especializadas (CMCE) do município e com o Ministério da Saúde, através do DATASUS, o Sisreg como ferramenta para a regulação das consultas odontológicas especializadas.

Metodologia

O presente trabalho consiste em um estudo de caso, com caráter descritivo e corte transversal. A unidade de caso estudada foi o município de Porto Alegre, durante o processo de implantação do Sisreg como ferramenta para a regulação do acesso às consultas odontológicas especializadas. A primeira etapa desse processo consistiu na escolha do sistema que seria utilizado para a operacionalização da regulação.

Em Outubro de 2014, o município de Porto Alegre utilizava dois sistemas de regulação: AGHOS (Administração Geral de Hospitais) e Sisreg. O sistema AGHOS, implantado em 2011 no município, é um sistema de uso privado e é utilizado preponderantemente em Porto Alegre para a regulação das consultas médicas especializadas. O Sisreg, sistema online de uso público, é utilizado desde 2007 em Porto Alegre e tem sua utilização voltada ao agendamento de exames especializados no município. Frente às características destes dois sistemas, optouse pela utilização do Sisreg como ferramenta para regulação das consultas odontológicas especializadas tendo em vista o fato desse sistema permitir a manutenção do georreferenciamento do acesso, o que não seria possível com o sistema AGHOS. Além disso, a opção pelo Sisreg levou em consideração o fato desse ser o sistema indicado pela Política Nacional de Regulação, além da experiência exitosa de outros municípios brasileiros como Belo Horizonte (MG), Florianópolis (SC) e Vitória (ES).

No Sisreg, quando a demanda de consultas é maior que a oferta disponibilizada, o sistema possibilita duas opções de destino às solicitações, as quais são a fila de espera ou a regulação. Para o agendamento por fila de espera, o sistema agenda as solicitações automaticamente e utiliza os critérios de ordem cronológica das solicitações e de cotas por unidade de saúde, estabelecidas pelo gestor. Para o agendamento através da regulação, faz-se necessária a presença de um profissional regulador, que utiliza os critérios que forem pactuados em sua central de regulação para a priorização dos agendamentos. Dessa forma, o próximo passo foi decidir qual destino seria dado às solicitações de consultas que não tivessem vagas disponíveis suficientes para agendamento imediato: regulação ou fila de espera.

Optou-se por encaminhar tais solicitações à regulação, pois julgou-se necessário que um profissional regulador com formação na área de Odontologia pudesse continuamente avaliar a demanda reprimida de cada especialidade e de cada unidade de saúde, remanejando as vagas conforme a necessidade dos territórios, otimizando a utilização dessas vagas. Além disso, a opção pela regulação considerou o fato de que está sendo desenvolvido no município um protocolo de estratificação de risco, o qual classificará os encaminhamentos para consultas odontológicas especializadas em quatro níveis de prioridades, possibilitando que os casos mais urgentes sejam agendados com menor tempo de espera pelo profissional regulador.

A fim de deliberar sobre alguns aspectos pertinentes à regulação, foi constituído um grupo de trabalho (GT) formado por membros das equipes de saúde bucal do município, com representatividade das oito gerências distritais e da Área Técnica de Saúde Bucal. Tendo em vista as características de georreferenciamento do Sisreg, o GT ficou responsável por definir a grade de referência de cada distrito sanitário para as consultas odontológicas especializadas. Levaram-se em consideração para o delineamento da grade de referência critérios como facilidade de acesso e regionalização, criando a segunda e a terceira opção de referência para cada distrito sanitário (ANEXOS). Este grupo também ficou responsável por pensar os parâmetros que seriam utilizados para que fosse calculada a oferta das consultas especializadas para cada unidade de saúde da atenção primária. Optou-se por adotar o critério de número de profissionais atuando nas unidades de saúde como base para o cálculo, uma vez que o número de encaminhamentos realizados para a atenção secundária possui relação direta com o número de profissionais que atuam na atenção primária.

Após definidas as questões iniciais para o processo de implementação da regulação, essas deliberações deveriam ser repassadas para toda a rede de saúde bucal do município, tanto para os profissionais solicitantes (atenção primária) como para os profissionais executantes (atenção secundária). Em conjunto com o DATASUS e CMCE, a Área Técnica de Saúde Bucal realizou um ciclo de capacitações para os profissionais solicitantes e executantes, a fim de capacita-los para o uso da ferramenta de regulação.

Além do ciclo de capacitações, foi elaborado um manual prático de utilização do Sisreg para o perfil solicitante dos serviços odontológicos de Porto Alegre, para ser divulgado entre as unidades de atenção primária à saúde e tornar fácil o acesso às informações sobre o sistema, quando necessário. Entre os assuntos tratados no manual estão: como solicitar consulta/ exame, como verificar os agendamentos realizados, como cancelar solicitação de consulta/ exame, como verificar se o usuário compareceu à consulta/ exame, entre outros. Esse manual foi disponibilizado através de e-mail e através do blog da Área Técnica de Saúde Bucal (http://saudebucalpmpa-eps.weebly.com) para todas as equipes de saúde bucal do município.

Realizada a etapa de capacitações, foi necessário iniciar o processo de configurações no Sisreg para adequá-lo às demandas da rede de saúde bucal. Ressalta-se que o Sisreg permite a existência de uma única central reguladora por código de município no IBGE, motivo pelo qual as configurações de parâmetros do sistema devem ser únicas, tanto para os agendamentos das consultas odontológicas, quanto para os agendamentos das demais especialidades médicas. Assim, configurações do sistema como tempo para cancelamento de consultas, percentual de vagas para fila de espera e dias de abertura de agenda, entre outros, não puderam ser alterados, pois já existia uma pactuação prévia realizada com a Secretaria Estadual da Saúde (SES-RS).

Dentre as atividades realizadas nessa etapa de configurações do sistema, destacam-se: Configuração do controle de acesso dos usuários ao sistema informatizado, criando login e senha para todas as unidades de saúde no perfil de solicitantes e criando login e senha para os CEOs no perfil de executantes; Busca na base de dados do Sisreg dos códigos dos procedimentos a serem ofertados pela rede de saúde bucal de Porto Alegre, gerando a carta de opções de especialidades em saúde bucal. Definição da oferta de procedimentos de cada serviço executante; Estabelecimento de tetos dos procedimentos. Distribuição de cotas por unidade solicitante. Configuração da grade de referências. Criação das escalas dos profissionais que atuam nos serviços especializados.

A segunda etapa do trabalho consistiu numa avaliação quali-quantitativa acerca da compatibilidade entre a oferta e a demanda de consultas odontológicas especializadas. Para essa etapa, foram analisados dados secundários de oferta, demanda e absenteísmo às consultas odontológicas especializadas no período de Outubro de 2014 a Março de 2015, obtidos a partir de relatórios do próprio Sisreg e também do BI (Business Intelligence), sistema online disponibilizado pelo Ministério da Saúde para a emissão de relatórios gerenciais.

Os dados de oferta foram obtidos por CEO, em todas as especialidades oferecidas. Os dados de demanda reprimida foram obtidos por especialidade e por gerência distrital. Os dados de absenteísmo foram obtidos por CEO, por especialidade e por gerência distrital. O indicador de absenteísmo foi obtido pelo quociente do total de faltas às consultas agendadas pelo total de consultas agendadas no mesmo período, multiplicado por 100. Após coletados, os dados foram tabulados e classificados no software Excel versão 97-2003.

Resultados

Com a centralização da oferta e demanda por consultas odontológicas especializadas em um sistema de informações, realizada após a implantação do Sisreg como ferramenta de regulação, passou-se a ter o real conhecimento de dados como oferta e demanda reprimida por consultas odontológicas especializadas no município de Porto Alegre. Além disso, cada unidade de saúde da atenção primária passou a ter uma grade de referências composta por três CEOs, permitindo os agendamentos das consultas de forma regionalizada. Em um município de grande porte como Porto Alegre, essa característica é muito importante, uma vez que permite que os usuários tenham seus atendimentos de saúde realizados em locais mais próximos ao seu domicílio, aumentando a adesão ao tratamento.

Em conjunto com o DATASUS e CMCE, a Área Técnica de Saúde Bucal realizou um ciclo de 11 capacitações para os profissionais solicitantes e duas capacitações para os profissionais executantes, totalizando 279 profissionais capacitados para o uso da ferramenta de regulação. Participaram das capacitações os profissionais das

equipes de saúde bucal e/ou profissionais administrativos que ficariam responsáveis por utilizar o sistema nas unidades de saúde e nos CEOs. Nesses encontros, foram abordados assuntos como importância da regulação, definições quanto à regulação das consultas odontológicas especializadas no município de Porto Alegre, além de características gerais sobre o funcionamento do Sisreg.

No período de Outubro/2014 a Março/2015 foram agendadas, através do Sisreg, 3.800 consultas odontológicas especializadas (tabela 1). No período analisado, o serviço que mais disponibilizou consultas foi o CEO GHC, com a oferta de 1.340 consultas odontológicas especializadas, conforme mostra a tabela 2. Observa-se uma grande variação de oferta de consultas ao longo dos seis meses avaliados, com menor oferta nos meses de janeiro e fevereiro de 2015, correspondentes ao período de férias dos profissionais dos CEOs. Cabe ressaltar que o CEO Bom Jesus esteve em reforma de sua estrutura física no período avaliado, tendo sua oferta de consultas disponibilizada para agendamento no Sisreg apenas a partir do mês de Fevereiro/15.

Tabela 1. Número de Consultas Odontológicas Especializadas Agendadas no Período de Outubro/14 a Março /15, por Especialidade.

Especialidade	Nº de Consultas
Endodontia	1.407
Periodontia	566
Cirurgia Bucomaxilofacial	1.232
Estomatologia	436
Pacientes com Necessidades Especiais	159
Total	**3.800**

Fonte: SISREG/BI.

Tabela 2. Número de Consultas Odontológicas Especializadas Agendadas no Período de Outubro/14 a Março/15, por Serviço.

Serviço	Nº de Consultas
CEO GHC	1.340
CEO UFRGS	223
CEO GCC	607
CEO IAPI	659
CEO Santa Marta	764
CEO Bom Jesus	207
Total	**3.800**

Fonte: SISREG/BI.

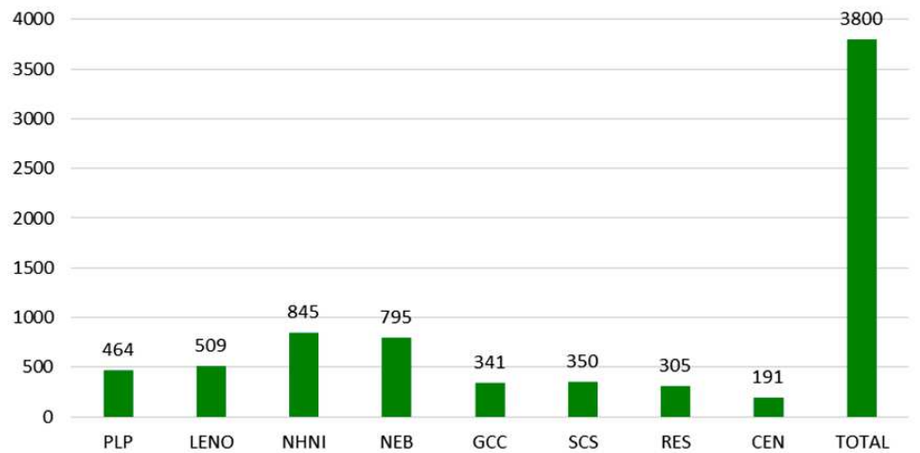
Gráfico 1. Número de Consultas Odontológica Especializadas Agendadas no Período de Outubro/2014 a Março/2015 nos CEOs de Porto Alegre.

Fonte: SISREG / BI.

O gráfico 1 apresenta o número de consultas odontológicas especializadas agendadas no período de Outubro/14 a Março/15, mostrando uma grande variação de número oferta de consultas nos meses analisados.

O gráfico 2 mostra o número de consultas odontológicas especializadas agendadas, por gerência distrital, no período de Outubro/14 a Março/15. Observa-se uma grande variação de consultas agendadas entre as diferentes gerências, sendo a gerência distrital Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas (NHNI) a que mais recebeu vagas e a gerência Centro (CEN) a que menos recebeu vagas no período analisado.

Gráfico 2: Número de Consultas Odontológicas Especializadas Agendadas, por Gerência Distrital, no Período de Outubro/2014 a Março/15 nos CEOs de Porto Alegre.



Fonte: SISREG / BI.

Em Março de 2015, havia 3.049 solicitações de consultas odontológicas especializadas pendentes (aguardando agendamento) no Sisreg relativas ao município de Porto Alegre. A especialidade odontológica com maior demanda reprimida era a Endodontia, com 1.954 solicitações pendentes e tempo médio de espera para agendamento de 8,3 meses, conforme apresentado nas tabelas 3 e 4.

Estomatologia e Pacientes com Necessidades Especiais não possuíam demanda reprimida, sendo possível o agendamento imediato dessas especialidades (tabela 3). Entre as especialidades que apresentavam demanda reprimida, Cirurgia Bucomaxilofacial era a que apresentava menor tempo médio de espera para agendamento (2,8 meses), conforme apresentado na tabela 4.

Tabela 3. Demanda Reprimida, por Especialidade, em Março/2015.

Especialidade	Nº de Solicitações Pendentes
Endodontia	1.954
Periodontia	516
Cirurgia Bucomaxilofacial	579
Estomatologia	0
Pacientes com Necessidades Especiais	0
Total	**3.049**

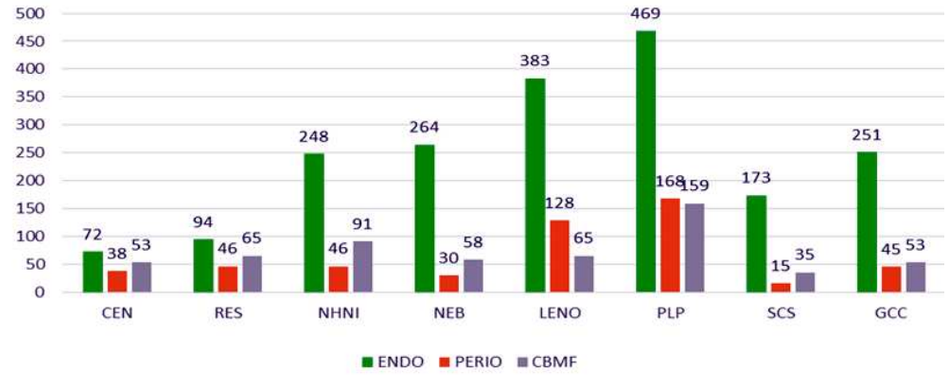
Fonte: SISREG/BI.

Tabela 4. Tempo Médio de Espera, em Meses, para Agendamento de Consultas Odontológicas Especializadas, em Março/2015.

Especialidade	Tempo Médio (meses)
Endodontia	8,3
Periodontia	5,5
Cirurgia Bucomaxilofacial	2,8
Estomatologia	0,0
Pacientes com Necessidades Especiais	0,0
Média	**3,3**

Fonte: SISREG/BI

Gráfico 3. Demanda Reprimida, por Especialidade e Gerência Distrital, em Março/2015.



Fonte: SISREG / BI

O gráfico 3 mostra a demanda reprimida por gerência distrital, em Março/15. A gerência Partenon Lomba do Pinheiro (PLP) foi a que apresentou a maior demanda reprimida por consultas odontológicas especializadas no município, totalizando 796 solicitações pendentes, enquanto que a gerência Centro (CEN) foi a que apresentou a menor demanda reprimida, com um total de 163 solicitações pendentes.

A análise do percentual de absenteísmo a partir da regulação das consultas odontológicas especializadas permite observar um percentual médio de absenteísmo de 36, 8% ao longo dos seis primeiros meses de implantação do Sisreg, com o maior percentual nos meses de Dezembro (40,3%) e Março (40,4%), como mostra o gráfico 4.

Gráfico 4. Percentual de Absenteísmo às Consultas Odontológicas Especializadas no Município de Porto Alegre, por Serviço, no Período de Outubro /14 a Março /15.

Fonte: SISREG /BI.

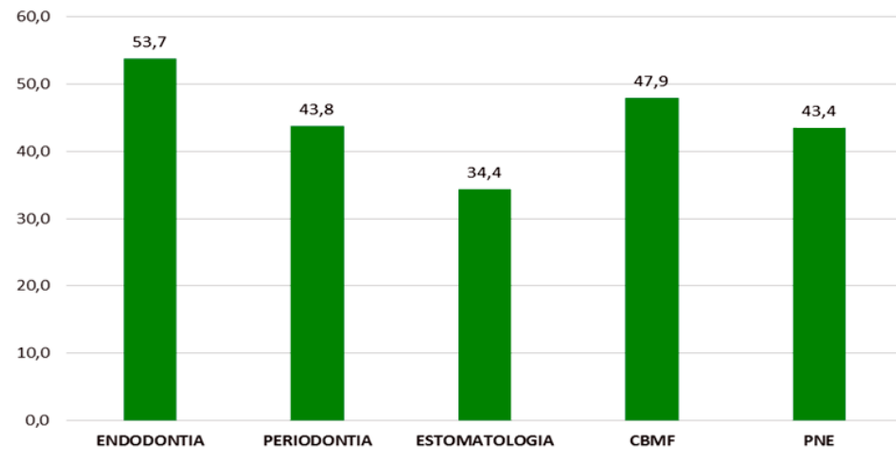
Entre os CEOs, o serviço que apresentou maior percentual de absenteísmo às consultas odontológicas especializadas foi o CEO Bom Jesus (50,7%), seguido do CEO UFRGS (45,7%). Os menores percentuais de absenteísmo foram observados nos CEO GHC (31,6%) e CEO IAPI (32,5%), conforme mostra o gráfico 5.

Gráfico 5. Percentual de Absenteísmo às Consultas Odontológicas Especializadas, por Serviço, no Período de Outubro /14 a Março /15.

Fonte: SISREG / BI

O gráfico 6 mostra que a especialidade de Endodontia foi a que apresentou o maior absenteísmo no período analisado (53,7%), enquanto que a Estomatologia foi a especialidade que apresentou o menor percentual (34,4%).

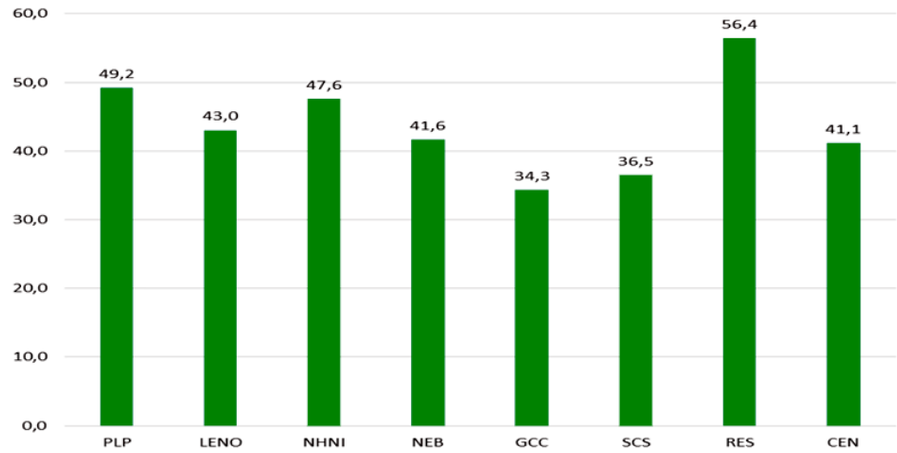
Gráfico 6. Percentual de Absenteísmo, por Especialidade, no Período de Outubro/14 a Março /15.



Fonte: SISREG /BI.

Entre as gerências distritais, destaca-se a gerência Restinga Extremo Sul (RES) com o mais alto índice de absenteísmo entre as gerências distritais, atingindo 56,4%. O menor percentual de absenteísmo foi observado na gerência Glória Cruzeiro Cristal (GCC), com 34,3% (gráfico 7).

Gráfico 7. Percentual de Absenteísmo às Consultas Odontológicas Especializadas, por Gerência Distrital, no Período de Outubro/14 a Março /15.



Fonte: SISREG /BI.

Discussão

Observa-se que o processo de regulação ainda é incipiente, tornando necessário o enfrentamento de temas mais complexos e estruturantes, como o desafio de entender a natureza dessa regulação, seus avanços e limites, o financiamento da oferta de serviços, as modalidades assistenciais, suas redes e a complexidade dessas relações. Para Mesquita (2002), a compreensão do modelo assistencial praticado só se faz na medida em que se entende o processo de regulação existente.

A implantação da regulação, através da utilização do Sisreg, permitiu a centralização de toda oferta de consultas odontológicas especializadas do município de Porto Alegre em um sistema de informações. Para Ferreira (2010), a centralização do gerenciamento deste recurso assistencial, pelos complexos reguladores, é fundamental para que se inicie o processo organizativo da ação regulatória eletiva, com mapeamento da demanda e da oferta, uma vez que a utilização de um sistema de informações embasa as ações de planejamento do gestor, visando à ampliação e à qualificação da rede assistencial, de acordo com as necessidades observadas.

Ao centralizar a oferta de consultas odontológicas especializadas em um único sistema de agendamento, foi possível que o profissional regulador pudesse

visualizar regiões do município com grande demanda reprimida e, a partir dessa observação, disponibilizar mais vagas para essas regiões. Ferreira (2010) ressalta a importância de que toda a oferta de recursos assistenciais esteja no complexo regulador, para que o gerenciamento e o controle do processo regulatório, que envolve o acompanhamento da execução do procedimento em tempo satisfatório, sejam exercidos. Sem este mecanismo, a garantia da melhor e oportuna resposta aos problemas dos usuários, premissa da estratégia, fica comprometida.

Em função do grande porte territorial do município de Porto Alegre, foi necessária a regionalização do atendimento odontológico especializado, realizada através da criação de uma grade de referências composta por três CEOs para cada distrito sanitário. Para Pires (2010), essa é uma medida importante, uma vez que o fluxo desordenado de pessoas, a demanda não programada, a frágil pactuação de procedimentos e serviços entre os gestores, bem como a incipiente regulação do acesso ocasionam ineficiência e pouca resolubilidade ao sistema de saúde local, características comuns às metrópoles.

A criação da grade de referências permitiu a ampliação das possibilidades de agendamentos, uma vez que cada unidade de saúde de atenção básica passou a ter três serviços especializados de referência. Cabe ressaltar que foram consideradas na definição da grade de referências as características de georreferenciamento dos territórios, sendo pesados critérios como proximidade do território aos serviços de referência e facilidade de acesso. De acordo com Chaves (2010), essa ação faz-se necessária à medida que a taxa de utilização dos serviços possui íntima relação com o tempo despendido e com os gastos relacionados a transporte por parte dos usuários, sendo a proximidade do serviço de referência muito importante quando se considera a adesão ao tratamento especializado.

Foi observada uma grande diferença no número de consultas agendadas entre as diferentes gerências distritais ao longo dos seis meses iniciais de implantação da regulação. As gerências distritais que mais receberam vagas (NHNI, NEB e LENO) são as únicas que possuem o CEO GHC na sua grade de referências, o qual é serviço que mais disponibilizou vagas no período analisado.

Ao se analisar a compatibilidade entre oferta e demanda por consultas odontológicas especializadas no município de Porto Alegre, no período estudado, percebe-se que as especialidades de Estomatologia e Paciente com Necessidades Especiais não possuem demanda reprimida, visto que a oferta é maior que a demanda por essas consultas. Esse fato tornou possível o agendamento direto dessas consultas pelas equipes de saúde bucal atenção básica, através do Sisreg, sem a intermediação de um profissional regulador, tornando mais curto o período entre a solicitação da consulta e o agendamento da mesma. Além disso, por haver uma oferta satisfatória dessas especialidades, foi possível abrir toda a grade de referências para as unidades do município, possibilitando ao usuário escolher em qual CEO deseja consultar, não ficando limitado a apenas os três CEOs da sua grade de referências.

Embora as especialidades de Endodontia, Periodontia e Cirurgia Bucomaxilofacial tenham sido as especialidades com maior número de consultas agendadas no período analisado, observa-se que a demanda por essas consultas ainda é maior que sua oferta. Consequentemente, ocorre a formação de uma fila de espera para essas especialidades, além de um maior período de tempo entre a solicitação da consulta e seu agendamento, tendo a especialidade de Endodontia o maior tempo médio de espera entre a solicitação da consulta e seu agendamento (média de 8,3 meses). Na especialidade de Cirurgia Bucomaxilofacial, observou-se que a demanda na região de referência do CEO GHC era inferior à oferta, o que levou a Área Técnica de Saúde Bucal a optar por abrir a possibilidade de agendamento para usuários de outros distritos sanitários que tivessem interesse e disponibilidade de deslocaram-se até o CEO GHC, facilitando o acesso a essa especialidade às demais regiões do município.

Para Zaitter (2009), a falta de recursos materiais e profissionais na atenção básica está relacionada com um aumento na demanda em algumas especialidades odontológicas, especialmente na Endodontia. Dessa forma, a grande demanda reprimida observada na especialidade de Endodontia pode estar associada à ainda baixa cobertura de equipes de saúde bucal no município, a qual está em 37% (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) no presente momento, uma vez que o acesso dos usuários a serviços preventivos e curativos em saúde bucal está intimamente relacionado aos indicadores de cobertura populacional.

Ressalta-se que a grande demanda reprimida em Endodontia e a demora para seu agendamento na rede pública podem ocasionar prejuízos importantes para o paciente e para o sistema, visto que se o tratamento endodôntico não for realizado no tempo clínico adequado haverá maior chance de perda do elemento dental e, por conseguinte, a necessidade de outros tratamentos mais invasivos e onerosos, como os consequentes da perda dentária. Além disso, Silva et al. (2013) indicam que um grande tempo de espera por uma consulta especializada é um dos fatores que mais causam insatisfação dos usuários.

Atualmente, a regulação do acesso às especialidades odontológicas com demanda reprimida no município tem sido realizada unicamente através dos critérios de cotas por unidades de saúde e ordem cronológica das solicitações. Todavia, sabe-se que para o alcance da equidade em saúde, definida como a ausência de diferenças injustas no estado de saúde e no acesso a cuidados de saúde e ambientes saudáveis, faz-se necessário o estabelecimento de prioridades dentro de sistemas de saúde. (OPAS, 2007, p.8) Ao colocarmos a equidade como um dos valores centrais de um sistema de saúde, podemos conceber como justa uma organização que ofereça classificações de prioridade/risco dos casos, garantindo a execução do procedimento em tempo satisfatório, com a melhor e oportuna resposta aos problemas dos usuários.

Tendo em vista o desafio de tornar mais equitativo o acesso à atenção odontológica especializada, a Área Técnica de Saúde Bucal, definiu em seu Protocolo de Atenção em Saúde Bucal (SMS/PMPA, 2014) os critérios clínicos para encaminhamentos para os CEOs. Além disso, está em processo de elaboração um protocolo de estratificação de risco junto aos especialistas e profissionais da rede básica do município. O objetivo da criação desse protocolo é que possam ser pactuados critérios clínicos para priorização de agendamentos de casos mais graves, através da classificação das solicitações de consultas no Sisreg em quatro níveis de prioridade (azul, verde, amarelo e vermelho), a serem considerados pelo profissional regulador. Tais ações vêm ao encontro do preconizado por Ferreira (2010), ao ressaltar a importância dos protocolos regulatórios e clínicos para o desenvolvimento das ações de regulação, sendo os mesmos compreendidos como instrumentos facilitadores da ação regulatória, colaborando na definição do desenho da rede de atenção e potencial de resolução.

O percentual de absenteísmo encontrado no período analisado (36, 8%) ficou dentro dos níveis observados na literatura estudada por Dalri (2014), que encontrou uma média de 30 a 48,3% de absenteísmo. Relaciona-se parte desse alto índice de absenteísmo ao momento inicial de implantação do Sisreg para regulação do acesso às consultas odontológicas especializadas, que alterou o processo de trabalho das equipes no que se refere à dinâmica encaminhamentos de usuários para os CEOs do município.

Entre as especialidades odontológicas, a Endodontia foi a que apresentou o maior índice de absenteísmo no período analisado (53,7%), enquanto que a Estomatologia foi a especialidade que apresentou o menor percentual (34,4%). Tendo em vista que a Endodontia também foi a especialidade odontológica com maior tempo de espera para agendamento, enquanto o agendamento para Estomatologia foi imediato, esses dados corroboram o que foi afirmado por Bender (2010), quando relaciona o tempo elevado de espera na obtenção da consulta especializada como um importante fator contribuinte à falta. Observa-se com esses dados um grande paradoxo, também observado por Dalri (2014), à medida que a Endodontia consiste na especialidade com maior demanda reprimida e também com o maior percentual de absenteísmo entre as especialidades odontológicas estudadas.

Quando é realizada a análise do absenteísmo por gerência distrital, destacase a gerência Restinga Extremo Sul (RES) com o mais alto índice de absenteísmo entre as gerências distritais, atingindo 56,4%. Relaciona-se esse alto índice encontrado na região à dificuldade de acesso da população aos CEOs de referência, visto que a Restinga é uma região com baixo nível socioeconômico e distante geograficamente de todos os CEOs do município, ficando 22 km distante do CEO de referência de 1ª opção (CEO Santa Marta). Bender (2010) ressalta que a impossibilidade de o usuário arcar com o custo do transporte e a dificuldade em conseguir liberação

do seu trabalho foram citadas em seu estudo como fatores que levam ao não comparecimento às consultas.

Os dados de absenteísmo observados nesse estudo de caso são preocupantes, pois geram um grande prejuízo ao sistema, tanto do ponto de vista financeiro quanto operacional. Esses dados apontam falhas na Atenção Básica e até mesmo de gestão e trazem a necessidade de se pensar que também refletem na ociosidade na Atenção Secundária e na Atenção Básica, além de impossibilitarem a resolubilidade das ações em saúde bucal. (DALRI, 2014)

Com o objetivo de analisar os dados relativos aos seis primeiros meses de implantação do Sisreg como ferramenta de regulação e traçar métodos para a melhoria dos indicadores, foram realizados dois encontros do grupo de trabalhadores (GT) que ficou responsável por deliberar sobre alguns aspectos pertinentes à regulação com a Área Técnica de Saúde Bucal. Para otimizar a utilização das consultas especializadas ofertadas no Sisreg e aumentar o acesso da população, o grupo lançou como estratégia a criação de uma espécie de "overbooking" para as especialidades odontológicas que apresentam maior demanda reprimida e maiores índices de absenteísmo (Endodontia, Periodontia e Cirurgia Bucomaxilofacial), ampliando o número de primeiras consultas odontológicas nestas especialidades. Essa estratégia passou a ser utilizada a partir de Maio/2015, ainda não tendo sido avaliado seu impacto sobre a utilização dos serviços.

Considerações Finais

A melhoria contínua do SUS depende de políticas que valorizem os atributos de eficiência, eficácia e efetividade, contemplando as necessidades da população e considerando os fluxos de referência e contrarreferência dentro da rede de atenção à saúde. A implantação da regulação, ao possibilitar que se tenham os dados de oferta e demanda num sistema de informações, permite avançar para o entendimento dos problemas de saúde e conhecimento das reais necessidades de investimentos e de qualificação dessa rede.

A regulação deve realizar o exercício permanente de compatibilização entre a oferta dos recursos assistenciais e os problemas da população, bem como monitorar a execução das ações, tentando promover o acesso com equidade, apontando as fragilidades da rede de atenção. Esse acompanhamento de oferta e demanda deve ser constantemente realizado pelo profissional regulador, a fim de alterar, em tempo hábil, cotas de consultas, conforme a necessidade, otimizando a utilização das vagas disponíveis.

A existência de demanda reprimida por consultas odontológicas especializadas, sobretudo na especialidade de Endodontia, ainda é uma realidade no município de Porto Alegre e faz com que sejam necessárias medidas tanto no nível da gestão

quanto nos diversos pontos da rede para sua redução. Cabe à gestão analisar o tempo médio entre as solicitações e o agendamento das consultas especializadas odontológicas e traçar estratégias para reduzi-lo, de forma a garantir o acesso dos cidadãos no tempo e no momento oportuno. Há a necessidade de se definir critérios para que a ampliação dos serviços especializados acompanhe a ampliação dos serviços de atenção básica, de forma a manter uma proporção adequada entre o número de equipes de saúde bucal e o número de profissionais atuando na atenção especializada, aumentando assim a resolutividade do atendimento odontológico no SUS.

Para as especialidades com demanda reprimida, a adoção de um protocolo de estratificação de risco permitirá que casos mais urgentes tenham prioridade de agendamento, tornando mais equitativo o acesso e proporcionando respostas nos tempos certos para o atendimento das necessidades dos usuários. A estratégia do "overbooking", adotada pela Área Técnica de Saúde Bucal, parece ser uma importante ação para aumentar o acesso da população às consultas odontológicas especializadas, minimizando a ociosidade dos serviços devido à grande demanda reprimida, devendo ser avaliada a longo prazo a sua efetividade.

Em relação à atenção básica, porta de entrada do sistema, deve ser constantemente trabalhado com as equipes de saúde bucal para que os encaminhamentos para o nível secundário sejam realizados de acordo com os critérios estabelecidos no Protocolo de Atenção em Saúde Bucal do município. Deve-se buscar a qualificação dos encaminhamentos, pactuando a decisão com o usuário e, se possível, com toda a equipe de saúde. Além disso, pode-se pensar o matriciamento, realizado por profissionais especialistas, como uma alternativa para aumentar a resolutividade da atenção básica, diminuindo os encaminhamentos desnecessários e, consequentemente, as filas de espera. Ações para manter a fila de espera atualizada, como a adoção de uma atualização sistemática, verificando-se mudanças de endereço, ocorrência de óbitos ou a realização do tratamento em outros serviços, entre outras, também constituem em medidas eficazes que os serviços de atenção básica podem adotar para a redução do absenteísmo às consultas e da fila de espera.

Planejar a regionalização da atenção, com a instituição de serviços que sejam de fácil acesso a usuários desfavorecidos economicamente, mostra-se um fator importante a ser considerado, uma vez que as dificuldades dos usuários em arcar com o custo do transporte podem ocasionar aumento do absenteísmo, como observado na região da Restinga Extremo Sul. A inauguração de um CEO na região, dentro da estrutura física do hospital regional, está prevista para os próximos anos, visando qualificar os indicadores de saúde da região. Esse tipo de medida, além de facilitar a adesão dos usuários ao tratamento, diminui a ociosidade nos CEOs e, consequentemente, aumenta a resolutividade da Atenção Básica.

Espera-se que o processo de qualificação do acesso às consultas odontológicas especializadas não ocorra isoladamente e limitada ao atendimento da demanda, e sim que esteja atrelado ao desenvolvimento do modelo de atenção pretendido, em todos os níveis de atenção. A discussão dos processos de trabalho, o monitoramento constante de indicadores de saúde e a pactuação de protocolos entre serviços são importantes estratégias a serem utilizadas para a otimização da regulação como ferramenta de gestão.

Referências

BENDER, A.S. et al. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**, v.11, n.2, p.56-65, jun.2010.

BENDER, A.S.; MOLINA, L.R.; MELLO, A.L.S. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**, jun.2010, v.11, n.2, p.56-65.

BRASIL. Assembleia Constituinte. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SBBrasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasília, 2011.

_____. **Portaria Nº 3.840**, de 7 de Dezembro de 2010(*). Brasília, 2010.

_____. **Portaria nº 1.559**, de 1º de agosto de 2008. Brasilia, 2008a.

_____. **Manual do Regulador/autorizador**. Sisreg III. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. **Portaria n. 1.571**, de 29 de junho de 2007. Estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores. Diário Oficial da União. 24 jul 2007; Seção 1.

_____. **Controle, regulação e avaliação**. Brasília, DF; 2002.

_____. **Portaria n. 1.444**, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção básica à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família Diário Oficial da União 2000; 2000 dez 29. Seção 1, p. 85.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB -SUS 93**. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. **Regulação no setor de saúde**: em direção aos seus fundamentos públicos. Brasília, DF; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ed. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores**. Brasília, DF; 2006.

BRASIL_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão**: garantindo saúde para todos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional de Assistência à Saúde –NOAS-SUS 01 /01. Nº16, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: MS; 2001.

BULGARELI, J.V. et al. Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. **Revista de Odontologia da UNESP**. 2013, v.42, n.4, p.229-236.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001, p.113-126.

CESAR, F.L.V. **Referência e contra-referência na atenção secundária em odontologia na cidade de Campinas**, SP, Brasil. Piracicaba, SP: [s.n.], 2011.

CHAVES, S.C.L et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.6, 2010.

CHAVES, S.C.L et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 2011; v.27, n.1, p.143-154.

COSTA, J.F.R; ALVES, D.C. Regulação em Saúde. In: GOES, P.S.A; MOYSÉS, S.J. (Orgs). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas; 2012, p.223-233.

COSTA, J.F.R.; CHAGAS, L.D.; SILVESTRE, R.M.S (Orgs). **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

DALRI, L. **Absenteísmo de pacientes nos serviços de referência de especialidades odontológicas em Florianópolis, SC**. 2014. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/123847/TCC%20Final-Lara.pdf?sequence=1&isAllowed=y 2014 >. Acesso em: 17 fev 2015.

FERREIRA, J.B.B. et al. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface** - Comunic., Saude, Educ., abr./jun. 2010; v.14, n.33, p.345-358.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, fev, 2009; v.25, n.2, p.259-267.

FRAZÃO, P; NARVAI, P.C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate**, 2009; v.33, p.64-71.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009; v.14, n.3, p.783-794.

GONÇALVES, I. M. G. et al. **Avanços e resultados da regulação do acesso aos serviços de saúde no sus de minas gerais**. III Congresso Consad de Gestão Pública, 2010.

JANDREY, C.M; DREHMER, T.M. Absenteísmo no atendimento clínico-odontológico: o caso do Módulo de Serviço Comunitário (MSC) do Centro de Pesquisas em Odontologia Social (CPOS) – UFRGS. **Rev. Fac. Odontol,** Porto Alegre, 2010; v.40, n.2, p.24-28.

LEAL, R.B.; TOMITA, N.E. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. **Ciências e Saúde Coletiva,** 2006; v.11, p.155-160.

LINCOLN JR, A.M. **A Construção do Sistema de Informação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo**. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/397.doc>. Acesso em: 16 jun 2014.

MACHADO, A.T. **Não comparecimento às primeiras consultas odontológicas na atenção secundária em um município mineiro de grande porte**. 2013. 111f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/ZMRO9BPMWS>. Acesso em: 21 jan 2015.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007, v.12, n.2, p.335-342.

Piola, S.F.; Viana, S.M. (Orgs). **Economia da Saúde**: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA; 1995.

MAGALHÃES JR., H.M. **O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes**: a experiência de Belo Horizonte. 2006. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas.

MARCON, C.L.F. et al. **Implementação do Sistema de Regulação (SISREG) para o Agendamento de Consultas e de Exames Especializados no Município de Garopaba**. Coleção Gestão da Saúde Pública. V.2, p. 49-64, 2012.

MELO, A.C.B.V. Acessibilidade ao Serviço de Saúde Bucal na Atenção Básica: Desvelando o Absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 2011, v.15, n.3, p.309-318.

MENDES, E.V. **A modelagem das redes de atenção à saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec; 1999.

MENDONZA-SASI, R.; BERIA, J.U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**. 2001; v.17, n.4, p.819-832.

MESQUITA, M.A.F. **A regulamentação da assistência da saúde suplementar**: legislação e contexto institucional. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2002.

NASCIMENTO, A. A. M. et al. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do sus. **Cogitare Enfermagem**. Abr/Jun 2009; v.14, n.2, p.346-352.

NICKEL, D.A.; LIMA, F.G.; SILVA, B.B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, fev 2008; v.24, n.2, p.241-246.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas. Washington: OPAS, 2007.

PIRES, M.R.G.M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010; v.15, supl.1, p.1009-1019.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde**. Protocolo de atenção em saúde bucal de porto alegre**: organização da rede e fluxos de atendimento. Porto Alegre, 2014.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre, 2014-2017**. Porto Alegre, 2013.

PUCCA JR., G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2006; v.11, n.1, p.243-246.

ROCHA, C.R; BERCHT, S.B. Estudo do abandono do tratamento odontológico de um serviço público de Porto Alegre: o Centro de Saúde Murialdo. **Rev. Fac. Odontol**, Porto Alegre, 2000, v.42, n.2, p.25-31.

SANTOS, F.P.; MERHY, E.E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. **Interface -**Comunicação, Saúde, Educação, jan/jun 2006, v.10, n.19, p.25-41.

SCHIRMER, C. et al. Access and use of secondary dental care of a large city of Rio Grande do Sul, Brazil. **RSBO**. 2014 Oct-Dec; v.11, n.4, p.375-381.

SIQUEIRA, M.P.; BUSSINGUER, E.C.A. A Saúde no Brasil Enquanto Direito de Cidadania: Uma Dimensão da Integralidade Regulada. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, 2010, n.8, p.253-309.

SILVA, F.H.D; MORTIZ, G.O.; PEREIRA, J. **Teoria das Filas Aplicada ao Atendimento na Média Complexidade Sistema Único de Saúde com Enfoque na Especialidade Endodontia**: uma revisão de literatura. Coleção Gestão da Saúde Pública. Florianópolis, 2013; v.7, p.61-76.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**. 2008; v.42, n.1, p.48-56.

SILVA, M.C.B. et al. Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA). **Ciências e Saúde Coletiva,** 2007; v.12, p.1237-1246.

ZAITTER, W.M. **Avaliação da acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de Endodontia em dois distritos de saúde do município de Curitiba (PR)**. São Paulo, 2009. 86p. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo.

ANEXO 1

Grade de Referências- Centros de Especialidades Odontológicas

(continuação)

Serviços de Atenção Primária em Saúde		CEO de Referência - 1° Opção	CEO de Referência - 2° Opção	CEO de Referência - 3° Opção
PORTO ALEGRE	**CNES**			
GD / DS CENTRO		**CEO SANTA MARTA**	CEO UFRGS	CEO IAPI
UBS Modelo	2264390	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO IAPI
Centro de Especialidades de Saúde Santa Marta	2237334	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO IAPI
ESF Modelo I	5463920	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO IAPI
GD NOROESTE HUMAITA NAVEGANTE ILHAS				
DS NOROESTE		**CEO IAPI/GHC**	**CEO IAPI/GHC**	**CEO UFRGS**
UBS IAPI	6883303	CEO IAPI	CEO GHC	CEO UFRGS
Unidade de Saúde Vila Ipiranga	2264811	CEO IAPI	CEO GHC	CEO UFRGS
USF Conceicao 1 (GHC)	6978770	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
USF IAPI		CEO IAPI	CEO GHC	CEO UFRGS
PSF Jardim Itu I (GHC)	2265079	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
PSF Vila Floresta (GHC)	2265109	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
DS HUMAITÁ NAVEGANTES		**CEO IAPI**	**CEO GHC**	**CEO UFRGS**
Unidade de Saúde Diretor Pestana	2264374	CEO IAPI	CEO GHC	CEO UFRGS
Unidade de Saúde Farrapos	2264285	CEO IAPI	CEO GHC	CEO UFRGS

(continuação)

Serviços de Atenção Primária em Saúde		CEO de Referência - 1° Opção	CEO de Referência - 2° Opção	CEO de Referência - 3° Opção
Centro de Saúde Navegantes	2264331	CEO IAPI	CEO GHC	CEO UFRGS
ESF Fradique Vizeu	7049579	CEO IAPI	CEO GHC	CEO UFRGS
PSF Mario Quintana	3437159	CEO IAPI	CEO GHC	CEO UFRGS
DS ILHAS		**CEO SANTA MARTA**	**CEO IAPI**	**CEO UFRGS**
Posto Assistencial de Atendimento Gratuito Ilha do Pavao (HED)	6140815	CEO SANTA MARTA	CEO IAPI	CEO UFRGS
PSF Ilha da Pintada (HMV)	2237113	CEO SANTA MARTA	CEO IAPI	CEO UFRGS
PSF Ilha dos Marinheiros(HMV)	2264366	CEO SANTA MARTA	CEO IAPI	CEO UFRGS
GD NORTE EIXO BALTAZAR		**CEO GHC**	**CEO IAPI**	**CEO UFRGS**
DS NORTE		**CEO GHC**	**CEO IAPI**	**CEO UFRGS**
UBS Assis Brasil	2237245	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
UBS Nova Brasilia	2264633	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
UBS Ramos	2264706	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
UBS Santa Rosa	2264692	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
UBS Sarandi	2264684	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
PSF Nossa Senhora Aparecida (GHC)	2265206	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
Unidade Parque dos Maias (GHC)	2265095	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
PSF Sao Borja 1	2237423	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
PSF Santissima Trindade (GHC)	2265176	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
ESF Esperança Cordeiro	5377978	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS

(continuação)

DS EIXO BALTAZAR		CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
UBS Passo das Pedras	2265214	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
UBS Rubem Berta	2264862	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
UBS Sao Cristovao	2264854	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
Unidade de Saúde Costa e Silva (GHC)	2265087	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
USF Domênico Feoli 1	7449283	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
PSF Jardim Leopoldina (GHC)	2265125	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
PSF Santa Fe	3321428	CEO GHC	CEO IAPI	CEO UFRGS
GD LESTE NORDESTE				
GD LESTE		**CEO BOM JESUS/GHC**	**CEO UFRGS/BOM JESUS**	
UBS Bom Jesus	6883257	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
Centro de Extensão Universitária Fátima (PUC)	7150547	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
US Morro Santana	2237792	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
US Vila Jardim	2264846	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
Unidade Barao de Bage (GHC)	2265141	CEO GHC	CEO BOM JESUS	CEO UFRGS
Unidade Coinma (GHC)	2265192	CEO GHC	CEO BOM JESUS	CEO UFRGS
PSF Divina Providencia I(GHC)	2265184	CEO GHC	CEO BOM JESUS	CEO UFRGS
PSF Jardim Carvalho I	2237946	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS

(continuação)

Serviços de Atenção Primária em Saúde		CEO de Referência - 1° Opção	CEO de Referência - 2° Opção	CEO de Referência - 3° Opção
PSF Laranjeiras	2264803	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
PSF Mato Sampaio	2264765	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
PSF Milta Rodrigues II	2237229	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
PSF Vila SESC (GHC)	2265133	CEO GHC	CEO BOM JESUS	CEO UFRGS
GD NORDESTE		**CEO GHC**	**CEO BOM JESUS**	**CEO UFRGS**
US Chacara da Fumaca	2264870	CEO GHC	CEO BOM JESUS	CEO UFRGS
PSF Jardim da Fapa	2264196	CEO GHC	CEO BOM JESUS	CEO UFRGS
PSF Jardim Protasio Alves	2237954	CEO GHC	CEO BOM JESUS	CEO UFRGS
PSF Safira Nova	2237911	CEO GHC	CEO BOM JESUS	CEO UFRGS
PSF Timbauva I	2237210	CEO GHC	CEO BOM JESUS	CEO UFRGS
PSF Wenceslau Fontoura	2264897	CEO GHC	CEO BOM JESUS	CEO UFRGS
GD SUL CENTRO SUL		**CEO GCC**	**CEO SANTA MARTA**	**CEO UFRGS**
DS CENTRO SUL		**CEO GCC**	**CEO SANTA MARTA**	**CEO UFRGS**
UBS Calabria	2264501	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Camaqua	2264528	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Monte Cristo	2264579	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Nonoai	2265001	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
USF Alto Erechim	2264943	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
USF Campo Novo	2264536	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
PSF Cidade de Deus	2264420	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
PSF Sao Vicente Martir	2264447	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS

(continuação)

ESF Cohab Cavalhada	7517904	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
DS SUL		**CEO GCC**	**CEO SANTA MARTA**	**CEO UFRGS**
UBS Beco do Adelar	2264463	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Guaruja	2693437	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Ipanema	2264544	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Tristeza	2264595	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
PSF Moradas Hipica	8013632	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
ESF Vila Nova Ipanema	6247938	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
GD GLÓRIA CRUZEIRO CRISTAL		**CEO GCC**	**CEO SANTA MARTA**	**CEO UFRGS**
DS GLÓRIA		**CEO GCC**	**CEO SANTA MARTA**	**CEO UFRGS**
UBS Belem Velho	2264498	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS 1º de Maio	2264986	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Estrada Alpes	2265028	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Gloria	2265044	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
PSF Jardim Cascata 1	2264951	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
PSF Nossa Senhora de Belem	6130917	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
DS CRUZEIRO		**CEO GCC**	**CEO SANTA MARTA**	**CEO UFRGS**
UBS Vila dos Comerciarios	6883184	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
Unidade de Saúde Nossa Senhora Medianeira	7275455	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
DS CRISTAL		**CEO GCC**	**CEO SANTA MARTA**	**CEO UFRGS**
UBS Cristal	2237318	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS

(continuação)

Serviços de Atenção Primária em Saúde		CEO de Referência - 1° Opção	CEO de Referência - 2° Opção	CEO de Referência - 3° Opção
PSF Divisa	3979938	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
ESF Sao Gabriel I	2264226	CEO GCC	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
GD PARTENON LOMBA DO PINHEIRO		**CEO BOM JESUS**	**CEO SANTA MARTA**	**CEO UFRGS**
GD PARTENON		**CEO BOM JESUS**	**CEO SANTA MARTA**	**CEO UFRGS**
UBS Bananeiras	2237369	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Ceres	8006830	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Pequena Casa da Crianca	2264269	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Sao Carlos	2264838	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Sao Jose	2237377	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Campo da Tuca	8006865	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
USF Ernesto Araujo 1	8006849	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
ESF Maria da Conceicao I	7275439	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
Unidade de Saúde Morro da Cruz	8006873	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
ESF Santo Alfredo I	8006903	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
ESF Vila Vargas I	8006822	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS São Miguel	8006857	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
Unidade de Saúde Indígena Aldeia Kaingang	7675992	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	XXXXX
GD LOMBA DO PINHEIRO		**CEO BOM JESUS**	**CEO SANTA MARTA**	**CEO UFRGS**
UBS Mapa	2237342	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
UBS Panorama	5878632	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
USF Herdeiros II	7449437	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
ESF Santa Helena I	5473764	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS

(conclusão)

PSF Sao Pedro I	2264730	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
PSF Vicosa	2264757	CEO BOM JESUS	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS
GD RESTINGA EXTREMO SUL		**CEO SANTA MARTA**	**CEO UFRGS**	**CEO GCC**
DS RESTINGA		**CEO SANTA MARTA**	**CEO UFRGS**	**CEO GCC**
UBS Macedonia	2264609	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC
UBS Restinga	2264587	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC
USF Castelo II	2693410	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC
ESF Nucleo Esperanca II (HMV)	7275471	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC
PSF Quinta Unidade	2264234	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC
DS EXTREMO SUL		**CEO SANTA MARTA**	**CEO UFRGS**	**CEO GCC**
UBS Belem Novo	2264471	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC
USF Chapeu do Sol II(HMV)	7076606	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC
ESF Lami I	2264560	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC
ESF Paulo Viaro I (HMV)	6676227	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC
PSF Ponta Grossa I	2264455	CEO SANTA MARTA	CEO UFRGS	CEO GCC

CAPITULO 3.2

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES: ampliando a capacidade de gestão.

Aline Stanislawski Silva
Lúcia Gimenes Passero
Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Introdução

Sistemas de Informação em Saúde

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1990) que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, são atribuições da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios exercerem, em seu âmbito administrativo, a organização e coordenação do sistema de informação de saúde, dentre outras atribuições.

No Sistema Único de Saúde (SUS), os dados, que podem ser previamente selecionados, são armazenados em bancos e o Sistema de Informação em Saúde (SIS), por sua vez, agrupa dados referentes a uma comunidade e a uma Política de Atenção à Saúde. (THAINES et al., 2009) Os SIS, sejam assistenciais, sejam epidemiológicos, são ferramentas importantes para o diagnóstico de situações de saúde com intuito de intervenções mais aproximadas ao quadro de necessidades da população (MEDEIROS et al, 2005), assim como apoio à tomada de decisões do gestor. (CARVALHO; EDUARDO, 1998)

O SUS possui diversos SIS abarcando os atendimentos ambulatoriais e hospitalares, os de estatísticas vitais e os de vigilância epidemiológica e sanitária, como o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), utilizados nacionalmente como elementos importantes para ações de controle, monitoramento e avaliação da atenção à saúde. (THAINES et al., 2009)

Em relação à organização local, há municípios que coletam dados, alimentam os SIS de âmbito federal e estadual, organizam e analisam esses dados, já há outros que apresentam dificuldades nessa consolidação devido a questões de infraestrutura de informática, definição adequada de procedimentos de coleta, conhecimento e acesso restritos quanto às alternativas de processamento e falta ou eficiência de recursos humanos qualificados para a análise das informações obtidas. (BRANCO, 1996)

Dentre os SIS utilizados na Atenção Básica em Saúde, pode-se citar o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), o SIAB e a Estratégia e-SUS (e-SUS). Cada um destes Sistemas possui uma estrutura diferenciada, correspondendo a um intuito lógico do Ministério da Saúde de acordo com cada situação de saúde.

O SIA/SUS, implantado pelo Ministério da Saúde (MS) em todo o Brasil em 1995, tem a finalidade de registrar atendimentos ambulatoriais realizados nos estabelecimentos de saúde, podendo ser utilizado como instrumento de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle de auditoria da assistência ambulatorial e fornecimento de informações para que seja realizado o acompanhamento e a análise de gastos referentes à assistência ambulatorial. Desde então, ele passa por modificações com o intuito de adequações e melhorias de acordo com as portarias vigentes. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE, 2009)

Com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), concebido para aproximar os serviços de saúde da população, percebeu-se a necessidade de desenvolver um Sistema de Informações que conseguisse gerenciar as informações obtidas no território. E, em 1998, é criado o SIAB, um Sistema de Informação capaz de produzir relatórios que auxiliam não apenas os gestores, mas também as equipes no acompanhamento de seu trabalho, avaliando a sua qualidade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2003)

Instituído por meio da Portaria nº 1412 em 2013, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foi lançado pela necessidade de reestruturar o SIAB para um sistema unificado, integrando todos os SIS para a Atenção Básica e contemplando dados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua (CnR), Programa Saúde na Escola (PSE) e Academias da Saúde e garantindo o registro individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS), entre outras necessidades. A estratégia de implantação do SISAB é nomeada eSUS AB e é composta por dois sistemas de *software* que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB, a Coleta de Dados Simplificado (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

Monitoramento e Avaliação

Ao se considerar a orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde, é imprescindível levar em conta a avaliação da situação de saúde da população, do trabalho em saúde e dos resultados de ações, o que deriva de modo considerável do monitoramento realizado por meio de informações do dia-a-dia da atenção. (FELISBERTO, 2004)

O monitoramento é o acompanhamento continuado de compromissos (objetivos, metas e ações), apontados em planos, programações ou projetos, como forma de verificar se os mesmos estão sendo executados conforme preconizado. Já a avaliação se refere a um julgamento de valor que se estabelece a partir do que foi realizado ou a uma análise do resultado obtido quando comparado ao que foi considerado como ideal a ser alcançado. Em ambos os casos, o propósito é a identificação de pontos de fragilidade para que se tomem medidas a fim de avançar, ou seja, o monitoramento e a avaliação são ferramentas de planejamento que podem trazer evidências para a tomada de decisões. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA. SUBSECRETARIA DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, 2010)

Sendo os SIS geradores de dados e informações do Município, estes são uma importante ferramenta de monitoramento e avaliação. As iniciativas de resgatar ou construir uma cultura de planejamento no SUS com análise de ações, serviços e gestão vem se expandindo e englobam a necessidade de monitoramento e avaliação das questões organizacionais, processos, produto, resultados e impactos, de modo a fortalecer o sistema de Planejamento, tendo instrumentos de concretude, como o Plano de Saúde e as suas respectivas Programações Anuais de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA. SUBSECRETARIA DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, 2010)

Outra ferramenta que pode ser utilizada com fins de monitoramento e avaliação são os dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Tal programa, instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, tem como principal objetivo a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, pensando em um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde, e, conta ainda com demais objetivos específicos, entre eles a melhoria da qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da Atenção Básica. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012)

É indispensável considerar a qualidade dos dados informados para evitar conclusões equivocadas, caso contrário, pode-se considerar que o acesso ao serviço de saúde é menor em determinado local pelo preenchimento inadequado

do sistema de informação, ou seja, deve-se estar atento para que todos os eventos estejam sendo informados. (SOARES; ANDRADE; CAMPOS, 2001)

Considerando que a gestão baseada em evidências parte da capacidade de todos os trabalhadores envolvidos em cada etapa da rotina de monitoramento e avaliação, é imprescindível considerar a compreensão e disposição destes atores. (PISCO, 2006; FELISBERTO, 2006) Para que os dados informados sejam adequados, é necessário que os trabalhadores se sintam estimulados a identificar o que pode ser melhorado, se responsabilizando também pelo seu fazer. (PISCO, 2006; FELISBERTO, 2006) Além de reconhecer que, para os profissionais de saúde, é mais importante a execução da ação em saúde do que seu registro em um Sistema de Informação e fundamental considerar que a percepção mais comum é que o monitoramento e avaliação é uma ação imposta de controle do gestor sobre o seu trabalho. Porém, é importante perceber a natural motivação dos profissionais para melhorar a prestação de cuidado acreditando que, quando despertado o seu interesse, se pode transformar a atividade de trabalho cotidiano, fortalecendo a dedicação e a vontade de acertar dos mesmos, uma vez que a avaliação deve ser vista como forma de melhorar o desempenho e a qualidade profissional. (PISCO, 2006; FELISBERTO, 2006)

Assim sendo, para a avaliação da qualidade é importante evitar projetos muitos ambiciosos, com muitos indicadores, que dificultem a realização na prática, procurando, ao invés disso, fazer com que os profissionais consigam, dentro de suas atividades normais, os dados necessários. (PISCO, 2006) O ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional, o que remete a pensar que quanto maior o número de informações realmente compreendidas e passíveis de ser colocadas em prática pelos trabalhadores, maior será o valor do planejamento. (FELISBERTO, 2006) Uma maneira de conhecer as dúvidas e necessidades dos trabalhadores, podendo auxiliá-los nessa compreensão, é trazendo-os para as discussões de planejamento. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica o processo de trabalho se caracteriza pela participação do trabalhador no planejamento, monitoramento e avaliação das ações que envolvem a equipe, a unidade e o município, a fim de contribuir para adequação do trabalho de acordo com a realidade, dificuldade e possibilidades observadas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012)

Sendo um dos principais objetivos dos indicadores assistir os gestores públicos, a principal finalidade do indicador é traduzir aspectos da realidade, qualificando a tomada de decisões (BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. SECRETARIA DE ORÇAMENTO FEDERAL. SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E INVESTIMENTOS ESTRATÉGICOS, 2012d), servindo de reflexão para a situação sanitária de uma população e vigilância das condições de saúde da mesma. (BRASIL. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008)

Os indicadores, medidas-síntese com informações relevantes sobre atributos e dimensões do estado de saúde e desempenho do sistema, podem ser de contagem direta de casos ou cálculos de proporções, razões, taxas, tendo sua qualidade dependente das propriedades dos componentes utilizados para estabelecê-los e da precisão de registro, coleta e transmissão, e o grau de excelência estabelecido pela capacidade de validade e confiabilidade, buscando sempre que possam ser uma ferramenta de fácil análise, interpretação e compreensão. (BRASIL. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008)

O entendimento do significado, das limitações e das potencialidades dos indicadores é importante para o estabelecimento de prioridades sociais e alocação de recursos do orçamento público no que se refere aos atores envolvidos com a tomada de decisão na instituição. (JANNUZZI, 2002) Dessa forma, o acompanhamento por meio de monitoramento e avaliação das ações das equipes de saúde é potente na produção do conhecimento das realidades locais e na verificação e melhor entendimento do processo de trabalho dos profissionais, já que a análise de indicadores é uma das ferramentas que contribui para a apropriação dos efeitos de cada rotina de trabalho e das relações existentes entre gestores, profissionais e usuários.

Apoio Institucional

O apoio institucional é pensado na Política Nacional de Humanização como uma função estratégica, um modo de produzir processos de democratização institucional, a partir da ativação de espaços de cogestão e de redes que se ponham a pensar em termos coletivos os processos de trabalho, as suas condições e relações. (OLIVEIRA, 2012) Processo de trabalho este que diz respeito às práticas que transcendem as áreas de cada profissional, integrando componentes que vão além do seu núcleo de conhecimento, abordando assim aspectos estruturais e aspectos relacionados aos atores envolvidos com a saúde. (PEDRUZZI; SCHRAIBER, 2009)

O apoiador institucional reconhece a complexidade do trabalho coletivo e se dispõe a enfrentar problemas concretos, desafios e tensões do cotidiano como “matéria-prima” para seu trabalho. Buscando assim facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas. (BEDIN; SCARPARO; MARTINEZ, 2013)

Dessa forma, o apoio institucional busca, entre outras questões, auxiliar as equipes de saúde na organização de seus processos de trabalho, contribuindo no que lhes é cabível em quesitos de educação permanente, formas de cuidado e relação profissional – usuário, assim como demais demandas da equipe.

O processo de trabalho na Atenção Básica (AB) abrange desde a definição de território de atuação, planejamento e organização de agenda, até o desenvolvimento de ações que beneficiem e vão ao encontro das demandas da população. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012b) Pensando nisso e tendo em vista que a Educação Permanente é o aprendizado durante o trabalho com a possibilidade de transformar e organizar práticas por meio da problematização desse processo, considerando os problemas da realidade, assim como os conhecimentos prévios de cada integrante e necessidades da população. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE, 2009), entende-se o estreitamento do monitoramento e avaliação com o processo de trabalho de uma equipe de saúde para com sua comunidade por ser uma ferramenta para se pensar a prática para mudanças.

Sendo assim, são de extrema importância para os apoiadores institucionais, os dados que os SIS geram a fim de se realizar planejamento para auxiliar no processo de trabalho e estabelecer um acompanhamento e apoio às equipes das Unidades de Saúde de um Município.

Objetivos

Organizar uma rotina de monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde da atenção básica do Município de Sapucaia do Sul/RS. Identificar e pactuar indicadores mais relevantes para o acompanhamento da situação de saúde na atenção básica do município, no ano de 2011 a 2014. Analisar os indicadores identificados em relação à disponibilidade, viabilidade e o período de monitoramento necessário, gerando relatórios com as informações das equipes de saúde da AB. Formular e disponibilizar um instrumento de gestão de indicadores de saúde que possa ser implantado na rotina da equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul. Ampliar a capacidade de gestão em saúde do município e contribuir com o apoio institucional às equipes de atenção básica à saúde, fomentando processos de educação permanente em saúde.

Método

O presente estudo está divido em duas abordagens: uma de pesquisa e outra de intervenção. A fase de pesquisa envolveu a identificação e análise de indicadores de saúde da atenção básica por meio das buscas nos SIS. Na fase de intervenção foi produzido um instrumento de gestão de indicadores de saúde baseado na fase de pesquisa. Porém as duas fases se interseccionam de modo dialógico, uma vez que para a construção do instrumento foi realizada a análise da viabilidade dos indicadores, bem como um movimento de aproximação e afastamento do instrumento, posto que para finalizá-lo foram necessárias deliberações envolvendo diversos atores neste processo, ora analisando dados já disponibilizados e cabíveis de acompanhamento, ora se distanciando desses dados para direcionar o olhar as necessidades dos gestores e trabalhadores do município de Sapucaia do Sul.

O Município de Sapucaia do Sul, pertencente à região metropolitana de Porto Alegre do estado do Rio Grande do Sul, possui uma área territorial de 58,309 km². Sua população, segundo censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, era de 130.957 habitantes, sendo que o mesmo estimou para o ano de 2014 uma população de 137.750 habitantes. No que se refere ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), em 2010, esse era de 0,726. Sapucaia do Sul conta com o serviço uma Clínica de Saúde da Mulher, um Ambulatório de Infectologia, uma Central de Especialidades, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Adulto, um CAPS Infância e Adolescência, um CAPS Álcool e outras Drogas, um Serviço de Pronto Atendimento, um Hospital Geral, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família, uma Equipe de Apoio em Saúde Mental, 19 equipes de Estratégias Saúde da Família (ESF) e cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), além do diálogo com uma rede intersetorial.

O Município de Sapucaia do Sul utiliza os Sistemas de Informação obrigatórios nacionalmente, como o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), SINASC, Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), entre outros. Porém, os dados que englobam a maior parte do processo de trabalho na atenção básica são alimentados, principalmente, por três sistemas de informação, o SIA/SUS, o SIAB e, a última reestruturação proposta pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), a Estratégia e-SUS. Como se trata de um período de transição de Sistema de Informação, as unidades de saúde do município acabam por utilizar concomitantemente SIA/SUS, SIAB e/ou e-SUS e, ainda, para as UBS, uma ficha produzida pela própria Secretaria de Saúde para coleta de dados.

Trata-se de um estudo ecológico descritivo utilizando dados secundários das equipes de atenção básica à saúde. Os dados foram coletados dos sistemas SIAB, SIA/SUS e e-SUS e na Secretaria Municipal de Saúde, no período de 2011 a 2014.

Para pensar em instituir o processo de monitoramento e avaliação no município, foi analisado o material referente a uma consultoria realizada pelos gestores com epidemiologistas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Esse material consta de 72 indicadores que foram pensados como potentes para os gestores acompanharem as questões de saúde do município. O trabalho inicial consistiu em agrupar apenas os indicadores que dizem respeito ao SIA/SUS, SIAB e e-SUS, já que havia a necessidade de um processo mais diretivo, eficaz e passível de ser levado adiante dentro das possibilidades que o NIS suporta atualmente. Apesar da grande importância de diversos indicadores de saúde, muitos foram excluídos nesse momento inicial para que o trabalho fosse um acompanhamento das realidades e que demonstrasse capacidade de mudanças.

Para o trabalho inicial foram realizadas comparações entre os três sistemas de informação (SIA/SUS, SIAB e e-SUS), buscando e agrupando informações em comum por meio de suas descrições a fim de facilitar o entendimento e a proposta de cada sistema, assim como auxiliar os trabalhadores no preenchimento de suas atividades realizadas utilizando esse material como apoio. Com isso, gerou-se um relatório preliminar, que foi estruturado em formato de um quadro dividido entre as áreas profissionais - médico, enfermeiro, cirurgião dentista, agente comunitário de saúde (ACS) - e um eixo maior, englobando a todos, que se definiu de atividades coletivas (ANEXOS). Tais divisões foram criadas a fim de facilitar o uso de acordo com cada domínio profissional. Para a construção do quadro, foram consultados os manuais de preenchimento dos Sistemas de Informação SIA/SUS, SIAB e e-SUS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2014; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2011; 2003), as fichas de consolidados do SIAB e e-SUS e os relatórios de gestão dos três Sistemas, assim como o site do DataSUS com orientações de preenchimento do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP).

A partir das comparações realizadas, pode-se verificar em que Sistemas de Informação poderiam ser encontrados os dados necessários aos cálculos de 29 indicadores estabelecidos para análise, verificando-se a necessidade de se expandir uma discussão que permeasse a preponderância de tais dados. Sendo assim, foi criado um Grupo de Trabalho (GT) em Monitoramento e Avaliação a fim de definir quais seriam os indicadores selecionados, quais os períodos analisados e qual seria o formato do instrumento de apoio à gestão que seria construído. O GT foi composto, primeiramente, por profissionais do Núcleo de Informações em Saúde (NIS) da Secretaria de Saúde, por apoiadores institucionais, pela coordenadora da Atenção Primária em Saúde do município e, posteriormente, expandiu-se aos trabalhadores das unidades de saúde, entre eles cirurgiões dentistas, médicos e enfermeiros, assim como estagiários de gestão. Os encontros do GT eram realizados mensalmente, à exceção da necessidade de deliberações impreteríveis. Tal grupo passa a ser chamado de GT M&A (GT Monitoramento e Avaliação).

Partindo da pactuação estabelecida no GT M&A, formulou-se o instrumento de gestão de indicadores de saúde a ser implantado na rotina da equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Sapucaia do Sul. O instrumento foi formulado no software Excel, versão 2007. Os dados foram agrupados por meses, partindo de janeiro até dezembro de cada ano e a análise dos indicadores compreendeu as suas frequências absolutas ou relativas possibilitando a geração de gráficos e tabelas, para cada ano.

Resultados

Foram analisadas as 23 unidades de saúde, representando 100% das equipes de atenção básica existentes no município no ano de 2014. Destas, nove ESF começaram a utilizar o Sistema de Informação e-SUS em 2014, sendo que algumas não deixaram de fazer uso do SIAB concomitantemente ou voltaram a o utilizar por dificuldades em obter dados que a equipe considerava essenciais para seu processo de trabalho.

De acordo com a análise dos dados coletados dos diferentes SIS, foi possível verificar a maneira como estes estavam sendo alimentados e quais os dados mais fidedignos de utilização, sendo que apenas 14 indicadores, dentre os analisados, mostraram-se passíveis de acompanhamento em uma série histórica, estabelecendo-se, assim, juntamente com o GT M&A uma nova lista de indicadores que buscam explicitar o serviço da atenção básica de Sapucaia do Sul. Os indicadores finais estabelecidos para acompanhamento são:

Avaliação de desempenho

Média de consultas médicas por habitante cadastrado: fornece uma estimativa da suficiência da oferta de consultas médicas diante da demanda potencial da população cadastrada. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012c)

Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológica programática: Relação que permite verificar se há relação entre acesso e resolubilidade, ou seja, em que média a equipe está concluindo os tratamentos iniciados demonstrando a capacidade de acompanhar a melhoria da adesão aos tratamentos, busca ativa de faltosos, indicando, também, a disponibilidade de insumos e equipamentos para resolubilidade na atenção básica e permitindo planejamento por parte dos profissionais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012c)

Razão entre número de procedimentos e consultas de saúde bucal: indicador pactuado no GT M&A devido interesse das equipes e da gestão em acompanhar, monitorar e criar estratégias para ampliar o acesso ao cuidado odontológico e qualificar o melhor modo de trabalho no que diz respeito ao agendamento, visto que a partir do indicador pode-se refletir sobre a interface acesso (número de consultas ofertadas), qualidade, otimização do tempo e resolubilidade em um mesmo momento, ou seja, se é mais eficaz um maior número de consultas em menor tempo de atendimento ou um menor número de consultas e maior tempo para resolver, quando possível, a necessidade de um usuário.

Proporção de consultas médicas de demanda agendada: indicador que reflete a capacidade da equipe em oferecer atendimento médico para o usuário que procura a unidade de saúde em demanda espontânea sem urgência, a partir do acolhimento e agendamento do cuidado o mais breve possível de acordo com a gravidade do caso e a disponibilidade de atendimento, não devendo ultrapassar 30 dias, orientando o usuário para o autocuidado. Uma equipe com oferta de demanda espontânea abaixo do mínimo esperado deve-se perguntar se não estão realizando um modelo excessivamente centrado nas ações preventivas e programáticas, assim como em caso contrário se não estão realizando baixa cobertura de ações programáticas, voltando-se para um modelo de pronto atendimento. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012c)

Proporção de consulta médica de demanda imediata (espontânea): indicador que objetiva analisar o trabalho da equipe como porta de entrada às urgências básicas, demonstrando se há desequilíbrio na integralidade do cuidado, já que uma equipe com baixa oferta pode estar restringindo a demanda espontânea e as equipes com alta oferta podem ser sugestivas de baixa cobertura de ações programáticas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012c)

Média de consultas médicas para menores de um ano: indicador que visa analisar a suficiência de consultas médicas para a saúde da criança, analisando a acessibilidade para as doenças prevalentes nessa faixa etária. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012c)

Número de consultas odontológicas para menores de um ano: indicador criado pelo GT M&A para verificar a oferta do cuidado odontológico para as crianças menores de um ano. Diferentemente das consultas médicas, ainda não há um parâmetro ideal, sendo um indicador que visa verificar a produção e a procura, oferta e busca ativa de tal população construindo uma linha de base municipal.

Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos: indicador que analisa a produção e a oferta de exames para rastreamento do câncer do colo do útero na atenção básica dentro dessa faixa etária prioritária. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012c)

Cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante**:** indicador que busca prevenir agravos de saúde bucal que possam comprometer a gestação e o bem-estar da gestante, verificando acesso ao atendimento odontológico e integrando a busca ativa na equipe. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012c)

Monitoramento

Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado: indicador que objetiva monitorar e avaliar a resolubilidade médica, de modo a verificar se as queixas dos usuários que buscam a unidade de saúde estão sendo solucionadas, sendo assim, o número elevado de encaminhamentos pode estar ligado a condições inadequadas para atendimento (espaço físico, equipamentos, medicamentos e outros insumos) e a baixa resolubilidade dos atendimentos, necessitando de um apoio para auxiliar a equipe na autoanálise e educação permanente. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012c)

Número de escuta inicial por categoria profissional: dado solicitado pelas equipes de saúde e pactuado no GT M&A com o intuito de verificar como se organizam as equipes de saúde para realizar o acolhimento quais os profissionais participam e qual o número de “escutas iniciais” prestadas, assim como verificar a demanda existente em cada território. É importante salientar a necessidade de profissionais capacitados para acolhimento humanizado, superando a simples triagem de usuários para consulta médica pela classificação de risco.

Razão consultas médicas agendadas/imediatas (espontâneas): indicador com o intuito de verificar e monitorar o processo de trabalho da equipe quanto ao modo de cuidado e oferta de serviço.

Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares: indicador que verifica as gestantes acompanhadas sob o total de cadastradas, visando verificar dificuldades na realização de visitas, assim como o planejamento de ações voltadas para a atenção pré-natal, estimulando hábitos saudáveis e atentando para situações de risco. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012c)

Número de gestantes que faltaram a consulta de pré-natal: conforme discutido no GT M&A, verificou-se a relevância do acompanhamento desse dado para analisar a cobertura que a equipe mantém e, assim, poder instituir no seu processo de trabalho a rotina de busca ativa dessa população entendida como uma das prioridades de monitoramento.

Número de crianças com puericultura em dia no primeiro ano de vida: indicador pactuado pelo GT M&A a fim de organizar uma rotina de busca ativa e cuidado com tal população que é vista como uma das prioridades no município.

Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio: monitorar e subsidiar ações voltadas à população com da Diabetes Mellitus, considerando acompanhados aqueles que receberam pelo menos uma visita domiciliar no mês de referência a fim de identificar fatores de risco e complicações ou problemas no tratamento. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012c)

Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio: expressar o acompanhamento para controle de hipertensão arterial, sendo considerados acompanhados os que tiveram ao menos uma visita no mês. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012c)

Proporção de acamados acompanhados no domicílio: indicador criado no GT M&A devido o entendimento de que o dado é importante para as realidades locais, potente para verificar e atentar o olhar à população que não pode buscar a unidade de saúde por condições de saúde, necessitando do apoio da equipe em suas residências para recuperação e/ou sobrevida.

Média de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde por família cadastrada: indicador que busca verificar a produção de visitas domiciliares às famílias da área adscrita tanto para manutenção do cadastro como para acompanhamento das famílias, priorizando gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, *Et cetera*, a fim de incorporar hábitos saudáveis. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012c)

Número de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais de nível superior (médico, cirurgião dentista, enfermeiro): indicador pactuado no GT M&A a fim de verificar o processo de trabalho dos profissionais da equipe.

Número de reuniões da equipe: dado para monitorar o processo de trabalho das equipes, verificando quantos turnos de atendimento são lançados mão e o quão eficiente são os meios de discussão.

Número de grupos e/ou ações em saúde: indicador pactuado no GT M&A para expressar ações coletivas e a abrangência de cada atividade elaborada pela equipe.

Número de discussões de caso e de interconsultas com matriciadores: indicador visto como importante pelos gestores do município a fim de verificar como se dá a organização das práticas da equipe de apoio e de matriciamento do município com as equipes de saúde, buscando aumentar a atenção e os cuidado à saúde.

Número de atendimentos em saúde mental: indicador inserido após deliberação do GT M&A para verificar o acesso da população com perfil de saúde mental na atenção básica. Optou-se por incluir todos os casos de saúde mental sem diferenciação (usuário de álcool e outras drogas juntamente com os demais casos), pois se entendeu que era um indicador para a verificação de acesso.

Procedimentos: número de curativo, número de retirada de cera, número de drenagem de abscesso, número de sutura simples, número de retirada de pontos, número de teste rápido em gestantes (por pessoa), número de teste rápido em não gestantes (por pessoa), número de coletas de citopatológico, número de hemoglicoteste, número de aferições da pressão arterial: Todos esses indicadores foram dados como importantes para verificar produção e, em alguns casos, a ocorrência na equipe ou não, ou seja, se os profissionais o realizam na atenção básica, o que pode ser um dado para discussão e capacitações.

De um modo geral, os profissionais do município questionavam e solicitavam a existência de mais indicadores que pudessem ser utilizados na organização do processo de trabalho de todos os que atuam na unidade e não apenas para os médicos. Sendo assim, diversos indicadores foram incluídos na ficha para monitoramento e avaliação de modo ampliado, ou seja, estendidos a enfermeiros e cirurgiões dentistas além de médicos, visto que o GT M&A via os indicadores como potentes para os demais profissionais. Sendo assim, foi estipulado a criação e acompanhamento dos seguintes indicadores para enfermeiros e cirurgiões dentistas: média de consultas por habitante cadastrado; proporção de consultas de demanda agendada; proporção de consulta de demanda imediata (espontâneas); média de consultas para menores de um ano; proporção de encaminhamentos para atendimento especializado; razão consultas agendadas/imediatas (espontâneas).

Alguns dados brutos também foram utilizados como indicadores a fim de serem passíveis de comparação com as UBS que não dispõem de um levantamento de bases populacionais, como total geral de consultas. Foram inseridos, também, alguns dados por profissionais, como é o caso de escuta inicial, para que se averígue o processo de trabalho da equipe, ou seja, se verifiquem quais são os profissionais que estão realizando o acolhimento, podendo servir de exemplo de funcionamento da organização do serviço.

Portanto, o instrumento final, após a verificação da viabilidade, disponibilidade, análise dos dados e pactuação no GT M&A, foi estruturado da seguinte forma: um arquivo único do software Excel, com 48 planilhas, apresentando as informações gerais do município e por equipe de saúde. Tanto para as informações gerais quanto para as informações por equipe de saúde, foram organizadas duas planilhas para cada: uma contendo os resultados calculados dos indicadores com seus respectivos gráficos e a outra com a base da informação que é utilizada para gerar a primeira planilha (ANEXOS), ou seja, o instrumento para a alimentação de dados.

Fonte: Secretaria Municipal de Sapucaia do Sul/RS. Brasil, 2015.

A partir da confecção desse material de monitoramento e avaliação, foi criado um "piloto" de uso pelas equipes de saúde que participavam do GT M&A. Após a utilização do instrumento pelos trabalhadores do GT, disponibilizou-se o material a todas as equipes de saúde do município, com respaldo do grupo que o confeccionou para auxílio em preenchimento e discussões das dúvidas. Atualmente, ainda segue em análise de viabilidade, confiabilidade e auxílio no processo de trabalho. Encontra-se, também, em estruturação e reformulação de acordo com as dúvidas e considerações dos trabalhadores, um manual de preenchimento da ficha de M&A e explicações quanto à utilidade de cada indicador no processo de trabalho e acompanhamento da população. Sendo assim, a definição de tais indicadores foi organizada de acordo com o esquema apresentado.

Discussão

A partir da análise inicial, da comparação dos três sistemas de informação (SIA/SUS, SIAB e e-SUS), foi possível perceber diferenças em relação à estruturação de cada sistema em relação às suas particularidades e finalidades. Logo, sendo que os três sistemas de informação apresentam estruturas diferenciadas e considerando que os três são utilizados no município, optou-se por um instrumento que abrangesse os três sistemas e pudesse ser utilizado tanto como apoio a gestão em suas tomadas de decisões, monitoramento e avaliação da saúde, quanto para o processo de trabalho de todas as equipes, inclusive nas UBS.

Na apreciação realizada, constatou-se a importância de um instrumento que fosse utilizado por todos os profissionais da atenção básica de Sapucaia do Sul e/ou pudessem ser acrescentados a outro sistema de informação já utilizado. Inicialmente foram analisados instrumentos já concebidos e utilizados em outros contextos e locais, porém mesmo esses materiais sendo pensados como potentes para os gestores acompanharem as questões de saúde de seus municípios, ainda assim apresentavam um excesso de informações. Compreendendo a necessidade de ser um processo de criação mais diretivo e eficaz, apesar da grande importância de diversos indicadores de saúde (PISCO, 2006), poucos indicadores foram selecionados nesse momento inicial, visando que o trabalho fosse um acompanhamento das realidades e que demonstrasse capacidade de mudanças.

Portanto, foi necessário abranger dados pontuais que diziam respeito à necessidade não apenas da gestão, mas aos trabalhadores, pois a motivação (PISCO, 2006; FELISBERTO, 2006) desse processo se deve principalmente ao quanto os trabalhadores veem suas produções e acompanhamento da população como essencial e conhecem a importância das informações, podendo ver nelas uma ferramenta de análise do seu processo de trabalho e melhoria do mesmo. Remete pensar que quanto maior o número de informações realmente compreendidas (FELISBERTO, 2006) e passíveis de serem colocadas em prática pelos trabalhadores, maior será o valor do planejamento.

Para tal processo, analisou-se e compilou-se os dados que o município dispunha no período de 2011 a 2014 para verificar quais indicadores seriam compatíveis com a realidade local, excluindo-se aqueles que não eram fidedignos e/ou de difícil controle, já que a seleção deve se ajustar à disponibilidade dos dados, recursos, prioridades e necessidades de cada região. (BRASIL. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008) Nessa apreciação, pode-se perceber alguns pontos de extrema importância para a construção do instrumento de monitoramento e avaliação para ser utilizado a partir de 2015.

Encontrou-se uma grande divergência nos dados alimentados por uma mesma equipe de saúde em um determinado período de tempo (mensal). O número de consultas médicas, por exemplo, gerados pelos relatórios do SIA/SUS e SIAB, em um mesmo mês, eram diferentes, necessitando analisar como os trabalhadores estavam

realizando suas coletas e dados e as transmitindo e qual o Sistema mais confiável. O SIA/SUS, por exemplo, tem dados fidedignos em consultas médicas, porém podem ser distorcidos pela população fora de área atendida no território de abrangência da equipe. Percebeu-se divergência de alimentação de dados em um mesmo Sistema de Informação, por exemplo, o número total de consultas médicas de acordo com a faixa etária não era igual ao somatório de consultas médicas por tipo (demanda agendada, demanda espontânea). Verificou-se, também, a dificuldade existente na realização de uma série histórica de dados, assim como na comparação entre equipes de saúde para determinados indicadores devido à falta de padrão entre as informações que cada unidade de saúde gera. Tal fato demostra a necessidade de estabelecer uma rotina de coleta e registro dos dados, discutindo e pactuando com as equipes estes protocolos, já que é imprescindível a qualidade e coerência dos dados informados, com revisões periódicas de consistência da série histórica para assegurar a confiança na informação gerada. (BRASIL. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008; SOARES; ANDRADE; CAMPOS, 2001)

Constatou-se que a partir da instituição do sistema e-SUS no ano de 2014, muitas equipes passaram a utilizar SIAB e e-SUS paralelamente e sem discriminar o uso em um ou outro Sistema, ou ainda, deixando de alimentar dados referentes a algum campo específico, já que não houve uma obrigatoriedade de mudança para e-SUS, mas ao mesmo tempo sabia-se que os outros sistemas deixariam de ser utilizados. Um caso muito preocupante, por exemplo, foi a perda de dados populacionais, já que não se atualizavam cadastros do SIAB e não se instituia definitivamente e-SUS. Muitos indicadores deixaram, então, de ser confiáveis por falta de atualização de dados. Um empecilho que o município encontra se deve a impossibilidade de verificar a população das unidades de saúde pelo IBGE, pois os setores censitários do mesmo são diferentes aos da área de abrangência das equipes de saúde, só podendo ser realizado cálculo de população de abrangência de equipe com a ferramenta de cadastro domiciliar.

Percebeu-se também que muitos indicadores construídos para o município não se adequaram para realização de monitoramento, até o presente momento, por não serem passíveis de compilados em relatórios do e-SUS. Ou seja, sabe-se que as variáveis são alimentadas, porém não podem ser extraídas em relatórios.

Mostrou-se extremamente importante a compilação de dados para que pudessem ser utilizados como estratégia de discussão dos processos de trabalho e pactuações de monitoramento e análise de possíveis parâmetros e metas a serem implantadas.

O entendimento da situação dos Sistemas de Informação possibilitou o início do processo de averiguação das produções das unidades de saúde entre os anos de 2011 e 2014 verificando a potência dos indicadores estabelecidos para o acompanhamento da atenção básica. Com o decorrer das análises, suscitou-se a necessidade inerente da participação dos profissionais das unidades de saúde para agregar as discussões, indicando o que de fato é potente para trazer melhorias em

seus processos de trabalho e quais são os indicadores mais relevantes para tal, momento esse que o GT M&A se torna ampliado passando a ter também encontros mensais com os trabalhadores das unidades de saúde que sintam interesse e se prontifiquem a contribuir e participar das discussões.

A criação do GT M&A teve, então, por finalidade fortalecer a tomada de decisão no que se refere aos indicadores monitorados no município. Uma vez que o GT interdisciplinar passa a realizar discussões sobre a organização dos Sistemas de Informações juntamente com o NIS do município, possibilita entender a realidade das informações que chegam à gestão devido aos empecilhos de implantação do e-SUS, assim como a análise de quão fidedignos são os dados apresentados por meio de relatórios ao MS nos quatro anos anteriores. A participação dos trabalhadores agregou e trouxe contribuições e visões muito importantes para se pensar no instrumento utilizado, percebendo-se a importância dos mesmos no desenvolvimento de ações de planejamento, monitoramento e avalição. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012b)

Sendo assim, levando-se em consideração a necessidade dos gestores e dos trabalhadores em seus processos de trabalho, cria-se um modelo de instrumento para ser utilizado, um processo de construção rico e com grande valor de significado, uma vez que teve em sua constituição a característica da pactuação entre diferentes atores. O olhar que cada ator apresenta sobre uma determinada situação possui interesses e entendimentos diferentes, sendo a discussão de pontos de vista de fundamental importância.

São diversos os dados e as fontes utilizadas para se analisar a situação de saúde, como população, dados socioeconômicos, dados ambientais, dados de serviços de saúde, dados de morbidade e eventos vitais, entretanto, independente do tipo de dado utilizado na averiguação da saúde da população, é de grande valia conhecer as limitações que cada dado apresenta. (SOARES; ANDRADE; CAMPOS, 2001)

É preciso considerar que, às vezes, existirão erros advindos do processo de coleta de dados e erros amostrais, porém, é importante atentar para algumas prioridades na seleção de indicadores, como a inteligibilidade, que busca a transparência das decisões e o entendimento das mesmas pela população. (JANNUZZI, 2002)

Apesar dos indicadores selecionados fazerem menção, na grande maioria, a dados de produção e cobertura, entende-se a importância de estar atento para uma melhor qualificação do processo de trabalho, verificando dados e metas mais qualitativas, que dizem respeito à saúde da população. Todavia, houve, acima de tudo, a necessidade de começar a acompanhar o trabalho das equipes de alguma forma, já que não se vinha trabalhando com acompanhamento algum. Os SIS possuem limitações importantes a serem consideradas, como, as já citadas anteriormente,

qualidade de preenchimento e subregistros, porém também existem problemas quando se trata da busca por informações qualificadas de determinados grupos populacionais e idades, dificultando a qualificação de prioridades.

Salienta-se que a partir dos dados coletados, é necessário o acompanhamento dos mesmos e o trabalho conjunto da gestão com as equipes de saúde, buscando o apoio institucional como um auxílio à melhoria do acesso à população e a reorganização do processo de trabalho quando for necessário, uma vez que acompanhar a elaboração de produtos e seu monitoramento, possibilita às equipes de saúde a visualização dos impactos de seus processos de trabalho no território e a nível municipal.

Cabe também reforçar a importância da alimentação correta dos dados e o entendimento da serventia dos mesmos para os profissionais e gestores, a fim de tornar o trabalho de monitoramento mais instigante e de melhor aceitabilidade.

Considerações Finais

Foi possível a concepção e introdução de um instrumento final de apoio ao monitoramento e gestão de indicadores de saúde para o município de Sapucaia do Ressalta-se, contudo, a importância de reavaliações constantes do instrumento para adequações do mesmo às mudanças de contextos sociais que podem ocorrer no município, atentando para a inserção de dados que contribuam com a realidade, sendo potentes para o processo de trabalho e para atingir a população com maior vulnerabilidade.

A implantação de um processo de educação permanente sobre a temática do monitoramento e avaliação é essencial para as equipes de gestão e assistência, a fim de ir além do hábito de alimentar dados, fomentando o interesse e entendimento da importância do monitoramento e avaliação na tomada de decisões para o processo de trabalho. A incorporação do ato de acompanhar dados como rotina traz ao profissional um melhor conhecimento da população com que trabalha, permitindo que ações e objetivos sejam pensados com maior propriedade e que a autoanálise do processo de trabalho seja uma ferramenta de crescimento pessoal e da equipe, portanto, quanto maior for o entendimento dos trabalhadores sobre monitoramento e avaliação, maior será a capacidade de mudanças e aproximação com a realidade local.

A aproximação entre trabalhadores e gestão fez com que ambos percebessem a importância dos papeis desenvolvidos, entendendo que dificilmente poderá se ter um modelo impecável quando não se apresenta um ponto de partida, necessitando começar pelo entendimento do processo para expandir domínios e conhecimentos. Desse modo, a cogestão se mostra uma ferramenta essencial no trabalho com a saúde.

Estudar as percepções dos trabalhadores envolvidos no GT M&A, por meio de um estudo qualitativo, seria um modo interessante de avaliar todo o processo de tomada de decisões no trabalho interdisciplinar para a construção do instrumento.

Referências

BEDIN, D.M.; SCARPARO, H.B.K.; MARTINEZ, H.A. Experiência de gestão em saúde: reflexões sobre as práticas em um município do sul do Brasil. In: SCARPARO, H.B.K.; BEDIN, D.M. (org.). **Gestão em saúde**: experiências de campo com inserção social. Porto Alegre: Sulina, 2013, p. 109-128.

BRANCO, M.A.F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cad. Saúde Públ**., Rio de Janeiro, abr./jun. 1996, v.12, n.2, p.267-270.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 nov. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1.654**, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011.

_____. **Portaria nº 1.412**, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2013.

_____. **Data SUS**. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, e OPM do SUS [Internet] Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>. Acesso em: 10 dez 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica**: manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Manual instrutivo – anexo. Ficha de qualificação dos indicadores. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. **Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica** – SIAB. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica. 4.ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 96p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual Técnico Operacional SIA/SUS**: Sistema De Informações Ambulatoriais. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS**: uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento, v. 8).

BRASIL. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2ed. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Indicadores** - Orientações Básicas Aplicadas à Gestão Pública. Ministério do Planejamento: 2012.

CARVALHO, A.O.; EDUARDO, M.B.P. Sistema de Informações em Saúde para Municípios. Vol. 6. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Série Saúde & Cidadania.

FELISBERTO, E. Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica: Novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, jul./set., 2004, v.4, n.3, p.317-321.

_____. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, jul./set. 2006, v.11, n.3, p.553-563.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Cidades@:** Rio Grande do Sul. Sapucaia do Sul. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=432000&search=rio -grande-do-sul|sapucaia-do-sul>. Acesso em: 10 abr 2015.

JANNUZZI, P.M. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. **RAP**. Rio de Janeiro, Jan./Fev. 2002, v.36, n.1, p.51-72.

MEDEIROS, K.R. et al. O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2005, v.10, n.2, p.433-440.

OLIVEIRA, G.N.de. O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**. 2012, v.6, n.2, p.223-235.

PEDRUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de trabalho em saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em: 25 mai 2015.

PISCO, L.A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, jul./set. 2006, v.11, n.3, p.566-568.

SOARES, D.A.; ANDRADE, S.M.; CAMPOS, J.J.B. Epidemiologia e indicadores de saúde. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001, p.183-210.

THAINES, G.H.L.S. et al. Produção, fluxo e análise de dados do sistema de informação em saúde: um caso exemplar. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, jul./set. 2009, v.18, n.3, p.466-474.

ATIVIDADES COLETIVAS – COMUM A TODOS OS PROFISSIONAIS

(continuação)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
Reuniões (procedimentos)	**Reunião de equipe (atividade - opção única)**** Opção utilizada para indicar uma reunião da própria equipe. **Reunião com outras equipes de saúde (atividade - opção única)**** Opção utilizada para indicar uma reunião da equipe com outras equipes de saúde (inclusive com outras equipes de AB). **Reunião Intersetorial/ Conselho Local de Saúde/ Controle social (atividade - opção única)**** Indica a realização de reunião com agentes externos da comunidade ou outros órgãos de governo. ** Temas para reunião (opção múltipla): questões administrativas/ funcionamento; processo de trabalho; diagnóstico do território/ monitoramento do território; planejamento/ monitoramento das ações da equipe; discussão de caso/PTS; educação permanente; outros.	

(continuação)

Cedimentos coletivos Os procedimentos deste conjunto não deverão ser registrados diariamente. Ao final do mês deve ser informado na coluna "total" o número de pessoas cobertas (número de crianças/ mês). Procedimento coletivo é um "conjunto de procedimento de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, dispensando procedimentos odontológicos, desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados" (BRASIL, 1994) e cujos componentes estão descritos abaixo: - Bochechos fluorados - atividade realizada semanalmente, com solução de fluoreto de sódio a 0,2%, a o longo do ano (mínimo de 25 aplicações) - Higiene bucal supervisionada - atividade realizada trimestralmente, envolvendo a evidenciação de placa bacteriana e escovação supervisionada com pasta fluoretada de 100 ou 90 gramas. - Atividade educativas em saúde mental - atividade realizada trimestralmente, com o objetivo de enfatizar os cuidados com a saúde Bucal (dieta, desenvolvimento orofacial, aleitamento materno, etc.).	**Atendimento em grupo** Indica um atendimento em grupo, com ações voltadas para atividade física, terapia comunitária, entre outros. Essa opção exige que os usuários que participaram da atividade sejam identificados, mesmo que não apresentem alterações na avaliação.	**0301040036** **Terapia em grupo** Atividade profissional executada por profissional de **nível superior** em grupo de pacientes (grupo operativo; terapêutico), composto por no mínimo 05 e no máximo 15 pacientes, com duração média de 60 minutos, realizado por profissional com formação para utilizar esta modalidade de atendimento.

(continuação)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
Atendimento em grupo - educação em saúde Número de atendimentos em grupo para desenvolvimento de atividades de educação em saúde. Considera-se como grupo para a realização de ações de educação em saúde, aqueles que contam com, no mínimo, dez participantes e duração mínima de 30 minutos. Este procedimento pode ser realizado tanto por profissionais de nível superior como por aqueles de nível médio. Não considere as atividades educativas realizadas pelos ACS.	**Educação em saúde (versão anterior: atividade coletiva)** Indica uma ação de educação em saúde, como palestras, encenações teatrais sobre algum tema em saúde. Essa opção não exige que os usuários da atividade sejam identificados.	**0101010010** **Atividade educativa/ orientação em grupo na atenção básica** **CBO: profissionais de nível médio e superior** Consiste nas atividades educativas, em grupo, sobre ações de promoção e prevenção à saúde, desenvolvidas na unidade ou na comunidade. Recomenda-se o número mínimo de 10 participantes, com duração mínima de 30 minutos. Deve-se registrar o número de atividades realizadas por mês.
	Mobilização Social (Campo novo) Ações de promoção de mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade. Essa opção não exige que os usuários da atividade sejam identificados.	
	Avaliação/procedimento coletivo Indica avaliações ou procedimentos realizados em um grupo, como avaliação antropométrica, testes de acuidade visual, entre outros. Exige a identificação dos usuários que participaram da atividade.	

(conclusão)

Escovação dental supervisionada Escovação dental, com ou sem evidenciação de placas bacterianas, realizada com grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde. Deve ser registrado, a cada mês, o número de pessoas beneficiadas com essa ação, independente da frequência com que a equipe a realiza em diferentes grupos populacionais (diária, semanal, quinzenal, mensal, ou duas, três ou quatro vezes por ano). Para a efetividade dessa ação a concentração por pessoa deve ser no máximo quatro vezes por ano e no mínimo uma vez ao ano. Características do registro: Atividade coletiva realizada pelo cirurgião dentista, ou por profissionais de nível médio ou Agentes Comunitários de Saúde com supervisão do Cirurgião Dentista. Idade Mínima: 3 anos Idade Máxima: 110 anos	**Bloco referente às práticas/temas para saúde** **(opção múltipla)** Esse bloco é utilizado para registrar os temas tratados na ação em saúde na ficha de atividade coletiva. É possível marcar mais de uma opção. Existem algumas opções que são exclusivas quando realizadas no âmbito de programas específicos: A opção 18 (Semana Saúde na Escola) deve ser marcada somente se a ação for realizada no âmbito do programa Semana Saúde na Escola; e as opções 25 a 28 devem ser marcadas somente se ação for realizada no âmbito do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, e conforme protocolo desse programa. Além da inclusão do tema "Programa Nacional de Controle do Tabagismo", foram incluídos também outros novos campos nesta ficha como a opção 22 (Saúde Auditiva), 23 (Desenvolvimento da Linguagem) e 24 (Verificação da situação vacinal). Alimentação saudável Aplicação tópica de flúor Saúde Ocular Autocuidado de pessoas com Doenças Crônicas Cidadania e Direitos Humanos Saúde do Trabalhador Dependência Química (Tabaco, Álcool e outras Envelhecimento (climatério, andropausa, etc.) Escovação Dental Supervisionada Plantas Medicinais/Fitoterapia Práticas Corporais/Atividade Física Práticas corporais e mentais em PIC Prevenção da Violência e Promoção da paz Saúde Ambiental Saúde Bucal Saúde Mental Saúde sexual e reprodutiva Semana Saúde na Escola Agravos Negligenciados Antropometria Outros	01.01.02.003-1 - Ação coletiva de escovação dental supervisionada Escovação dental com ou sem evidenciação de placas bacterianas. Realizada com grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde. Ação registrada por usuário por mês, independente da frequência com que é realizada (diária, semanal, quinzenal, mensal, ou duas, três ou quatro vezes por ano) ou da frequência com que o usuário participou da ação. **0101010036 - Prática corporal/ atividade física em grupo** Atividade física desenvolvida em grupo por profissionais qualificados, realizada no estabelecimento de saúde ou na comunidade. Informar número de atividades realizadas em grupo por mês. 030108014-3 - Atendimento em oficina terapêutica I - saúde mental Atividade profissional em grupo (no mínimo 05 e no máximo 20 pacientes) de socialização, expressão e inserção social, com duração mínima de duas horas, executadas por profissional de nível médio, através de atividades como carpintaria, costura, teatro, cerâmica, artesanato, artes plásticas, entre outros. Requerendo material de consumo específico de acordo com a natureza da oficina. As oficinas terapêuticas poderão também funcionar em espaços específicos, com a condição de supervisão e acompanhamento por profissional de saúde mental lotado na unidade de saúde, a qual a oficina está vinculada. A unidade de saúde para supervisionar este procedimento deverá contar com no mínimo, 4 profissionais de nível superior, sendo pelo menos um da área de saúde mental. 030108015-1 - Atendimento em oficina terapêutica II - saúde mental Atividade profissional em grupo (no mínimo 05 e no máximo 20 pacientes) de socialização, expressão e inserção social, com duração mínima de duas horas, executadas por equipe multiprofissional, ou profissionais de nível superior. 01.01.02.004-0 - Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica **CBO: cirurgião dentista**

MÉDICOS

(continuação)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
Demanda agendada (atividade/ produção - tipo de consulta médica) Entende-se por demanda agendada a consulta médica para atendimento ao usuário que procura a unidade de saúde em demanda espontânea que não constitua urgência e, por meio do acolhimento e classificação de risco, verifica-se a data de agendamento do cuidado para o mais breve possível, de acordo com a gravidade do caso e a disponibilidade de atendimento. Portanto, o que caracteriza esse tipo de consulta não é o prazo de agendamento em si, mas a possibilidade de agendá-lo para uma data futura por não constituir uma urgência. O prazo de agendamento não deve ultrapassar 30 dias. Enquanto principal porta de entrada do sistema de saúde, a Atenção Básica não pode negar o atendimento à demanda espontânea, pois esse acolhimento é inclusive uma condição para o vínculo e para conquista da confiança da população. Segundo Starfield (2002, p. 65), o acesso não pode estar condicionado ao "grau de necessidade" do usuário, "já que não se pode esperar que os indivíduos conheçam a gravidade ou urgência de muitos de seus problemas antes de buscarem atendimento". Características do registro: - Procedimento clínico realizado pelo(a) profissional médico(a) - Idade Mínima: 0 (zero) Mês 8 - Idade Máxima: 110 anos.	**Consulta agendada (tipo de atendimento)** É toda consulta realizada com agendamento prévio. É oriunda da demanda espontânea ou por agendamento direto na recepção, de caráter não urgente e que não foi atendida no mesmo dia da procura, mas agendada para outro dia. Podemos citar como exemplo casos de lesões de pele, sem sinais flogísticos ou infecciosos; queixas inespecíficas de fadiga; cansaço; cefaleia crônica; mudança ou início de medicação anticoncepcional etc.	**0301010064 - Consulta médica em atenção básica**

(continuação)

Demanda imediata (atividade/ produção - tipo de consulta médica) Entende-se por demanda imediata/ urgência a consulta médica àqueles agravos à saúde que apresentam	**Demanda espontânea - atendimento de urg (tipo de atendimento)** É o atendimento realizado ao usuário quando há possibilidade de agravamento do quadro ou o risco de vida e que determina a	**0301060037 - Atendimento de urgência em atenção básica** CBO: Médico e cirurgião-dentista Atendimento prestado a pacientes acometidos por
risco de vida e, por isso, necessitam de assistência imediata para recuperação do estado de saúde ou estabilização/suporte de vida e encaminhamento a outro ponto da rede. Tanto a Política Nacional de Atenção Básica como a Política Nacional de Atenção às Urgências pretendem ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral os usuários em situação de urgência/ emergência na Atenção Básica, de forma ágil e oportuna. Portanto, as equipes devem garantir acolhimento e resolutividade às urgências básicas e funcionar como porta de entrada para o primeiro atendimento às emergências quando necessário. Características do registro: - Procedimento clínico realizado pelo(a) profissional médico(a). - Idade Mínima: 0 (zero) Mês - Idade Máxima: 110 anos	necessidade de assistência imediata para alívio do sofrimento físico e/ou psíquico, recuperação do estado de saúde, estabilização/suporte de vida e/ou encaminhamento a outro ponto da rede quando necessário. Como exemplos, podemos citar casos de dor torácica, sintomas e/ou sinais neurológicos, urgência hipertensiva etc.	quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, de baixa complexidade, que são acolhidos nas unidades básicas de saúde, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e tem sua necessidade assistencial atendida.
Demanda espontânea - consulta no dia (tipo de atendimento) É a consulta que é realizada no mesmo dia em que o usuário busca o serviço, de caráter não urgente. Pode representar também a consulta realizada no dia por haver disponibilidade na agenda do profissional. Como exemplo, podemos citar quadros com sintomas de dor de grande intensidade ou que não têm indicação de aguardar agendamento para outro dia, como dor lombar, dor na garganta, sintomas urinários etc. Outra indicação de atendimento no mesmo dia pode estar relacionada com a vulnerabilidade social ou psíquica do usuário		**0301010064 - Consulta médica em atenção básica**

(continuação)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
Demanda espontânea escuta inicial/orientação (tipo de atendimento) Refere-se à escuta realizada por profissional de nível superior no momento em que o usuário chega ao serviço de saúde, relatando queixas ou sinais e sintomas percebidos por ele. Não inclui as orientações de fluxos dentro da UBS informados pela recepção. Durante o acolhimento e a escuta, o profissional, quando possível, irá resolver o caso por meio de orientação. Caso contrário, poderá ser realizada a classificação de risco e análise de vulnerabilidade para as devidas providências, por exemplo, agendamento de consulta para o mesmo dia ou data posterior.		**0301010064 - Consulta médica em atenção básica**
Atendimento de urgência com observação (atividade/produção - tipo de consulta médica) Entende-se por urgência com observação a consulta médica em que o usuário fica em observação na unidade básica, com ou sem medicação, para recuperação do estado de saúde ou estabilização e encaminhamento seguro a outro ponto da rede. Características do registro: Procedimento clínico realizado pelo(a) profissional médico(a). - Idade Mínima: 0 (zero) Mês Idade Máxima: 110 anos		**030106004-5 - Atendimento de urgência em atenção básica com observação até 8 horas** CBO: médico Atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, de baixa complexidade, que são acolhidos nas unidades básicas de saúde, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento, porém necessitam de observação para que sua necessidade assistencial seja satisfeita.

(continuação)

Cuidado continuado (atividade/ produção - tipo de consulta médica) Entende-se por cuidado continuado a consulta médica com ações programáticas individuais, direcionadas para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários e que necessitam de um acompanhamento contínuo. As ações programáticas direcionadas para o acompanhamento dos ciclos de vida têm como principais objetivos: 1) a identificação precoce de alterações que venham a comprometer o desenvolvimento normal e a qualidade de vida; 2) a prevenção de agravos e 3) o estímulo à adoção de hábitos que protejam a saúde e promovam o bem estar. São exemplos: ações de crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente, atenção pré-natal, acompanhamento da saúde do idoso; entre outros. Dentre as doenças que necessitam de cuidado continuado por meio de consultas médicas básicas, podemos citar: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, tuberculose, asma e outras afecções respiratórias crônicas, hanseníase, doença falciforme, distúrbios psicossociais, dentre outras. Características do registro: - Procedimento clínico realizado pelo(a) profissional médico(a). - Idade Mínima: 0 (zero) Mês - Idade Máxima: 110 anos	**Consulta agendada programada/ cuidado Continuado (tipo de atendimento)** São consultas que constituem ações programáticas individuais, direcionadas para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários, as quais necessitam de um acompanhamento contínuo. Como exemplo, citamos o cuidado dispensado às gestantes, pessoas com doenças crônicas, crianças etc.	**0301010064 Consulta médica em atenção básica**

(continuação)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
Visitas Domiciliares		03.01.05.010-4 - Visita domiciliar pós óbito Consiste na visita domiciliar realizada por um ou mais profissionais de saúde aos familiares de paciente em atenção domiciliar que faleceu com objetivo de apoiá-los no processo de luto. 03.01.05.014-7 - Visita domiciliar por profissional de nível superior Atividade realizada por profissional superior, objetivando a realização de ações executadas para fins de busca ativa, ações de vigilância, cadastramento familiar, alvo, incluindo usuários sob cuidados domiciliares realizados pelas equipes de atenção básica e/ou equipes multiprofissionais de atenção domiciliar/equipes multiprofissional de apoio.
Usuário de Álcool (Tipos de atendimento do médico e de enfermeiro)	Usuáriavaliada de álcool (Problema/condição	
Usuário de Drogas (Tipos de atendimento do médico e de enfermeiro)	Usuário de outras drogas (Problema/condição avaliada)	

(continuação)

Saúde Mental (Tipos de atendimento do médico e de enfermeiro)	Saúde mental (Problema/ condição avaliada)	
Puericultura (Tipos de atendimento do médico e de enfermeiro)	Puericultura (Problema/ condição avaliada)	030101008-0 - Consulta p/ acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura) CBO: Médico e enfermeiro
Pré-natal (Tipos de atendimento do médico e de enfermeiro)	Pré-natal (Problema/condição avaliada)	**030101011-0 - Consulta PréNatal** CBO: Médico e enfermeiro Inclui a avaliação do estado geral da gestante, de progressão do estado gestacional e de avaliação do crescimento e desenvolvimento fetal. 08.01.01.001-2 - Adesão a assistência pré-natal - incentivo PHPN (componente I)**:** PHPN – Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e nascimento CBO: enfermeiro, médico. 08.01.01.002-0 - Conclusão da assistência pré-natal (incentivo)**:** PHPN Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e nascimento CBO: enfermeiro, médico.

(continuação)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
Diabetes (Tipos de atendimento do médico e de enfermeiro)	Diabetes (Problema/condição avaliada)	030303003-8 - Tratamento de diabetes mellitus CBO: Médico
Hipertensão Arterial (Tipos de atendimento do médico e de enfermeiro)	Hipertensão arterial (Problema/condição avaliada)	
	Puerpério (até 42 dias) (Problema/condição avaliada)	03.01.01.012-9 - Consulta Puerperal CBO: Médico e enfermeiro Consiste na consulta realizada em paciente puérpera, no período de quarenta e dois dias após o parto, com finalidade da conclusão da assistência obstétrica.
Prevenção do câncer cérvico-uterino (Tipos de atendimento do médico e de enfermeiro)	Rastreamento - câncer do colo do útero (Problema/condição avaliada)	
DST/AIDS (Tipos de atendimento do médico e de enfermeiro)	Doenças transmissíveis - DST (Problema/condição avaliada)	
Tuberculose (Tipos de atendimento do médico e de enfermeiro)	Doenças transmissíveis - tuberculose (Problema/condição avaliada)	030301021-5 - Tratamento de tuberculose (a15 a a19) CBO: Médico

(continuação)

Hanseníase (Tipos de atendimento do médico e de enfermeiro)	Doenças transmissíveis - hanseníase (Problema/condição avaliada) Asma (Problema/condição avaliada) Desnutrição (Problema/condição avaliada) DPOC (Problema/condição avaliada) Obesidade (Problema/condição avaliada) Saúde sexual e reprodutiva (Problema/condição avaliada) Tabagismo (Problema/condição avaliada) Reabilitação (Problema/condição avaliada) Rastreamento - câncer de mama (Problema/condição avaliada) Rastreamento - risco cardiovascular (Problema/condição avaliada) Doenças transmissíveis - dengue (Problema/condição avaliada) Outros (CIAP2-01, CIAP2-02, CID10-01) (Problema/condição avaliada)	
Curativos (Procedimentos)	Curativo especial (Ficha de Procedimentos) Curativo simples (Ficha de Procedimentos - Proc.cons.)	04.01.01.002-3 - Curativo grau I c/ ou s/ debridamento CBO: enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem.

(continuação)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
Retiradas de pontos (Procedimentos)	Retirada de pontos de cirurgias (Ficha de Procedimentos)	03.01.10.015-2 - Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente) CBO: enfermeiro, médico, cirurgião dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, atendente de enfermagem, técnico em saúde bucal.
Inalações (Procedimentos)	Administração de medicamentos inalação/nebulização (Ficha Procedimentos)	03.01.10.010-1 - Inalação / Nebulização CBO: Enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, atendente de enfermagem.
Sutura (Procedimentos)	Sutura simples (Ficha de Procedimentos)	04.01.01.006-6 - Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões /ferimentos de pele / anexos e mucosa CBO: médico, cirurgião dentista. **OU** 04.01.01.005-8 - Excisão de lesão e/ou sutura de ferimento da pele anexos e mucosa CBO: médico, cirurgião dentista.
Injeções (Procedimentos)	Administração de medicamentos - intramuscular (Ficha de Procedimentos) Administração de medicamentos - endovenosa (Ficha de Procedimentos) Administração de medicamentos - oral (Ficha de Procedimentos) Administração de medicamentos - tópica (Ficha de Procedimentos) Administração de medicamentos - penicilina para tratamento de sífilis (Ficha de Procedimentos)	03.01.10.002-0 - Administração de medicamentos em atenção básica (por paciente) CBO: Enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, atendente de enfermagem.
	Coleta de citopatológico de colo uterino (Ficha de Procedimentos)	02.01.02.003-3 - Coleta de material p/ exame citopatológico de colo uterino CBO: Enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem.

(continuação)

	Glicemia capilar (Ficha de Procedimentos - Proc.cons.)	02.14.01.001-5 - Glicemia Capilar **(HGT)** CBO: Enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnico em patologia clínica, auxiliar de patologia clínica, atendente de enfermagem.
	Aferição de PA (Ficha de Procedimentos - Proc.cons.)	03.01.10.003-9 - Aferição de pressão arterial (quando não faz parte da consulta). CBO: Enfermeiro, médico, cirurgião dentista, profissional de educação física na saúde, professore de educação física no ensino superior, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, atendente de enfermagem.
	Cateterismo vesical de alívio (Ficha de Procedimentos)	03.01.10.005-5 - Cateterismo vesical de demora CBO: Enfermeiro, médico **OU** 03.01.10.004-7 - Cateterismo vesical de alivio CBO: Enfermeiro, médico, técnico de enfermagem

(continuação)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
		01.01.04.002-4 - Avaliação Antropométrica CBO: Enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, médico, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem.
	Acupuntura com inserção de agulhas (Ficha de Procedimentos) Administração de vitamina A (Ficha de Procedimentos) Cauterização química de pequenas lesões (Ficha de Procedimentos) Cirurgia de unha (cantoplastia) (Ficha de Procedimentos) Cuidado de estomas (Ficha de Procedimentos) Drenagem de abscesso (Ficha de Procedimentos) Eletrocardiograma (Ficha de Procedimentos) Exame do pé diabético (Ficha de Procedimentos) Exérese/biópsia/punção de tumores superficiais de pele (Ficha de Procedimentos) Fundoscopia (exame de fundo de olho) (Ficha de Procedimentos) Infiltração em cavidade sinovial (Ficha de Procedimentos) Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal (Ficha de Procedimentos)	03.09.05.002-2 - Sessão de acupuntura com inserção de agulhas 03.03.08.001-9 - Cauterização química de pequenas lesões CBO: médico 03.01.10.006-3 - Cuidados com estomas CBO: médico e enfermeiro 04.01.01.003-1 - Drenagem de abscesso CBO: médico e cirurgião dentista 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma CBO: médico 02.01.01.002-0 - Biopsia / punção de tumor superficial da pele CBO: médico 02.11.06.010-0 - Fundoscopia CBO: médico 03.03.09.003-0 - Infiltracao de substancias em cavidade sinovial (articulacao, bainha tendinosa) CBO: médico 04.04.01.030-0 - Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal CBO: médico
	Remoção de corpo estranho subcutâneo (Ficha de Procedimentos)	04.01.01.011-2 - Retirada de corpo estranho subcutâneo CBO: médico
	Retirada de cerume (Ficha de Procedimentos)	04.04.01.027-0 - Remoção de cerúmen de conduto auditivo externo uni / bilateral CBO: médico

(continuação)

	Triagem oftalmológica (Ficha de Procedimentos)	02.11.06.027-5 - Triagem oftalmológica - projeto olhar brasil
	Tamponamento de epistaxe (Ficha de Procedimentos)	
	Teste rápido - de gravidez (Ficha de Procedimentos)	02.14.01.006-6 - Teste rápido de gravidez CBO: enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem,
	Teste rápido - dosagem de proteinúria (Ficha de Procedimentos)	
	Teste rápido - para HIV (Ficha de procedimentos)	02.14.01.005-8 - Teste rápido para detecção de infecção pelo hiv CBO: biólogo, biomédico, cirurgião dentista, enfermeiro, médico, farmacêutico, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem.
	Teste rápido - para hepatite C (Ficha de Procedimentos)	02.14.01.009-0 - Teste rápido para detecção de hepatite c CBO: enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem.
	Teste rápido - para sífilis (Ficha de Procedimentos)	02.14.01.007-4 - Teste rápido para sífilis CBO: biólogo, biomédico, cirurgião dentista, enfermeiro, médico, farmacêutico, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, entre outros.
	Aferição de temperatura (Ficha de Procedimentos - Proc.cons.)	
	Coleta de material para exame laboratorial (Ficha de Procedimentos - Proc.cons.)	02.01.02.004-1 - Coleta de material p/ exame laboratorial CBO: médico, enfermeiro
	Medição de altura (Ficha de Procedimentos - Proc.cons.)	
	Medição de peso (Ficha de Procedimentos - Proc.cons.)	

(conclusão)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
Solicitação médica de exames complementares: Patologia Clínica Radiodiagnóstico Citopatológico cérvico-vaginal Ultrassonografia obstétrica Outros	**Exames Solicitados e Avaliados** Colesterol total Creatinina EAS/QUE Eletrocardiograma Espirometria Exame de escarro Glicemia HDL Hemoglobina Glicada Hemograma LDL Retinografia/Fundo de olho oftalmologista Sorologia de Sífilis (VDRL) Sorologia para dengue Sorologia para HIV Teste indireto de antiglobulina humana (tia) Teste da orelhinha Teste de gravidez Teste do olhinho Teste do Pezinho Ultrassonografia obstétrica Urocultura Outros (SIA)	

ENFERMEIROS

(continuação)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
	Consulta agendada (tipo de atendimento) É toda consulta realizada com agendamento prévio. É oriunda da demanda espontânea ou por agendamento direto na recepção, de caráter não urgente e que não foi atendida no mesmo dia da procura, mas agendada para outro dia. Podemos citar como exemplo casos de lesões de pele, sem sinais flogísticos ou infecciosos; queixas inespecíficas de fadiga; cansaço; cefaleia crônica; mudança ou início de medicação anticoncepcional etc.	03.01.01.003-0 - Consulta profissionais de nível superior atenção básica (exceto médico)
	Demanda espontânea - atendimento de urgência de atendimento) É o atendimento realizado ao usuário quando há possibilidade de agravamento do quadro ou o risco de vida e que determina a necessidade de assistência imediata para alívio do sofrimento físico e/ou psíquico, recuperação do estado de saúde, estabilização/suporte de vida e/ou encaminhamento a outro ponto da rede quando necessário. Como exemplos, podemos citar casos de dor torácica, sintomas e/ou sinais neurológicos, urgência hipertensiva etc.	03.01.01.003-0 - Consulta profissionais de nível superior atenção básica (exceto médico)

(continuação)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
	Demanda espontânea - consulta no dia (tipo de atendimento) É a consulta que é realizada no mesmo dia em que o usuário busca o serviço, de caráter não urgente. Pode representar também a consulta realizada no dia por haver disponibilidade na agenda do profissional. Como exemplo, podemos citar quadros com sintomas de dor de grande intensidade ou que não têm indicação de aguardar agendamento para outro dia, como dor lombar, dor na garganta, sintomas urinários etc. Outra indicação de atendimento no mesmo dia pode estar relacionada com a vulnerabilidade social ou psíquica do usuário.	03.01.01.003-0 - Consulta profissionais de nível superior atenção básica (exceto médico)
	Demanda espontânea - escuta inicial/ orientação (tipo de atendimento) Refere-se à escuta realizada por profissional de nível superior no momento em que o usuário chega ao serviço de saúde, relatando queixas ou sinais e sintomas percebidos por ele. Não inclui as orientações de fluxos dentro da UBS informados pela recepção. Durante o acolhimento e a escuta, o profissional, quando possível, irá resolver o caso por meio de orientação. Caso contrário, poderá ser realizada a classificação de risco e análise de vulnerabilidade para as devidas providências, por exemplo, agendamento de consulta para o mesmo dia ou data posterior.	03.01.01.003-0 - Consulta profissionais de nível superior atenção básica (exceto médico)
	Consulta agendada programada/cuidado Contin (tipo de atendimento) São consultas que constituem ações programáticas individuais, direcionadas para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários, as quais necessitam de um acompanhamento contínuo. Como exemplo, citamos o cuidado dispensado às gestantes, pessoas com doenças crônicas, crianças etc.	03.01.01.003-0 - Consulta profissionais de nível superior atenção básica (exceto médico)

(continuação)

Visitas Domiciliares	**Ficha de visita domiciliar** **Ficha de atendimento individual – local de atendimento**	03.01.05.010-4 - Visita domiciliar pós óbito Consiste na visita domiciliar realizada por um ou mais profissionais de saúde aos familiares de paciente em atenção domiciliar que faleceu com objetivo de apoiá-los no processo de luto. 03.01.05.014-7 - Visita domiciliar por profissional de nível superior Atividade realizada por profissional superior, objetivando a realização de ações executadas para fins de busca ativa, ações de vigilância, cadastramento familiar, alvo, incluindo usuários sob cuidados domiciliares realizados pelas equipes de atenção básica e/ou equipes multiprofissionais de atenção domiciliar/ equipes multiprofissional de apoio.
Usuário de Álcool (Tipos de atendimento do médico e de enfermeiro)	Usuário de álcool (Problema/condição avaliada)	
Usuário de Drogas (Tipos de atendimento do médico e de enfermeiro)	Usuário de outras drogas (Problema/ condição avaliada)	
Saúde Mental (Tipos de atendimento do médico e de enfermeiro)	Saúde mental (Problema/condição avaliada)	

(continuação)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
Puericultura (Tipos de Atendimento médico e enfermeiro)	Puericultura (Problema/condição avaliada)	030101008-0 - Consulta p/ acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura) CBO: Médico e enfermeiro
Pré-natal (Tipos atendimento médico e enfermeiro)	Pré-natal (Problema/condição avaliada)	**030101011-0 Consulta Pré-Natal** CBO: Médico e enfermeiro Inclui a avaliação do estado geral da gestante, de progressão do estado gestacional e de avaliação do crescimento e desenvolvimento fetal. 08.01.01.001-2 - Adesão a assistência pré-natal - incentivo PHPN (componente I)**:** PHPN - Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e nascimento CBO: enfermeiro, médico. 08.01.01.002-0 - Conclusão da assistência pré-natal (incentivo)**:** PHPN - Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e nascimento CBO: enfermeiro, médico.
Diabetes (Tipos atendimento médico e enfermeiro)	Diabetes (Problema/condição avaliada)	
Hipertensão Arterial (Tipos de atendimento do médico e de enfermeiro)	Hipertensão arterial (Problema/condição avaliada)	

(continuação)

	Puerpério (até 42 dias) (Problema/condição avaliada)	03.01.01.012-9 - Consulta Puerperal CBO: Médico e enfermeiro Consiste na consulta realizada em paciente puérpera, no período de quarenta e dois dias após o parto, com finalidade da conclusão da assistência obstétrica.
Prevenção do câncer cérvico-uterino (Tipos de atendimento do médico e de enfermeiro)	Rastreamento - câncer do colo do útero (Problema/condição avaliada)	
DST/AIDS (Tipos de atendimento do médico e de enfermeiro)	Doenças transmissíveis - DST (Problema/condição avaliada)	
Tuberculose (Tipos de atendimento do médico e de enfermeiro)	Doenças transmissíveis - tuberculose (Problema/condição avaliada)	
Hanseníase (Tipos de atendimento médico e enfermeiro)	Doenças transmissíveis - hanseníase (Problema/condição avaliada)	

(continuação)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
	Asma (Problema/condição avaliada) Desnutrição (Problema/condição avaliada) DPOC (Problema/condição avaliada) Obesidade (Problema/condição avaliada) Saúde sexual e reprodutiva (Problema/condição avaliada) Tabagismo (Problema/condição avaliada) Reabilitação (Problema/condição avaliada) Rastreamento - câncer de mama (Problema/condição avaliada) Rastreamento - risco cardiovascular (Problema/condição avaliada) Doenças transmissíveis - dengue (Problema/condição avaliada) Outros (CIAP2-01, CIAP2-02, CID10-01) (Problema/condição avaliada)	
Curativos (Procedimentos)	Curativo especial (Ficha de Procedimentos) Curativo simples (Ficha de Procedimentos - Proc.cons.)	04.01.01.002-3 - Curativo grau I c/ ou s/ debridamento CBO: enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem.
Retiradas de pontos (Procedimentos)	Retirada de pontos de cirurgias (Ficha de Procedimentos)	03.01.10.015-2 - Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente) CBO: enfermeiro, médico, cirurgião dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, atendente de enfermagem, técnico em saúde bucal.

(continuação)

Inalações (Procedimentos)	Administração de medicamentos - inalação/nebulização (Ficha de Procedimentos)	03.01.10.010-1 - Inalação / Nebulização CBO: Enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, atendente de enfermagem.
Sutura (Procedimentos)	Sutura simples (Ficha de Procedimentos)	04.01.01.006-6 - Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões / ferimentos de pele / anexos e mucosa CBO: médico, cirurgião dentista. **OU** 04.01.01.005-8 - Excisão de lesão e/ou sutura de ferimento da pele anexos e mucosa CBO: médico, cirurgião dentista.
Injeções (Procedimentos)	Administração de medicamentos - intramuscular (Ficha de Procedimentos) Administração de medicamentos - endovenosa (Ficha de Procedimentos) Administração de medicamentos - oral (Ficha de Procedimentos) Administração de medicamentos - tópica (Ficha de Procedimentos) Administração de medicamentos - penicilina para tratamento de sífilis (Ficha de Procedimentos)	03.01.10.002-0 - Administração de medicamentos em atenção básica (por paciente) CBO: Enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, atendente de enfermagem.
	Coleta de citopatológico de colo uterino (Ficha de Procedimentos)	02.01.02.003-3 - Coleta de material p/ exame citopatológico de colo uterino CBO: Enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem.

(continuação)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
	Glicemia capilar (Ficha de Procedimentos - Proc.cons.)	02.14.01.001-5 - Glicemia Capilar **(HGT)** CBO: Enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnico em patologia clínica, auxiliar de patologia clínica, atendente de enfermagem.
	Aferição de PA (Ficha de Procedimentos - Proc.cons.)	03.01.10.003-9 - Aferição de pressão arterial (quando não faz parte da consulta). CBO: Enfermeiro, médico, cirurgião dentista, profissional de educação física na saúde, professore de educação física no ensino superior, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, atendente de enfermagem.
	Cateterismo vesical de alívio (Ficha de Procedimentos)	03.01.10.005-5 - Cateterismo vesical de demora CBO: Enfermeiro, médico **OU** 03.01.10.004-7 - Cateterismo vesical de alivio CBO: Enfermeiro, médico, técnico de enfermagem

(continuação)

		01.01.04.002-4 - Avaliação Antropométrica CBO: Enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, médico, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem.
	Acupuntura com inserção de agulhas (Ficha de Procedimentos)	03.09.05.002-2 - Sessão de acupuntura com inserção de agulhas
	Administração de vitamina A (Ficha de Procedimentos)	
	Cuidado de estomas (Ficha de Procedimentos)	03.01.10.006-3 - Cuidados com estomas CBO: médico e enfermeiro
	Drenagem de abscesso (Ficha de Procedimentos)	04.01.01.003-1 - Drenagem de abscesso CBO: médico e cirurgião dentista
	Triagem oftalmológica (Ficha de Procedimentos)	02.11.06.027-5 - Triagem oftalmológica - projeto olhar brasil
	Tamponamento de epistaxe (Ficha de Procedimentos)	
	Teste rápido - de gravidez (Ficha de Procedimentos)	02.14.01.006-6 - Teste rápido de gravidez CBO: enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem,

(conclusão)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
	Teste rápido - dosagem de proteinúria (Ficha de Procedimentos)	
	Teste rápido - para HIV (Ficha de Procedimentos)	02.14.01.005-8 - Teste rápido para detecção de infecção pelo hiv CBO: biólogo, biomédico, cirurgião dentista, enfermeiro, médico, farmacêutico, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem.
	Teste rápido - para hepatite C (Ficha de Procedimentos)	02.14.01.009-0 - Teste rápido para detecção de hepatite c CBO: enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem.
	Teste rápido - para sífilis (Ficha de Procedimentos)	02.14.01.007-4 - Teste rápido para sífilis CBO: biólogo, biomédico, cirurgião dentista, enfermeiro, médico, farmacêutico, nutricionista,fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, entre outros.
	Aferição de temperatura (Ficha de Procedimentos - Proc.cons.)	

CIRURGIÃO DENTISTA

(continuação)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
	Paciente com necessidades especiais	
Atendimento a gestantes - Consiste no registro da primeira consulta odontológica realizada em gestantes, visando proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. O primeiro atendimento à gestante, realizado pelo cirurgião-dentista, deverá ser registrado uma única vez, independente da quantidade de procedimentos realizados e da frequência do atendimento (diária, semanal ou quinzenal) no mês. Ressalta-se que esta 1ª consulta à gestante também deverá ser registrada em "1ª Consulta Odontológica Programática". Lembrando que, ao final do tratamento, a conclusão será registrada no SIAB, por meio do Relatório PMA-C, como "Tratamento Concluído". Caso seja necessário o acompanhamento mais frequente da gestante para algum tratamento, esses procedimentos, específicos da saúde bucal, serão registrados apenas no Sistema de Informação Ambulatorial/SIA–SUS. Características do registro: Procedimento clínico realizado pelo cirurgião dentista; Idade Mínima: 10 anos; Idade Máxima: 59 anos	**Gestante**	

(continuação)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
	Consulta agendada (tipo de atendimento) É toda consulta realizada com agendamento prévio. É oriunda da demanda espontânea ou por agendamento direto na recepção, de caráter não urgente e que não foi atendida no mesmo dia da procura, mas agendada para outro dia. Podemos citar como exemplo casos de lesões de pele, sem sinais flogísticos ou infecciosos; queixas inespecíficas de fadiga; cansaço; cefaleia crônica; mudança ou início de medicação anticoncepcional etc.	03.01.01.003-0 - Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica (exceto médico)
	Demanda espontânea - escuta inicial/orientação (tipo de atendimento) Refere-se à escuta realizada por profissional de nível superior no momento em que o usuário chega ao serviço de saúde, relatando queixas ou sinais e sintomas percebidos por ele. Não inclui as orientações de fluxos dentro da UBS informados pela recepção. Durante o acolhimento e a escuta, o profissional, quando possível, irá resolver o caso por meio de orientação. Caso contrário, poderá ser realizada a classificação de risco e análise de vulnerabilidade para as devidas providências, por exemplo, agendamento de consulta para o mesmo dia ou data posterior.	03.01.01.003-0 - Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica (exceto médico)
	Demanda espontânea - consulta no dia (tipo de atendimento) É a consulta que é realizada no mesmo dia em que o usuário busca o serviço, de caráter não urgente. Pode representar também a consulta realizada no dia por haver disponibilidade na agenda do profissional. Como exemplo, podemos citar quadros com sintomas de dor de grande intensidade ou que não têm indicação de aguardar agendamento para outro dia, como dor lombar, dor na garganta, sintomas urinários etc. Outra indicação de atendimento no mesmo dia pode estar relacionada com a vulnerabilidade social ou psíquica do usuário.	03.01.01.003-0 - Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica (exceto médico)

(continuação)

Urgência - Atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas que são acolhidos nas Unidades Básicas de Saúde, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e tem sua necessidade assistencial atendida. Características do registro: • Procedimento clínico realizado pelo cirurgião dentista • Idade Mínima: 0 (zero) Mês • Idade Máxima: 110 anos	**Demanda espontânea - atendimento de urgência (tipo de atendimento)** É o atendimento realizado ao usuário quando há possibilidade de agravamento do quadro ou o risco de vida e que determina a necessidade de assistência imediata para alívio do sofrimento físico e/ou psíquico, recuperação do estado de saúde, estabilização/suporte de vida e/ou encaminhamento a outro ponto da rede quando necessário. Como exemplos, podemos citar casos de dor torácica, sintomas e/ou sinais neurológicos, urgência hipertensiva etc.	**0301060037 - Atendimento de urgência em atenção básica** CBO: Médico e cirurgião-dentista Atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, de baixa complexidade, que são acolhidos nas unidades básicas de saúde, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e tem sua necessidade assistencial atendida.

(continuação)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
Primeira consulta odontológica programática Avaliação das condições gerais de saúde e realização de exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivoterapêutico. Implica registro das informações em prontuário. Recomenda-se 01 (uma) consulta/ano por pessoa. Uma 1ª Consulta Odontológica Programática só poderá ser registrada novamente para a mesma pessoa, 12 meses após a conclusão do plano preventivoterapêutico ou caso o paciente abandone o tratamento, seis meses após a última consulta. Não devem ser considerados para cálculo desse indicador os atendimentos eventuais, como os de urgência/ emergência, que não tem seguimento previsto. Características do registro: • Procedimento clínico realizado pelo cirurgião dentista. • Idade Mínima: 0 (zero) Mês • Idade Máxima: 110 anos	**Primeira consulta odontológica programática (tipo de consulta)** Consiste na avaliação das condições gerais de saúde e realização de exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico. O tratamento deve ser iniciado na mesma sessão da primeira consulta odontológica programática. Uma primeira consulta odontológica programática só poderá ser registrada novamente para a mesma pessoa, 12 meses após a conclusão do plano preventivo-terapêutico ou caso o paciente abandone o tratamento seis meses após a última consulta. Não devem ser considerados como primeira consulta odontológica programática os atendimentos eventuais, por exemplo, os de urgência/emergência/consulta dia, que não têm elaboração de um plano preventivo-terapêutico e seguimento previsto.	**03.01.01.015-3 - Primeira consulta odontológica programática** Avaliação das condições gerais de saúde e realização de exame clínico odontológico com diagnostico e, elaboração de um plano preventivo terapêutico. Implica informações em Recomenda-se 01 consulta/ano por pessoa.
	Consulta de retorno em odontologia (tipo de consulta) Consiste na consulta do usuário que está em continuidade do tratamento iniciado e programado por meio da Primeira Consulta Odontológica Programática. Portanto será registrada a consulta de retorno acrescida do(s) procedimento(s) realizado(s) neste dia.	

(continuação)

Tratamento concluído Consulta que encerra um período de tratamento previsto no plano preventivo-terapêutico. São consideradas consultas com alta e correspondem ao denominado "Tratamento Completado", ou seja, realizou todas as ações que se propôs a realizar no plano preventivoterapêutico. Características do registro: • Procedimento clínico realizado pelo cirurgião dentista • Idade Mínima: 0 (zero) Mês • Idade Máxima: 110 anos	**Tratamento concluído (versão antiga: Consulta de conclusão do tratamento em odontologia) (Conduta)**	
	Abscesso dento alveolar (Vigilância em saúde bucal)	
	Alteração em tecidos moles (Vigilância em saúde bucal)	
	Dor de dente (Vigilância em saúde bucal)	
	Fendas ou fissuras lábio palatais (Vigilância em saúde bucal)	
	Fluorose dentária moderada ou severa (Vigilância em saúde bucal)	
	Traumatismo dento alveolar (Vigilância em saúde bucal)	
	Não identificado (Vigilância em saúde bucal)	

(continuação)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
	Acesso a polpa dentária e medicaçã(por dente) (Procedimentos)	03.07.02.001-0 - Acesso a polpa dentaria e medicação (por dente) **CBO: cirurgião dentista**
	Adaptação de prótese (Procedimentos) dentária	03.07.04.014-3 - Adaptação de prótese dentária **CBO: cirurgião dentista** Consiste em ajustes da prótese dentária de forma a melhor acomodar a prótese à boca do paciente. Esses ajustes permitem não só compatibilizar a prótese com o seu usuário, mas também equilibrar a mordida, a oclusão e o encaixe das partes da prótese. Esta adaptação não faz parte da instalação da prótese dentária, pois na instalação já é previsto a adaptação. Este procedimento deverá ser registrado quando for realizado a adaptação por motivo de ajuste pós-instalação.

(continuação)

	Aplicação de cariostático (Procedimentos) (por dente)	01.01.02.005-8 - Aplicação De Cariostático (Por Dente) **CBO: cirurgião dentista e técnico em saúde bucal** Atividade com finalidade terapêutica e controle de um ou mais dentes com lesões de carie.
	Aplicação de selante (por dente) (Procedimentos)	01.01.02.006-6 - Aplicação De Selante (Por Dente) **CBO: cirurgião dentista e técnico em saúde bucal** Aplicação de material selador por dente em pontos, sulcos e fissuras, realizada com finalidade preventiva das lesões de carie.
	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão) (Procedimentos)	01.01.02.007-4 - Aplicação tópica de flúor (individual por sessão) **CBO: cirurgião dentista e técnico em saúde bucal**

(continuação)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
	Capeamento pulpar (Procedimentos)	03.07.01.001-5 - Capeamento pulpar **CBO: cirurgião dentista**
	Cimentação de prótese (Procedimentos)	03.07.04.013-5 - Cimentação De Prótese Dentária **CBO: cirurgião dentista** Consiste na utilização de agentes cimentantes (cimentos odontológicos), temporários ou definitivos, utilizados em restaurações indiretas, sejam elas restaurações parciais, coroas unitárias ou retentores de próteses parciais fixas. podendo ser com cimentos tradicionais (fosfato de zinco, ionômero de vidro) ou cimentos resinosos associados a sistemas adesivos. Esta cimentação não faz parte da instalação da prótese dentária, pois na instalação

(continuação)

		já é previsto a cimentação, caso necessário. este procedimento deverá ser registrado quando for realizado a re-cimentação por motivo de remoção espontânea da prótese ou por razões clínicas.
	Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico (Procedimentos)	03.07.02.002-9 - Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico **CBO: cirurgião dentista**
	Drenagem de abscesso (Procedimentos)	04.01.01.003-1 - Drenagem de abscesso CBO: médico e cirurgião dentista
	Evidenciação de placa bacteriana (Procedimentos)	
	Exodontia de dente decíduo (Procedimentos)	04.14.02.012-0 - Exodontia de dente decíduo **CBO: cirurgião dentista**
	Exodontia de dente permanente (Procedimentos)	04.14.02.013-8 - Exodontia de dente permanente **CBO: cirurgião dentista**

(continuação)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
Instalações de próteses dentárias - Consiste no procedimento de instalação do aparelho protético (Prótese Total Maxilar, Prótese Total Mandibular, Prótese Parcial Maxilar Removível e Prótese Parcial Mandibular Removível). Deve ser registrado o número de instalações de próteses dentárias, sejam elas próteses totais, parciais removíveis ou fixas. Não registrar os retornos de adaptação à prótese no SIAB, realizar apenas no SIA-SUS. Características do registro: • Procedimento clínico realizado pelo cirurgião dentista • Idade Mínima: 15 anos; • Idade Máxima: 110 anos	**Instalação e prótese dentária (Procedimentos)**	03.07.04.016-0 - Instalação De Prótese Dentária **CBO: cirurgião dentista** Consiste no procedimento de instalação do aparelho protético (prótese total maxilar, prótese total mandibular, prótese parcial maxilar removível, prótese parcial mandibular removível e prótese fixa)
	Moldagem dento-gengival p/ construção de prótese dentária (Procedimentos)	
	Orientação de higiene bucal (Procedimentos)	
	Profilaxia / remoção de placa bacteriana (Procedimentos)	
	Pulpotomia dentária (Procedimentos)	

(continuação)

	Radiografia periapical / interproximal (Procedimentos)	02.04.01.018-7 - Radiografia periapical interproximal (bite-wing) Radiografia interproximal - exame realizado em filme 3cm x 4cm, onde registram-se imagens de coroas, terço cervical das raízes e cristas ósseas alveolares dos elementos dentários. Dentre suas indicações destacam-se o diagnostico de lesões cariosas e avaliação das cristas ósseas. Periapical- exame realizado em filme 3cm x 4cm, onde registramse imagens dos dentes e de seus tecidos de suporte. Para uma adequada visualização utilizam-se técnicas como o método da bissetriz, do paralelismo e outros especiais.
	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante) (Procedimentos)	03.07.03.001-6 - Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante) **CBO: cirurgião dentista e técnico em saúde bucal**

(continuação)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
	Restauração do dente decíduo (Procedimentos)	03.07.01.002-3 - Restauração de dente decíduo
		CBO: cirurgião dentista
	Restauração de dente permanente anterior (Procedimentos)	03.07.01.003-1 - Restauração de dente permanente anterior **CBO: cirurgião dentista**
	Restauração de dente permanente posterior (Procedimentos)	03.07.01.004-0 - Restauração de dente permanente posterior **CBO: cirurgião dentista**
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente) (Procedimentos)	03.01.10.015-2 - Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente) CBO: enfermeiro, médico, cirurgião dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, atendente de enfermagem, técnico em saúde bucal.

(continuação)

	Selamento provisório de cavidade dentária (Procedimentos)	01.01.02.009-0 - Selamento provisório de cavidade dentária **CBO: cirurgião dentista** Fechamento de cavidade com ou sem praparo cavitário para fins de restauração, com o objetivo de redução da septicemia bucal ou de terapia expectante como etapa intermediaria ate que a restauração definitiva seja executada. Inclui-se nesta deniminacao os procedimentos conhecidos como adequação do meio bucal, controle da infecção intra bucal, controle epidemiológico da carie e a restauração provisória, dentre outras.

(continuação)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
	Tratamento de alveolite (Procedimentos)	04.14.02.038-3 - Tratamento de alveolite **CBO: cirurgião dentista** Consiste na irrigação e curetagem com aplicação de curativo medicamentoso em alvéolos dentários com cicatrização tardia
	Ulotomia / ulectomia (Procedimentos)	04.14.02.040-5 - ulotomia/ulectomia **CBO: cirurgião dentista** Incisão ou remoção de tecido gengival fibroso que esteja dificultando o irrompimento dentário.

(continuação)

Escovação dental supervisionada Escovação dental, com ou sem evidenciação de placas bacterianas, realizada com grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde. Deve ser registrado, a cada mês, o número de pessoas beneficiadas com essa ação, independente da frequência com que a equipe a realiza em diferentes grupos populacionais (diária, semanal, quinzenal, mensal, ou duas, três ou quatro vezes por ano). Para a efetividade dessa ação a concentração por pessoa deve ser no máximo quatro vezes por ano e no mínimo uma vez ao ano. Características do registro: - Atividade coletiva realizada pelo cirurgião dentista, ou por profissionais de nível médio ou Agentes Comunitários de Saúde com supervisão do Cirurgião Dentista. - Idade Mínima: 3 anos - Idade Máxima: 110 anos	Ficha de atividade coletiva - Prática/ temas para saúde (opção múltipla): **escovação dental supervisionada**.	01.01.02.003-1 - Ação coletiva de escovação dental supervisionada Escovação dental com ou sem evidenciação de placas bacterianas. Realizada com grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde. Ação registrada por usuário por mês, independente da frequência com que é realizada (diária, semanal, quinzenal, mensal, ou duas, três ou quatro vezes por ano) ou da frequência com que o usuário participou da ação.

(continuação)

SIAB	e-SUS	SIA/SUS
	Ficha de atividade coletiva - atividade (opção única): educação em saúde, atendimento em grupo, avaliação/procedimento coletivo, mobilização social - Prática/temas para saúde (opção múltipla): **Aplicação tópica de flúor**	01.01.02.001-5 - Ação coletiva de Aplicação **tópica de flúor gel CBO: cirurgião dentista, técnico em saúde bucal e auxiliar em saúde bucal**

(conclusão)

Visitas Domiciliares	**Ficha de visita domiciliar** **Ficha de atendimento individual – local de atendimento**	03.01.05.010-4 - Visita domiciliar pós óbito Consiste na visita domiciliar realizada por um ou mais profissionais de saúde aos familiares de paciente em atenção domiciliar que faleceu com objetivo de apoiá-los no processo de luto. 03.01.05.014-7 - Visita domiciliar por profissional de nível superior. Atividade realizada por profissional superior, objetivando a realização de ações executadas para fins de busca ativa, ações de vigilância, cadastramento familiar, alvo, incluindo usuários sob cuidados domiciliares realizados pelas equipes de atenção básica e/ou equipes multiprofissionais de atenção domiciliar/equipes multiprofissional de apoio. 01.01.02.004-0 - Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica **CBO: cirurgião dentista**

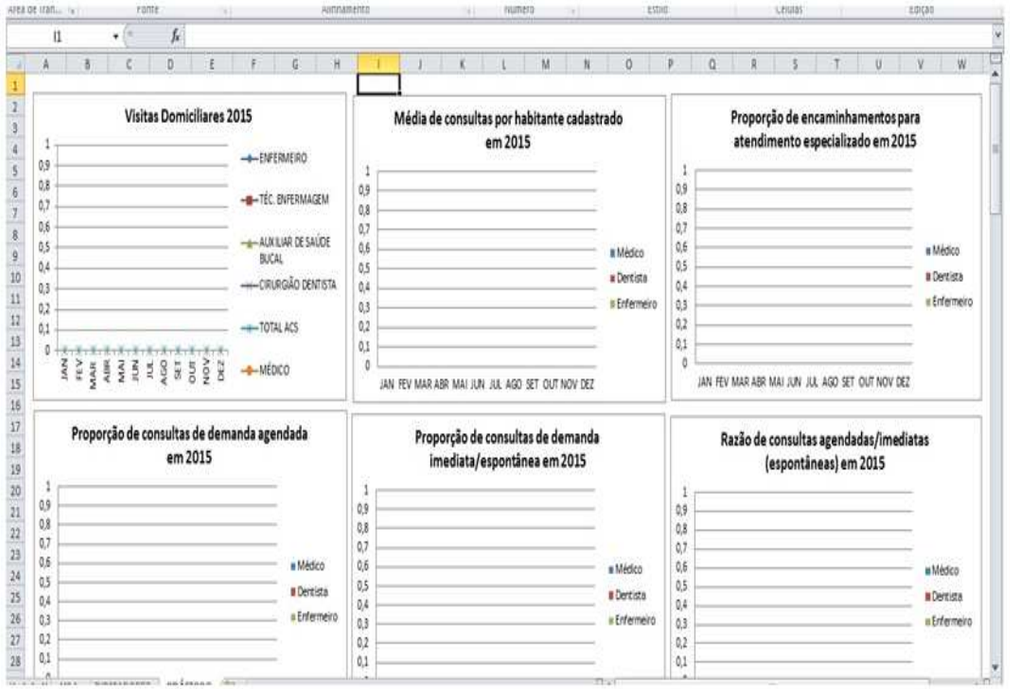
INSTRUMENTO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO – INDICADORES

(continuação)

12-indicadores	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
MÉDICO													
Média de consultas médicas por habitante cadastrado	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Média de consultas médicas por demanda agendada	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Média de consultas médicas de demanda imediata	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Média de consultas médicas de demanda imediata (espontâneas)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Proporção de consultas médicas de demanda imediata (espontâneas)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Razão de consultas médicas de demanda imediata (espontâneas	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Número de acolhimento escuta inicial	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Número de visitas domiciliares realizadas	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
DENTISTA													
Média de consultas odontológica por habitante cadastrado	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado (dentista)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Média de consultas médicas por demanda agendada	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Média de consultas médicas de demanda imediata	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	

(conclusão)

Média de consultas médicas de demanda imediata (espontâneas)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Proporção de consultas médicas de demanda imediata (espontâneas)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Razão de consultas médicas de demanda imediata (espontâneas	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Número de acolhimento escuta inicial	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Número de visitas domiciliares realizadas	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Razão entre tratamento concluído e primeira consulta odontológica	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Cobertura de primeiro atendimento odontológica a gestante	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
ENFERMEIRA													
Média de consultas de enfermagem por habitante cadastrado	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
Média de consultas de enfermagem por demanda agendada	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	



INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO – DADOS

Equipe:			Mês		
ATENDIMENTOS DO MÉDICO	**Área**	**F. A.**	**MATRICIAMENTO**	**Área**	**F. A.**
Demanda agendada/cuidado continuado			Discussão de caso		
Demanda imediata/ urgência			Interconsulta		
Total geral de consultas			**OUTROS**	**Área**	**F. A.**
Consulta de crianças menores de 1 ano			gestantes que faltaram ao pré natal		
Encaminhamento atend. especializados			< 1 ano com pueri em dia 1		
ATENDIMENTOS DO DENTISTA	**Área**	**F. A.**	atendimentos saúde mental 2		
demanda imediata/urgência					
demanda agendada/cuidado continuado					
total geral de consultas			**ATENDIMENTOS DO ENFERMEIRO**	**Área**	**F. A.**
1ª consulta odontológica prog.			Demanda agendada/cuidado continuado		
consulta de crianças menores de 1 ano			Demanda imediata/urgência		
primeira consulta gestante			**Total geral de consultas**		
tratamento concluído			Consulta de crianças menores de 1 ano		
encaminhamento atend. especializado			Encaminhamento atend. especializado		
total de procedimentos odontológicos					

CAPITULO 3.3

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA O ATENDIMENTO EM CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

Luisa Comerlato Jardim
Aline Blaya Martins de Santa Helena

Introdução

A equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial no Hospital de Clínicas de Porto Alegre realiza atendimentos ambulatoriais e em bloco cirúrgico. Os pacientes são encaminhados via sistema AGHOS-Sistema de Gestão e Regulação Assitencial e Financeira de Saúde, e tem suas consultas agendadas para atendimento no ambulatório, onde são examinados, e havendo necessidade, solicitamos exames para posterior agendamento do procedimento.

Contudo, diante da atuação da pesquisadora junto a tal equipe, o que parece acontecer, é que muitos pacientes estão sendo encaminhados para o nível terciário, devido à ausência de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) dentro da rede ou até mesmo por desconhecimento do profissional que realiza o encaminhamento. Além disso, não há uma classificação de risco para o agendamento dos pacientes a nível cirúrgico ambulatorial, levando ao agendamento no nível terciário procedimentos que poderiam ser realizados no nível secundário.

Para um bom funcionamento da rede de atenção em saúde, o itinerário terapêutico do usuário dentro das complexidades de atendimentos deve ser respeitada e bem manejada. Esse correto andamento diminui custos, otimiza tempo e torna mais eficiente e eficaz o atendimento ao usuário.

Revisão de Literatura

A estruturação da política de atenção ocorre em níveis de complexidade, a saber: atenção primária ou atenção básica e atenção de média e de alta complexidade. O que reflete a oferta de serviços segundo a inter-relação de três níveis de atenção, originados desde a medicina previdenciária, a efetivação das ações de saúde focadas em agravos e, em algumas situações, para recortes populacionais, não levando em conta o marco da atenção integral. Ocorrendo assim a fragmentação da atenção, baixa resolutividade do primeiro nível de atenção e a dificuldade de acesso aos níveis de maior complexidade. A estruturação da assistência à saúde em especialidades e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, efetivada por meio de procedimentos de média e de alta complexidade, possibilita a ocorrência de estrangulamentos na rede de serviços de saúde. (MENDES, 2010)

O acesso aos serviços de atenção secundária tem sido, portando, apontado como um dos entraves para a efetivação da integralidade no SUS. Esse nível de atenção é caracterizado como o "gargalo" na efetivação da RAS (Redes de Atenção à Saúde). O mapeamento da rede de serviços de saúde, por gestores e profissionais da saúde, constitui o primeiro passo para o estabelecimento de referência para população adscrita, seguida pela definição de critérios de fluxos e contrafluxos de atendimento. Na modelagem da RAS, esses elementos correspondem aos componentes população/território e sistema operacional que representam a definição dos limites de acesso e fluxos aos pontos de atenção. (SILVA, 2011)

Esta revisão de literatura visa reforçar conceitos sobre as redes de atenção, suas complexidades e modelos de classificação de risco para melhor condução de casos dos usuários do Sistema Único de Saúde e seus diversos caminhos.

Redes de atenção em saúde

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população. A partir desta definição, pode-se compreender que os conteúdos da rede apresentam missão e objetivos comuns, operam de forma cooperativa e interdependente, sem hierarquia entre os diferentes componentes, de forma que todos os pontos são igualmente importantes e devem se relacionar horizontalmente, focando no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde. (MENDES, 2010)

A reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de rede de atenção, é uma estratégia de superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde. No Brasil, o modelo de atenção à saúde vem sendo continuamente ajustado para o atendimento integral ao usuário, com inclusão e ampliação de serviços. Para seu desenvolvimento, busca-se horizontalidade nas relações entre pontos de atenção, que se encontram articulados, tanto para a recuperação da saúde quanto em medidas preventivas e de promoção. Rede de atenção à saúde (RAS) é constituída por um conjunto de organizações que prestam ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas, com vistas à integralidade do cuidado. Essas organizações interagem por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. (MENDES, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

A operacionalização da RAS deve acontecer através da inter-relação três elementos: população e região de saúde definidas, estrutura operacional e sistema lógico de funcionamento, determinado pelo modelo de atenção. (MENDES, 2010; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b)

Para o melhor funcionamento dos programas e serviços de saúde, além da aplicação de conhecimento em situações e contextos específicos, sua realização deve ser feita com o emprego adequado de recursos para o alcance de resultados. Efetividade prática, eficácia e eficiência devem contribuir para o desenvolvimento e implementação de soluções adaptadas a problemas de saúde semelhantes em outras situações ou contextos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Eugenio Vilaça Mendes (2010) citado logo acima, após conceituar a rede de atenção em saúde, também descreve a situação real de grande parte do cenário atual como os sistemas fragmentados de atenção à saúde. São aqueles que se organizam a partir de um conjunto de pontos isolados e sem comunicação, acabando por não serem eficientes na atenção integral da população. Desse jeito, a atenção primária em saúde não estabelece comunicação com a atenção secundária, e ambos não se comunicam com a atenção terciária, bem como os sistemas de apoio da rede. Nesses casos o sistema está estabelecido de forma hierárquica, caracterizando-se por manter a concentração no tratamento de agravos agudos, passividade do usuário, ênfase nas atividades curativas e reabilitadoras, modelo fragmentado e sem estratificação do risco, atenção centrada no cuidado profissional e financiamento por procedimentos.

Conforme descrito na Política Nacional de Saúde Bucal, a assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido aos serviços básicos mesmo assim, com grande demanda reprimida. Os dados apresentados na política, os serviços odontológicos especializados presentes no SUS correspondem a 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. Esta baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometem o funcionamento dos sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na maior parte das regiões de saúde. É notável que o aumento da cobertura da atenção básica não foi acompanhada

pelo desenvolvimento em maior porte da rede assistencial de atenção secundária e terciária odontológica. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Na rede de saúde, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a)

Atenção secundária em odontologia

Conforme demonstrado anteriormente, ao revisar as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, a atenção secundaria e terciária não estão disponíveis na mesma escala que atenção básica, o que dificulta o correto funcionamento da rede e a integralidade de atenção.

Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, o Ministério da Saúde com a criação do programa Brasil Sorridente contribuiu para a implantação e/ou melhoria de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que são unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal da atenção básica e devem estar integrados ao processo de planejamento, ofertando procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Os Centros de especialidades Odontológicas estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços:

- Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca.
- Periodontia especializada
- Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros
- Endodontia
- Atendimento a portadores de necessidades especiais. (DAB, 2014)

O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal. Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas casos mais complexos.

Cada Centro de Especialidade Odontológica credenciado recebe recursos do Ministério da Saúde. A implantação de Centros de especialidades funciona por meio de parceria entre estados, municípios e o governo federal, isto é o Ministério da Saúde faz o repasse de uma parte dos recursos e Estados e municípios contribuem com outra parcela. O CEO deve realizar uma produção mínima mensal em cada especialidade, definida na Portaria 1.464/GM, de 24 de junho de 2011. A transferência de recursos referentes aos incentivos mensais dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO poderá ser suspensa, de maneira integral, quando a produção mínima mensal, em qualquer das especialidades, não for atingida por dois meses consecutivos ou três meses alternados no período de um ano, e será mantida até a regularização da produção mínima mensal. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Além dos Centros de Especialidades Odontológicas, compõem a atenção secundária em odontologia os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LPRD), vista a demanda pelo serviço reabilitador protético e na perspectiva da assistência integral em saúde bucal. O LRPD é um estabelecimento que realiza o serviço de prótese dentária total, prótese dentária parcial removível e/ou prótese coronária/intrarradiculares e fixas/adesivas.

Município com qualquer base populacional pode ter o LRPD e não há restrição quanto sua natureza jurídica, ou seja, a Secretaria Municipal/Estadual de Saúde pode optar por ter um estabelecimento próprio (público) ou contratar a prestação do serviço (privado).

O Ministério da Saúde repassa um recurso mensal aos municípios/estados para confecção de próteses dentárias, de acordo com uma faixa de produção e este recurso financeiro é repassado para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC), após publicação em Portaria específica do Ministério da Saúde. A produção de prótese da dentária é acompanhada de acordo com as informações prestadas pelo município/estado através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; 2011)

Uma pesquisa realizada por Erdmam *et al* (2013), buscou avaliar qualitativamente de que modo as ações e serviços no âmbito da atenção secundária contribuem para o desenvolvimento de melhores práticas em saúde, além de, procurar analisar de que modo as ações e serviços nesse nível de atenção vêm contribuindo para o desenvolvimento de melhores práticas em saúde. O estudo foi

desenvolvido em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Policlínicas, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), espaços de práticas de saúde que integram a atenção secundária, no município de Florianópolis, Brasil, bem como setor de regulação em saúde da gestão municipal.

O processo de análise dos dados permitiu elaborar um modelo teórico identificando a estrutura e organização da atenção secundária na rede de atenção à saúde; elencando dificuldades na organização das práticas de saúde no nível da atenção secundária; caracterizando melhores práticas no nível da atenção secundária para estruturação da rede de atenção à saúde e contribuição da atenção secundária para melhores práticas em saúde. (ERDMANN, et. al. 2013)

No primeiro item podem-se identificar os tipos de atendimentos realizados, consultas ambulatoriais de especialidades médicas e odontológicas, atendimentos de urgência e emergência, atendimentos em saúde mental, certos tipos de exames laboratoriais e de imagem e cirurgias; e organização da demanda dos usuários a esse nível de atenção se caracterizou com uma demanda livre para atendimentos de urgência, utilizando classificação de risco e atendimentos ambulatoriais, referenciados pela atenção básica. Os atendimentos dentro da atenção secundária podem ser contratados, conveniados e/ou, ainda, pactuados com outros municípios, organizada de acordo com a demanda de cada região. (ERDMANN, et al. 2013)

Dentro do modelo de atenção as contribuições desse nível para melhores práticas na rede elencadas foram descritas nessa pesquisa qualitativa como articulação interna (entre os diferentes pontos de atenção nesse mesmo nível), articulação externa (entre a atenção secundária e os demais níveis de atenção) e ampliação do acesso a consultas e procedimentos especializados. (DAB, 2013) As principais estratégias para a integração dos níveis assistenciais incluem a criação e fortalecimento de estruturas regulatórias no interior das Secretarias Municipais de Saúde, com descentralização de funções em nível local, organização dos fluxos, implantação de sistema de informação com prontuário eletrônico e ampliação da oferta de serviços especializados municipais. Em um sistema integrado de saúde, o fornecimento dos serviços especializados deve-se dar no lugar mais apropriado, preferencialmente em ambientes extra-hospitalares. (GONZALEZ et al., 2011)

Voltando ao estudo de Erdmann e colaboradores (2013), a boa relação entre a atenção primária e secundária é um dos fatores condicionantes da resolutividade do sistema de saúde. Investimentos em atenção secundária potencializam a resolubilidade da atenção primária, bem como, a baixa resolubilidade da atenção primária aumenta a demanda para a atenção secundária, o que também foi relatado pelos entrevistados desta pesquisa.

Portanto, para o bom funcionamento da rede e da atenção secundária envolve o uso de prontuário eletrônico, sistema de regulação em funcionamento e classificação de risco comum aos serviços de saúde que compõem a rede. A oferta

de consultas com horário agendado e em maior nível de densidade tecnológica constitui boa prática no âmbito das atividades assistenciais, assim como o estabelecimento de normas de funcionamento e cumprimento de diretrizes organizacionais são assim consideradas nas atividades de gestão. Finalmente, em relação aos processos incluem-se os fluxos de referência e contra-referência, garantia de retorno, transporte eficiente de pacientes, planejamento das ações e serviços e a resolubilidade na atenção primária. (ERDMANN et al., 2013)

Assistência hospitalar odontológica

No âmbito da Assistência hospitalar, o Ministério da Saúde possibilitou, em 2005, a emissão pelo cirurgião-dentista da Autorização de Internação Hospitalar - AIH e instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, buscando garantir o acesso das pessoas com diagnóstico de câncer aos estabelecimentos públicos de saúde para tratar e cuidar da patologia, assegurando a qualidade da atenção. Ainda em 2005, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a atenção aos doentes com afecções das vias aéreas e digestivas superiores da face e do pescoço em alta complexidade, mediante a implantação de rede estadual/regional de atenção através de unidades de assistência e centros de referência.

Em relação ao atendimento na especialidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, e da sua área de atuação o tratamento de pacientes politraumatizados, portadores de complexas infecções extensivas à região da cabeça e pescoço, tratamento das lesões patológicas da região maxilofacial, diagnóstico e tratamento das deformidades dentofaciais, cirurgias pré-protéticas, reconstrução dos maxilares, tratamento das dores orofaciais e desordens temporomandibulares.

Além disso, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 1.032/GM, de 05/05/2010, que inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS voltados aos pacientes com necessidades especiais que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar. Esta Portaria foi formulada na construção de uma política para dar resposta a um problema de saúde que afligia os gestores de saúde e um determinado grupo populacional. As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, entre outras. É importante destacar que pacientes com necessidades especiais têm conceito e classificação amplos, que abrangem situações que requerem atenção odontológica diferenciada. Até a publicação da portaria, as Unidades Básicas e/ou os Centros de Especialidades Odontológicas tinham muita dificuldade para encaminhar pacientes não colaboradores ou com comprometimento severo para atendimento hospitalar sob anestesia geral e os hospitais e profissionais não

tinham como registrar o procedimento e nem recebiam pela prestação do serviço. Por meio da publicação da portaria, os hospitais e profissionais que prestam serviço para a SUS passaram a receber repasse financeiro para realizar procedimentos odontológicos de atenção primária e atenção secundária em ambiente hospitalar. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a)

Hoje em dia sabe-se que a atuação do cirurgião dentista vai muito além da cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, compondo também o serviço de odontologia hospitalar, que seria responsável pelo: diagnóstico de lesões bucais e auxílio no tratamento de manifestações bucais oriundas de doenças sistêmicas, diagnóstico e tratamento de condições bucais que possam acarretar complicações infecciosas, hemorrágicas, neurológicas ou cardiovasculares, seja em condições locais e sistêmicas, seja em decorrência de tratamento ao qual o paciente será submetido; diagnóstico e tratamento das condições bucais que possam colaborar para a manutenção ou piora de desordens sistêmicas graves; atuação prévia a terapias que possam acarretar complicações orofaciais ou sistêmicas futuras; atendimento a pacientes internados que apresentam dor e/ou infecção de origem odontológica; e atendimento de quaisquer condições que justifiquem intervenção em ambiente hospitalar em função do risco de complicação infecciosa ou hemorrágica tanto em nível local, quanto sistêmico. (MANUAL DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR, 2012) Mas este tipo de serviço nem sempre está presente na realidade dos hospitais brasileiros, cabendo ao cirurgião buco-maxilo-facial a realização dessas atividades.

Modelos de classificação de risco

Classificação de risco é um processo que deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

Além de visar à melhoria do fluxo de pacientes, a classificação de risco tende a acolher e atender de maneira mais humanizada os pacientes que buscam os atendimentos, principalmente nas portas de urgência e emergência. (SILVA, 2011) É importante salientar que esses sistemas de estratificação de riscos podem ser direcionados para pesquisa, atenção individual ou coletiva de pacientes, mas também para racionalização do uso de recursos em hospitais. Estes devem ser reavaliados periodicamente, porque as características dos pacientes e os recursos diagnósticos e terapêuticos sofrem mudanças ao longo dos anos. (STRABELLI et al., 2008)

O modelo ainda muito utilizado em nível hospitalar é de atendimento à urgência e emergência, servindo como porta de entrada para o sistema de um

número expressivo de pacientes no sistema. Dentro desse modelo entende-se por prioridade no atendimento cirúrgico a própria ordem em que estes pacientes serão atendidos, isto é, submetidos à cirurgia. Mesmo em casos de cirurgia eletiva, pacientes com casos mais graves devem ser operados antes daqueles com casos menos graves, independente do tempo de acompanhamento no serviço. É preciso, todavia, que estes critérios de prioridade sejam claros e bem estabelecidos para um bom funcionamento do serviço. (SANTOS JUNIOR, 2014)

Segundo Sarmento et al. (2005), alguns critérios devem ser destacados:

1. História de complicações:

a. Complicações sistêmicas.

b. Complicações em órgãos e estruturas adjacentes.

c. Complicações locais.

2. Pacientes com comorbidades graves:

a. Pacientes com sinais clínicos ou radiológicos de doença avançada.

b. Menores de idade e idosos.

c. Fatores socioeconômicos.

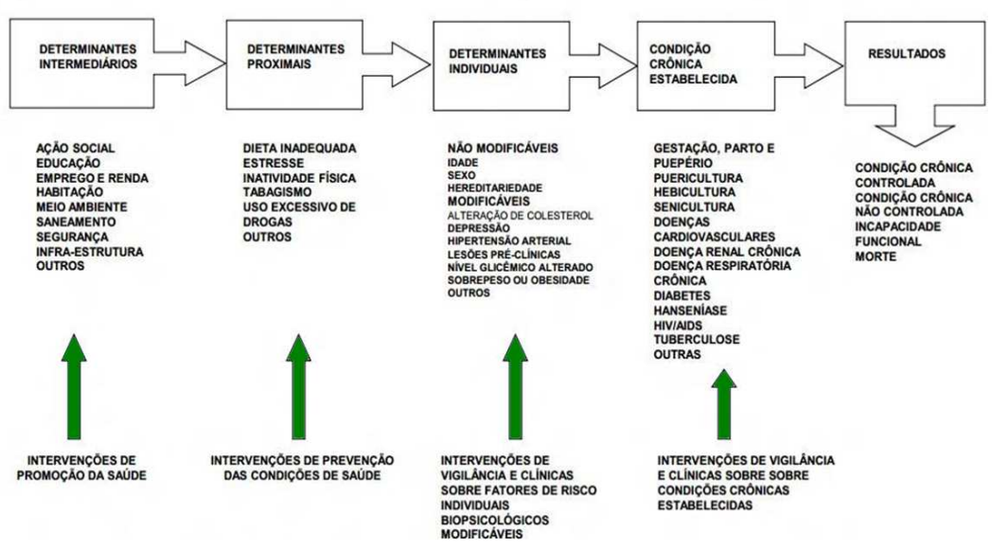
Segundo os autores supracitados, comorbidade são outras afecções sistêmicas com ou sem relação com a necessidade cirúrgica e que a revestem de maior gravidade ou possibilidade de complicação pela interação mútua das duas condições. Outra prioridade está no estatuto da criança e do adolescente e pelo estatuto do idoso, ambos já em vigor em nosso país, estes grupos etários devem sempre ser priorizados no atendimento em qualquer hospital público e na implantação de qualquer política de saúde, portanto, também devem ser considerados casos prioritários. (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1990; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a)

Em relação aos fatores socioeconômicos, não se tem duvidas de que são de fundamental importância, mas a sua consideração no estabelecimento dos critérios de prioridade é bastante controversa. Alguns exemplos priorizam a cirurgia de pacientes que moram em municípios distantes ou mesmo em outros estados, por entenderem que o acompanhamento prolongado em hospital tão distante de suas residências causa transtorno e sofrimento maiores, outros podem considerar relevantes questões como o impacto da doença na vida do paciente. Por isso é necessário que haja abertura para ampla discussão dos critérios a serem estabelecidos e também para casos particulares. (SANTOS JUNIOR, 2014) Quando

observada à intervenção de acordo com a complexidade da condição crônica, o modelo da pirâmide de risco criado pela Kaiser Permanente descreve três níveis de classificação. Os usuários são classificados segundo as complexidades, permitindo a orientação das intervenções em relação aos grupos de risco e melhor utilização dos recursos humanos e financeiros. Sua lógica está em promover saúde dentro de toda a população, fortalecer ações de autocuidado dentro do grupo com condições de saúde mais simples, de ofertar a gestão da condição de saúde para o grupo com condição estabelecida, bem como manejar os portadores de condições de saúde muito complexas por meio da tecnologia da gestão do caso. Há evidencias de que quando aplicado este modelo houve melhora na qualidade de vida dos usuários, reduziu as internações hospitalares e as taxas de permanência nos hospitais.

Eugenio Vilaça Mendes (2010) propõe um modelo de atenção às condições crônicas especificamente para o SUS, que foi chamado de Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), conforme demonstrado na figura abaixo (Figura 1).

Figura 1. Modelo de atenção às condições crônicas.



Fonte: MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva. vol.15, n.5, p.22972305, 2010.

O modelo descrito visa à melhoria na qualidade de vida do usuário, reduzir internações hospitalares, reduzir as taxas de permanência em hospitais, melhora a situação dos fatores de risco associados aos comportamentos e aos estilos de vida e reduz os custos da atenção em saúde. (MENDES, 2010)

Objetivos

Desenvolvimento de proposta piloto de modelo de classificação de risco para ordenar o atendimento em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Sugerir como deveria ser implantado o modelo de classificação de risco, com vistas a estabelecer fluxo de agendamento dos pacientes conforme as suas necessidades dentro do HCPA e articulado a rede de atenção de saúde do estado do Rio Grande do Sul. Descrever o cenário atual dos Centros de Especialidade Odontológica no RS; -Propor rede de CEOs regionais e o uso da Educação Permanente em Saúde como forma de melhoria no itinerário terapêutico do usuário da atenção secundária de saúde bucal no Rio Grande do Sul.

Materiais e Métodos

A partir da análise da demanda do ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais, estabelecer protocolo de classificação de risco dos usuários dentro da matriz de classificação de risco, sabendo que a grande maioria dos pacientes são de caráter eletivo.

Estabelecer melhoria no fluxo de pacientes classificados dentro do protocolo da atenção secundária, para atendimento no nível correspondente na rede de atenção em saúde já estabelecida no estado e, além disso, desenvolver atividades de educação permanente, para que os profissionais da atenção básica sejam capazes de melhor direcionar o usuário, ponto fundamental para o correto funcionamento da rede.

Trata-se de um estudo Observacional transversal retrospectivo. Análise retrospectiva dos prontuários de pacientes agendados no Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA) durante 3 meses, ou máximo de 40 pacientes, pela equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Amostra definida por conveniência pelos pesquisadores, por ser um projeto piloto. Foram analisadas as seguintes variáveis a partir dos prontuários eletrônicos (dados secundários): sexo, idade, comorbidades sistêmicas, uso de medicação, local de origem do paciente, complexidade do procedimento dentro do nível especializado de atenção, tempo de espera entre a última consulta ambulatorial e a realização do procedimento cirúrgico.

A partir da análise inicial foram descritos os perfis dos usuários do serviço para posterior desenvolvimento de um Modelo de Classificação de Risco. Além disso este estudo também desenvolveu uma análise crítica a partir de documentos institucionais e literatura vigente visando ampliar o entendimento da temática abordada. A proposta foi realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O presente

trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e à Plataforma Brasil (nº CAAE 39148614.8.0000.5327). O presente trabalho apresenta risco mínimo de quebra de confidencialidade.

RESULTADOS

Foram avaliados retrospectivamente os prontuários dos pacientes submetidos à cirurgia no Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre na especialidade e Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial entre as datas 12/12/2014 à 10/04/2015, conforme a tabela abaixo (tabela 1). As informações sobre presença de comorbidade sistêmica e uso de medicação foram autorreferidas pelo paciente.

A média de idade encontrada foi de 40,5 anos, onde 27 (67,5%) eram mulheres e 13 (32,5%) homens. Quando observada a cidade de origem, 18 pacientes eram provenientes de Porto Alegre (45%), 11 da região metropolitana (27,5%) e 11 do interior do estado do Rio Grande do Sul (27,%).

Em relação à condição sistêmica do paciente, os dados todos foram obtidos a partir da anamnese realizada na primeira consulta com a equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial. Vinte pacientes (50%) referiram apresentar alguma comorbidade sistêmica e 16 (40%) referiram fazer uso de pelo menos uma medicação diariamente.

Dentre as comorbidades, a hipertensão arterial sistêmica foi referida por sete pacientes, cinco apresentaram alguma alteração respiratória, quatro eram pacientes oncológicos, quatro eram pacientes com alterações cardíacas, quatro referiram alterações gástricas, quatro referiram hipercolesterolemia, dois pacientes apresentaram HIV, um era paciente com alterações psiquiátricas, um apresentava crisesepiléticas, um referiu ter esclerose (obs.: cada paciente poderia referir mais de uma alteração sistêmica).

Dos pacientes que referiram fazer uso de alguma medicação diariamente, oito fazem uso de algum anti-hipertensivo ou diurético, cinco faziam uso de algum anticoagulante ou antiagregante plaquetário, quatro estavam sob efeito de quimioterápicos para tratamento oncológico, quatro fazem uso de inibidor do suco gástrico, quatro usam algum antipsicótico ou antidepressivo e apenas um referiu usar antialérgico e corticoide.

Tabela 1: perfil do usuário do serviço de Cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial ambulatorial do HCPA

(continua)

Paciente/ idade	Sexo	Comorbidade siste mica- qual?	Uso de medicação- qual?	Cidade de origem	Procedimento	Tempo de espera
R.M.P.D,.63	Fem.	HAS e hipercolesterolemia	Hidroclorotiazida, Sinvastatina	Carlos Barbosa	Biópsia em mandibula	0,5 mês
M.I.P., 59	Fem.	HAS e hipercolesterolemia	Nifedipina, Sinvastatina	Paverama	Biópsia em maxila	0,5 mês
H.L.M., 39	Fem.	Não refere	Não refere	Viamão	Biópsia em maxila	0,5 mês
F.G.M., 24	Fem.	Não refere	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	6 meses
M.S.F., 20	Fem.	Depressão e bipolaridade	Fluoxetina, lítio, Ácido Valpróico, Aristab.	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	6 meses
J.F.O., 64	Masc.	Câncer intestino.	Quimioterapia	Viamão	Dentes inclusos e impactados (sisos)	0,5 mês
L.R., 49	Masc.	Câncer em garganta	Quimioterapia e Radioterapia	POA	Extrações simples Pré-radioterapia	0,5 mês
J.F.F., 15	MAsc	Não refere	Não refere	Teutonia	Dentes inclusos e impactados (canino)	7 meses
M.D.,61	Fem.	Válvula aórtica (internada)	AAS, anlodipina, atenolol.	Cachoeira do Sul	Extrações simples	0,5 mês
C.M., 43	Fem.	Não refere	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	7 meses
J.B., 28	Fem.	Não refere	Não refere	Novo Hamburgo	Dentes inclusos e impactados (sisos)	6 meses
S.I.,68	Masc.	HAS, ponte de safena	Atenolol, losartana, AAS	Novo Hamburgo	Extração simples	7 meses
A.N.B., 79	Fem.	HAS, miocardiopatia hipertrófica	AAS, captopril, sinvastatina, digoxina, furosemida, omeprazol	POA	Extrações simples	7 meses
S.G.G., 17	Fem.	Não refere	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	8 meses
L.O.B., 70	Masc.	Câncer em tireoide	Amitriptilina, Calcitriol, Metadona, Cálcio.	Portão	Extração simples Pré-radioterapia	0,5 mês

(continuação)

Paciente/ idade	Sexo	Comorbida-de sistemica - qual?	Uso de medica-ção? - qual?	Cidade de origem	Procedimento	Tempo de espera
S.F.G., 25	Fem.	Não refere	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	8 meses
C.L.C., 23	Fem.	Asma, rinite	Aerolin, Predinisona, meticorten	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	6 meses
E.F., 53	Masc.	Cardiopatia	Não refere	Caçapava do Sul	Biopsia boca	1 mês
J.A., 55	Masc.	AVC, HAS, gastrite	Hidroclorotiazida, enalapril, atorvastatina, amitriptilina, AAS, clopidogrel	Araricá	Extrações simples	8 meses
K.L.R.S., 34	Fem.	Não refere	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	8 meses
M.F., 24	Fem.	Não refere	Não refere	Bom Princípio	Dentes inclusos e impactados (sisos)	6 meses
N.M., 30	Fem.	Não refere	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	0,5 mês
A.R.B., 25	Fem.	Não refere	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	6 meses
F.C., 18	Fem.	Não refere	Não refere	Bom Principio	Dentes inclusos e impactados (sisos)	6 meses
G.C., 19	Masc.	Não refere	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	6 meses
M.I.A., 53	Fem.	Epilepsia, trombose, embolia pulmonar.	Fenobarbital, carbamazepina, diazepan, imipramina, varfarina, omeprazol, sinvastatina, aloperidol, clorpromazina.	POA	Extração simples	1 mês
M.A.Z., 61	Fem.	HAS, hipercolestero-lemia	Lozartana, amitriptilina, omeprazol	Estância Velha	Dentes inclusos e impactados	6 meses

(conclusão)

T.A., 19	Fem.	Bronquite	Não refere	Viamão	Dentes inclusos e impactados (sisos)	6 meses
M.P.S., 49	Masc.	Não refere	Não refere	Bom Princípio	Dentes inclusos e impactados (sisos)	7 meses
M.M.G., 30	Fem.	Bronquite, asma	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (extranumerario)	7 meses
L.S.B., 22	Masc.	Não refere	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	7 meses
M.T.L.N., 50	Fem.	Linfoma, HIV	Antiretrovirais, quimioterapia	Osório	Biópsia de boca	0,5 mês
M.M.A., 31	Fem.	Não refere	Não refere	Sapiranga	Biópsia de boca	3 meses
M.E., 30	Fem.	Não refere	Não refere	Venâncio Aires	Biópsia de boca	1 mês
C.B.L.D., 17	Fem.	Não refere	Não refere	São Jerônimo	Dentes inclusos e impactados (sisos)	4 meses
S.R.M., 32	Masc	HIV	Antiretrovirais	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	2 meses
D.P.S., 31	Fem.	Não refere	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	1 mês
L.A.O., 79	Masc.	Não refere	Não refere	Sapiranga	Biópsia de boca	4 meses
D.S., 29	Fem.	Não refere	Não refere	POA	Dentes inclusos e impactados (sisos)	6 meses
M.L., 64	Fem.	HAS	Enalapril, atenolol, diosmina.	Palmares do Sul	Dentes inclusos e impactados (canino)	1 mês

Em relação ao tempo de espera, a média encontrada foi de cinco meses entre a última consulta com a equipe, onde o paciente estava em condições clínicas e com os exames laboratoriais e radiográficos já avaliados, e a realização do procedimento.

Quando analisados os procedimentos pelos quais os pacientes foram encaminhados para atendimento no serviço, 25 foram referenciados para extração de dentes retidos (inclusos ou impactados) correspondente à 62,5% dos encaminhamentos, sete foram referenciados para extrações simples (17,5%) e oito para biópsia de boca ou língua (20%), conforme o gráfico abaixo (Figura 2).

Figura 2: relação de procedimentos referenciados para a Cirurgia e traumatologia bucomaxilo-facial ambulatorial do HCPA.

A fim de propor o modelo de classificação de risco, o estudo, além de descrever e analisar os prontuários, também revisou literatura e documentos institucionais. Desta forma, vale destacar a importância do Caderno de Atenção Básica- Saúde Bucal - nº 17 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b) que refere os procedimentos que devem ser realizados no CEO de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial são os seguintes: correção de bridas musculares, correção de hipertrofia de rebordo alveolar, redução incruenta de luxação da articulação têmporo-mandibular, reimplante e transplante dental por elemento, remoção de dente retido (incluso ou impactado), remoção do foco residual, retirada de material de síntese (fios, pinos, arcos e placas), apicectomia com ou sem obturação retrograda, aprofundamento de vestíbulo por hemi-arcada, alveolotomia por arcada, cirurgia com finalidade ortodôntica, correção de tuberosidade, curetagem periapical, enxerto ósseo, excisão de calculo de glândula salivar, excisão de fenômenos de retenção salivar, exodontia múltipla com alveoloplastia por hemi-arco, marsupialização de cistos, marsupialização de lesões, reconstrução de sulco gengivo-labial., reconstrução parcial do lábio traumatizado, remoção de cisto, remoção de tórus e exostoses,

selamento de fístula cutânea odontogênica, sinusotomia maxilar unilateral. Tratamento cirúrgico de fístula intra-oral, tratamento de emergência, fratura alvéolo dentária redução, apicetomia com obturação retrograda, laçada, tunelização, contenção (splintagem), redução cruenta de fratura alvéolo-dentária, redução incruenta de fratura alvéolo-dentária, tratamento clínico das nevralgias faciais, aparelho para bloqueio maxilo-mandibular, biópsia de tecido da cavidade bucal, biópsia de língua, biópsia de lábio, excisão e sutura de lesão na boca, excisão em cunha do lábio, incisão e drenagem de hematoma, incisão e drenagem de abscesso da boca e anexos, incisão e drenagem de celulite, incisão e drenagem de fleimão, biópsia da boca, exérese de lipoma .

Modelo de Classificação de Risco

Após a revisão de literatura realizada pelo presente estudo e a partir da análise do perfil do usuário do serviço, pode-se observar a importância de um meio de regulação no agendamento desses pacientes. (SANTOS JUNIOR, 2014; 2005) As formas de regulação devem ser conhecidas e colocadas em prática por toda equipe, que inclui professores, residentes e estagiários, visando a institucionalização desta classificação.

Para isso desenvolvemos uma divisão dos pacientes em 3 grupos de prioridade de atendimento diferenciados pela cor, assemelhando-se a classificação de Manschester (MACKAWAY-JONES, 2006), conforme a tabela 2.

Sugestão de implementação de uso do modelo para classificação de risco no CCA do HCPA

Seria recomendável que os pacientes, quando aptos a serem submetidos à cirurgia fossem incluídos em um dos grupos acima, por um profissional regulador, o qual teria um controle contendo os dados e telefones de contato por onde seriam feitas, posteriormente, as notificações para os pacientes sobre data que foi agendada a realização do procedimento. De acordo com o grupo do paciente seriam estabelecidos os critérios de priorização da agenda da equipe de Cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial no Centro Cirúrgico Ambulatorial.

Quadro 1: Modelo de Classificação de Risco para pacientes atendidos na Especialidade de CTBMF à nível ambulatorial do HCPA.

Grupo Vermelho	**Paciente com comorbidade sistêmica onde o procedimento cirúrgico odontológico é determinante para andamento do tratamento de tal comorbidade e/ou paciente referenciado para realização de biópsia de lesão com sinais de malignidade ou com potencial destruição dos tecidos adjacentes.Ex.: extração dentária prévia a radioterapia, quimioterapia, transplante ou uso de fármacos imunossupressores ou bifosfonatos.**
Grupo Amarelo	**Paciente com comorbidade sistêmica de difícil controle com risco de complicações transcirúrgicas. Ex.: pacientes cardiopatas em uso de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários**
Grupo Verde	**Paciente sem comorbidade sistêmica ou com comorbidade controlada, referenciado para procedimento cirúrgico odontológico citado no caderno de atenção básica nº17 (BRASIL, 2006).**

Fonte: Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

O tempo máximo de espera para o grupo vermelho deveria ser de duas semanas, a ser agendado no turno disponível para a equipe de CTBMF no ambulatório do HCPA que possui condições adequadas para a realização de tais procedimentos, atualmente, a equipe dispõe das sextas-feiras a tarde para a realização de três procedimentos/dia.

Ao agendar a semana seguinte, o regulador deveria conferir a ocorrência de casos do grupo Vermelho a serem agendados e, se houvesse ele realizaria o agendamento. Caso não houvesse, passaria para o grupo Amarelo e realiza o contato para agendamento. Se ainda houvesse vagas, faria contato com paciente do grupo Verde. A lista de espera em cada grupo deve se dar de forma cronológica. Pacientes incluídos no Grupo Verde deveriam estar cientes do tempo médio de espera de cinco meses, calculado pelo presente estudo.

O cadastramento do paciente em um grupo de risco deveria ser feito, preferencialmente em um dispositivo digital com capacidade de armazenamento seguro de informações e de fácil acesso a todos os membros da equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial aptos a realizar o agendamento.

Análise do cenário atual de centros de especialidades odontológicas no Rio Grande do Sul

Atualmente o mapa dos Centros de Especialidade Odontológica no Rio Grande do Sul se apresenta da seguinte forma (Quadro 2). Nota-se que apenas 26 municípios dos 497, segundo o IBGE em 2014, apresentam um CEO para suprir as necessidades de média complexidade dos municípios. Quando pensamos em regiões de saúde, conforme distribuição da Secretaria Estadual de Saúde, 16 das 30 regiões não possuem CEO, como segue na imagem abaixo (Figura 3).

Quadro 2. CEOs em Dezembro/14 no Rio Grande do Sul.

CRS	Município	REGIÃO DE SAÚDE	MACRO REGIÃO	CEO	RPCD CEO	tipo 1	tipo 2	tipo 3
10	ALEGRETE	03 ALEGRETE URUGUAIANA	CENTRO OESTE	TIPO 2			x	
1	ALVORADA	10 PORTO ALEGRE	METROPOLITANA	TIPO 1		x		
7	BAGÉ	22 BAGÉ	SUL	TIPO 1		x		
2	CACHOEIRINHA	10 PORTO ALEGRE	METROPOLITANA	TIPO 1		x		
3	CANGUÇU	21 PELOTAS RIO GRANDE	SUL	TIPO 2	X		x	
2	CANOAS	08 CANOAS VALE DO CAI	METROPOLITANA	TIPO 1	X	x		
5	CAXIAS DO SUL	23 CAXIAS E HORTÊNSIAS	SERRA	TIPO 3	X			x
11	ERECHIM	16 ERECHIM	NORTE	TIPO 1	X	x		
1	GRAVATAÍ	10 PORTO ALEGRE	METROPOLITANA	TIPO 1	X	x		
17	IJUÍ	13 IJUI	MISSIONEIRA	TIPO 1 (3)	X cisa	XXX		
16	LAJEADO	29 LAJEADO	VALES	TIPO 1		x		
2	MONTENEGRO	08 CANOAS VALE DO CAI	METROPOLITANA	TIPO 1		x		
18	OSÓRIO	05 BONS VENTOS	METROPOLITANA	TIPO 1	X	x		
17	PANAMBI	13 IJUI	MISSIONEIRA	TIPO 1		x		
3	PELOTAS	21 PELOTAS RIO GRANDE	SUL	TIPO 1 (2)	X	XX		
1	PORTO ALEGRE	10 PORTO ALEGRE	METROPOLITANA	TIPO 2 (4)			XXXX	
10	ROSÁRIO DO SUL	03 ALEGRETE URUGUAIANA	CENTRO OESTE	TIPO 2			X	
4	SANTA MARIA	01 SANTA MARIA	CENTRO OESTE	TIPO 2			x	
4	SANTIAGO	02 SANTIAGO	CENTRO OESTE	TIPO 1		x		
12	SANTO ÂNGELO	11 SANTO ANGELO	MISSIONEIRA	TIPO 1		x		
12	SÃO BORJA	11 SANTO ANGELO	MISSIONEIRA	TIPO 1		x		
12	SÃO LUIZ GONZAGA	11 SANTO ANGELO	MISSIONEIRA	TIPO 1		X		
3	SÃO LOURENÇO DO SUL	21 PELOTAS RIO GRANDE	SUL	TIPO 1		X		
4	SÃO SEPÉ	01 SANTA MARIA	CENTRO OESTE	TIPO 2			x	
19	TENENTE PORTELA	15 FREDERICO W PALMEIRA M	NORTE	TIPO 1	X	x		
10	URUGUAIANA	03 ALEGRETE URUGUAIANA	CENTRO OESTE	TIPO 1	X	x		
	26 MUNICÍPIOS			32	11	22	9	1

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado RS/ Departamento de Ações em Saúde - DAS, 2014.

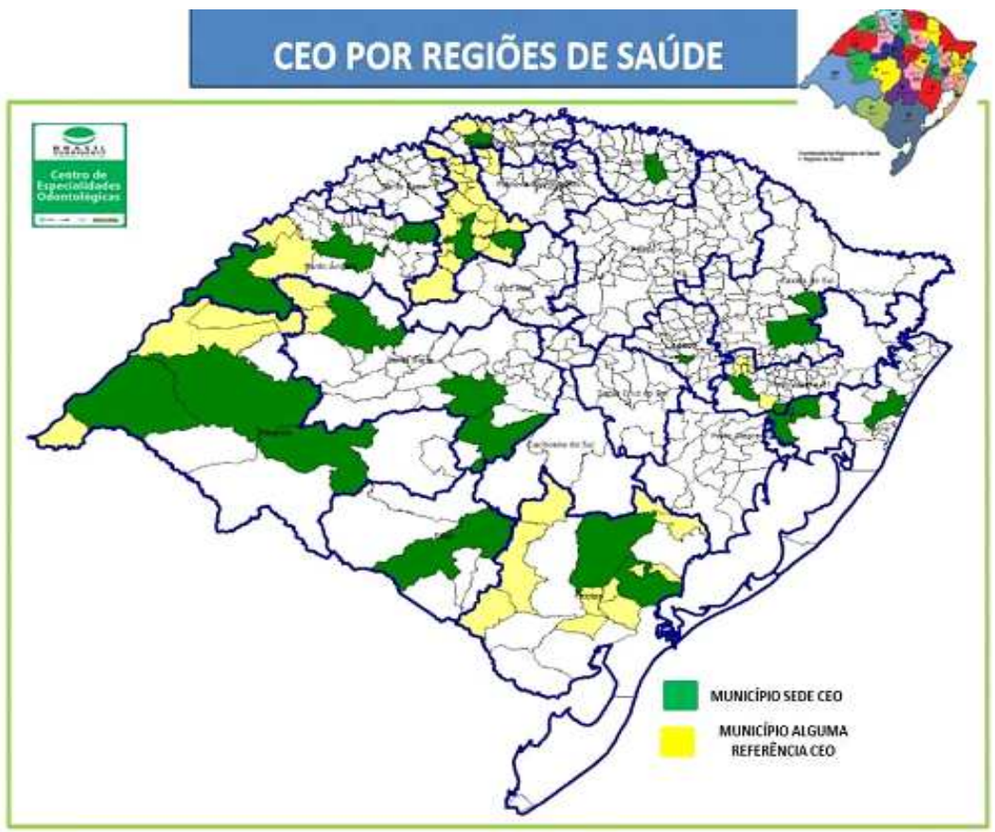
Ao que se observa, parece que a única alternativa, no momento, para a grande parte dos municípios do interior do Rio Grande do Sul e região metropolitana seja encaminhar os seus munícipies que possuem necessidades de média complexidade da especialidade de Cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial para a atenção terciária, mesmo que isso signifique maior deslocamento, maior custo e maior tempo de espera.

A criação de CEOs regionais aparece como a alternativa para suprir a necessidade local dentro de cada região de saúde, mas para isso os gestores devem identificar a falta da atenção secundária de referência como um problema grave da Rede de Atenção a Saúde e conhecer as possibilidades de estruturação da mesma.

Proposta de Estruturação de CEOS Regionais

Durante o desenvolvimento do presente estudo, buscamos junto à área técnica de saúde bucal da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, a estruturação de uma proposta para a criação de CEOS regionais, para melhoria da oferta e acesso ao serviço. Atualmente, no estado, temos apenas dois CEOs regionais, ambos em Ijuí, instituídos por consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do estado do Rio Grande do Sul, que atende a sua região.

Figura 1: Planejamento CEO regional por regiões de saúde.



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado RS/ Departamento de Ações em Saúde - DAS, 2014.

O planejamento da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul foi realizado a partir das estruturas já presentes ampliando sua cobertura para outros municípios da região, bem como a criação de novas estruturas em municípios-chave de regiões ainda sem presença de referência em atenção secundária de saúde bucal (Figura 1).

Educação Permanente

A Política de Educação Permanente em Saúde (EPS) tem elementos para aprimorar o processo de trabalho, uma vez que a formação sugerida parte das necessidades sentidas pelos sujeitos. (SARRETA, 2009) Conforme descrito por Ceccim e Capazzolo (2004), a educação permanente é a definição pedagógica para o processo educativo em serviço que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação do sentido dos atos produzidos no cotidiano, pondo o cotidiano do trabalho em análise, tanto a incorporação acrítica de tecnologias materiais, como a eficácia da clínica produzida, os padrões de escuta, as relações estabelecidas com os usuários e entre os profissionais.

Dessa forma, para otimizar processos de trabalho, resultados sócio-sanitários para o sistema e melhores e mais resolutiva práticas de gestão do cuidado dos usuários dos serviços, a educação permanente deve acontecer de forma a corresponsabilizar o profissional a estabelecer fluxo de cuidado do usuário otimizados dentro do que a rede oferece. E o impacto dessas atividades deveria ser avaliado constantemente a partir da resolutibilidade do encaminhamento. Para tanto, as práticas de EPS deveriam acontecer primeiramente a nível municipal, mas de forma sincronizada e dialogada com os serviços presentes dentro da rede estadual de atenção à saúde.

Estabelecimento de Protocolo para Fluxo do Paciente na Rede de Atenção

No município de Porto Alegre atualmente, as marcações de consultas nos CEOs se dão via Sistema Nacional de Regulação/SISREG que visa à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria. (DATASUS, 2015) Já o agendamento em nível hospitalar do município de Porto Alegre, acontece via sistema AGHOS, sem passar pela regulação da área técnica de saúde bucal.

Dessa forma, a proposta do presente estudo é estabelecer a presença de um ente regulador em todas as formas de agendamento, que estabelecesse fluxos de comunicação entre os serviços, via uso unificado de um sistema único de

informações para a regulação de consultas para a especialidade de CTBMF, bem como a utilização da classificação de risco desenvolvida pelo estudo no CCA do HCPA inicialmente e quiçá a sua utilização em outros serviços após o teste de implantação no HCPA.

Discussão

Apesar da amostra pequena no presente estudo, a avaliação piloto do paciente usuário do serviço de cirurgia ambulatorial do hospital de Clínicas da equipe de CTBMF se mostrou capaz de identificar seu perfil e iniciar os estudos de planejamento para melhor funcionamento. Novos estudos devem ser realizados a fim de confirmar o perfil encontrado e desenvolver novas metodologias de classificação de risco.

Em um cenário provisório, até a estruturação da atenção secundária de saúde bucal em todo o Rio Grande do Sul, supomos que deveriam ser referenciados para atendimento no HCPA, aqueles pacientes com comorbidade sistêmica com indicação de realização à nível hospitalar, bem como dificuldade de manejo dessa condição de saúde ou usuários de municípios que não possuem atenção secundária dentro da sua rede de saúde.

Segundo os resultados desse estudo, parece que ainda que momentaneamente, um percentual expressivo dos procedimentos ocorre em nível terciário, no CCA do HCPA, para suprir a falta de uma rede secundaria em saúde bucal do estado. No entanto, vale ressaltar que tal serviço também deve dar conta de demandas de usuários do interior do estado uma vez que se deve respeitar a Resolução 237/11 da Comissão Intergestores Bipartite do RS, que define que 55% da oferta de consultas especializadas sediadas em Porto Alegre para usuários de Porto Alegre e 45% para os demais municípios do estado, o que reflete também nas parcelas de financiamento do serviço.

Como observamos no presente estudo, dos 18 pacientes provenientes de Porto Alegre, apenas dois apresentaram alguma alteração sistêmica (ambos internados, um para tratamento oncológico e outro de miocardiopatia hipertrófica) que justificaram a realização do procedimento a nível hospitalar. Os outros 89% não referiram alterações e poderiam ser referenciados à atenção secundária presente e estruturada no município.

Ou seja, parece não bastar ter o serviço na rede, se os profissionais que atendem nela, não a conhecem. Para que isso não venha a se repetir, é fundamental a constante atualização dos profissionais que trabalham na atenção primária e que são os responsáveis por esse fluxo do usuário dentro da rede. A possibilidade de

ser atendido mais próximo a sua residência, geralmente com menor tempo de espera e a comunicação facilitada entre os profissionais, são alguns dos fatores que devem levar o paciente ao CEO ao invés de ser encaminhado para atenção hospitalar. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; 2010; MENDES, 2010)

Nos municípios que não possuem nenhum CEO de referência, é importante que os gestores conheçam as suas formas de implantação, bem como a possibilidade de estabelecimento de CEOs regionais para atender as necessidades de cada região de saúde.

Conclusão

Após a avaliação dos critérios descritos acima e o mapa dos CEOs no Rio Grande do Sul pode-se concluir que existem alguns movimentos necessários para a qualificação do fluxo de agendamento do CCA do HCPA e dos sistemas de apoio e logística, do município e do estado, que conduzem os usuários até o CCA do HCPA. Observou-se a necessidade de uma regulação para agendamento dos pacientes antes da indicação destes para o HCPA, bem como, a necessidade de implementação de um modelo de classificação de risco e de protocolos estabelecidos para o agendamento dos procedimentos, sejam estes os sugeridos neste estudo ou outros adaptados a realidade do serviço e pactuado entre os profissionais, uma vez que observa-se nestes um papel fundamental para a real implementação de tais mecanismos de regulação.

Além disso, o estudo trouxe a percepção real de necessidade de ampliação e estruturação da rede que compõe o SUS no estado no que tange à atenção secundária em saúde bucal, bem como a necessidade de qualificação da regulação presente no sistema logístico da rede para que a mesma seja capaz de suprir as necessidades de cada região de saúde e, por fim, a organização do itinerário dos usuários na rede de atenção.

Referências

BRASIL. Presidência da República. Lei federal nº 8.069, de 13 junho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasilia, 1990.

_____. Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. Brasilia, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.464**, 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas(CEO). Brasília, 2011.

_____. **Portaria n. 1.032**, 5 de maio de 2010. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Brasília, 2010a.

_____. **Portaria n 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2010b.

_____. **Portaria n. 600**, 23 de março de 2006a. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília, 2006.

_____. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Caderno de Atenção Básica, n.17)

_____. **Portaria n. 283**, 22 de Fevereiro de 2005 (Republicada em 10 de março de 2005). Antecipa do incentivo financeiro para Centros de Especialidades Odontológicas - CEO em fase de implantação, e dá outras providências. Brasília, 2005.

_____. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Portaria n. 2.048,** de 02 de novembro de 2002. Dispões sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência. Brasília: DOU, 2002

CECCIM, R.B.; CAPOZZOLO, A.A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência. In: MARINS, J.J.N. et al (orgs). **Educação médica em transformação**. São Paulo: Abem/Hucitec, 2004, p.346390.

ERDMANN, A.L.; ANDRADE, S.R.; MELLO, A.LS.F.; et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, 2013, v.21, n.spe.

GONDIM, R. et al.. Organização da atenção. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W.V. (orgs.). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011, p.93-120.

GONZALEZ, M.C.S. et al. Evaluación de los Sistemas de salud en la atención basados primaria de la salud. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, nov 2011, v.30, n.5.

MANUAL de Odontologia Hospitalar, 2012. Disponível em: <http://www.crodf.org.br/novosite/images/pdf/MOH_Manual%20de%20Odontologia%20Hospitalar.pdf>. Acesso em: 22 jun 2014.

MACKAWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency triage**: Manchester Triage Group. 2ed. Paperback, 2006

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. 2010, v.15, n.5, p.2297-2305.

OLIVEIRA, R.C.; CORREA, A.A.; FERREIRA, A.G.; MARQUES, Z.F.A. A reorganização da atenção secundária como estratégia para a garantia da integralidade. In: MAGALHÃES JUNIOR, H.M. (org.). **Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte**: a experiência de 2003 a 2008. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010, p.149-171.

RIO GRANDE DO SUL. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução N. 237**, de 20 de julho de 2011. Porto Alegre, 2011.

SANTOS JÚNIOR, E.A. et al. **Acolhimento com classificação de risco** [online]. Belo Horizonte (MG): Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura de Belo Horizonte-MG. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/AcolhimentoClassificacaodeRiscodasUpasdeBH.pdf>. Acesso em: 23 jun 2014.

SARRETA, F.O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: UNESP/Cultura Acadêmica, 2009.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva**. 2011, v.16, n.6, p.2753-2762.

STRABELLI, T.M.V.; STOLF, N.A.G.; UIP, D.E. Uso prático de um índice de risco de complicações após cirurgia cardíaca. **Arq. Bras. Cardiol**., São Paulo, nov 2008, v. 91, n.5, p.342-347.

SARMENTO JUNIOR, K.M.A.; TOMITA, S.; KOS, A.O.A. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**., São Paulo, jun 2005, v.71, n.3.

CAPITULO 3.4

ROTINAS NA UNIDADE DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAIS: Uma abordagem logística.

Gabriela Luiza Hochscheidt
Deise Ponzoni

Introdução

De acordo com Lima e Barbosa (2001), a organização hospitalar pode ser considerada uma empresa com vários processos de produção altamente interdependentes, cujos produtos se articulam para a produção de um produto final: o diagnóstico e o tratamento do paciente.

Para o desenvolvimento de atividades de atenção à saúde no âmbito hospitalar, a partir de uma adequada organização operacional, é importante que os recursos humanos e a administração financeira estejam aliados a organização dos materiais e logística do serviço. (INFANTE; SANTOS, 2007) Apesar de sua relevância para a operação dos hospitais, a discussão sobre o processo logístico, abastecimento e cadeia de suprimentos em organizações de saúde é pouco relatado na literatura.

No Brasil, a atenção hospitalar é sempre tema de grande debate, devido a complexidade das organizações, onde agregam-se diversas funções de assistência à saúde dentro da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Este é responsável pela maior concentração dos serviços de média e alta complexidade, com grande volume de recursos consumidos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS, 2011)

Diante da necessidade de reorganizar e qualificar a atenção hospitalar no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), a partir da Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. A Gestão Hospitalar foi definida como um dos eixos estruturantes desta política, sendo a administração dos insumos, da infraestrutura, de recursos financeiros e a gestão da força de trabalho direcionados para o cumprimento do papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde.

O Ministério da Educação, visando aprimorar e padronizar as práticas assistenciais e administrativas em todos os hospitais universitários da rede de atenção à saúde no país, implantou, a partir de agosto de 2010, um sistema de gestão hospitalar, o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU).O desenvolvimento do AGHU é parte integrante do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais, instituído a partir do Decreto nº 7082 de 27 de janeiro de 2010, destinado à reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais. O AGHU teve como base o modelo de sucesso AGH, Sistema de Aplicativos para Gestão Hospitalar, desenvolvido pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Em março de 2015, já são 30 hospitais universitários usuários do AGHU.

Além de apoiar a padronização das práticas assistenciais e administrativas dos hospitais universitários federais, o AGHU permite a criação de indicadores nacionais, o que facilitará a criação de programas de melhorias comuns para todos esses hospitais. Ainda, garante agilidade e segurança para os profissionais e pacientes, devido ao acesso facilitado de todas informações do paciente no prontuário on-line, incluindo registro de consultas em diferentes serviços do hospital, exames, procedimentos e cirurgias realizadas, acesso a evolução do paciente internado, prescrições médicas, *Et cetera* (Figura 1). Além disso, este tipo de ferramenta é capaz de propiciar o controle de custos e otimização no planejamento, como demonstrado por Farias et al. (2011).

O AGHU permite também a organização no agendamento de consultas e de procedimentos a serem realizados. Portanto, dentro do sistema, o profissional deve agendar os procedimentos futuros, informando o nome do paciente, tempo cirúrgico, procedimento proposto e diagnóstico pré-operatório, de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID). Figura 1. Diagrama de funções atribuídas ao AGHU.

Fonte: Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é uma empresa pública de direito privado, criada pela Lei 5.604, de 2 de setembro de 1970. Integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tem como missão oferecer serviços assistenciais à população, ser área de ensino para a Universidade e promover a realização de pesquisas científicas e tecnológicas, sendo considerado um centro de referência em assistência, na formação de profissionais e na geração de conhecimentos.

Atualmente, o Hospital de Clínicas ocupa uma área física de 128.339,36 m² e possui uma capacidade instalada de 843 leitos, sendo 87 leitos de Tratamento Intensivo. Conta com 38 salas em Centro Cirúrgico e 121 consultórios ambulatoriais. (Relatório de Gestão HCPA, 2014)

A Unidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais teve aprovada sua criação em 10 de setembro de 1993, conforme Ata 448ª durante a presidência do Dr. Carlos Cézar de Albuquerque. A unidade foi vinculada ao serviço de Cirurgia Geral, e teve como primeira chefia a designação da Profa. Dra. Edela Puricelli.

Para a manutenção e repasse dos recursos financeiros, aos serviços de saúde que prestam atendimento ao Sistema Único de Saúde, é utilizado um instrumento denominado Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos (SIGTAP). Esse sistema contém a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses e Próteses e Materiais de Síntese do SUS, com todas as suas características,

demostrando quais instituições tem habilitações para a execução destes e quais os profissionais habilitados para a realização de cada procedimento.

Um dos fatores que pode estar altamente relacionado com o grande prejuízo pelas instituições credenciadas pelo Sistema Único de Saúde é a falta de conhecimento técnico na área da saúde para avaliar a possibilidade de incremento de outros procedimentos que possam estar sendo subnotificados ou estarem sendo registrados erroneamente. Portanto, como forma de apoio ao profissional gestor da parte financeira da instituição, que não possui conhecimento técnico, torna-se indispensável a presença de profissionais capacitados para a avaliação dos procedimentos realizados, e se possível, a substituição dos códigos deste por outros similares (desde que possível a sua inclusão respeitando os aspectos técnicos e éticos) ou a inclusão de novos procedimentos financiados pelo SUS, ainda não incluídos.

Seguindo um raciocínio de cadeia produtiva dentro de um hospital universitário federal, o profissional agenda no AGHU os procedimentos a serem realizados, de acordo com os procedimentos hospitalares internos habilitados. Com isso, os diversos setores hospitalares, têm acesso a todas as informações referentes ao procedimento proposto por determinada especialidade e para determinado paciente: o setor de faturamento do hospital irá faturar o procedimento indicado, a Central de Material Esterilizado irá preparar os instrumentais necessários para este procedimento e as equipes de enfermagem irão preparar o ambiente cirúrgico adequado com todos os insumos e equipamentos essenciais.

A Central de Material Esterilizado é uma unidade de apoio técnico sob chefia do serviço de enfermagem, que possui grande importância na logística hospitalar, por ser responsável por todo o tratamento e fornecimento dos artigos de uso odonto-médico-hospitalar. (PEZZI; LEITE, 2010) Portanto, é um serviço que deve receber especial atenção dentro da cadeia de produção dos procedimentos cirúrgicos ofertados, visando, ao mesmo tempo, efetividade e redução de custos.

Objetivos

Propor um modelo de reestruturação e reorganização de um processo de produção na Unidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com o intuito de aprimorar a gestão do serviço e otimizar bens e insumos de abastecimento hospitalar, além de servir como um modelo que estimule outras especialidades a aprimorar seus serviços. Especificamente objetiva-se, também, readequação da tabela dos procedimentos cirúrgicos realizados pela Unidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Levantamento e reorganização dos instrumentais da Central de Material Esterilizado disponíveis para a Unidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Desenvolvimento

Para organização deste trabalho, foi realizado, em primeira etapa, o mapeamento de todos os procedimentos que podem ser realizados pela especialidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais, de acordo com o SIGTAP (Quadro 1) e todos os procedimentos hospitalares internos (PHI) cadastrados para a mesma especialidade no HCPA (Quadro 2). Em uma segunda etapa, foi realizada a atualização da lista de procedimentos hospitalares internos da especialidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais no HCPA, a partir da correlação com os procedimentos habilitados no SIGTAP. E, em uma terceira etapa, a correlação dos procedimentos agendados e a especificação dos materiais da Central de Material Esterilizado necessários para cada procedimento.

Primeira etapa

Quadro 1. Procedimentos cirúrgicos habilitados pela especialidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais no SIGTAP.

(continuação)

Código do procedimento	Procedimento	Paga
Sub-grupo: Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa Forma de Organização: Pequenas cirurgias		
04.01.01.005-8	EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	Sim
04.01.01.003-1	DRENAGEM DE ABSCESSO	Não
04.01.01.006-6	EXCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES / FERIMENTOS DE PELE / ANEXOS E MUCOSA	Não
04.01.01.007-4	EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBÁCEO / LIPOMA	Sim
04.01.01.008-2	FRENECTOMIA	Não
04.01.01.010-4	INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO	Sim
Sub-grupo: Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço Forma de Organização: Cirurgia das vias aéreas superiores e do pescoço		
04.04.01.044-0	ANTROSTOMIA DE MAXILA INTRANASAL	Sim
04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÂO ESTÉTICA	Sim

(continuação)

Código do procedimento	Procedimento	Paga
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	Sim
Sub-grupo: Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço Forma de Organização: Cirurgia da face e do sistema estomatognático		
04.04.02.003-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORO-NASAL / ORO-SINUSAL	Sim
04.04.02.005-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	Sim
04.04.02.007-0	RESSECÇÃO DE GLÂNDULA SALIVAR	Sim
04.04.02.008-9	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR	Sim
04.04.02.009-7	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA	Sim
04.04.02.010-0	EXCISÃO EM CUNHA DE LÁBIO	Sim
04.04.02.011-9	EXCISÃO PARCIAL DE LÁBIO COM ENXERTO LIVRE / ROTAÇÃO DE RETALHO	Sim
04.04.02.014-3	GLOSSECTOMIA PARCIAL	Sim
04.04.02.017-8	MAXILECTOMIA PARCIAL	Sim
04.04.02.020-8	LABIOPLASTIA PARA HIPERTROFIA DO LÁBIO	Sim
04.04.02.022-4	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE CAVIDADE ORBITÁRIA	Sim
04.04.02.023-2	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE LÁBIO	Sim
04.04.02.029-1	RESSECÇÃO DO CÔNDILO MANDIBULAR COM OU SEM RECONSTRUÇÃO	Sim
04.04.02.031-3	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE	Sim
04.04.02.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES	Sim
04.04.02.038-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DE OSSOS DA FACE	Sim
04.04.02.039-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PARALISIA FACIAL (SUSPENSÃO DE HEMIFACE)	Sim
04.04.02.042-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SOALHO DA ÓRBITA	Sim
04.04.02.044-5	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM	Sim
04.04.02.045-3	OSTEOTOMIA DA MAXILA	Sim
04.04.02.046-1	OSTEOTOMIA DA MANDIBULA	Sim
04.04.02.047-0	RECONSTRUÇÃO DO SULCO GENGIVO-LABIAL	Sim
04.04.02.048-8	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO-DENTÁRIAS	Sim

(continuação)

04.04.02.049-6	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA UNILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR	Sim
04.04.02.050-0	OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA	Sim
04.04.02.051-8	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA	Sim
04.04.02.052-6	OSTEOSSÍINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR	Sim
04.04.02.053-4	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO NASO-ÓRBITO-ETMOIDAL	Sim
04.04.02.054-2	REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ	Sim
04.04.02.055-0	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA	Sim
04.04.02.056-9	ARTROPLASTIA DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (RECIDIVANTE OU NÃO)	Sim
04.04.02.057-7	REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE	Sim
04.04.02.058-5	REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT I SEM OSTEOSSÍNTESE	Sim
04.04.02.059-3	REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT II, SEM OSTEOSSÍNTESE	Sim
04.04.02.060-7	REDUÇÃO DE FRATURA DA MANDÍBULA SEM OSTEOSSÍINTESE	Sim
04.04.02.061-5	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	Sim
04.04.02.062-3	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA / DENTÁRIA	Sim
04.04.02.063-1	RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO-MANDIBULAR	Sim
04.04.02.064-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANQUILOSE DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	Sim
04.04.02.065-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMA, ODONTOMA / OUTRAS LESÕES ESPECIFICADAS	Sim
04.04.02.066-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO SEM OSTEOSSÍNTESE	Sim
04.04.02.067-4	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO	Sim
04.04.02.070-4	OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO	Sim

(continuação)

Código do procedimento	Procedimento	Paga
04.04.02.071-2	ELEVAÇÃO DO ASSOALHO DO SEIO MAXILAR	Sim
04.04.02.072-0	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA BILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR	Sim
04.04.02.073-9	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DE MANDÍBULA / MAXILA	Sim
04.04.02.077-1	RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA	Sim
04.04.02.078-0	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE MANDÍBULA/MAXILA	Sim
Sub-grupo: Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço Forma de Organização: Anomalia crânio e bucomaxilo facial		
04.04.03.003-3	OSTEOTOMIA DE MAXILA EM PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	Sim
04.04.03.005-0	OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	Sim
04.04.03.006-8	OSTEOPLASTIA DO MENTO COM OU SEM IMPLANTE ALOPLÁSTICO	Sim
04.04.03.007-6	LABIOPLASTIA UNILATERAL EM DOIS TEMPOS	Sim
04.04.03.008-4	ALVEOLOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIOFACIAL	Sim
04.04.03.010-6	PALATOPLASTIA PRIMÁRIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	Sim
04.04.03.012-2	LABIOPLASTIA SECUNDÁRIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	Sim
04.04.03.015-7	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE LÁBIO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	Sim
04.04.03.022-0	IMPLANTE OSTEOINTEGRADO EXTRA-ORAL BUCO-MAXILO-FACIAL	Sim
04.04.03.024-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	Sim
04.04.03.025-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS ORONASAIS EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	Sim

(continuação)

04.04.03.031-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MACROSTOMIA / MICROSTOMIA POR ANOMALIA CRANIOFACIAL	Sim
04.04.03.032-7	OSTEOPLASTIA FRONTO – ORBITAL	Sim
Sub-grupo: Cirurgia do aparelho da visão Forma de Organização: Cavidade orbitária e globo ocular		
04.05.04.005-9	DESCOMPRESSÃO DE ÓRBITA	Sim
04.05.04.015-6	RECONSTITUIÇÃO DE CAVIDADE ORBITÁRIA	Sim
04.05.04.016-4	RECONSTITUIÇÃO DE PAREDE DA ÓRBITA	Sim
Sub-grupo: Cirurgia do aparelho circulatório Forma de Organização: Cirurgia vascular		
04.06.02.013-2	EXCISÃO E SUTURA DE HEMANGIOMA	Sim
04.06.02.014-0	EXCISÃO E SUTURA DE LINFANGIOMA / NEVUS	Sim
Sub-grupo: Cirurgia do sistema osteomuscular Forma de Organização: Gerais		
04.08.06.027-1	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO E RECONSTRUÇÃO C/ ENXERTO	Sim
04.08.06.032-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR	Sim
04.08.06.033-6	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ÓSSEO	Sim
04.08.06.035-2	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO	Sim
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	Sim
04.08.06.039-5	RETIRADA DE PRÓTESE DE SUBSTITUIÇÃO EM PEQUENAS E MÉDIAS ARTICULAÇÕES	Sim
Sub-grupo: Bucomaxilofacial Forma de Organização: Buco-maxilo-facial		
04.14.01.002-7	MOLDAGEM / IMPLANTE EM MUCOSA (POR TRATAMENTO COMPLETO)	Sim
04.14.01.003-5	MOLDAGEM / IMPLANTE EM PELE / MUCOSA (POR TRATAMENTO COMPLETO)	Sim
04.14.01.025-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL / ORO-NASAL	Sim

(continuação)

Código do procedimento	Procedimento	Paga
04.14.01.027-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA CUTÂNEA DE ORIGEM DENTÁRIA	Sim
04.14.01.032-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO DO COMPLEXO MAXILO-MANDIBULAR	Sim
04.14.01.034-5	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR	Sim
04.14.01.036-1	EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO	Sim
04.14.01.037-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DENTE INCLUSO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	Sim
04.14.01.038-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA / EXTRAORAL	Sim
Sub-grupo: Bucomaxilofacial Forma de Organização: Cirurgia oral		
04.14.02.002-2	APICECTOMIA COM OU SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	Sim
04.14.02.003-0	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE)	Sim
04.14.02.004-9	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES	Sim
04.14.02.005-7	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	Sim
04.14.02.006-5	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR	Sim
04.14.02.007-3	CURETAGEM PERIAPICAL	Sim
04.14.02.008-1	ENXERTO GENGIVAL	Sim
04.14.02.009-0	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL	Sim
04.14.02.012-0	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	Não
04.14.02.013-8	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	Não
04.14.02.014-6	EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE	Sim
04.14.02.015-4	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	Sim
04.14.02.016-2	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	Sim
04.14.02.017-0	GLOSSORRAFIA	Não

(conclusão)

04.14.02.020-0	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS	Sim
04.14.02.021-9	ODONTOSSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO	Sim
04.14.02.024-3	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)	Sim
04.14.02.027-8	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)	Sim
04.14.02.029-4	REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES	Sim
04.14.02.036-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TRACIONAMENTO DENTAL	Sim
04.14.02.038-3	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	Não
04.14.02.040-5	ULOTOMIA/ULECTOMIA	Não
04.14.02.041-3	TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	Sim
04.14.02.042-1	IMPLANTE DENTÁRIO OSTEOINTEGRADO	Sim
Sub-grupo: Outras cirurgias Forma de Organização: Sequenciais/Procedimentos cirúrgicos gerais		
04.15.02.004-2	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	Não
04.15.04.002-7	DEBRIDAMENTO DE FASCEITE NECROTIZANTE	Sim

Quadro 2. Relação dos procedimentos da Unidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

(continuação)

PHI	Nome do Procedimento
2231	ARTROCENTESE
832	BIÓPSIA DE BOCA
2040	BIÓPSIA DE LESAO OSSEA DA MAXILA
1582	BIÓPSIA DE MANDIBULA
2052	CIRURGIA DE CISTOS INTRAOSSEOS NA MANDIBULA
2051	CIRURGIA DE CISTOS INTRAOSSEOS NA MAXILA
527	COLOCAÇÃO DE CATÉTER

(continuação)

PHI	Nome do Procedimento
2284	COR. CIR. FRATURA CAVIDADE ORBITÁRIA
2067	CORREÇÃO ATRESIA ALVEOLAR COM ENXERTO ÓSSEO MAXILA
2230	CURATIVO CIRÚRGICO
2034	DENTES RETIDOS LIBERAÇÃO
1418	DRENAGEM DE ABSCESSO
2097	DRENAGEM DE ABSCESSO BUCAL
310	DRENAGEM DE ABSCESSO PÉLVICO
2274	EXCISÃO DE GLANDULAR SALIVAR OU MUCOCELE(P.MOLES)
983	EXÉRESE DE CALCULO SALIVAR
384	EXÉRESE DE CISTO TIREOGLOSSO
516	EXÉRESE DE CORPO ESTRANHO
1211	EXÉRESE DE FIO DE KIRSCHNER INTRAOSSEO
1212	EXÉRESE DE FIO DE KIRSCHNER TRANS OSSEO
1216	EXÉRESE DE HASTE
1213	EXÉRESE DE PARAFUSO
1214	EXÉRESE DE PLACA E PARAFUSO
224	EXÉRESE DE TUMOR
842	EXÉRESE DE TUMOR DE GLÂNDULA SUBMAXILAR
1989	EXÉRESE DE TUMOR DE PALATO
831	EXÈRESE E SUTURA DE LESAO DA BOCA
704	EXÉRESE E SUTURA SIMPLES DE LESAO OU TUMOR
2107	EXÉRESE E SUTURA TUMOR LINGUA
1700	EXÉRESE MATERIAL DE SINTESE
2243	EXTRAÇÃO DE DENTES INCLUSOS OU IMPACTADOS
1825	EXTRAÇÃO DENTARIA
1883	FECHAMENTO DE FÍSTULA
2233	FRENECTOMIA
2064	GLOSSOPLASTIA
316	LAPAROSCOPIA

(conclusão)

314	LAPAROTOMIA EXPLORADORA
2063	MENTOPLASTIA
870	OSTEOPLAS.DE MANDÍBULA PARAPROGNATISMO
872	OSTEOPLAS.P/MICROGNATISMO C/S IMP.SILIC.
2060	OSTEOTOMIA ALVEOLAR MANDIBULA
2059	OSTEOTOMIA ALVEOLAR MAXILA
2062	OSTEOTOMIA DE MANDIBULA
2033	OSTEOTOMIA DE MAXILAR
2061	OSTEOTOMIA TOTAL DA MAXILA
2096	RECONSTRUÇÃO DE SEQUELAS COM ENXERTO MANDIBULA
919	RECONSTRUÇÃO PARCIAL CAVIDADE ORBITARIA
2010	REDUÇÃAO CIRÚURGICA DE FRATURA DE MANDÍBULA
2086	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DE MAXILA LE FORT I
2250	RESSECÇÃO DE TUMOR ODONTOGÊNICO(TECIDO DURO)
1220	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO COM ENXERTIA
285	ROTAÇÃO DE RETALHO
2197	SINUSOTOMIA MAXILAR
863	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO MAXILAR

Segunda etapa

Nesta etapa foi realizada a atualização da lista dos procedimentos hospitalares internos do HCPA, a partir dos procedimentos habilitados para a especialidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais e que recebem financiamento do Sistema Único de Saúde. Esta nova relação de procedimentos foi desenvolvida por especialistas da área de atuação em questão. Após sua execução, serão firmadas reuniões junto aos setores administrativos e de faturamento do HCPA, permitindo viabilizar sua adequação dentro do sistema AGHU, disponibilizando assim, a nova relação de procedimentos para os diferentes setores do hospital envolvidos no processo de produção dos procedimentos cirúrgicos realizados.

A seguir estão dispostos a relação dos procedimentos realizados no HCPA para a especialidade referida com os procedimentos do SIGTAP

Quadro 3. Relação dos procedimentos realizados no HCPA para a especialidade referida com os procedimentos do SIGTAP

Procedimento HCPA	**BIÓPSIA**		
Código do procedimento	**Procedimento**	**Complexidade**	**Modalidade**
04.01.01.005-8	EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	Média	Ambulatorial/ Hospitalar
04.01.01.007-4	EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBÁCEO / LIPOMA	Média	Ambulatorial
04.04.02.009-7	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA	Média	Ambulatorial/ Hospitalar
04.04.02.077-1	RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.010-0	EXCISÃO EM CUNHA DE LÁBIO	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.011-9	EXCISÃO PARCIAL DE LÁBIO COM ENXERTO LIVRE / ROTAÇÃO DE RETALHO	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.06.02.013-2	EXCISÃO E SUTURA DE HEMANGIOMA	Média	Ambulatorial
04.06.02.014-0	EXCISÃO E SUTURA DE LINFANGIOMA / NEVUS	Média	Ambulatorial

Procedimento HCPA	**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DENTES RETIDOS**		
Código do procedimento	**Procedimento**	**Complexidade**	**Modalidade**
04.14.02.021-9	ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.14.02.027-8	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.14.02.036-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TRACIONAMENTO DENTAL	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.045-3	OSTEOTOMIA DA MAXILA	Alta	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.046-1	OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA	Alta	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.14.01.037-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DENTE INCLUSO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	Alta	Ambulatorial

(continuação)

Procedimento HCPA	**TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES DO COMPLEXO BUCO-MAXILO-FACIAL**		
Código do procedimento	**Procedimento**	**Complexidade**	**Modalidade**
04.01.01.005-8	EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	Média	Ambulatorial/ Hospitalar
04.01.01.007-4	EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBÁCEO / LIPOMA	Média	Ambulatorial

(conclusão)

Procedimento HCPA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES DO COMPLEXO BUCO-MAXILO-FACIAL		
04.04.02.010-0	EXCISÃO EM CUNHA DE LÁBIO	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.011-9	EXCISÃO PARCIAL DE LÁBIO COM ENXERTO LIVRE / ROTAÇÃO DE RETALHO	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.065-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMA, ODONTOMA / OUTRAS LESÕES ESPECIFICADAS	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.077-1	RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.08.06.027-1	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO E RECONSTRUÇÃO C/ ENXERTO	Alta	Hospitalar
04.04.02.014-3	GLOSSECTOMIA PARCIAL	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.017-8	MAXILECTOMIA PARCIAL	Média	Hospitalar
04.04.02.045-3	OSTEOTOMIA DA MAXILA	Alta	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.046-1	OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA	Alta	Hospitalar/ Hospital Dia
04.06.02.013-2	EXCISÃO E SUTURA DE HEMANGIOMA	Média	Ambulatorial
04.06.02.014-0	EXCISÃO E SUTURA DE LINFANGIOMA / NEVUS	Média	Ambulatorial

(continuação)

Procedimento HCPA	CIRURGIA PARA-PROTÉTICA		
Código do procedimento	**Procedimento**	**Complexidade**	**Modalidade**
04.04.02.047-0	RECONSTRUÇÃO DO SULCO GENGIVO-LABIAL	Média	Hospitalar/ Hospital Dia

(continuação)

04.04.02.071-2	ELEVAÇÃO DO ASSOALHO DO SEIO MAXILAR	Alta	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.073-9	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DE MANDÍBULA / MAXILA	Alta	Hospitalar
04.04.02.003-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORO-NASAL / ORO-SINUSAL	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.14.01.002-7	MOLDAGEM / IMPLANTE EM MUCOSA (POR TRATAMENTO COMPLETO)	Alta	Hospitalar
04.14.01.003-5	MOLDAGEM / IMPLANTE EM PELE / MUCOSA (POR TRATAMENTO COMPLETO)	Alta	Hospitalar
04.14.02.003-0	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE)	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.14.02.004-9	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.14.02.005-7	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.14.02.006-5	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.14.02.014-6	EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.14.02.015-4	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.14.02.016-2	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.14.02.029-4	REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.14.02.042-1	IMPLANTE DENTÁRIO OSTEOINTEGRADO	Alta	Ambulatorial

(conclusão)

Procedimento HCPA	CIRURGIA PARA-PROTÉTICA		
04.14.02.009-0	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.14.02.008-1	ENXERTO GENGIVAL	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia

Procedimento HCPA	CIRURGIA PARENDODÔNTICA		
Código do procedimento	**Procedimento**	**Complexidade**	**Modalidade**
04.14.02.002-2	APICECTOMIA COM OU SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.14.02.007-3	CURETAGEM PERIAPICAL	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia

(continuação)

Procedimento HCPA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS CISTOS DO COMPLEXO BUCO-MAXILO-FACIAL		
Código do procedimento	**Procedimento**	**Complexidade**	**Modalidade**
04.04.02.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.14.01.032-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO DO COMPLEXO MAXILO-MANDIBULAR	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.14.01.036-1	EXÉRESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia

(conclusão)

04.14.02.020-0	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.045-3	OSTEOTOMIA DA MAXILA	Alta	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.046-1	OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA	Alta	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.005-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	Média	Ambulatorial/ Hospitalar
04.04.02.038-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DE OSSOS DA FACE	Média	Hospitalar
04.14.01.027-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA CUTÂNEA DE ORIGEM DENTÁRIA	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.14.01.038-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA / EXTRAORAL	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.15.04.002-7	DEBRIDAMENTO DE FASCEITE NECROTIZANTE	Média	Hospitalar

(continuação)

Procedimento HCPA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR		
Código do procedimento	**Procedimento**	**Complexidade**	**Modalidade**
04.04.02.029-1	RESSECÇÃO DO CÔNDILO MANDIBULAR COM OU SEM RECONSTRUÇÃO	Média	Hospitalar
04.04.02.056-9	ARTROPLASTIA DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (RECIDIVANTE OU NÃO)	Média	Hospitalar/ Hospital Dia

(conclusão)

Procedimento HCPA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR		
04.04.02.061-5	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.064-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANQUILOSE DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	Alta	Hospitalar/ Hospital Dia
04.08.06.039-5	RETIRADA DE PRÓTESE DE SUBSTITUIÇÃO EM PEQUENAS E MÉDIAS ARTICULAÇÕES	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.08.06.032-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR	Média	Hospitalar/ Hospital Dia

(continuação)

Procedimento HCPA	RECONSTRUÇÃO DO COMPLEXO BUCO-MAXILO-FACIAL		
Código do procedimento	**Procedimento**	**Complexidade**	**Modalidade**
04.04.02.011-9	EXCISÃO PARCIAL DE LÁBIO COM ENXERTO LIVRE / ROTAÇÃO DE RETALHO	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.022-4	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE CAVIDADE ORBITÁRIA	Alta	Hospitalar
04.04.02.023-2	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE LÁBIO	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.042-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SOALHO DA ÓRBITA	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.047-0	RECONSTRUÇÃO DO SULCO GENGIVO-LABIAL	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.067-4	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/
04.04.02.071-2	ELEVAÇÃO DO ASSOALHO DO SEIO MAXILAR	Alta	Hospitalar/ Hospital Dia

(conclusão)

04.04.02.073-9	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DE MANDÍBULA / MAXILA	Alta	Hospitalar
04.04.02.078-0	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE MANDÍBULA/MAXILA	Alta	Hospitalar
04.04.03.032-7	OSTEOPLASTIA FRONTO - ORBITAL	Alta	Hospitalar
04.05.04.005-9	DESCOMPRESSÃO DE ÓRBITA	Alta	Hospitalar/ Hospital Dia
04.05.04.015-6	RECONSTITUIÇÃO DE CAVIDADE ORBITÁRIA	Alta	Hospitalar/ Hospital Dia
04.05.04.016-4	RECONSTITUIÇÃO DE PAREDE DA ÓRBITA	Alta	Hospitalar/ Hospital Dia
04.14.02.009-0	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.14.02.042-1	IMPLANTE DENTÁRIO OSTEOINTEGRADO	Alta	Ambulatorial

(continuação)

Procedimento HCPA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO TRAUMA BUCO-MAXILO-FACIAL		
Código do procedimento	**Procedimento**	**Complexidade**	**Modalidade**
04.01.01.005-8	EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	Média	Ambulatorial/ Hospitalar
04.04.02.044-5	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.05.04.005-9	DESCOMPRESSÃO DE ÓRBITA	Alta	Hospitalar/ Hospital Dia
04.14.02.024-3	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.048-8	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO-DENTÁRIAS	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia

(continuação)

Procedimento HCPA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO TRAUMA BUCO-MAXILO-FACIAL		
04.04.02.049-6	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA UNILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR	Média	Hospitalar
04.04.02.050-0	OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA	Média	Hospitalar
04.04.02.051-8	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.052-6	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR	Média	Hospitalar
04.04.02.053-4	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO NASO-ÓRBITO-ETMOIDAL	Média	Hospitalar
04.04.02.054-2	REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.055-0	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA	Média	Hospitalar
04.04.02.057-7	REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.058-5	REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT I SEM OSTEOSSÍNTESE	Média	Hospitalar
04.04.02.059-3	REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT II, SEM OSTEOSSÍNTESE	Média	Hospitalar
04.04.02.060-7	REDUÇÃO DE FRATURA DA MANDÍBULA SEM OSTEOSSINTESE	Média	Hospitalar
04.04.02.062-3	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA / DENTÁRIA	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia

(conclusão)

04.04.02.063-1	RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO-MANDIBULAR	Média	Ambulatorial
04.04.02.066-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO SEM OSTEOSSÍNTESE	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.067-4	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO	Média	Ambulatorial/ Hospitalar
04.04.02.070-4	OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO	Média	Hospitalar
04.04.02.072-0	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA BILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR	Alta	Hospitalar

(continuação)

Procedimento HCPA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS DEFORMIDADES BUCO-MAXILO-FACIAIS		
Código do procedimento	**Procedimento**	**Complexidade**	**Modalidade**
04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÂO ESTÉTICA	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.014-3	GLOSSECTOMIA PARCIAL	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.020-8	LABIOPLASTIA PARA HIPERTROFIA DO LÁBIO	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.039-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PARALISIA FACIAL (SUSPENSÃO DE HEMIFACE)	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.042-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SOALHO DA ÓRBITA	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.045-3	OSTEOTOMIA DA MAXILA	Alta	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.046-1	OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA	Alta	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.03.003-3	OSTEOTOMIA DE MAXILA EM PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	Média	Hospitalar

(continuação)

Procedimento HCPA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS DEFORMIDADES BUCO-MAXILO-FACIAIS		
04.04.03.005-0	OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	Alta	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.03.006-8	OSTEOPLASTIA DO MENTO COM OU SEM IMPLANTE ALOPLÁSTICO	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.03.007-6	LABIOPLASTIA UNILATERAL EM DOIS TEMPOS	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.03.008-4	ALVEOLOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIOFACIAL	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.03.010-6	PALATOPLASTIA PRIMÁRIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	Alta	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.03.012-2	LABIOPLASTIA SECUNDÁRIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	Alta	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.03.015-7	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE LÁBIO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	Alta	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.03.022-0	IMPLANTE OSTEOINTEGRADO EXTRA-ORAL BUCO-MAXILO-FACIAL	Alta	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.03.024-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	Alta	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.03.025-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS ORONASAIS EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	Alta	Hospitalar/ Hospital Dia

(conclusão)

04.04.03.031-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MACROSTOMIA / MICROSTOMIA POR ANOMALIA CRANIOFACIAL	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.03.032-7	OSTEOPLASTIA FRONTO - ORBITAL	Alta	Hospitalar

Procedimento HCPA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLÂNDULAS SALIVARES		
Código do procedimento	**Procedimento**	**Complexidade**	**Modalidade**
04.04.02.007-0	RESSECÇÃO DE GLÂNDULA SALIVAR	Média	Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.008-9	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.14.01.034-5	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia

(continuação)

Procedimento HCPA	REMOÇÃO DE MEIOS DE OSTEOSSÍNTESE/ODONTOSSÍNTESE		
Código do procedimento	**Procedimento**	**Complexidade**	**Modalidade**
04.04.02.031-3	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.062-3	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA / DENTÁRIA	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.04.02.063-1	RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO-MANDIBULAR	Média	Ambulatorial
04.08.06.033-6	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ÓSSEO	Média	Hospitalar/ Hospital Dia

(conclusão)

Procedimento HCPA	REMOÇÃO DE MEIOS DE OSTEOSSÍNTESE/ODONTOSSÍNTESE		
04.08.06.035-2	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO	Média	Ambulatorial/ Hospitalar/ Hospital Dia
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	Média	Hospitalar/ Hospital Dia

Procedimento HCPA	TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS		
Código do procedimento	**Procedimento**	**Complexidade**	**Modalidade**
04.14.02.041-3	TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	Média	Hospitalar/ Hospital Dia

Terceira etapa

Esta etapa foi executada com o apoio da equipe de Enfermagem responsável pela Central de Material Esterilizado (CME) do HCPA, onde então, foi realizada a relação e descrição de todos os instrumentais disponíveis para a especialidade, para posterior adequação e redistribuição em três diferentes bandejas de instrumentais (APÊNDICE A), de maneira a suprirem de forma completa e efetiva os diferentes procedimentos cirúrgicos realizados pela Unidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais, já de acordo com os procedimentos agendados, segundo a nova relação dos procedimentos hospitalares internos proposta.

Considerações Finais

A execução deste trabalho resulta na proposta de restruturação e reorganização de rotinas de cirurgia junto à Unidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A implementação da proposta resultará em valorização dos serviços prestados, caracterizada pelo adequado faturamento dos procedimentos, pela otimização na utilização de bens e insumos e pela possibilidade de fidelidade no registro de indicadores de produtividade pela especialidade.

Ao analisarmos o quadro 2, podemos observar que há uma escassa correlação com os procedimentos do quadro 1, que são habilitados para a especialidade e que recebem financiamento do Sistema Único de Saúde. Muitos dos procedimentos estão defasados e equivocados, no que se refere à atuação da própria especialidade.

As propostas sugeridas já possuem ciência do setor administrativo e do Centro de Material Esterilizado do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Após a finalização deste trabalho, serão firmadas reuniões para a discussão e implementação da nova lista de procedimentos e para reorganização das bandejas de instrumentais cirúrgicos da equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais. O tempo previsto para a incorporação das novas rotinas é de 6 a 12 meses.

A proposta pode ainda, contribuir para uma evolução nos padrões de pensamento e no comportamento dos profissionais da saúde pública no Brasil. A introdução de novos conceitos e abordagens no seu processo de trabalho, permite não só o controle de suas ações, mas também a participação em decisões administrativas que envolvam a distribuição de recursos. Essa movimentação dinamiza um problema relevante no Brasil, a demanda crescente nos gastos e a pouca oferta de recursos.

Os processos gerenciais devem contar com intensa comunicação e negociação entre os grupos internos, visto que o poder nas organizações de saúde é compartilhado, e os profissionais de saúde têm importante papel na dinâmica do serviço ao qual estão inseridos. Portanto, o grande desafio das instituições é a integração entre a estrutura administrativa e os profissionais de saúde, no sentido de garantir a integração dos profissionais com os objetivos organizacionais do serviço (AZEVEDO, 1995), assegurando processos de produção mais eficientes e atuações conjuntas na resolução de problemas. (LIMA; BARBOSA, 2001) Durante a execução deste trabalho, não foram observadas dificuldades de adesão das equipes envolvidas, o que reforça a percepção dos profissionais dos diferentes setores hospitalares quanto a necessidade de reestruturação das rotinas da unidade.

Este primeiro projeto de desenvolvimento proposto, agrega contribuições para a Unidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. No entanto a iniciativa pode ser aplicada em qualquer local onde se faça atenção hospitalar, servindo como sugestão de um modelo de reorganização para as diferentes especialidades presentes nos hospitais de todo o país e que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde.

Referências

AZEVEDO, C.S. Gestão hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, jul./set. 1995, v.29, n.3, p.33-58.

BRASIL. Presidência da Republica. **Decreto n. 7.082**, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 8 set. 1970. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm>. Acesso em: 05 abr 2015.

_____. **Lei n. 5.604**, de 2 de setembro de 1970. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública "Hospital de Clínicas de Porto Alegre" e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 8 set. 1970. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5604.htm>. Acesso em: 11 abr 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. **Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários**. 2009. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16699>. Acesso em: 02 abr 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria n. 3.390**, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo- se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 30 dez. 2013. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html> Acesso em: 10 mai. 2015.

_____. **SIGTAP** – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. 2007. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br>. Acesso em: 3 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília, 2011. v.3.

FARIAS, J.S. et al. Adoção de prontuário eletrônico do paciente em hospitais universitários de Brasil e Espanha: a percepção de profissionais de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, out 2011, v.45, n.5, p.1303-1326.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Implantação AGHU**. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/AGHU3/Documentacao/folder-aghu.pdf>. Acesso em: 02 abr 2015.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Institucional.** Disponível em: <https://www.hcpa.ufrgs.br>. Acesso em: 11 abr 2015.

INFANTE, M.; SANTOS, M.A.B. A organização do abastecimento do hospital público a partir da cadeia produtiva: uma abordagem logística para a área de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, AGO 2007, v.12, n.4, p.945-954.

LIMA, S.M.L.; BARBOSA, P.R. Planejamento e inovação gerencial em um hospital público: o caso do Hospital Municipal Salgado Filho (SMS/RJ). **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, MAI/JUN 2001, v.35, n.3, p.37-76.

PEZZI, M.C.S; LEITE, J.L. Investigação em Central de Material e Esterilização utilizando a Teoria Fundamentada em Dados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, jun 2010, v.63, n.3, p.391-396.

APÊNDICE A

BANDEJA BUCO FACIAL Nº1

(continuação)

QUANTIDADE	INSTRUMENTAL	TAMANHO
02	CUBA REDONDA (pedir +1)	13 CM
08	PINÇA BACKAUS	13 CM
01	CABO DE BISTURI	N 3
01	PINÇA ADSON S/D	12 CM
01	PINÇA ADSON C/D	12 CM
01	PINÇA POTTS SMITH C/D	18 CM
01	PINÇA DISSECÇÃO S/D	14 CM
01	PINÇA DISSECÇÃO C/D	14CM
02	AFASTADOR FARABEUF	PEQUENO
02	AFASTADOR FARABEUF	MEDIO
01	CABO P/SERRA DE GIGLI	
01	SERRA DE GIGLI	
02	ELEVADOR ESTREITO LANGENBECK	20CM
03	AFASTADOR DA BUCO TERRY	

(continuação)

QUANTIDADE	INSTRUMENTAL	TAMANHO
04	AFASTADOR LANGENBECK	22CM
02	AFASTADOR TIPO LOVE C/EXTREMIDADES PERFURADAS	19CM
02	ELEVADOR DE PERIOSTEO CV/RT	
01	LEGRA DE JOSEPH	16,5CM
01	DESCOLADOR FREE	19CM
01	OSTEÓTOMO OBWEGESER CABO	
01	OSTEÓTOMO RETO	15CM
01	ODONTOSCÓPIO (ESPELHO)	N4
01	ABAIXADOR DE LÍNGUA BRUENINGS	18CM
01	SERINGA DE CARPULE	
01	ESPÉCULO KILLIAN	N2
01	SACABOCADO LUER CV	15CM
01	ASPIRADOR FREIZER CV	N8
01	ASPIRADOR FREIZER CV	N10
01	ASPIRADOR FREIZER CV	N12
01	PINÇA CRILLE RT	14CM
08	PINÇA HALSTEAD CV	12 CM
02	PINÇA CRILLE CV	14 CM
02	PINÇA CRILLE CV	16CM
01	PINÇA FOESTER RT	20 CM
01	PINÇA MIXTER DELICADA	20 CM
01	PORTA AGULHA	14 CM
01	PORTA AGULHA CORONÁRIA	20 CM
01	TESOURA DE IRIS CV DELIKAT	10,5CM
01	TESOURA DE IRIS CV RR DURACORTE	10,5CM

(conclusão)

01	TESOURA P/FIO UNIVERSAL	12CM
01	TESOURA METZMBAUM CV	15CM
01	TESOURA STANDART RT	16CM
01	TESOURA METZEMBAUM RT	20CM
01	RUGINA	20CM
01	MARTELO	250gr
02	AFASTADORES GILES	
01	SINDESMÓTOMO TENAX INOX	
01	ENXADA APICAL RT	Nº 1
01	ESCULPIDOR DUPLO GOLGRAN	Nº 3
01	LIMA DE MULLER	Nº 2
01	COLHER DE DENTINA	

BANDEJA BUCO FACIAL Nº2

(continuação)

QUANTIADE	INSTRUMENTAL	TAMANHO
03	CUBA REDONDA	13 CM
08	PINÇA BACKAUS	
01	CABO DE BISTURI	N 3
01	PINÇA ADSON S/D	12 CM
01	PINÇA ADSON C/D	12 CM
01	PINÇA DISSECÇÃO S/D	14 CM
01	PINÇA DISSECÇÃO C/D	14 CM
01	PINÇA DISSECÇÃO S/D	16CM
02	AFASTADOR FARABEUF	MÉDIO
06	PINÇA HALSTEAD CV	12CM
01	PINÇA MIXTER	20CM

(conclusão)

QUANTIDADE	INSTRUMENTAL	TAMANHO
01	PORTA AGULHA RYDER	13CM
01	PORTA AGULHA MAYO HEGAR	16CM
01	PORTA AGULHA CORONÁRIA	17CM
03	AFASTADOR DA BUCO TERRY	
03	AFASTADOR LANGENBECK	
01	TESOURA P/FIO DE AÇO UNIVERSAL	12CM
01	TESOURA MAYO RT	17CM
01	TESOURA IRIS RT DURACORTE	10CM
01	TESOURA METZEMBAUN RT	15CM
01	TESOURA METZEMBAUM CV	15CM
01	TESOURA BEE-BEE	10CM
01	DESCOLADOR FREE	19CM
01	PINÇA FOESTER RT	20CM
06	OSTEÓTOMO	P,M,G
01	ABAIXADOR DE LINGUA	
01	SINDESMÓTOMO TENAX	
02	ELEVADOR DE PERIÓSTEO CV,RT	
01	MARTELO	15CM
01	ASPIRADOR FREIZER	N8
01	ASPIRADOR FREIZER	N10
01	ASPIRADOR FREIZER	N12
01	SACABOCADO	
01	RUGINA	
06	PINÇA CRILLE RT	14CM
02	PINÇA CRILLE CV	14 CM
02	PINÇA CRILLE CV	16CM
01	ESCAVADOR DJ DUFLEX	
01	SERRA DE GIGLI	
01	CABO P/SERRA DE GIGLI	
01	SERINGA DE CARPULE	
01	ESPÉCULO KILLIAN	N2
01	PINÇA POTTS SMITH C/D	18 CM
01	ENXADA APICAL RT	

BANDEJA BUCO FACIAL Nº3

(continuação)

QUANTIDAE	INSTRUMENTAL	TAMANHO
03	CUBA REDONDA	
08	PINÇA BACKAUS	
02	CABOS DE BISTURI	Nº 3
06	PINÇA HALSTEAD CV	12 CM
06	PINÇA CRILLE RT	14CM
01	ALVEOLÓTOMO (SACABOCADO)	
01	TESOURA IRIS RT	
01	TESOURA IRIS CV	
01	TESOURA BEE-BEE	
01	TESOURA METZEMBAUM RT	18 CM
01	TESOURA METZEMBAUM CV	19 CM
01	TESOURA METZEMBAUM CV	15 CM
01	PORTA AGULHA MAYO HEGAR C/ VIDEA	14 CM
01	PORTA AGULHA RYDER	12 CM
01	ABAIXADOR DE LÍNGUA BRUENUNGS	
01	ASPIRADOR FRAZIER COM MANDRIL	Nº 12
01	PINÇA ADSON C/ DENTE	
01	PINÇA ADSON S/ DENTE	
01	ODONTOSCÓPIO K4 (PEÇA C/ ESPELHO REDONDO)	
01	PORTA AGULHA FIO DE AÇO	18 CM
02	SINDESMÓTOMO TENAX INOX	
01	ENXADA APICAL DENT’ART INOX	Nº 2
01	ALAVANCA APICAL RT	Nº 1
01	ALAVANCA APICAL RT DENT’ART	
01	ALAVANCA APICAL RT	S/ REF
01	CURETA PERIDONTAL	Nº 12
01	ELEVADOR DE PERIÓSTEO TENAX	
01	LIMA DE MULLER	Nº 12
01	FÓRCEPS EDLO STANLESS	

(conclusão)

QUANTIDAE	INSTRUMENTAL	TAMANHO
01	FÓRCEPS GRAV. MADE IN U.S. OF A	Nº 203
01	SONDA EXPLORADORA	
01	ESCULPITOR ICE-MOCAR 2	
02	AFASTADOR DE LANGEMBECK	
03	AFASTADOR DE OBWEGESER	
01	AFASTADOR DE RAMO	
01	MARTELO	
01	ESPÉCULO NASAL	
02	AFASTADOR DE SENN MULLER	
02	AFASTADOR DE GILLIES	
01	GANCHO	
01	ESPÁTULA FLEXÍVEL	
02	AFASTADOR DE FARABEUF	
02	PINÇA KOCHER	
01	FORMÃO DE SEPTO NASAL	
02	RUGINA	
01	LUNATEX	
01	CURETA	
02	DESCOLADOR DE RASPA CV	
01	ADAPTER	
01	DESCOLADOR DE OBWEGESER	
01	ESPÁTULA 3 S	
01	LEGRA	
02	DESCOLADOR ELEGANTE	
01	PINÇA POTTES SMITH	
03	FORMÃO CV	
05	FORMÃO RT	

CAPITULO 3.5

TRAJETÓRIA DOS USUÁRIOS PARA O ACESSO AO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS UNIVERSITÁRIO.

Aline Stürmer Rech
Juliano Cavagni
Juliana Balbinot Hilgert

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de uma rede de atenção funciona no Brasil de forma a oferecer uma assistência integralizada aos usuários. Dessa forma, busca-se a horizontalidade nas relações entre os pontos de atenção para que se consiga ofertar tanto a recuperação da saúde do indivíduo quanto a promoção e prevenção da mesma. (ERDMANN et al., 2013)

A porta de entrada dos pacientes ao sistema deve se fazer por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou das Equipes de Saúde da Família (ESF) que constituem a Atenção Primária à Saúde. (SALIBA et al., 2013) A atenção primária é o nível de atenção que oferece a principal entrada no sistema, aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferece serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar, além de coordenar ou integrar a atenção fornecida em outros níveis do sistema de saúde. (STARFIELD, 2002)

Dentro da atenção secundária estão os serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária. (ERDMANNET al., 2013) Existe uma necessidade de organização da demanda de usuários do serviço, visando a diminuição de filas e do tempo de espera por consulta, economia de recursos, otimização e melhoria na qualidade do serviço. (SALIBA et al., 2013)

Compete à gestão municipal definir os serviços disponíveis, para os níveis de maior complexidade, na sua região, sendo que os pacientes com necessidades de tratamento especializado são encaminhados através de referência e contra referência para que haja uma continuidade das ações. (DUARTE et al., 2008)

Em um estudo descritivo retrospectivo em uma unidade de emergência de Alagoas no ano de 2008, Duarte et al. observaram que 75% dos pacientes não dispunham de qualquer ação de prevenção e promoção à saúde desenvolvidas no seu bairro ou proximidades. Constataram ainda que 90% dos pacientes entrevistados recorreram imediatamente à unidade de emergência da atenção terciária, sem ter passado pela atenção primária anteriormente. Os autores apontam que existe uma grande necessidade de reorganização do sistema de saúde diante da complexidade dos fatores associados à trajetória tortuosa e penosa dos pacientes estudados. (DUARTE et al., 2008)

No âmbito da saúde bucal, o programa Brasil Sorridente tem como uma de suas linhas de ação a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, para garantir a atenção secundária aos pacientes odontológicos. Desse modo os CEOs funcionam como referência para a Atenção Primária, ofertando minimamente as especialidades: periodontia; endodontia; atendimento a pacientes com necessidades especiais; diagnóstico de patologias bucais com ênfase na detecção do câncer de boca; e cirurgias orais menores. (GOES et al., 2012) O Conselho Federal de Odontologia afirma que desde janeiro de 2014 o país conta com mil CEOs, distribuídos em 808 municípios brasileiros. (CFO, 2014)

O estudo de Susin et al. em 2004 mostra que a população brasileira possui uma alta prevalência de perda de inserção e que seria muito importante a criação de programas de prevenção e promoção de saúde dirigidas a grupos de alto risco para controlar a alta ocorrência de perda de inserção nessa população.

Em relação ao tratamento periodontal realizado nos CEOs é importante definir que as doenças periodontais são infecto-inflamatórias causadas por micro-organismos que podem colonizar tanto o ambiente supra quanto o subgengival. Uma das doenças mais comuns nesse contexto são as periodontites crônicas, caracterizadas clinicamente por sangramento à sondagem, perda de inserção periodontal e do osso alveolar. Em casos mais graves pode ocorrer exposição de furca, mobilidade dentária e eventual perda do dente. (LINDHE, 2010) É de extrema importância o controle dessas doenças, visto que além da possibilidade de perdas dentárias há evidências epidemiológicas de associações entre infecções periodontais e consequências sistêmicas como, por exemplo, piora no controle glicêmico e doenças cardiovasculares. (NUTO et al., 2007)

O tratamento periodontal se relaciona com alguns temas como, por exemplo, os estudados por Nuto et al. em 2007 que são: as causas da doença, motivação para o autocuidado, substâncias utilizadas no autocuidado, caráter crônico da doença e procura pelo serviço. Fazendo uma analogia com a dependência de drogas e álcool, a periodontite também é uma doença crônica, recorrente, que tem relação à vulnerabilidade biológica do paciente e que o tratamento depende da adesão do doente. Por isso são elevados os números de recaídas, abandonos, evasões e

retornos aos serviços. (SCHNEIDER, 2010) Chaves et al. em 2011 analisaram quatro CEOs do estado da Bahia quanto a oferta e a utilização dos serviços odontológicos especializados e tiveram como resultado taxas muito baixas de utilização conforme o padrão proposto pela *Portaria GM nº. 1.101/2002* do Ministério da Saúde. Os autores concluíram que essas baixas taxas de utilização podem estar relacionadas às barreiras de acesso do próprio serviço de saúde, como a falta de um sistema de lista de espera automática para substituição de faltosos e que a implantação de protocolos bem discutidos e definidos podem melhorar este acesso. (CHAVES et al., 2011)

A análise descritiva do estudo de Goes et al. em 2012, que envolveu 613 CEOs em todo o Brasil, mostrou que na especialidade Periodontia, os CEOs da macrorregião Sul obtiveram o menor percentual (37,1%) de cumprimento do indicador "Cumprimento Global de Metas dos CEO". Utilizando este mesmo indicador, um estudo de Figueiredo e Goes em 2009 na Bahia estudou 22 Centros de Especialidades Odontológicas e observaram que 68,2% cumpriram a meta do subgrupo periodontia. (GOES et al., 2012; FIGUEIREDO; GOES, 2009) Saliba et al. (2013) realizaram um estudo descritivo avaliando a organização da demanda de um CEO do município de Penápolis no estado de São Paulo. Foi observado que na especialidade de Periodontia existe uma alta desistência do tratamento (43,23%) e que o tempo de espera do dia do encaminhamento da Atenção Primária até a data da primeira consulta na Atenção Secundária foi em média de 23 dias.

No âmbito dos CEOs do Rio Grande do Sul, a evidência sobre as características destes ainda é escassa. Em um estudo que avaliou o perfil dos Coordenadores e Cirurgiões Dentistas dos CEOs do Rio Grande do Sul mostrou que as relações de trabalho foram julgadas positivamente, com exceção do aspecto salarial e do dimensionamento da equipe de auxiliares em saúde bucal. O grau de satisfação com o trabalho nos CEOs foi alto, mostrando uma relação positiva entre os profissionais e destes com seu ambiente de trabalho. (FRICHEMBRUDER et al., 2011)

Diante do exposto a compreensão da trajetória dos pacientes diagnosticados com doenças periodontais dentro do sistema único de saúde se faz necessária, a medida que, de posse destes dados, será possível estabelecer estratégias apropriadas de referência/contra-referência diminuindo o número de abandonos e, com isso, a necessidade de novas intervenções.

Objetivo

Descrever o perfil sociodemográfico e comportamental; os locais que referenciaram; a trajetória e o grau de satisfação dos pacientes que são atendidos no CEO de Periodontia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul do município de Porto Alegre.

Metodologia

Foi usada uma abordagem quantitativa, descritiva, através de um questionário estruturado aplicado aos pacientes atendidos no CEO de periodontia da Faculdade de Odontologia (FO) da UFRGS. O questionário foi baseado em perguntas sobre a trajetória do paciente diagnosticado com doença periodontal na atenção primária até a chegada à atenção secundária, incluindo seu histórico de tratamentos anteriores.

Foram coletados dados dos pacientes atendidos no período de março a maio de 2015 no CEO de Periodontia da UFRGS que tinham sido encaminhados através da atenção primária do SUS, quer seja UBS ou ESF dos seus municípios ou através da própria FO.

Critérios de inclusão

- Pacientes em tratamento periodontal na clínica do CEO de Periodontia UFRGS e que aceitem participar da pesquisa, firmando sua decisão através da assinatura do termo de consentimento;
- Ter no mínimo 18 anos de idade.

Os dados foram coletados nas dependências do CEO de Periodontia da FOUFRGS, em dias úteis, de acordo com o ingresso dos pacientes que estavam dentro dos critérios de inclusão da pesquisa. A coleta foi realizada por um único examinador devidamente treinado para a aplicação do questionário.

O questionário foi dividido nos seguintes itens:

I) Perfil do Paciente: neste item foram feitas perguntas sobre sexo, idade, renda e escolaridade.

II) Locais que referenciaram os pacientes ao CEO de Periodontia da UFRGS: neste item foram realizadas perguntas sobre os locais de referenciamento e tempo de espera para a primeira consulta no CEO.

III) Trajetória dos Pacientes: neste item os pacientes foram questionados sobre tratamentos anteriores e os objetivos com o tratamento atual.

IV) Grau de satisfação dos usuários: questões sobre a satisfação dos usuários com o tratamento atual.

As variáveis analisadas foram: motivações que influenciaram o tratamento; eficiência na inter-relação entre atenção primária e atenção secundária; situações que interferem na decisão de continuidade do tratamento; mudanças comportamentais relacionadas no primeiro e último tratamento; consumo de tratamentos especializados em periodontia no SUS, por paciente; prevalência de abandono no primeiro tratamento.

A consistência da entrevista foi melhorada através do treinamento do entrevistador e padronização de procedimentos. O entrevistador foi orientado:

a. A evitar opiniões pessoais durante a entrevista;

b. A não modificar as perguntas e manter sua sequência de execução;

c. A manter uniformidade na forma de perguntar e anotar as respostas;

d. A ser cauteloso no momento de investigar objetivando obter respostas acuradas;

e. A demonstrar uma atitude permissível.

Após a aplicação do questionário as informações coletadas foram digitadas no programa estatístico SPSS versão 18 para “Windows”. Como se trata de um estudo descritivo, os dados foram analisados por meio da distribuição de frequências para detectar o número de observações em cada variável do conjunto de dados.

O projeto de pesquisa foi avaliado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da FO-UFRGS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS e posteriormente cadastrado junto à Plataforma Brasil, obedecendo às exigências presentes nos documentos exigidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. O projeto foi aprovado em março de 2015 com CAAE 40520414.0.0000.5347.

Resultados

Os resultados são apresentados nas seguintes subdivisões: Perfil do paciente atendido no CEO de Periodontia da UFRGS; Locais que referenciaram os pacientes ao CEO de Periodontia da UFRGS; Trajetória dos pacientes; Grau de satisfação dos usuários. A pesquisa contou com 33 pacientes encaminhados ao CEO de Periodontia da Faculdade de Odontologia da UFRGS. O perfil sociodemográfico dos participantes foi mostrado na tabela 1. Observa-se que a maior parte dos pacientes eram mulheres (63,6%), com idade entre 50 e 69 anos (63,6%), possuíam renda entre 1 e 2 salários mínimos (54,5%) e possuíam o ensino fundamental incompleto (45,4%).

Tabela 1: Dados sócio demográficos dos participantes.

Variáveis sociodemográficas	n	%
Gênero		
Masculino	12	36,4
Feminino	21	63,6
Idade		
30-49	10	30,30
50-69	21	63,63
70+	2	6,07
Renda		
Menos de 1 salário mínimo	4	12,1
Entre 1 e 2 salários mínimos	18	54,5
Entre 3 e 4 salários mínimos	6	18,2
Não possui renda	5	15,2
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	15	45,46
Ensino Fundamental Completo	7	21,21
Ensino Médio Incompleto Ensino	3	9,09
Médio Completo	3	9,09
Ensino Superior Incompleto	3	9,09
Ensino Superior Completo Curso	1	3,03
Técnico	1	3,03
Total	33	100

Fonte: Dados sócio demográficos dos participantes.

Existem 105 Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre que podem referenciar seus pacientes ao CEO da UFRGS. Destas 105 Unidades, 15 fizeram pelo menos 1 encaminhamento à Periodontia e as que mais referenciaram seus pacientes foram: UBS Vila Jardim, UBS Mapa, UBS Chácara da Fumaça, UBS Campo Novo, UBS Bananeiras e PSF Milta Rodrigues. O quadro 1 mostra os locais que referenciaram cada paciente ao CEO de Periodontia da UFRGS de acordo com os municípios de Porto Alegre e Sapucaia do Sul e o tempo médio entre o momento da referência na Unidade Básica até o dia da primeira consulta no CEO. Os resultados apontam que 51,5% dos pacientes demoraram até 30 dias para serem chamados à primeira consulta no CEO, desde o momento do referenciamento na Atenção Primária.

Quadro 1: Distribuição dos locais que referenciaram ao CEO UFRGS referente aos municípios de Porto Alegre e Sapucaia do Sul e tempo médio de espera para primeira consulta.

Local de Referenciamento	Número de encaminhamentos	Tempo de espera médio para a primeira consulta (em meses)
Centro de Saúde Modelo	2	3 meses
DMAE	2	2 meses
ESF Santo Alfredo	1	Menos de 1 mês
FO UFRGS	3	Menos de 1 mês
PSF Fortuna	1	Menos de1 mês
PSF Jd São José	1	3 meses
PSF Mário Quintana	1	Menos de 1 mês
PSF Milta Rodrigues	2	6 meses
PSF Moradas da Hípica	1	2 meses
PSF Ponta Grossa	1	1 mês
PSF Santo Alfredo	1	1 mês
PSF Viçosa	1	1 mês
PSF Vila Vargas	1	1 mês
UBS Bananeiras	2	6 meses
UBS Belém Novo	1	3 meses
UBS Campo Novo	2	1 mês
UBS Chácara da Fumaça	2	2,5 meses
UBS Cohab	2	3 meses
UBS Fortuna	1	10 meses
UBS Jardim Leopoldina	1	3 meses
UBS Mapa	2	3 meses
UBS Vila Jardim	2	4 meses

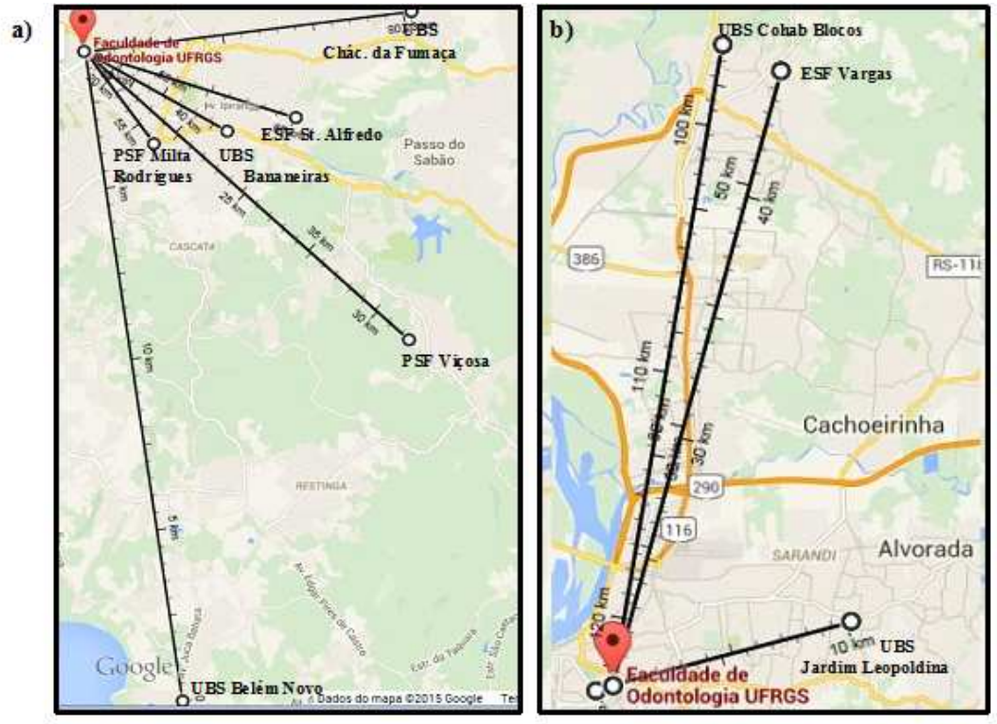
Fonte: Dados quantitativos das Unidades de Saúde de Sapucaia do Sul e Porto Alegre.

Uma grande diferença nas distâncias entre as UBSs e a Universidade pode ser notada. A distância entre alguns locais da Atenção Primária e a UFRGS estão apresentadas nos mapas da figura 1 em linha reta. Em relação à trajetória dos pacientes até a chegada ao CEO, a maioria dos entrevistados (69,7%) nunca havia realizado tratamento periodontal anteriormente, relatando ter feito apenas raspagem supragengival no serviço de atenção primária ou setor privado e que não havia sido mencionada a relação com a periodontite anteriormente. Desses pacientes, 66,7% iniciaram o tratamento por sugestão do cirurgião-dentista que lhe encaminhou.

Os usuários (n=33) foram questionados sobre a principal busca com o tratamento atual, em que eles poderiam responder mais de uma alternativa. Diante deste questionamento, 12 pessoas responderam que não queriam perder mais dentes, 4 pessoas buscaram por motivos estéticos, 3 para acabar com o mau

hálito, 3 para acabar com a mobilidade dental, 5 para continuar o tratamento odontológico, 12 afirmaram que gostariam de melhorar a saúde bucal e 2 queriam melhorar a saúde geral.

Figura 1: Distribuição de algumas UBSs que referenciaram ao CEO de Periodontia UFRGS, nas localidades de: a) Porto Alegre e b) Sapucaia do Sul e Porto Alegre.



Fonte: Próprio pesquisador.

Em relação ao grau de satisfação dos usuários, a pesquisa mostrou que 78,8% dos pacientes se sentiram muito satisfeitos e 21,2% satisfeitos com o tratamento. Quanto a um fator que poderia fazê-los desistir do tratamento 90,6% responderam que "Nada me fará desistir", 6,3% responderam "Sensibilidade dentinária após a consulta" e 3,1% responderam "Incapacidade de perceber melhora da condição de saúde bucal ao longo do tratamento". O fator que poderia contribuir para que o paciente não desistisse do tratamento estão ilustrados no quadro 2.

Quadro 2: Distribuição percentual dos fatores que contribuíram para a motivação do paciente ao tratamento.

Fator que contribuiu para motivação ao tratamento	Número de repostas afirmativas
Percepção da melhora da mobilidade dental	3
Afinidade com o profissional que o está tratando	0
Motivação da família/amigos	5
Percepção da melhora no hálito	0
Percepção da melhora na estética	2
Não perder mais dentes	4
Percepção da melhora da saúde bucal	5
Melhora no sangramento	4

Fonte: Dados quantitativos das Unidades de Saúde de Sapucaia do Sul e Porto Alegre.

A percepção da melhora na saúde bucal foi apontada como o principal fator de motivação dos pacientes na continuação do tratamento. Sobre o primeiro tratamento periodontal realizado pelos pacientes que já receberam o tratamento anteriormente (n=10), 60% destes realizaram no serviço privado e 40% utilizaram o SUS como serviço de saúde bucal. Sobre o final desse primeiro tratamento, 30% abandonaram o tratamento antes do término. Foi questionado ainda sobre os motivos que facilitaram ou retardaram o retorno ao tratamento periodontal, os quais 8 pacientes responderam às questões. Em relação ao fator que facilitou à volta ao tratamento, 50% responderam que foram motivados pelo cirurgião-dentista e 37,5% voltaram para não perder mais dentes. Em contrapartida 25% deles não retornaram antes por falta de tempo, 12,5% por descontentamento com o profissional que o tratou no primeiro tratamento periodontal, 12,5% demorou a voltar ao tratamento pelas ulcerações causadas ao final das sessões de raspagem subgengival.

Discussão

Os resultados do estudo mostraram que a maioria dos pacientes era do sexo feminino, nunca tinha realizado tratamento periodontal anteriormente, apenas 17 UBSs de 105 localizadas no município de Porto Alegre encaminharam seus pacientes para CEO de Periodontia e a maioria dos entrevistados se sentiu muito satisfeita com o tratamento realizado.

Em relação ao perfil dos pacientes notou-se que 63,6% eram do sexo feminino. Isso pode ser explicado pela maior procura ao sistema de saúde desse gênero, já que as mulheres são consideradas mais cuidadosas e os homens, mais vulneráveis aos aspectos psicossociais, como: o machismo, as dificuldades em assumir a doença no trabalho e a dificuldade à acessibilidade aos serviços de saúde. (ALVES et al., 2011)

Os resultados mostraram que a maioria dos entrevistados (69,7%) nunca havia realizado tratamento periodontal anteriormente e só conheceram as informações sobre a periodontite a partir do momento do início do tratamento no CEO. Isso nos faz refletir sobre a falta de informações que acomete a população em relação a essa doença. Um estudo exploratório-descritivo que avaliou o nível de informação sobre doenças periodontais dos pacientes em tratamento na Clínica de Periodontia dos alunos de graduação da Univali verificou que, apesar de haver uma melhora no percentual de informações no final do tratamento, comparado com o início, grande parte dos pacientes continuou com um grau de informações baixo no que diz respeito aos fatores de risco, às doenças periodontais propriamente ditas e às suas características clínicas. (MARIN et al., 2008) É responsabilidade do cirurgião-dentista esclarecer e divulgar o caráter crônico da periodontite, diminuindo os fatores geradores de ansiedade causados pelo prognóstico e evolução da doença, e atuar na motivação do paciente na adesão ao tratamento. (NUTO et al., 2007)

Os pacientes do presente estudo chegaram ao CEO por meio do encaminhamento de diversas Unidades Básicas de Saúde, localizadas em diversos bairros dos municípios de Porto Alegre e Sapucaia do Sul. Apesar de não ter sido relatado como um fator que influenciaria na desistência ao tratamento, a distância para chegar ao local de atendimento na Universidade é muitas vezes abordada pelos pacientes como um fator dificultador. Este fator foi abordado por Souza e Chaves em 2010 realizado em um município de médio porte da Bahia, em que os usuários relataram que o tempo de deslocamento até o CEO acaba sendo um obstáculo, principalmente por se tratar de um município de grande extensão territorial. Um exemplo desta situação no presente estudo é o dos pacientes residentes em Sapucaia do Sul que necessitam utilizar dois meios de transporte para deslocamento à faculdade de odontologia. Adicionalmente o trânsito intenso, típico de uma capital brasileira, mostra-se em um importante limitador de pontualidade dos pacientes avaliados neste estudo.

Outro fator a ser discutido é que apenas 17 das 105 UBSs localizadas no município de Porto Alegre fizeram pelo menos 1 encaminhamento para o CEO de Periodontia da UFRGS. Em contato telefônico com a Secretaria Municipal de Saúde do município, foi orientado que as vagas do CEO UFRGS têm sido utilizadas como cotas extras para Unidades Básicas de Saúde que têm os pacientes mais antigos da fila de espera e o tempo médio para consulta varia muito entre as gerências distritais.

O questionário aplicado contou com algumas questões sobre a trajetória desses indivíduos até a chegada à atenção secundária. Os resultados apontaram que 51,5% dos pacientes demoraram até 30 dias para serem chamados à primeira consulta no CEO, desde o momento do referenciamento na Atenção Primária. No estudo de Souza e Chaves em 2010, apontaram que o tempo para a primeira consulta no CEO, após referência da Atenção Primária chegou a mais de 31 dias para cerca de 30% dos usuários. As USF (Unidades de Saúde da Família) foram responsáveis por 71,7% dos encaminhamentos, seguindo-se da UBS (Unidades Básicas de Saúde) com 23,7%.

No presente estudo observou-se que a percepção da melhora na saúde bucal é o principal fator de motivação dos pacientes na continuação do tratamento. Em uma revisão sistemática da literatura, Shanbhaget al. em 2012, avaliaram a evidência do impacto da terapia periodontal na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de adultos. Seus achados demonstraram que todas as formas de terapia não cirúrgica melhoram a qualidade de vida tanto a curto quanto a longo prazo. Ressaltam, também, a importância de se observar desfechos centrados no paciente, que podem ser mais importantes do que os desfechos tradicionalmente empregados pelos periodontistas como perda de inserção, profundidade de sondagem, sangramento à sondagem. (GOMES et al. 2013)

Em relação ao grau de satisfação dos usuários, a pesquisa mostrou que 78,8% dos pacientes se sentiram muito satisfeitos e 21,2% satisfeitos com o tratamento. Moimaz et al. (2010), observaram, em uma pesquisa sobre grau de satisfação dos usuários do SUS, que o desempenho profissional é avaliado pelo usuário através do interesse demonstrado no exame físico, nas perguntas feitas e orientações dadas, bem como na resolutividade das condutas. Este estudo mostra que 41,7% dos entrevistados classificaram como ótimo e bom o serviço odontológico e 15% já precisaram de encaminhamento para especialidades odontológicas e, destes, 75,5% tiveram seus problemas resolvidos. (Moimaz et al., 2010) Uma das possíveis explicações para as altas taxas de aprovação do CEO de Periodontia da UFRGS pode ser a forma de acolhimento dos pacientes pelos estudantes.

Conclusão

O estudo mostrou que a maioria dos pacientes era do sexo feminino, nunca tinha realizado tratamento anteriormente, apenas 17 UBSs de 105 encaminharam seus pacientes para CEO de Periodontia e a maioria dos entrevistados se sentiu muito satisfeita com o tratamento realizado.

Referências

ALVES, R.F. et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicol. teor. prat**., São Paulo, dez 2011, v.13, n.3.

BUCHWALD, S. et al. Tooth loss and periodontitis by socio-economic status and inflammation in a longitudinal population-based study. **Journal of Clinical Periodontology**. 2013. n.40, p.203-211.

CHAVES, S.C.L. et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**., Rio de Janeiro, jan 2011, v.1, n.27, p.143-154.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Disponível em: <http://cfo.org.br/todas-as-noticias/brasil-conta-com-mil-centros-de-especialidadesodontologicas/>. Acesso em: 26 jun 2014.

DUARTE, M.L.; COSTA, V.H.F.; MOTA, L.S. Avaliação da trajetória, no SUS, de pacientes atendidos na clínica cirúrgica de um serviço de emergência a partir de seus diagnósticos histopatológicos. **Rev Bras Med Fam e Com.**, Rio de Janeiro, out/dez 2008, v.4, n.15, p.157-164.

ERDMANN, A.L. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Florianópolis, jan/fev 2013, v.21, n.Spec. [08 telas].

FIGUEIREDO, N., GOES P.S.A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, fev 2009, v.2, n.25, p.259-267.

FRICHEMBRUDER, K. et al. **Perfil dos Coordenadores e Cirurgiões Dentistas dos Centros de Especialidades Odontológicas do Rio Grande do Sul**. Dissertação. Mestrado em Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

GOES, P.S.A. et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2012, v.28, n.Sup, p.S81-S89.

LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N.P. **Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral**. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

MARIN et al. Avaliação do nível de informação sobre doenças periodontais dos pacientes em tratamento na Clínica de Periodontia da Univali. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, Joinville, 2008, v.5, n.3, p.20-26.

MOIMAZ et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro,2010, v.4, n.20, p.1419-1440.

NUTO, S.A.S., NATIONS, M.K., COSTA, Í.C.C. Aspectos culturais na compreensão da periodontite crônica: um estudo qualitativo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, mar 2007, v.3, n.23, p.681-690.

SALIBA, N.A. et al.Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. **Rev Odontol UNESP**., Araçatuba, sept-oct 2013, v.5, n.42, p.317-323.

SCHNEIDER, D.R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, mai 2010, v.15, n.3, p.687-698.

SHANBHAG, S.; DAHIYA, M.; CROUCHER, R. The impact of periodontal therapy on oral health-related quality of life in adults: a systematic review. **J Clin Periodontol**, 2012, v.39, n.8, p.725-735.

SOUZA, L.F., CHAVES, S.C.L. Política nacional de saúde bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, abr/jun 2010, v.34, n.2, p.371-387.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

SUSIN, C. et al. Periodontal Attachment Loss in an Urban Population of Brazilian Adults: Effect of Demographic, Behavioral, and Environmental Risk Indicators. **J. Periodontology**, jul 2004, v.75, n.7, p.1033-1041.

APÊNDICE A
Questionário da Trajetória do Tratamento da Doença Periodontal

Fase do Tratamento Atual: ( ) ATIVO ( ) MANUTENÇÃO

BLOCO 1 – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRAFICAS

1. Gênero: (1) M(2) F
2. Qual seu estado civil? (1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado/Separado (4) Viúvo
2. Possui filho (a)s? (1) Não (2) Sim. Se sim, quantos?_____
4. Você tem algum tipo de renda nesse momento? (1) Não (2) Sim.
5. Qual sua faixa de renda?

(1) menos de 1 salário mínimo
(2) entre um e dois salários mínimos
(3) entre três e quatro salários mínimos
(4) entre cinco e seis salários mínimos (5) mais de sete salários mínimos Salário mínimo nacional: R$ 724,00.

6. Qual a sua escolaridade?

(1) ensino fundamental incompleto
(2) ensino fundamental completo
(3) ensino médio incompleto
(4) ensino médio completo
(5) ensino superior incompleto
(6) ensino superior completo
(7) curso técnico
(8) analfabeto
(9) não sabe informar

BLOCO 2 – VARIÁVEIS ESPECÍFICAS DE TRATAMENTO

1. Local que referenciou ao tratamento: (_____)

( ) De dentro da FO-UFRGS
( ) UBS. Qual?_____Cidade_____
( ) PSF. Qual?_____Cidade_____
Outro. Qual?_____ Cidade_____

2. Quando iniciou o tratamento para periodontia no CEO UFRGS? Mês:(____) Ano: (_____) ou

(0) Não lembro quando iniciei o meu tratamento atual.

3. Qual a sua idade? (____)
4. Quem motivou o seu tratamento atual?

(0) Não lembro quem motivou o meu tratamento atual;
(1) Estou me tratando por minha própria vontade;
(2) Estou me tratando por sugestão da minha família ou amigos;
(3) Estou me tratando por sugestão do meu cirurgião-dentista.

5. Qual sua principal busca com o tratamento atual?

(0) Não sei informar;
(1) Estou me tratando para não perder mais dentes;
(2) Estou me tratando por motivos estéticos;
(3) Estou me tratando para acabar com o mau hálito;
(4) Estou me tratando para acabar com a mobilidade dental;

(5) Para continuar o tratamento odontológico;
(6) Para melhorar minha saúde bucal;
(7) Para melhorar minha saúde geral;
(8) Outro: (_____)

6. Quanto tempo demorou do momento que o dentista te referenciou até o atendimento no centro de especialidade em periodontia, em meses? (____)
7. **Marque com um "x"** o fator que poderá influenciá-lo (a) a desistir do tratamento atual:

(Pode marcar mais de uma alternativa)

(1) Falta de motivação;
(2) Falta de horários ofertados para consulta;
(3) Incapacidade em perceber melhora da condição da saúde bucal ao longo do tratamento;
(4) Distância para chegar ao local de atendimento;
(5) Sensibilidade dentinária após a consulta;
(6) Descontentamento com o profissional que o está tratando;
(7) Outro: (_____)

8. **Marque com um "x"** o fator que poderá contribuir para que você não desista do tratamento atual?

(Pode marcar mais de uma alternativa)

(1) Percepção da melhora na mobilidade dental;
(2) Percepção da melhora nas condições de alimentação;
(3) Percepção da melhora nas relações interpessoais; (4) Afinidade com o profissional que o está tratando.
(5) Motivação da família/amigos;
(6) Percepção da melhora no hálito;
(7) Percepção da melhora na estética;
(8) Não perder mais dentes;
(9) Percepção da melhora na saúde bucal;
(10) Outro: (_____) 9. Qual seu grau de satisfação com o tratamento atual?

(1) Muito satisfeito
(2) Satisfeito
(3) Nem satisfeito, nem insatisfeito
(4) Insatisfeito
(5) Muito Insatisfeito

Se além deste tratamento atual, você já realizou tratamento periodontal no passado, especifique o tipo de tratamento e vá para a questão nº 10.

10. Seu primeiro tratamento foi realizado em qual serviço?
Privado;
Público;
Convênio.
11. Quando iniciou o seu primeiro tratamento? Mês: (____) Ano: (_____)
Marque com um "x" se for o seu caso:
(0) Não lembro quando iniciou o meu primeiro tratamento.
12. Com que idade estava? (____)
13. Quem motivou o seu primeiro tratamento?
(0) Não lembro quem motivou o meu primeiro tratamento;
(1) Busquei meu primeiro tratamento por minha própria vontade;
(2) Busquei meu primeiro tratamento por sugestão da minha família/amigos;
(3) (3) Busquei meu primeiro tratamento por sugestão do meu cirurgião-dentista.
14. Quanto tempo durou o seu primeiro tratamento?
(1) Menos de 1 mês;
(2) De 1 a 2 meses;
(3) De 2 a 3 meses;
(4) Mais de 3 meses.
15. Seu primeiro tratamento foi realizado por qual profissional?
(1) Clínico geral
(2) Especialista
(3) Não sei
16. Como foi o final deste primeiro tratamento?
(1) Tive alta do tratamento; (2) Abandonei o tratamento.
17. Após o final deste primeiro tratamento você voltou a fazer o tratamento periodontal?
(1) Não voltei; (1) Sim, voltei.
Se você respondeu "sim", quantas vezes você voltou a realizar tratamento periodontal? (____), onde?
(3) Na maior parte das vezes, em clínica privada;
(4) Na maior parte das vezes, no SUS.
18. **Marque com um "x"** o fator que o(a) influenciou na volta ao tratamento periodontal após a sua alta deste primeiro tratamento:
(Pode marcar mais de uma alternativa)
(1) Motivação da família/amigos;
(2) Percepção da volta das condições da doença periodontal ao longo do tempo;
(3) Instruções do meu cirurgião-dentista;
(4) Para não perder mais dentes;
(5) Outros (_____)

19.. Marque com um "x" o fator que contribuiu para você não voltar a realizar o tratamento periodontal após a alta deste primeiro tratamento:
(Pode marcar mais de uma alternativa)
(1) Falta de motivação;
(2) Falta de tempo;
(3) Incapacidade em perceber melhora da condição da saúde bucal ao longo do tratamento;
(4) Distância para chegar ao local de atendimento;
(5) Sensibilidade dentinária após o tratamento;
(6) Descontentamento com o profissional que o tratou;
(7) Outro: (_____)
20. Qual o motivo de busca do tratamento odontológico no SUS? (aos pacientes encaminhados pela UBS/ESF)

4 - GESTÃO DA ATENÇÃO

PRIMÁRIA À SAÚDE

CAPITULO 4.1

PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Liana Xavier Machado
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
Cristine Maria Warmling

Introdução

A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo ordenador das práticas na Atenção Primária em Saúde (APS) brasileira iniciou nos anos 1990 e vem modificando a maneira de ver, pensar e praticar a saúde pública no Brasil. (ASSIS, 2007) A ESF busca romper com o modelo de saúde médico-centrado que enfatiza a doença e ações curativas. Parte de um conceito ampliado de saúde, como resultante das condições de vida em que o indivíduo está inserido.

Os serviços de saúde bucal no Brasil, historicamente, caracterizavam-se por ações de baixa complexidade, curativas e mutiladoras, com acesso bastante restrito, principalmente, à faixa etária escolar. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de urgência, geralmente mutiladores, sendo a odontologia uma das áreas da saúde com maior exclusão social. Frente a essa demanda, no ano de 2004, foi instituída a Política Nacional de Saúde Bucal - PNSB, com uma série de diretrizes para transformar o modelo de atenção em saúde bucal. O modelo de atenção integral que se propõe deve ser focado em estratégias promotoras de saúde e no acesso ao cuidado em saúde bucal, mas preservando a autonomia dos usuários do SUS (Sistema Único de Saúde). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

A inserção da saúde bucal na ESF possibilitou a criação de um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e ações da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. O cuidado em saúde bucal passa a exigir que a equipe de trabalho se relacione com usuários e participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, de caráter coletivo e individual, mediante a criação de vínculo territorial.

A relação cotidiana dos trabalhadores com a comunidade coloca a todo tempo em questão o modelo biomédico tradicional, exigindo de todos uma busca constante por novas formas de produzir saúde. (VASCONCELOS, 2004) Os trabalhadores da APS devem estar preparados para responder às mais diversas necessidades de saúde, estabelecendo vínculos, ampliando a consciência sanitária e a autonomia das pessoas em responsabilizarem-se por sua própria saúde. Devem atuar nos determinantes e condicionantes da saúde, de forma a diminuir de forma eficaz os principais problemas sanitários. Isso coloca os profissionais frente a situações singulares e inusitadas, exigindo práticas de escuta qualificada, espaços de acolhimento às necessidades dos usuários e autonomia para que possam criar e produzir cuidado para além dos protocolos e normas estabelecidas.

A Política Nacional de Humanização (PNH) dá-se a partir da verificação, escuta, análise e síntese das experiências existentes em lugares distintos do país que demonstram avanços nos modos de gerir e de cuidar, princípios, métodos, diretrizes e os instrumentos de ação e dispositivos. Para a PNH, alguns modos de organizar os processos de trabalho em saúde – alguns “arranjos” facilitam o enfrentamento dos problemas e potencializam a produção de saídas criativas e singulares em cada contexto. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE,2009)

O acolhimento é uma estratégia político-organizacional inserida na PNH que foi adotada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre. Nas unidades de APS do município, o processo de implantação das diretrizes de acolhimento iniciou no segundo semestre de 2012. Com a finalidade de auxiliar no processo de reorientação e padronização da forma de acesso do cidadão à APS do município, nesse mesmo ano foi construído pela equipe técnica da SMS um documento intitulado Acolhimento com Identificação de Necessidades: guia de orientação para as unidades de saúde, revisado em 2014. (SMS/PMPA, 2014a)

Paralelamente ao processo de implantação do acolhimento, a gestão da SMS elabora ações estratégicas de monitoramento do processo nas unidades de saúde do município. Para que sejam consideradas “Unidades Acolhedoras” alguns critérios devem ser avaliados periodicamente, tais como, realizar a escuta qualificada identificando e atendendo necessidades do usuário que acessa o serviço, substituir o uso de fichas para o acesso às consultas inclusive na saúde bucal, realizar reuniões sistemáticas das equipes para avaliar o processo de trabalho, disponibilizar comunicação com a comunidade, a fim de compreender sua opinião sobre o processo de acolhimento, variar as modalidades (coletivas e individuais) de cuidado e possuir Conselho Local implantado e em funcionamento. (SMS/PMPA, 2014a)

Embora nos últimos anos tenham sido enormes os avanços em relação ao número de profissionais de saúde bucal na ESF, inclusive no município de Porto Alegre, a incorporação da saúde bucal ao Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) no Brasil, veio a ocorrer apenas dez anos

após sua criação, verificando-se ainda produção científica insuficiente, referente às práticas de acolhimento de saúde bucal. (VASCONCELOS, 2011)

Neste contexto político-teórico, insere-se o problema de pesquisa do estudo aqui apresentado, que procura problematizar sobre como está ocorrendo o acolhimento nas unidades de saúde, sob o ponto de vista dos trabalhadores de saúde bucal.

Objetivos

Analisar as práticas de acolhimento de equipes de saúde bucal que atuam na atenção primária em saúde do município de Porto Alegre/RS. Compreender as percepções sobre práticas de acolhimento de equipes de saúde bucal que atuam na atenção primária de unidades de saúde do município de Porto Alegre/RS. Comparar os processos de acolhimento de equipes de saúde bucal que atuam na atenção primária no município de Porto Alegre/RS. Contribuir com os processos de educação permanente das equipes de saúde bucal no município de Porto Alegre/RS.

Revisão de Literatura

Composição da saúde bucal na Atenção Primária em Saúde

As equipes de saúde da família devem ser compostas por médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo-se agregar a esta composição os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e técnico em saúde bucal). Para romper com o modelo de saúde médico-centrado que enfatiza a doença e ações reabilitadoras, a ESF trabalha com os princípios de territorialização e adstrição de clientela, porque parte de um conceito ampliado de saúde, na qual essa é vista como resultante das condições de vida em que o indivíduo está inserido. (GONÇALVES, RAMOS, 2010)

Dessa forma, as equipes de saúde da família diferem das equipes de atenção básica (EAB) que compõe as UBS tradicionais; nessas, atuam médicos (clínicos, pediatras e ginecologista-obstetras), enfermeiros, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico, podendo haver, também, cirurgiões-dentistas e médicos de diversas especialidades, sendo comum a fragmentação de responsabilidades perante o usuário, facilitado pela especialização de conhecimentos. (GONÇALVES;

RAMOS, 2010) Nas unidades de saúde (US) com EAB, não há a adstrição de território para o cuidado em saúde, e a delimitação da área de abrangência refere-se exclusivamente às ações de vigilância na saúde. (ELIAS et al., 2006)

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes podem se organizar nas seguintes modalidades: I - cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB); II - cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal (TSB) e ASB. Todos os profissionais possuem jornada de trabalho de quarenta horas semanais. (PNAB, 2012) Inicialmente, a proporção determinada na relação entre a equipe de saúde bucal e a equipe de saúde da família foi de 1:2, resultando em cobertura de 6.900 habitantes, em média, por uma equipe de saúde bucal (ESB). (BRASIL. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000) A partir da Portaria GM/MS 673, de junho de 2003, estabeleceu-se que podem ser financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) tantas equipes de saúde bucal quantas forem implantadas nas equipes de saúde da família em funcionamento nos municípios. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

O desenvolvimento da APS tem recebido destaque no SUS impulsionado pelo processo de descentralização e apoiado por programas nacionais inovadores. Uma das características de inovação presente na APS é a ênfase da ESF na reorganização das UBS, para que concentradas nas famílias e nas comunidades integrem a assistência em saúde com ações de prevenção e promoção. (PAIM et al., 2011) Vem crescendo progressivamente o número de equipes de saúde da família em todo o país nos últimos anos, bem como o número de profissionais de saúde bucal que se inserem nessas equipes.

Paralelamente à evolução da oferta de serviços públicos de saúde bucal, surge a necessidade de mudanças na formação e nas práticas dos profissionais de saúde bucal, para que venham responder às necessidades de saúde da população, conforme as diretrizes da PNSB. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) É necessária a reorganização do processo de trabalho para qualificar o acesso e a resolutividade dos problemas, garantindo um atendimento de qualidade às pessoas.

Em Porto Alegre, o crescente aumento do número de equipes de saúde bucal, aliado à ampliação da cobertura da ESF, ocorreu entre 2010 e 2014. (ROCHA, 2014) É ainda mais recente o crescimento da rede de atenção primária à saúde municipal.

A humanização e o acolhimento na atenção à saúde

Um dos fortes argumentos que justificam os debates e a criação da PNH do SUS (Humaniza SUS) é o diagnóstico de insatisfação dos usuários no relacionamento com os profissionais de saúde. Tanto o MS como a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a apoiar modelos de assistência baseados na humanização. (FRANÇA; MARINHO; BAPTISTA, 2009)

A PNH tem o acolhimento como uma de suas diretrizes mais relevantes. O acolhimento pode ser definido como uma ação tecnoassistencial na qual o usuário é sujeito ativo no processo de produção de saúde. Consiste na abertura dos serviços para a demanda facilitando os processos de trabalho em saúde de maneira universal. Os serviços de saúde assumem uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. (NUTO et al., 2010)

Tecnologias de saúde são ações e/ou serviços que promovem melhores condições de vida aos usuários. Segundo Merhy (2005), as tecnologias são classificadas como leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são aquelas que envolvem relações como o vínculo, a tomada de decisões, o acolhimento e a organização do processo de trabalho. Supõem a troca de saberes (incluindo os saberes do usuário e familiares), diálogo entre os trabalhadores e maneiras de trabalhar em equipe. As tecnologias leve-duras são os saberes bem estruturados no processo de trabalho em saúde. As tecnologias duras são equipamentos tecnológicos (máquinas), normas, estruturas organizacionais.

As tecnologias leves são instrumentos fundamentais para transformação das práticas em saúde, tantas vezes centradas na doença e em equipamentos e saberes especializados que prometem a cura sem considerar, entretanto, o sujeito. Ou seja, nos modelos tradicionais de atenção à saúde o processo terapêutico adotado é bastante padronizado, sem valorizar o contexto e nem se considerar as relações que mediam todo planejamento e execução dos atos em saúde. Nesse sentido, a ESF possibilita um maior desenvolvimento e atuação de tecnologias leves. (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011)

O acolhimento, enquanto tecnologia leve de intervenção, busca a universalidade do acesso e a avaliação de risco com identificação de prioridades, promovendo o avanço da humanização na atenção à saúde. Privilegia aqueles que necessitam do serviço de forma mais urgente, tentando eliminar as filas nos serviços de saúde e, assim, reverter a lógica de ordem de chegada, que beneficia apenas os mais resistentes, ou até mesmo os que conseguem comprar uma ficha. O trabalho em equipe e a co-responsabilização em relação aos usuários favorecem a melhoria do acesso não somente na atenção primária, mas também demais níveis de atenção, com a otimização dos serviços e criação de novas formas de interação entre profissionais e usuários do sistema de saúde, qualificando seus vínculos, de modo que todos sejam protagonistas desse processo de cuidado, no qual são considerados os aspectos sociais e subjetivos, além das questões técnico-científicas. (SCHOLZE et al. 2006)

O acolhimento pressupõe um serviço de saúde organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar os indivíduos. (MOYSÉS et al., 2008) Quem coparticipa ativamente dos problemas de saúde das pessoas, ouvindo e conversando, estabelece cotas de responsabilidade, cuida e, inevitavelmente, estabelece acolhimento. (NEVES et al., 2013) É através do acolhimento que se

percebem as dinâmicas e os critérios de acessibilidade aos quais os usuários estão submetidos. Pode ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar atritos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores a fim de modificá-las, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário. Assim, o acolhimento constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento. (FRANCO et al., 1999) O acolhimento e os processos de trabalho em saúde podem favorecer a reorganização dos serviços e a qualificação da assistência prestada.

Ao se trabalhar com a tecnologia das relações durante o atendimento, o acolhimento é uma das primeiras ações a ser desenvolvida por toda a equipe, no momento de receber o usuário na unidade de saúde. Quando o usuário é acolhido pela unidade de saúde, tendo seu atendimento garantido, conquista-se uma importante etapa na adesão do tratamento e resolução dos problemas de saúde. Há a construção de uma relação de confiança e respeito para com o usuário que busca o serviço. (COELHO, 2009)

Em todo encontro em saúde operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato), que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Esses, por sua vez, objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista do controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde. Assim, o acolhimento é uma prática clínica realizada por todo e qualquer trabalhador em saúde. (LIMA et al., 2007)

Segundo Franco et al., em 1999, a ideia é de que o acolhimento possui um papel fundamental na rede de conversações presentes em um serviço de saúde, na verdade, ocupando todos os lugares, e tendo o papel de receber e interligar uma conversa a outra, conectando os diferentes espaços de conversa e em qualquer encontro trabalhador-usuário. Os trabalhadores continuamente acolhem novas possíveis demandas e, quando necessário, "convidam o usuário a frequentar outros espaços, a entreter outras conversas", usando todo seu arsenal tecnológico, o conhecimento para a assistência, na escuta e solução de problemas de saúde trazidos pela população usuária dos serviços da unidade.

Desse modo, o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas faz parte de toda atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial. Assim, realizar o acolhimento deve ser atribuição de toda a equipe de saúde. Quando se atribui um responsável, quando se estabelece que o acolhimento é uma etapa do processo de trabalho na unidade, um atendimento/procedimento (com lugar e profissional específico), o resultado, muito provavelmente, é o não comprometimento do restante da equipe. Nesse

caso, ele perde o potencial de dispositivo de gestão para reorganização do processo de trabalho, numa perspectiva crítica e comprometida com as necessidades da comunidade. (TAKEMOTO; SILVA, 2007)

O acolhimento é, portanto, uma estratégia capaz de alterar as relações dos trabalhadores entre si e desses com os usuários. O desafio para os trabalhadores está em buscar modos de lidar e produzir saúde contemplando as determinações biopsicossociais da saúde-doença, e na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, as famílias e a comunidade. A unidade produtora dos serviços de saúde não está em um profissional, mas sim, na equipe. Em um trabalho coletivo, complexo e multidisciplinar, o foco de atenção não está no indivíduo, exclusivamente, mas na família e comunidade. É, portanto, uma prática de equipe, melhorando a qualidade da assistência. Dessa forma, todo profissional deve realizar o acolhimento porque todos devem estabelecer uma relação com usuário. O acolhimento não é um momento, é o cotidiano do atendimento ao usuário. (FREIRE et al., 2008)

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre, no âmbito da Coordenação da Atenção Primária em Saúde, iniciou um processo de reorientação e padronização da forma de acesso do cidadão em suas unidades de saúde da APS em julho de 2012, culminando com a elaboração de um Guia de Orientação para as Unidades de Saúde - Acolhimento com Identificação de Necessidades, norteador do presente estudo. (SMS/PMPA, 2014a)

Neste contexto, apresentam-se questões, tais como, como estão ocorrendo os processos de trabalho das equipes de saúde bucal na APS em Porto Alegre considerando os diferentes modelos de equipes nas quais elas estão inseridas? De que modo estes modelos e processos podem, ou não, interferir nas propostas de acolhimento?

Metodologia

O estudo compõe-se enquanto um desdobramento do projeto de pesquisa intitulado “Processos educacionais e o agir em competência para o cuidado em saúde bucal.” (ROCHA; WARMLING, 2013) O projeto foi submetido e aprovado na Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina/UFRGS e na Plataforma Brasil com o número: 15738613.1.0000.5347. Tendo sido analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFRGS, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e pelo Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição.

Trata-se de um estudo de caso do tipo único e integrado. Adotou-se abordagem metodológica qualitativa tendo em vista que se pretende compreender as singularidades e subjetividades de situações particulares (BOSI, 2006; ESTEBAN, 2010), aqui relacionadas à realização do processo de acolhimento de equipes de

saúde bucal que atuam em diferentes modelos organizacionais em saúde na APS do SUS. O cenário de estudo situa-se na cidade Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul. A partir de 2010, foram realizados investimentos importantes na APS do município, com considerável expansão da saúde bucal; de 2010 até agosto de 2014, o número de ESB mudou de dezessete para cento e cinco. (ROCHA, 2014)

O processo de implantação da ESF faz com que diferentes realidades de APS convivam na rede saúde do município. Com o objetivo de representar processos de acolhimento nos diferentes contextos, foram escolhidas para análise equipes de saúde bucal inseridas em três distintos momentos de consolidação de modelos de atenção em saúde. A intenção foi compreender como diferentes realidades podem afetar a produção do acolhimento.

Portanto, os cenários do estudo foram três US na APS Porto Alegre todas com ESB e compostas por diferentes equipes de saúde, citadas abaixo:

- US com EAB (UBS tradicional)
- US com quatro equipes de ESF
- US com uma equipe de ESF

Os participantes da pesquisa foram equipes de trabalhadores da saúde bucal que atuam nas respectivas unidades, sendo: três cirurgiões-dentistas (CD), dois ASB e um TSB.

Os dados foram coletados através da realização de três grupos focais, um em cada equipe de saúde bucal analisada. O roteiro para a orientação do grupo focal constituiu-se de três partes (Apêndice): **Parte I** - Identificação, **Parte II** - Agir em competência para a produção do cuidado em saúde bucal e **Parte III** - Processo de Acolhimento. As partes I e II compõem a proposta do projeto de pesquisa "Processos educacionais e o agir em competência para o cuidado em saúde bucal." (ROCHA; WARMLING, 2013) Tendo sido incluída para este projeto a parte III que trata de questões mais direcionadas ao acolhimento.

Os grupos focais foram realizados de setembro a dezembro de 2014, nas próprias US, com a ESB reunida em dia e horário definidos e acordados entre os participantes e as pesquisadoras. Os grupos focais foram conduzidos por uma coordenadora e uma relatora. Cada grupo focal durou aproximadamente uma hora, sendo que, a Parte I em torno de 30 minutos e a Parte II também 30 minutos de conversa, totalizando-se três horas de gravação. As informações da Parte I foram colhidas ao final da realização do grupo focal. Todas as entrevistas foram filmadas e arquivadas, posteriormente, transcritas e analisadas. Totalizando, após a transcrição, 47 páginas de documento formato *word* para a realização da análise (13 páginas, 15 páginas e 19 páginas).

Na análise dos dados foram usadas informações das falas dos grupos focais em sua integralidade. Porém, tendo em vista que o objetivo principal do estudo se refere à questão do acolhimento em saúde bucal, priorizou-se na análise dos dados a Parte III do roteiro do grupo focal, a qual se referia à questão do acolhimento.

Para a análise dos dados, enquanto categorias analisadoras, foram usados os critérios de avaliação definidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre para a certificação de "Unidade Acolhedora". (SMS/PMPA, 2014a) Estes critérios ajudaram a elucidar as práticas do acolhimento nas realidades de trabalho das equipes e colocar em debate o preconizado pela Secretaria Municipal de Saúde, através do guia de Acolhimento com Identificação de Necessidades. (SMS/PMPA, 2014a)

A análise dos dados levou em consideração não apenas o conteúdo do texto, mas seu sentido e como foi produzido, articulando o linguístico ao social e o histórico. (CAREGNATO, 2006) Na apresentação dos resultados, foram utilizados pseudônimos para nomear as equipes de saúde. As falas individuais dos trabalhadores foram identificadas conforme a numeração atribuída a cada um deles pelos pesquisadores, preservando-se o anonimato dos participantes. O projeto de pesquisa obedece às exigências presentes nos documentos exigidos pela Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Todos os participantes foram convidados a participar na pesquisa por livre e espontânea vontade, não havendo qualquer prejuízo se não quisessem ser entrevistados. Os sujeitos da pesquisa que concordaram em participar o fizeram mediante assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, que foi apresentado em duas vias, juntamente com o questionário a ser preenchido. Uma via do termo de consentimento ficou com cada participante e a outra foi devolvida à pesquisadora que fez a entrevista, assim como o instrumento preenchido.

O anonimato foi garantido a todas as pessoas que participaram da pesquisa, não sendo revelado nenhum dado que permita sua identificação.

Resultados

Us cinamomo

Cinamomo é uma UBS tradicional de Porto Alegre, com população adstrita estimada em 7.500 pessoas. (IBGE, 2010) A EAB é composta por dois médicos clínicos-gerais, três ginecologistas e dois pediatras, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliar administrativo, e um CD e um ASB que compõe a ESB entrevistada.

Tendo em vista que a unidade é referência para atendimentos em saúde bucal para outras US que não contam com CD nas suas equipes, as demandas odontológicas não se restringem apenas às da população adstrita; a ESB torna-se responsável por mais de 26.000 pessoas. (IBGE, 2010)

Os trabalhadores entrevistados atuam quarenta horas semanais em Cinamomo e se encontram lotados na unidade desde que iniciaram suas atividades na Prefeitura Municipal de Porto Alegre, no ano de 2000, através de concursos públicos, em 1996 e em 2000. O longo tempo de exercício da profissão em Cinamomo é destacado pelos trabalhadores enquanto ponto positivo por conhecerem bem os usuários e as demandas que chegam até Cinamomo: "as nossas crianças estão trazendo as suas crianças agora" (T02). Entendem que isso permitiu o vínculo e a longitudinalidade preconizados pelos princípios da APS no SUS.

Quando indagados sobre protocolos ou evidências que embasam o trabalho da equipe em Cinamomo, o ASB refere o Manual de Biossegurança da Secretaria Municipal de Saúde. (SMS/PMPA, 1998) Os trabalhadores também citam o Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre (SMS/PMPA, 2014b), referente aos fluxos para encaminhamentos ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), e o Guia de Acolhimento com Identificação de Necessidades (SMS/PMPA, 2014a), que serviu de base para a implantação do processo de acolhimento na equipe. "Tem alguma coisa que nós nos baseamos em relação ao acolhimento, um protocolo que mais ou menos foi seguido para iniciar" (T01).

Sobre a existência de capacitações para a aplicação de protocolos, a equipe afirma já ter havido, há algum um tempo, mas que já foram mais frequentes do que até o momento da entrevista. Em relação ao tema, uma vantagem apontada em relação ao serviço privado é o fato de serem disponibilizados espaços de educação permanente em saúde (EPS) com a participação conjunta de dentista e auxiliares, valorizando-se a presença de toda a equipe de saúde bucal nos momentos de educação permanente:

> [...] porque aqui na rede o profissional [cirurgião-dentista] participa das capacitações junto com os auxiliares, o que em consultórios particulares isso não acontece. Então, quando tem um congresso, a gente percebe isso, é um auditório repleto de técnico (T02).

Ao serem estimulados a relatar sobre como ocorreu a implantação do processo de acolhimento em Cinamomo, os trabalhadores relatam:

> Começamos o acolhimento da odontologia em março deste ano [2014], e o que nos surpreendeu muito, porque [...] não era este sistema de acesso, então nós começamos na parte médica, que iniciou antes, a coordenação achou melhor assim, dividir [...] começar primeiro a parte dos clínicos, da ginecologista, e depois a parte da odontologia (T02).

Explicam que, antes da implantação do acolhimento, o agendamento de consultas em Cinamomo era feito através de distribuição de fichas para a semana seguinte, o que resultava na necessidade de chegar de madrugada para conseguir atendimento odontológico: "Antes, era de uma semana para outra" (T01), "era reduzido o número de fichas, por isso que gerava o pessoal vir mais cedo" (T02).

Embora o Guia do Acolhimento (SMS/PMPA, 2014a) tenha sido citado, quando questionados sobre a procedência do mesmo, a resposta é que o mesmo vem "da gerência" (T02), demonstrando pouco conhecimento sobre os níveis de participação na construção do protocolo.

A equipe afirma que a implantação do acolhimento da saúde bucal em Cinamomo ocorreu com a presença da Gerência Distrital, na figura do Apoiador Institucional, juntamente com representantes da Área Técnica de Saúde Bucal. Neste momento, foi proposto para a equipe de Cinamomo que o acolhimento das demandas de saúde bucal fosse realizado de maneira multiprofissional, em um acolhimento único, na unidade de saúde: "A proposta era que toda a equipe fizesse o acolhimento da odontologia também" (T01).

Relatam que a ideia não foi aceita pela equipe. Revelam o distanciamento da atuação da ESB com os demais membros da equipe de saúde nas falas: "Sempre foi separado" (T02) [...] "Equipe nós, é nós. O que é comentado nas próprias reuniões de gerência é que a odontologia dentro de uma equipe é um pouco fechada" (T02) [...] "formamos uma bela equipe, não é? Uma equipe de dois, mas uma bela equipe" (T01) [...] "No acolhimento, eles [a equipe de saúde] se revezam, porque a equipe deles é grande" (T02).

Em Cinamomo, somente o profissional de nível técnico faz a escuta das demandas odontológicas trazidas pelos usuários, e o mesmo explica: "Ele [dentista] atende sozinho e eu faço lá [o acolhimento]" (T02). A atenção à saúde bucal ainda está fortemente ligada à produção de procedimentos clínicos no consultório odontológico.

Referem participar de ações de acolhimento de necessidades gerais de saúde. Porém, quando referem acolhimento dos médicos, demonstram um entendimento compartimentalizado do acolhimento, segundo as formações profissionais, como na fala a seguir: "Nós participamos de todos os eventos que tem na unidade, na

parte do acolhimento dos médicos, eles nos solicitam quando necessário e vice-versa" (T02).

Segundo, o Guia de Acolhimento da SMS (SMS/PMPA, 2014a), o fluxo do acolhimento deve ser executado durante todo o horário de funcionamento da unidade de saúde, facilitando o acesso do usuário ao serviço e quebrando a lógica da fila, uma vez que as necessidades devem ser atendidas conforme a demanda do usuário e a capacidade de resposta do serviço, e não priorizando a ordem de chegada. Entretanto, a equipe relata não ter conseguido executar essa mudança:

> [...] começamos em março e, para nós, como toda a mudança gera adaptações, ainda no primeiro mês houve a possibilidade de fazer vários [acolhimentos], todos os dias da semana, como é o acolhimento dos médicos, no segundo mês já não foi possível continuar todos os dias, do segundo mês em diante, [determinou-se que em] dois dias de acolhimento [semanal] é feito toda a marcação do mês seguinte. A ideia não é era esta. A ideia era direcionar as consultas no acolhimento, se fosse demanda agendada, ou demanda imediata, dependendo da necessidade do paciente, isto visto no acolhimento, e assim direcionar a consulta conforme a necessidade do caso, da consulta. Só que, na prática, isso não funcionou, não é, porque é muita demanda, porque a ideia não é invadir além de um mês de agenda (T02).

Os trabalhadores afirmam que procuram seguir o orientado pela Área Técnica de Saúde Bucal (ATSB) com relação ao tempo de espera para consulta, em casos não agudos. A orientação da ATSB segue os preceitos do Guia da SMS (SMS/PMPA, 2014a), o qual prevê que para as demandas não agudas (ou menos urgentes) que chegam à Unidade de Saúde, deve ser disponibilizada uma agenda em um período não superior a trinta dias: "A área técnica nos orientou para que fosse desta forma: até no máximo um mês [de espera], o mês seguinte" (T01).

Dessa forma, em Cinamomo, o acolhimento preconizado pela SMS não está conseguindo ser colocado em prática:

> Agora, acabou-se limitando em dois turnos, a princípio [...] ou até acabarem as vagas do mês seguinte. Dentro deste limite, tem encerrado amanhã [...] O acolhimento na unidade, atualmente, está sendo feito em dias específicos, e a demanda gerada não tem conseguido dar conta da agenda de um mês (T01).

O rápido preenchimento da agenda da saúde bucal foi apontado como fator limitante para a criação de turnos específicos para o acolhimento. Além da redução do acolhimento para dois turnos, os horários para o mês seguinte são preenchidos antes de acabar o mês. Mas, apesar das dificuldades apresentadas, percebem pontos positivos na readequação das formas de acesso, mesmo que as falas demonstrem certo descompasso afinal na definição de critérios de como se realiza o acolhimento de saúde.

> [...] se a pessoa, o paciente, chega aqui no dia do acolhimento, e se traz o que é necessário para se marcar consulta, se marca, para pessoa, para o marido e para os filhos. Eu acho isso um ganho muito grande, porque antes não era assim. Por exemplo, para um adulto, antes, era uma consulta por pessoa, não tinha como abrir este leque, porque era o mês todo. Agora, nós abrimos as consultas para o mês seguinte, então são muitas consultas [...] aumentou o número de vagas, porque abrangeu um número maior de dias" (T02).

Na fala acima, observa-se que, no acolhimento realizado, o usuário pode agendar consulta odontológica para outras pessoas, que não estão presentes e não foram vistas, ouvidas e direcionadas conforme suas necessidades. Parece haver certo equívoco em relação ao acolhimento com identificação de necessidades preconizado.

Para as unidades que a referenciam, há a ESB reserva de uma vaga por dia para cada uma delas, que organizam suas demandas de acordo com o acolhimento local nas três US: "Todos os dias eu ofereço uma vaga fixa para estes três serviços que eu sou referência, nós somos referência, então de cada manhã de atendimento, eu forneço estas vagas para eles pelo turno da manhã" (T01).

Observam-se melhorias importantes relativas às mudanças no processo de trabalho na equipe, sendo citado o espaço e o tempo que foram disponibilizados para uma escuta qualificada, com o sigilo preservado: "antes, era uma mera marcação de consultas, agora no acolhimento tem mais tempo de ouvir" (T02) e "tem uma sala separada" (T01).

A equipe relata que novos usuários começaram a acessar a unidade, com o término das fichas semanais. Além disso, o novo processo de acolhimento reorganizou a agenda, para garantir uma reserva de agendamento de demandas de odontologia da população sob responsabilidade de equipes de saúde próximas territorialmente, mas ainda sem equipe de saúde bucal. Assim, foi permitido, também, o acesso de novos usuários – [...] pacientes que vêm destas três referências [outras unidades de saúde referenciadas] estão desassistidos sempre, porque nunca tiveram dentista nesses outros centros [...] eles estão tendo a oportunidade de vir aqui" (T02).

Os trabalhadores referem-se, também, a falas de usuários elogiando as mudanças no acolhimento em saúde bucal possibilitadas pela melhoria no acesso – [...] a fama de venda de fichas, ah, sabem que vendiam ficha e tinham que vir aqui de madrugada (T02).

Quando questionados sobre as mudanças ocorridas com a nova forma de acesso adotada, a resposta vem de maneira empírica: "A impressão que eu tenho é que eles estão achando melhor" (T01). Ou apresentando sua previsão de demandas de atenção: "[...] os pacientes que vem aqui para o acolhimento precisam de atendimento, 100% deles" (T02).

US Ligustro

Ligustro é uma unidade de saúde que recentemente mudou seu modelo de atenção para Estratégia de Saúde da Família (ESF). Até o início de 2013, era composta por uma EAB que, além de atender toda a demanda que chegasse do município de Porto Alegre, servia de referência para o atendimento em saúde bucal para mais duas unidades de saúde sem equipe de saúde bucal do distrito sanitário no qual está situada.

Em abril de 2013, com a mudança para ESF, houve a delimitação do território de sua responsabilidade, que foi divido em quatro áreas. Neste momento, foram formadas quatro equipes de saúde da família com uma equipe de saúde bucal modalidade II (CD, TSB e ASB). Embora, pelo número de equipes de ESF, estejam previstas duas ESB em Ligustro (BRASIL, 2000), o espaço físico da unidade não comporta dois equipamentos odontológicos. A equipe de saúde bucal, então, passou a restringir seus atendimentos, salvo casos de urgência, para a população residente na área adstrita, estimada em 10.500 pessoas (IBGE, 2010).

A transformação para ESF ocorreu de forma gradual, sendo que os primeiros agentes comunitários de saúde (ACS) de Ligustro ingressaram na equipe apenas em maio de 2014. Houve constantes mudanças nos processos de trabalho e profissionais da equipe durante os dois anos de implantação da ESF.

Os trabalhadores que participaram voluntariamente do grupo focal iniciaram sua atuação na unidade um pouco antes da mudança (em fevereiro de 2013), participando de todos os momentos de transformação dos processos de trabalho. Ambos possuem vínculo empregatício com o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), foram selecionados através de concurso público.

O cirurgião-dentista possui formação acadêmica concluída no ano de 2007, Residência Integrada em Saúde com ênfase em Saúde da Família e Comunidade e experiência profissional em outra Prefeitura do Rio Grande do Sul, além de já ter atuado como consultor do Telessaúde. Relata já ter sido preceptor de alunos de estágio da UFRGS na própria unidade.

O TSB formou-se no ano de 2005, e possui cinco anos de experiência como ASB, sua formação anterior, na Prefeitura de outro município do RS, dentre outras experiências profissionais.

Quando questionados sobre o uso de protocolos no cotidiano de trabalho na unidade, respondem que não se restringem aos oferecidos pela PMPA:

> A gente segue o protocolo do município, mais para questão de fluxos e encaminhamentos. Mas não que a gente tenha um protocolo, não tem um protocolo na gaveta, que tem um problema vai ali e usa, a não ser de fluxo de encaminhamento, a gente segue o protocolo da Prefeitura. Mas eu gosto muito dos protocolos do GHC, da criança, da gestante, do diabético, do hipertenso. Pelo menos eu me baseio muito nestes protocolos (T03).

A equipe de saúde bucal de Ligustro vê o acolhimento como a forma correta de trabalhar e afirma que aderiu à ideia após muitas discussões em reuniões de equipe. Citam a implantação do acolhimento como uma conquista do antigo coordenador da US, mais do que em razão de qualquer diretriz gerencial do município:

> O assunto foi sendo discutido em reunião. Porque, antigamente, eram as fichas: tantas para o clínico, tantas para ginecologista, tantas para o pediatra. Saíram esses profissionais, entraram os médicos de família, e a gente foi mudando as formas de acesso. E daí foi sendo discutido em reunião de equipe [...] foi uma conquista, tinha diretriz do município, mas foi conquista do coordenador, que trabalhou isso, que sabia que era a forma correta da gente trabalhar, e implantou o acolhimento (T03).

Em Ligustro, a equipe afirma que “todas as pessoas são acolhidas" (T03). Entretanto, as falas evidenciam que as diferenças entre o acolhimento da equipe de saúde e da saúde bucal relacionam a questão do tratamento concluído como uma das justificativas para isso. Há um limite de acesso à saúde bucal, que faz com que o acolhimento da saúde bucal ocorra em paralelo ao da equipe médica e de enfermagem.

> Agora, a parte médica e da enfermagem tem o acolhimento. A pessoa vem e passa pelo acolhimento, normalmente é um enfermeiro ou um técnico em enfermagem que vai conversar com essa pessoa. Dependendo da questão, já resolve na recepção mesmo, e aí vai se avaliar se tem necessidade de urgência, consultar na agenda, se a gente tem vagas do dia, vagas do acolhimento que a gente chama. Senão, vai ser resolvida a demanda da forma que for, vai ser agendada a consulta [...] A saúde bucal, a gente, tem um acolhimento entre aspas, porque a gente limita o acesso. A gente tem um dia, uma manhã, que a gente faz o acolhimento. É que a gente tem um determinado número de vagas para iniciar o tratamento. Essas pessoas que iniciam o tratamento vão fazer um tratamento completo (T03).

No acolhimento realizado pela ESB, os usuários são escutados em um dia em turno específico, e encaminhados conforme suas necessidades. Há uma exceção para gestantes, crianças menores de dois anos, pessoas com deficiência e idosos, que agendam a primeira consulta sem restrição de dia e turno:

> [...] gestante agenda direto, crianças até dois anos, a gente tem monitores do PET, que atendem, que nos ajudam com essas consultas. A gente tem umas consultas pra idosos, que também são limitados, eles agendam por telefone. Pacientes especiais agendam direto, agenda aberta (T03).

Essa limitação no acolhimento à saúde bucal, que dificulta o acesso ao serviço nesta unidade, é visto como um problema que é discutido constantemente pela equipe, mas ainda não foi encontrada a solução.

> [...] a forma como é hoje é um problema, para mim. Eu acho horrível. Mas assim, nós somos uma equipe para quatro... A demanda é grande, tem muitas pessoas precisando de atendimento. A gente não tem condições de deixar uma agenda aberta. Acho que assim, por exemplo, tem outras unidades que têm agenda aberta, que aí, é bonito... A pessoa vai lá, marca a consulta hoje, aí o retorno dela vai ser para daqui a dois meses. Aí, a pessoa chega lá hoje, para marcar para daqui três meses. Então, eu não vejo lógica nisso. As pessoas que procuram, são aquelas pessoas que precisam. É difícil tu chegar a uma pessoa e dizer "tu não tens necessidade" (T03).

O depoimento demonstra as dificuldades da equipe para atender a demanda e de tornar realidade os princípios do modelo de atenção da ESF: "Se eu for começar a ligar para todas as gestantes, ou ir na casa, eu vou atender só gestantes. Tu entendes? A gente tem sessenta gestantes" (T03). O fato de haver apenas uma equipe de saúde bucal para quatro equipes de saúde dificulta o trabalho: "eles não vão fechar outra equipe aqui, já está decidido que não vai ser fechada outra equipe de saúde bucal, enquanto não tiver outra cadeira" (T03).

A equipe de saúde bucal de Ligustro entende que a agenda fechada facilita o cuidado em saúde bucal com o paciente, uma vez que garante que o tratamento não demore para ser iniciado, priorizando-se os casos mais urgentes:

> A gente faz uma avaliação no dia e marca. A gente sempre deixa vagas as consultas do acolhimento, para essas pessoas que vêm para iniciar tratamento, para no máximo uma semana, ou naquele mesmo dia, ou no outro, rapidamente elas vão começar o tratamento. E aí sempre se tenta organizar assim, o paciente está com dor, vou organizar ele primeiro (T03).

Outro problema apontado, que também evidencia o distanciamento do acolhimento da saúde bucal do resto da equipe, é a necessidade que hoje a ESB aponta para a presença de um profissional de saúde bucal sempre nesse acolhimento: "[...] precisa ter um profissional para isso, não é? Que vai ficar responsável por fazer esse acolhimento todos os dias" (T03).

Apesar de parecer não haver envolvimento da equipe de saúde no acolhimento da saúde bucal, os profissionais da saúde bucal acabam sendo envolvidos nas outras tarefas da Unidade: "[...] a gente não tem administrativo, falta técnico de enfermagem. Então, toda a equipe se envolve com outras questões. É difícil a gente se organizar" (T03). O trabalhador quatro diz participar do acolhimento que a equipe de saúde realiza, "o acolhimento ali na recepção, no primeiro contato com o paciente" (T04). Entretanto, fica evidente, também, na próxima fala, que quando

há a necessidade de encaminhar problemas não relacionados à saúde bucal, é o técnico de enfermagem ou o enfermeiro que realizam a escuta:

> Digamos, ele vem ver os exames. Ele vai chegar ali, o TSB auxilia na recepção, aí ele vai dizer: "Ah, eu vim mostrar meus exames". O TSB vai dizer: "Ah, vamos marcar". "Mas eu não estou muito bem, estou com muita dor em algum lugar". Aí, o TSB diz: "vamos passar, conversa com um técnico ou enfermeiro" (T03).

Pelos depoimentos parece não ocorrer uma troca de saberes de núcleos profissionais, necessárias para que a equipe se sinta segura para fazer o acolhimento de forma multiprofissional. Tanto por parte dos profissionais de outras áreas frente às demandas de saúde bucal, quanto por parte da equipe de saúde bucal para demandas médicas ou de enfermagem.

> O ideal seria que, com certeza, o acolhimento médico, da enfermagem, fosse da odontologia também. Fosse uma coisa única não é?! [...] Acho que a gente tem que tentar trabalhar isso, mas aos poucos, sabe. A gente teve muitas mudanças em pouco tempo. A gente chegou, era ficha, virou acolhimento, os enfermeiros faziam acolhimento, aí os técnicos começaram a fazer, com uma certa resistência, tinham um pouco de insegurança de fazer essa escuta. Então agora vamos colocar a odontologia, é muita coisa. Então, tem que ir aos pouquinhos, não é, tem que pensar com o tempo, capacitar mais a equipe com relação à saúde bucal, que as pessoas se sintam também mais confiantes em fazer esse acolhimento. Mas acho que é um processo, a gente não pode fazer assim de uma vez (T03).

A identificação das necessidades de saúde bucal, foco do acolhimento preconizado no Guia da SMS (SMS/PMPA, 2014a), ainda está centralizada no profissional de nível superior: "O dentista faz a identificação da demanda. O TSB ou a ASB está na escala que eles fazem na recepção, para auxiliar na recepção" (T03). Conforme a demanda, os pacientes são agendados: "E aí, agenda para o atendimento" (T04).

Diante do número excessivo de usuários para uma equipe de saúde bucal, a equipe diz ter priorizado a continuidade do tratamento ao acesso.

> [...] prefiro que as pessoas tenham uma dificuldade de acesso que eu acho horrível, mas que tenham todo o tratamento garantido, do que isso vire um pronto atendimento, e a gente vê, né. Abrir a agenda, e as pessoas têm um retorno muito longo, as pessoas vão abandonar o tratamento, elas vão vir só quando elas têm dor (T03).

Além da insuficiência de espaço físico para a implantação da segunda ESB e para a realização de atividades coletivas dentro da unidade, a dificuldade de organização do processo de trabalho e o desconhecimento em relação ao próprio

território adstrito, são vistos como desmotivação pessoal dos membros da equipe, que dizem não poder trabalhar conforme a formação e experiência em ESF já vividas anteriormente por eles.

> [...] eu gosto de trabalhar com saúde da família [...] eu acho, desafiador assim, tu seres responsável pela saúde de um território, tu teres que trabalhar com esse território, e pensar assim, nós somos os responsáveis pela saúde bucal da unidade, e tu veres maneiras de ter que trabalhar com isso. Eu acho muito legal, acho uma pena que eu nunca consegui trabalhar da forma que eu gostaria [...] Se eu fosse responsável por uma equipe de saúde da família, era um sonho [...] não quero colocar um cartaz lá na frente com o número de fichas, eu tenho que fazer isso toda a semana (T01).
>
> Eu também fico frustrada de não poder fazer grupos [falta de espaço físico na unidade], de ter um acompanhamento na escola mais seguido, de não conhecer os alunos, os professores (T02).

Embora o descontentamento em relação ao acolhimento que hoje realizam, é um consenso da equipe de que houve uma melhora no sentido da continuidade do cuidado da saúde bucal, além de verem positivamente o final das "fichas-dia" (T03), que antes eram distribuídas. Também salientam o fim do favorecimento que muitos usuários tinham em Ligustro antes da implantação do acolhimento:

> A gente viu muitas pessoas elogiando... de forma geral [...] na saúde bucal, a gente vê claramente... elas vêm, conseguem o acesso, e quando elas ficam sabendo que vão fazer todo o tratamento, elas ficam felizes, elas gostam disso (T03).

Ligustro não tem ainda o Conselho local de Saúde (CLS) consolidado, como uma ferramenta importante para o processo de mudança de modelo: "a gente está em formação do Conselho Local, a gente espera que em pouco tempo tenha um" (T03). Afirmam também não participar das reuniões do Conselho Distrital de Saúde (CDS), demonstrando pouca relação e afinidade com esses espaços de participação popular.

Os dados e indicadores de saúde bucal produzidos não são utilizados para o planejamento do processo de trabalho em Ligustro: “Nunca usamos... a gente guarda as folhinhas ali, mas a gente nunca parou pra estudar a demanda” (T03).

A equipe de saúde bucal compreende a importância de estagiários da enfermagem e residentes de saúde coletiva em Ligustro, como facilitadores dos processos de mudança. Porém, optou por não receber estagiários de odontologia.“[...] tem agora os residentes em saúde coletiva, então eles ajudam muito com isso, em identificar os líderes comunitários [...] A gente tem estagiários da enfermagem, que vem toda a semana, eles nos auxiliam com a as atividades do PSE, e fazem atividades de sala de espera. Nós temos toda a semana os residentes da saúde da família [...] a gente já teve estagiário da odontologia, mas no momento, não. (T03).”

A equipe utiliza o espaço da reunião de equipe para discussão e construção coletiva de soluções para os desafios impostos diante da realidade enfrentada em Ligustro

> [...] a gente tem a reunião de equipe [...] Toda semana, mais de vinte (pessoas). São duas horas nas quintas de tarde, e na última quinta do mês a tarde toda, com algum projeto de algum assunto que a gente vai discutir, alguma capacitação, alguma educação permanente [...] a gente sempre vê a opinião de todo mundo, para ver onde a gente vai chegar, achar melhor no conjunto [...] sempre tem bastante coisa. Sempre falta tempo (T03).

Com relação à reunião mensal de educação permanente de saúde bucal, realizada na gerência distrital à qual está vinculada, Ligustro não vê o espaço como um facilitador da organização do processo de trabalho e se queixa que as reuniões, alegando que, além de não serem muito produtivas, acabam sendo focadas para o profissional de nível superior.

> Eu vejo que as reuniões acabam sendo um desabafo de reclamações do que funciona é o que não funciona [...] tentam: "Ah vamos fazer, organizar educação permanente", mas não sei se tiveram coisas muito produtivas [...] acaba sendo focado só para o dentista (T03). [...] profissional técnico e auxiliar não consegue aproveitar muita coisa (T04).

Espaços de EPS compartilhados pela ESB são vistos com insatisfação pela equipe, pois relatam que os mesmos são bastante voltados ao cirurgião-dentista, e então veem pouco sentido para melhoria das práticas dos auxiliares no dia-a-dia.

> Não tem por que a gente colocar em prática, a gente não pode, não é nossa atribuição. Então, a gente acaba participando, mas fica uma coisa... Não é tão produtivo para gente [...] no dia do dentista, que teve, foi muito bom, teve bastante coisa interessante, mas focado para eles [dentistas]. Teve a parte dos pacientes com necessidades especiais, como fazer o atendimento deles, isso foi bem interessante né, e a parte do câncer bucal, da orientação, de exames, isso sim, mas o restante é mais focado, farmacologia, o negócio da medicação, aí era bem específico deles. Foi bem pouquinho que a gente pôde aproveitar, mesmo (T04).

Unidade de Saúde Mimo-de-Vênus

Em Mimo-de-Vênus, a ESF funciona desde que foi inaugurada, no ano de 2005. Atualmente, com uma população adstrita estimada em 2.500 pessoas, é constituída por uma equipe de saúde da família com uma equipe de saúde bucal modalidade I (CD e ASB).

O ASB relata estar lotado no local desde antes mesmo de sua inauguração, mas então como ACS, cargo para o qual prestou concurso, primeiramente. Motivado pelo CD de Mimo-de-Vênus, na época, enquanto ACS iniciou um curso para ASB na Escola Técnica de Saúde do SUS / RS (ETS/RS), que não concluiu. Retomou mais tarde ao curso de ASB em uma escola particular (Klymus), onde obteve a formação de ASB. Em 2013, após ser aprovado em concurso público do IMESF o trabalhador mudou de cargo na unidade de saúde. No momento da entrevista relata estar realizando curso técnico para TSB.

O cirurgião-dentista de Mimo-de Vênus formou-se em 2010, fez um ano do curso de Residência Integrada em Saúde com Ênfase de Saúde da Família e Comunidade após a graduação, mas abandonou o curso, ao ser chamado para trabalhar na Prefeitura de um município do RS, em 2013. No mesmo ano, após ser selecionada pelo IMESF iniciou suas atividades na PMPA e logo após ingressou no Mestrado de Saúde Coletiva, em andamento no momento da entrevista. Cursou, também, pós-graduação à distância – Especialização em Saúde da Família, concluída na metade de 2014.

Demonstram satisfação em compor a equipe de saúde de Mimo-de-Vênus –"A equipe é bem boa... funciona bem" [...] "Aquela história de que a odontologia é à parte não tem aqui" (T06).

Com relação ao uso de protocolos afirmam conhecer as diretrizes da PNSB (BRASIL, 2004) e os protocolos da própria Secretaria Municipal de Saúde (SMS/PMPA 2014a), os quais relatam ajudar na organização do seu processo de trabalho local – "A gente lê o protocolo, interpreta e aplica na nossa realidade. Se a gente não concorda com determinada coisa, a gente não faz" (T06).

> [...] eu posso citar os protocolos do próprio Programa Brasil Sorridente, o Caderno 17, a gente também tem um protocolo agora lançado pelo Prefeitura, que a gente tem eles aqui na unidade, que são protocolos muito mais de organização de serviço do que um protocolo de evidência científica de atendimento (T06).

O cirurgião-dentista afirma que para o atendimento clínico utiliza os conhecimentos adquiridos no curso de odontologia e da especialização, a qual diz ter contribuído bastante por ser focada na atenção básica: "[...]os módulos que a gente tinha: cirurgia na atenção básica, endodontia na atenção básica [...] porque a gente sabe, até pelos recursos materiais, questão de raio X, é um pouco diferente do que a gente aprende na faculdade" (T06). Também por essa necessidade de adaptação dos protocolos à necessidade local afirmam que "[...] nem sempre a gente segue eles à risca, porque temos que trabalhar conforme a realidade" (T05).

Citam como um fator positivo o fato de possuírem na sala odontológica um computador que facilita a busca de evidências para clínica – "A gente tem a sorte de ter computador dentro da sala, então, às vezes, a gente pesquisa alguma coisa, se está com alguma dúvida" (T06).

Sobre a realidade local, Mimo-de-Vênus explana:

> [...] a comunidade é um território bem misto. A gente tem muitos usuários que têm convênio e que não consultam com o médico aqui, mas consultam com a odontologia. A gente tem muitos usuários que têm convênio odontológico e preferem vir à unidade, porque acham que o atendimento aqui é melhor do que no convênio ou é mais rápido agendar aqui. E a gente tem uma população de extrema vulnerabilidade [...] para alguns pacientes, a gente está muito longe de pensar em prevenção. São pacientes que vêm para um tratamento bem mutilador, que nunca acessaram, não por falta de acesso do serviço, mas por desconhecimento, por questão cultural, e questões de etiologias de doenças, assim é (T06).

Quando questionados sobre algum protocolo de implantação do acolhimento no município, Mimo-de-Vênus cita o Caderno de Atenção Básica nº 28 do Ministério da Saúde - Acolhimento à Demanda Espontânea. A equipe relata não utilizar o Guia de Orientação Acolhimento com Identificação de Necessidades da SMS. (SMS/PMPA 2014a) Os profissionais salientam que o Caderno do MS abrange o acolhimento de uma forma muito ampla, para organização da demanda: "Eu conheço o próprio esse protocolo, esse que foi lançado agora, que tem o acolhimento de uma maneira ampla" (T06). Mas referem utilizar o Protocolo de Saúde Bucal. (SMS/PMPA, 2014b)

Com relação às mudanças no processo de agendamento, resultantes da implantação do acolhimento em Mimo-de-Vênus, relatam o fato de que a facilidade para agendar a consulta odontológica vem causando absenteísmo e o distanciamento das diretrizes de trabalho preconizadas pela ESF.

> [...] na nossa comunidade (não sei se só na nossa), a Estratégia Saúde da Família está um pouco longe de se trabalhar o proposto, que é prevenção e orientação. A gente está paternalista, não é?! As pessoas, estão esquecendo o compromisso delas e isso está acontecendo muito na odontologia aqui, o fato dessa agenda ser acessível e livre. Pode chegar e fazer o agendamento a qualquer horário, a qualquer momento. Não faz com que eles venham na sua consulta. "Ah, foi fácil de marcar não vou valorizar, a hora que eu puder, que eu chegar lá, eles vão me fornecer uma nova [consulta agendada] (T05).

Compreendem que a questão do absenteísmo é em razão do desinteresse do usuário.

> [...] quando é protocolo, parece que o usuário ele é perfeito, a unidade que não fornece acesso, o dentista que não trata com acolhimento. Mas, na prática a gente vê que o protocolo nunca enfoca a falta de interesse. “Ah, hoje eu estou com preguiça, não vou ir na consulta”. Então, existe um outro lado, que quem trabalha realmente na ponta é no dia-a-dia que vê essas dificuldades [...] “Ah vamos fazer um grupo, promover saúde”? Quem é que quer vir no grupo? “Ah, mas é vocês que”... Não, não é a gente que não fez, que a gente não chamou. A gente tem por exemplo a lista das gestantes, que a gente liga, que a enfermeira orienta da consulta, tem que ir na odontologia, o agente comunitário da saúde. Mas às vezes a pessoa não quer. Acho que essa parte do usuário não querer, não ter nunca interesse, nunca é considerado (T06).

Levaram o problema para discussão em equipe e aguardam que a solução venha da gestão, até mesmo com a criação de um protocolo que responsabilize o usuário pelo que consideram desinteresse. Relatam dificuldade de diálogo e compreensão do usuário sobre o problema do absenteísmo.

> É, não existe protocolo para isso, mas nós levamos em reunião de equipe, para coordenadora, para ser levado para uma gerência, para ver de que forma a gente pode mudar. A gente faz cartaz, coloca o número de consultas ofertadas, número de pacientes faltosos, para eles terem uma ideia de faltas, que eles estão pecando pelo lado deles, que eles não estão tendo um auto-cuidado. Só que, assim, a gente também não tem retorno sobre isso. Então, não tem muito, na verdade, o que se fazer. A gente sabe que tem que ser modificado, alterado, a gente leva na reunião de equipe, o coordenador leva um pouco para cima, para gerência distrital, mas não existe um protocolo, então, de que forma vai se fazer isso, não se sabe (T05).

A equipe de saúde bucal de Mimo-de-Vênus compreende que há um descompromisso dos usuários com as consultas agendadas, o que gera o descontentamento da equipe. Afirmam que a maioria dos usuários desejam marcar a consulta mais do que o próprio tratamento:

> [...] A gente vê que não é falta de vínculo, falta interesse do usuário, é simplesmente "eu não estou afim hoje". As pessoas falam para gente: "é que estava meio friozinho, não é, aí vim marcar de novo". Então, tem mais pessoas que querem muito mais marcar do que vir na consulta” (T06).

Relatam orientar procurar os usuários, mas não alcançam sucesso para evitar as faltas.

> Internamente, o que a gente procura fazer é orientar bem o paciente: "Olha, tu não podes faltar, porque depois, quando tu for remarcar tua consulta, vai ficar só para daqui 30 dias. E se hoje tu tens necessidade, amanhã pode estar com dor e vai ser pior. Vai vir no acolhimento e no acolhimento a gente não vai fazer o tratamento” (T05).

Segundo suas falas, o absenteísmo não atinge somente a equipe de saúde bucal, mas toda a equipe de saúde em Mimo-de-Vênus, embora seja maior o problema na saúde bucal.

> [...] não é só com a odontologia, o problema é o perfil da comunidade, porque isso acontece com médico, enfermeiro e dentista. Todas as agendas são abertas, e eu acho que poucas unidades em Porto Alegre funcionam assim, não tem dia fixo, não tem horário de marcação, não tem dia de marcação. O paciente chega:” Ah eu quero marcar para mim, para minha mãe, para o meu pai, paro o meu filho para o meu tio.” Pode marcar para todo o mundo. “Eu também quero marcar para enfermeira e para o médico.” A pessoa sai daqui com trinta consultas, que é um direito dela, de estar acessando o serviço. Isso é trabalhado pelos agentes, pelos profissionais aqui que atendem. “ Olha, não falta.” Mas eles faltam bastante. Esse acho que é o maior problema que a odontologia enfrenta, não é nem falta de material, eu acho que é a questão dos usuários (T06).

Pela fala anterior, as agendas em Mimo-de-Vênus ficam abertas e o agendamento é feito também para terceiros que não passaram pelo acolhimento, quando solicitado por algum familiar, podendo ser essa uma das causas de muitas das faltas relatadas. A necessidade não é identificada, assim como o interesse.

Há uma queixa quanto à falta de TSB na equipe de saúde bucal (modalidade I) – “nós não temos técnico de saúde bucal aqui, não foi aberta a vaga” (T05). Apontam isso como um fator complicador do processo de trabalho de equipe, pois somente em dois, muitas vezes ambos estão ocupados para fazer o agendamento para saúde bucal, que é feito exclusivamente por eles – “vem o paciente, ‘quero agendar, quero agendar’. E fica aquela situação de 5min, 10min, batendo na porta” (T05). Falam sobre a indisposição que isso gera na equipe: “A agente comunitária que fica lá na frente tem que vir toda hora até aqui. E isso também é salientado – ‘Ah, toda hora a gente tem que ir lá chamar vocês’” (T06). “É a nossa ferida” (T05).

A mudança no agendamento da saúde bucal, com a implantação do acolhimento como rotina diária da equipe, ocorreu no ano anterior da entrevista, aproximadamente, conforme ordem da coordenadora e sem muita participação decisória dos profissionais.

> O agendamento há um ano atrás foi mudado (T06).
>
> Mas não fomos nós que mudamos. O agendamento veio de uma ordem que nos passaram que deveria, a partir daquele momento, ser feito daquela forma. Então, nós não mudamos, a gente acatou ordens, se adaptou, porque se dependesse de nós, da equipe, o acesso não seria dessa forma. Ele continuaria como era uns tempos atrás [...] Antes, o usuário teria que vir na unidade uma vez por semana, que seria segunda-feira, teria dado "X" fichas para aqueles pacientes agendarem, daí foi mudado [...] Não foi nem perguntado para os profissionais que estão aqui na ponta o que eles achavam, se iria funcionar, se cabia ou não a essa unidade, simplesmente foi colocado, passado via gerência distrital/coordenação, coordenação/equipe(T05).

A marcação das consultas odontológicas é realizada de forma isolada com relação a da unidade e é a equipe de saúde bucal que se responsabiliza pelo agendamento. A equipe de saúde bucal defende esta organização.

> Em uma reunião, nós colocamos ou a gente deixa uma agenda lá na frente, o agente de saúde que fica na recepção agenda na recepção também. Aí, eu preferi que não fosse assim, não é?! Vai atrapalhar, mas eu prefiro ver quem é o paciente que está agendado, até para cobrar ele se ele for faltoso, para saber qual procedimento vai fazer. Aí ficou decidido assim (T05).

E explanam suas justificas sobre as especificidades da atenção odontológica.

> [...] Nós trabalhamos com agenda de papel. Todo mundo que é atendido daqui de dentro (consultório odontológico) já sai com consulta marcada [...] E se a gente, por exemplo, deixar a agenda aberta lá na frente e ela simplesmente marcar, daqui a pouco marcou dez exodontias na mesma manhã. Então, na verdade é um pouquinho diferente da agenda do médico e da enfermeira (T06).

Devido ao problema, chegaram a repensar a agenda aberta da saúde bucal, para o qual ainda não encontraram a melhor solução.

> O que a gente faz? Um horário de marcação: Ah tem que marcar das 8h as 9h, aí fica só ali na frente para marcar. Ah, mas a gente vai estar restringindo o acesso. Tá, então a gente deixa o acesso bem aberto: das 8h às 17h pode marcar. Mas, ao mesmo tempo, a gente tem que estar aqui dentro atendendo [...] a gente ainda não chegou em um consenso do que é melhor. Aí, então, tem aquela coisa, a gente sempre pensa no usuário (T06).

Mais uma vez, reforçam a ideia de que se fossem uma equipe modalidade II, e tivessem a presença do TSB, poderiam estar revezando algumas funções, facilitando o trabalho – “Talvez, se a gente tivesse uma vaga pra TSB, diminuiria esse problema. Porque poderia ter um revezamento” (T06).

> Até para receber os acolhimentos que chegam na unidade não é [...] ali na frente, recebendo esse paciente, conversando melhor, fazendo esse acolhimento mais qualificado, já sairia daqui ou com a consulta agendada, ou de fato um acolhimento já, né!? Então, assim, as meninas [que estão na recepção] passam todo mundo (T05).

Quando questionados sobre os espaços de educação permanente, citam a reunião mensal realizada com as equipes de saúde bucal da Gerência Distrital de Porto Alegre na qual estão inseridos, mais do que o espaço dentro da unidade, que muitas vezes não podem ser tão bem aproveitados por outras demandas que surgem, ou por se tratar de uma equipe simples, conforme explicam.

> [...] nós temos pessoas que vêm à nossa unidade e precisam do espaço para colocar também alguma coisa. Aí, tem mais os informes que vêm da gerência, administrativos. Essa educação permanente ela não chegou a se firmar na unidade, mas o propósito, o pensamento, a nossa demanda aconteceu, ela surgiu (T05).
>
> [...] precisa de tempo para se organizar, para falar e eu acho que essa falta de tempo, , o fato de ser uma equipe simples é muito mais difícil do que em uma equipe maior (T06).

A solução que a equipe encontrou para diminuir o número de faltas, então, é a orientação individual, que agora aparece de forma mais adequada e é relatado que a abstinência vem diminuindo, no momento.

> Mas a gente fala individualmente, para cada pessoa que vem marcar: "olha, se tu não puderes vir, avisa antes, para gente poder marcar para outra consulta, não falta". Até acho que meio por último diminuiu, acho que vem diminuindo um pouco as faltas. Mas, às vezes, a gente vê uma pessoa que marca para família toda, e aí a gente já pensa "naquela não vai vir ninguém", e às vezes, acontece (T06).

Para não prejudicar o agendamento dos usuários que estão em tratamento e para que o tratamento possa ser concluído com o menor tempo de espera entre as consultas a equipe organizou a agenda de maneira que fique reservado 50% da semana para os retornos e 50% para pacientes novos ou faltosos.

> O que estava acontecendo é que a gente estava com a agenda aberta todos os horários, aí eu ia lá para frente, marcava dez pacientes de uma vez só. Aí voltava com a agenda, e o paciente que estava sendo atendido precisava de um retorno, só tinha para o final do mês. Então a gente viu que isso estava prejudicando um pouco. Então, 50% das consultas ofertadas são para os pacientes que estão em atendimento, para que possam ter um tratamento contínuo mais rápido. E os outros 50% são os pacientes que vêm pela primeira vez, ou que faltaram (T06).

Sobre os encaminhamentos para a atenção secundária, Mimo-de-Vênus relatam não ser grande o tempo de espera para uma consulta especializada quando necessária.

> Aqui, a gente não tem demora, pelo fato da gente ter uma população pequena. "Ah, vai ficar dois anos esperando um tratamento de canal", isso não é a nossa realidade. Normalmente, tratamento de canal, três meses, quatro meses no máximo [...] (T06).

Mimo-de-Vênus não usa para o planejamento os indicadores produzidos e alimentados no Sistema de Informação em Saúde mensalmente. Alegam falta de tempo para a análise e sugerem retorno da Gerência Distrital e/ou Secretaria Municipal de Saúde.

> A gente não tem retorno dos indicadores das unidades (T06).
>
> [...] a gente preenche, mensalmente, sempre a gente dá uma olhada (T05).
>
> Números de primeiras consultas que eu fiz está proporcional ao número de tratamentos concluídos. A gente está conseguindo ter essa proporção. É isso [...] claro que vai do interesse da pessoa, também, mas é isso que eu digo. Se eu tenho 80% de atendimento na cadeira, atendendo um número superior de pacientes do que é recomendado, só se de noite, no final de semana, eu iria estudar os indicadores, para ver qual é a meta do município. Acho, sim, que isso deveria vir da Secretaria, da Gerência, como uma forma de retorno, com os indicadores das unidades. Até acho que foi passado um pouco, nessa última reunião, que a gente falou do Manual, teve até um retorno assim (T06).

Sobre se houve discussão com a comunidade sobre as mudanças na forma de acesso através da implantação do acolhimento relatam não ter conhecimento se foi realizado.

> Não sei se houve. Na verdade, quando eu cheguei aqui na comunidade, a agenda da médica e da enfermeira já estava sendo aberta assim, sem dia, e a agenda da odontologia ainda estava sendo com dia. Aí quando eu cheguei, a conversa que ela teve comigo foi de que a gente se adaptasse para que a agenda da odontologia seguisse o mesmo fluxo que a unidade. Todas as agendas, nenhuma delas teria dia ou horário de marcação. E é claro, a consulta fica sempre para quando tiver disponibilidade na agenda, que abrir os horários de marcação não significa que a gente vai ter horário para todo mundo (T06).

Para a adaptação da população à nova forma de acesso, o Conselho Local de Saúde é visto como um espaço de comunicação com a comunidade, embora lamentem a pouca adesão e representatividade dos usuários. Através do conselho

realizaram a divulgação sobre a nova forma de acesso à saúde bucal de Mimo-de-Vênus, que foi bem aceita pelos usuários.

> Logo no início, as pessoas continuavam vindo na segunda-feira, por um hábito, e aí foi passado já em conselho local como estava funcionando o agendamento odontológico. Mas são poucos os que participam do conselho local [...] Eu não tenho informação de que o usuário tenha brigado, ou que tenha se sentido prejudicado, descontente pela forma de agendamento. A única coisa que a gente vê bastante é que ele não quer esperar. 'Ah, eu quero agendar' (T06).

Sobre o Conselho Local não o veem como um espaço de representatividade – "Nós temos três mil pacientes, e acho que, no Conselho Local, se frequentam, se já foram quatro, cinco, foram muitos" (T05).

> Gostou bastante o usuário. Está maravilhado com o sistema, tanto é que ele chega aqui e: "Ah vou pegar o Omeprazol e vou aproveitar e agendar para ti", como se fosse uma feira e "estou levando a batata, vou aproveitar e vou levar o tomate também (T05).
>
> [...] a porcentagem de pessoas que participam do Conselho Local não é representativa. Quem vai no Conselho Local é quem não falta a consulta (T06).

Discussão

A escuta qualificada

A escuta qualificada define-se como o comprometimento do profissional em resolver problemas de saúde dos usuários, através do trabalho em equipe multiprofissional, fortalecendo o vínculo do trabalhador/profissional com parâmetros humanitários, solidários e de cidadania. (FRANCO, 1999) Deve acontecer em qualquer espaço e horário de um serviço de saúde. Pela análise das falas, o acolhimento tem sido entendido pelas equipes também com este direcionamento, como algo para além de apenas uma forma de organização do acesso aos problemas de saúde: "nem vejo esta palavra como acolhimento, é uma humanização, a escuta, saber ouvir, saber falar, não criticar" (T01). As equipes demonstram compreender a polissemia inerente ao termo.

> Eu acho que existe a questão de se confundir o que é acolhimento. Ah, então tem aquela coisa, o que é acolhimento? É uma escuta qualificada, é uma questão de postura, e isso teria que ter, sempre (T06).

As equipes afirmam já terem discutido o tema acolhimento nos seus espaços de trabalho. Verificou-se que processos de transformação do acolhimento foram iniciados nas três unidades de saúde, encontrando--se em processo de qualificação. As equipes relatam pautas frequentes relacionadas ao acolhimento nas reuniões que participam.

Quando se referem ao acolhimento das necessidades de cuidado em saúde bucal, as equipes demonstram inquietação. Afirmam que tais demandas são acolhidas somente pelos profissionais da saúde bucal, e com certo paralelismo ao acolhimento que ocorre de uma forma geral na unidade de saúde. O acolhimento da saúde bucal não é realizado pela equipe multiprofissional. Segundo as evidências demonstram, essa realidade pode levar a uma perda do potencial do acolhimento enquanto dispositivo de gestão para reorganização do processo de trabalho. (TAKEMOTO; SILVA, 2007)

Especialmente para a saúde bucal, o acolhimento representa um potencial para uma atuação mais integral e humana junto à comunidade. A participação da saúde bucal no momento do acolhimento da unidade pode ampliar o olhar histórico da profissão, extremante direcionado aos procedimentos restauradores e pouco perceptivo para a saúde integral. Nos três casos, o acolhimento da saúde bucal é feito de forma isolada do restante da equipe, reforçando práticas fragmentadas históricas do cuidado na saúde bucal.

O papel social do cirurgião-dentista, observado na sociedade durante anos, coloca-o dentro do consultório odontológico, realizando consultas clínicas. (GONÇALVES; RAMOS, 2010) Esta realidade ainda é muito presente nas três equipes estudadas, e talvez se reflita na dificuldade que apresentam em pensar em deixar a livre aberta para a marcação por outros profissionais da saúde que não sejam da saúde bucal. Também se percebe que o cuidado em saúde bucal está fortemente centrado na agenda do cirurgião-dentista.

Cinamomo aponta como vantagens para o acolhimento hoje realizado em uma "sala separada" (T02), com espaço e tempo disponibilizados, assim como sigilo preservado. São traços da transformação de uma prática que anteriormente era realizada sem a preservação da escuta. A equipe relata depoimentos em torno da busca da avaliação de necessidades antes da primeira consulta odontológica. Mas ainda parece não haver um convencimento forte em torno da proposta, quando em outra fala afirmam que a escuta não serve para a priorização de necessidades, questionando ainda suas vantagens.

> A ideia era direcionar as consultas no acolhimento, se fosse demanda agendada, ou demanda imediata, dependendo da necessidade do paciente. Só que na prática não funcionou, né, porque é muita demanda e a ideia não é invadir além de um mês de agenda (T02).

A preocupação com a agenda da saúde bucal na unidade é um aspecto enfatizado nos grupos focais realizados. O agendamento de consultas encontra-se centralizado no consultório odontológico. Isto ocorre por interesse dos profissionais da saúde bucal, que temem responsabilizar outros membros da equipe para organização da agenda e que preferem "dar essa filtrada" [nas queixas e necessidades trazidas pelos usuários no momento do acolhimento] (T06) inicial. Mas também pelo entendimento dos outros membros da equipe de que a equipe de saúde bucal é quem deve atender essas demandas – "as meninas [ACS e técnicas de enfermagem] passam o prontuário [para o consultório odontológico]: 'olha, tem acolhimento'" (T05). Essa é uma realidade que aparece nas falas dos entrevistados como prejudicial ao compartilhamento de saberes e a co-responsabilização interprofissional em relação ao cuidado em saúde bucal.

Nas unidades analisadas, o acolhimento da saúde bucal está sendo realizado sem a avaliação prévia da necessidade do usuário em razão do seu risco e vulnerabilidade. Do ponto de vista teórico, define-se que o profissional que realiza o acolhimento deve escutar a queixa, os medos e as expectativas e identificar tais riscos e a vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizando para dar uma resposta ao problema. (NUTO, 2010) Porém, pelos depoimentos verifica-se que a escuta qualificada com a lógica de priorização da clientela de maior vulnerabilidade, diminuindo as desigualdades, ocorre com muita dificuldade. Situações dos processos de trabalho relatadas apontam em que aspectos maiores debates necessitam ser realizados pelas equipes em busca de formas acolhedoras que permitam avanços no sentido da escuta qualificada.

Por exemplo, Cinamomo e Mimo-de-Vênus relatam que com a facilidade de acesso gerada pela nova forma de acolhimento conseguem fazer o agendamento de usuários, inclusive, por solicitação de terceiros. Persistindo aqui a dúvida sobre como sem escuta foi possível identificar o interesse ao cuidado ofertado, Mimo-de-Vênus queixa-se do grande número de faltas que isso tem gerado – "O paciente chega: 'eu quero marcar para mim, para minha mãe, para meu pai, para o meu filho para o meu tio'. Pode marcar para todo o mundo' [...] mas eles faltam bastante" (T06).

Processo de agendamento de consultas

Nota-se a dificuldade em padronizar a articulação de demanda, oferta e cuidado em saúde bucal. Sem dúvida, fica visível que a relação entre número de equipes de saúde bucal e número populacional é um problema que afeta o modelo mais ou menos acolhedor. As disparidades populacionais encontradas entre as três equipes demostram isso (entre 2.500 a 26.000 pessoas). A organização de acolhimento mais positiva foi encontrada em Mimo Vênus que possui a equipe de

saúde bucal que atua dentro dos padrões populacionais indicados pelo programa da saúde da família. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), a única das três equipes que conseguiu eliminar a espera do usuário em receber os cuidados de saúde bucal – "Todas as agendas são abertas, e eu acho que poucas unidades em Porto Alegre funcionam assim, não tem dia fixo, não tem horário de marcação, não tem dia de marcação" (T06).

Cinamomo apresenta que com as transformações do acolhimento, houve o fim da distribuição de fichas físicas e o término das filas de espera em frente à unidade. Porém, por outro lado, a ampla demanda fez com que a equipe optasse pelo acesso e não pela continuidade do tratamento. Os usuários que precisam de mais de uma consulta devem retornar nos dias de marcação do mês seguinte. A fila e as fichas, fisicamente, já não acontecem, entretanto os usuários que precisam de continuidade de tratamento esperam uma fila virtual enorme e crescente a cada dia que passa, o que vai contra ao que se preconiza na PNH. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

Já, em Ligustro, as marcações para saúde bucal ocorrem semanalmente, pela manhã, com baixíssima oferta disponibilizada (em apenas um turno onde é realizada a escuta e a primeira consulta odontológica). Nessa unidade, a fila e fichas para saúde bucal ainda existem (embora não sejam fichas físicas), pois no dia de marcação os usuários chegam de madrugada para garantir uma dentre as vagas ofertadas em um cartaz fixado na frente da unidade no dia anterior. É uma realidade de muita preocupação e discussão na equipe que, ao pensar em acolhimento, optou por priorizar a continuidade do tratamento ao acesso – "prefiro que as pessoas tenham uma dificuldade de acesso, que eu acho horrível, mas que tenham todo o tratamento garantido, a que isso vire um pronto atendimento" (T03), e há insatisfação da equipe em fazê-lo dessa forma – "não quero colocar um cartaz lá na frente com o número de fichas, mas eu tenho que fazer isso toda a semana" (T03).

Durante anos na saúde, especialmente na odontologia, associa-se procedimento com qualidade na assistência. Os usuários chegam aos serviços de saúde buscando o procedimento e não o cuidado, porque imaginam equivalência entre eles. Diante desse fato, que Franco e Merhy (2005) denominam "produção imaginária da demanda", percebe-se que pode estar aí a explicação para essa construção social que aparece no perfil dos serviços de saúde analisados, na produção do cuidado e nas relações entre trabalhadores e usuários. (ANDRADE, 2007)

Como pontua Merhy (2010, p.30), "a transição tecnológica na saúde hoje em dia ocorre no campo das tecnologias leves, inscritas no modo de atuação do trabalho vivo em ato e nos processos de gestão do cuidado". O acolhimento e o vínculo destacam-se entre essas tecnologias leves, capazes de facilitar a construção do cuidado humanizado e integral que o SUS preconiza. São poderosos dispositivos para planejamento e organização do processo de trabalho das equipes. Facilita-se a

compreensão dos problemas e maior capacidade de resolvê-los, de acordo com as necessidades reais do usuário e do trabalhador em saúde. É necessário aumentar o grau de corresponsabilidade e visão dos profissionais da saúde bucal para o foco na produção do cuidado, mudando a cultura da cura, promoção e proteção da saúde que ainda perpetua nos serviços.

Reunião de equipe de saúde

É consenso que para mudar as realidades da saúde é imprescindível que os profissionais que trabalham para a saúde das comunidades estejam dispostos a aderir a estratégias responsáveis e inovadoras para acolher indivíduos. Especialmente os que se encontram vulneráveis não somente no sentido da assistência à saúde, mas também em outros aspectos de caráter social, cultural e psicológico. É necessária uma postura política, criativa e comprometida para trabalhar sempre pensando e nas possibilidades de melhoria da qualidade de vida da população. Deve haver espaço para reflexão do processo de trabalho das equipes e construção coletiva de meios para que teorias sobre o acolhimento sejam possíveis de serem implementadas. (FREIRE, 2008)

Todas as equipes relatam participar de reuniões sistemáticas de equipe, mas não reconhecem como um espaço de exercício de micropolítica e, assim, passível de produção de mudanças (ANDRADE, 2011).

Demonstram dificuldades concretas nos processos de planejamento. Relatam não utilizar seus próprios indicadores de saúde para o reconhecimento da realidade e resolução dos problemas – "a gente guarda as folhinhas ali, mas a gente nunca parou para estudar a demanda" (T03).

> [...] a gente tem agenda aberta, o acesso é super facilitado, mas a gente levantou que isso estava causando um grande absenteísmo [...] É, não existe protocolo para isso, mas nós levamos em reunião de equipe, para coordenadora, para ser levado para uma gerência, para ver de que forma a gente pode mudar (T06).

Apesar de haver todo um trabalho da SMS, através da construção do guia de orientação para as unidades de saúde (SMS/PMPA, 2014a), bem como a dedicação das equipes de monitoramento que focam o acolhimento como um dos eixos norteadores de qualificação do processo de trabalho, observa-se que essa avaliação e monitoramento não está surtindo muitos efeitos no nível local.

Se a humanização do cuidado em saúde é um objetivo a ser alcançado nos serviços de saúde, é preciso haver um movimento de humanização no trabalho do profissional de saúde que também necessita ressignificar seu trabalho. Tradicionalmente, o trabalho em saúde envolve grande sofrimento para o

trabalhador, pois a essência de seu trabalho é, em geral, o sofrimento e a dor do outro. Além disso, as relações hierárquicas e disciplinares do trabalho, na saúde, também contribuem para um trabalho mais alienado e embrutecedor. Humanizar essas práticas inclui o fazer criativo e participativo do trabalhador, potencializando as diversas formas de intervenção que o ato de cuidar possibilita. A humanização no trabalho em saúde vem com uma proposta da gestão participativa, onde todos, independentemente de seus cargos, podem e devem intervir através da reflexão sobre os processos de trabalho e apropriar-se deste processo, podendo determinar novas formas do fazer na saúde. (PEKELMAN et al., 2009)

Ao trabalhar, as equipes de saúde não estão apenas executando normas. O trabalho exige uma mobilização de inteligência, de invenção, de habilidade, de tomada de decisão, tanto para fazer com que as regras pré-estabelecidas sejam aplicáveis nas singularidades das situações, quanto para lidar com a carência ou inadequação das normas anteriores. (NEVES, 2010)

Participação da população

Sobre a satisfação do usuário com relação às transformações no acolhimento da saúde bucal, relatam de forma um pouco empírica – "A impressão que eu tenho é que eles estão achando melhor" (T01).

Um ponto muito positivo relatado foi a mudança de perfil dos usuários com a implantação do acolhimento. Observada especialmente em Cinamomo e Ligustro, que trabalhavam com o modelo de saúde de UBS tradicional, anteriormente, já que citam que antes acessavam sempre as mesmas pessoas – "surpreendeu foi o número de pacientes que nunca vieram ao dentista, sendo que estamos aqui há catorzes anos" (T02).

Não citam o uso de caixa de sugestões nem da ouvidoria municipal como uma forma de avaliação dos usuários ao serviço. O CLS é o espaço, assegurado por lei, em que soluções sanitárias necessárias podem ser construídas coletivamente. Experiências exitosas apontam que a integração entre profissionais comprometidos e movimentos sociais é capaz de gerar práticas criativas e produtivas, no sentido da construção de uma atenção à saúde integral em que as pessoas assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas. (VASCONCELOS, 2004)

Embora Mimo-de-Vênus e Cinamomo possuam CLS implantado e em funcionamento (e em Ligustro esteja em fase de formação), a discussão com a comunidade sobre mudanças que o acolhimento traz no momento em que é implantado, é um ponto relevante que a equipes não citam.

O relato de Mimo-de-Vênus, que observa a falta de interesse dos usuários, vai de encontro ao estudo de Vasconcelos (2004), que diz que sem a participação

ativa dos usuários, com discussão de novas condutas a serem implementadas nos serviços de saúde, não há como se alcançar a APS integral em que as pessoas e os grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas. A educação e o trabalho em saúde impostos e centrados em recomendações de hábitos considerados saudáveis boicota a participação popular. (VASCONCELOS, 2004)

Considerações Finais

No trajeto de construção do SUS muitos são os avanços percebidos, especialmente em relação à oferta de cuidado em saúde bucal, como foi observado em Porto Alegre, nos últimos anos. Entretanto, o recente crescimento do número de ESB na APS não diminui a demanda odontológica histórica brasileira que dificulta a adoção do acolhimento como postura e prática de atenção à saúde pelos profissionais de saúde bucal.

Os resultados do estudo demonstram, em consonância com as evidências apresentadas, que o encontro profissional com o usuário ainda é fortemente marcado pela dor, ansiedade e sofrimento do sujeito que busca o serviço e que busca ser compreendido e atendido em suas necessidades. E neste sentido, a importância do uso das tecnologias leves na prática das equipes de saúde bucal encontra-se reforçada nas realidades estudadas. O acolhimento pode ser uma das tecnologias leves de grande relevância para melhorar o planejamento e a atenção de saúde bucal nas unidades de saúde da família.

As três unidades de saúde analisadas apresentam diferentes maneiras de responder às necessidades de saúde bucal da comunidade, uma vez que apresentam múltiplos atores locais e singularidades que não podem ser desprezadas. Independentemente dos diferentes contextos de organização de trabalho e realidade social, as equipes demonstram dificuldade em reverter a lógica da oferta e da demanda, com priorização de usuários em situação de maior vulnerabilidade, diminuindo as desigualdades sociais, e fortalecendo o vínculo na relação profissional-usuário.

O número de equipes de saúde bucal ainda insuficiente para atender a população adstrita e a falta de estrutura física de algumas unidades são desafios reais dentre os vários impostos no trabalho em saúde. Exigem do trabalhador criatividade e compreensão da necessidade de novos fazeres e práticas e de um trabalho coletivo, tanto com a equipe de saúde quanto com a comunidade.

Os processos de transformação do acolhimento vivenciados pelos profissionais de saúde bucal qualificaram de alguma forma o serviço, seja no sentido do acesso, da continuidade ou mesmo das reflexões geradas sobre a relevância da humanização no cuidado em saúde.

As interpretações dos resultados do estudo conduzem ao fortalecimento e recomendação da ampliação da discussão e da realização de processos de educação permanente sobre o tema. Processos de avaliação participativa e periódica das equipes também serão bem-vindo aos contextos estudados.

Considerado norteador das ações de acolhimento, o guia de orientação às unidades de saúde e os critérios de avaliação criados (SMS/PMPA, 2014a) devem ser usados e constantemente remodelados pela gestão. A rede de atenção à saúde é composta por diversos atores e interesses distintos, vê-se como imprescindível a construção de consensos dos profissionais de saúde bucal na produção do cuidado.

É essencial que os profissionais de saúde bucal sejam incluídos e atendidos em suas necessidades de educação permanente e apoio institucional junto às equipes de saúde para que o acolhimento seja realizado da melhor maneira possível, dentro de suas limitações diante de tanta desigualdade: "falta condições de saúde, dinheiro, falta muita coisa, ambientes que a gente vê que não tem estrutura familiar, educação, escola, religião. Então, falta muita coisa além da consulta no posto de saúde" (T02).

Que o estudo sirva de motivação às equipes diante do desafio do acolhimento como potencial integrador da ESF e qualificador das relações de trabalho existentes.

Referências

ANDRADE, C.S.; FRANCO, T.B.; FERREIRA, V.S.C. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. **Revista APS**, 2007, v.10, n.2, p.106-115.

ASSIS, M.M.A.; CERQUEIRA, E.M.; NASCIMENTO, M.A.A.; SANTOS, A.M., JESUS, W.L.A. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS**, 2007, v.10, n.2, p.189-199.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista Saúde Pública**, 2007, v.41, n.1, p.150-153.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2012.

_____. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica**, v.1, n.28. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS** - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R.; Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm***,* Florianópolis, 2006, v.15, n.4, p.679-684.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis:** revista saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2004, v.14, n.1, p.41-65.

ESTEBAN, M.P.S. **Pesquisa qualitativa em educação**: fundamentos e tradições. Tradução Miguel Cabrera. Porto Alegre: AMGH, 2010.

ELIAS et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, 2006, v.11, n.3, p.633-641.

FRANCO, T.B. et al. O acolhimento e o processo de trabalho em saúde: o caso Betim Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, abr./jun. 1999, v.15, n.2, p.345-353.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A., (Orgs). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005, p.181-194.

FRANÇA, I.S.X.; MARINHO, D.D.T.; BAPTISTA, R.S. Assistência de saúde humanizada: conquistas e desafios em Campina Grande-PB. **Revista RENE**, UFC, Fortaleza, jan/mar 2010, v.11, n.1.

FREITE, L.A.M. et al. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. REME **Revista Mineira de Enfermagem**, 2008, v.12, n.2, p.271-277.

GONÇALVES, E.R.; RAMOS, F.R.S. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, abr/jun 2010, v.14, n.33, p.301-314.

HENNINGTON, E.A. Gestão do trabalho, humanização e ergologia**. Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2008, v.42, n.3, p.555-561.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CERQUEIRA, P.; FRANCO, T.B. Diálogos pertinentes: micropolítica do trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial: novas subjetivações e 15 disputas por uma autopoiese anticapitalística no mundo da saúde**. Lugar Comum**. 2010 (33-34), p.89-103.

MOYSÉS, S.J.; KRIEGER, L.; MOYSÉS, S.T. **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

NEVES, T.P. A incorporação da abordagem ergológica na formação dos profissionais de saúde: em busca da integralidade da atenção à saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, abr/jun 2010, v.13, n.2, p.217-223.

NEVES, M.; PRETTO, S.M.; ELY, H.C. Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre-RS, Brasil. **Revista de Odontologia da UNESP**, set/out 2013, v.42, n.5, p.364-371.

NORA, C.R.D.; JUNGES, J.R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Revista Saúde Pública**, 2013, v.47, n.6, p.1186-1200.

NUTO, S.A.S.; OLIVEIRA, G.C.; ANDRADE, J.V.; MAIA M.C.G. O acolhimento em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. Fortaleza/CE: um relato de experiência. **Rev APS**, 2010, v.13, n.4.

OPAS/OMS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de Posicionamento da Organização Pan–Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. Whashington, D.C: OPAS, 2007.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. May 2011.

PEKELMAN, R.; FERRUGEM, D.; MINUZZO, F.A.O.; MELTZ, G. A Arte de Acolher através da Visita da Alegria. **Rev. APS**, out/dez 2009, v.12, n.4, p.510-516.

PINHEIRO, P.M; OLIVEIRA, L.C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, jan/mar 2011, v.15, n.36, p.187-198.

ROCHA, E.T. **Processos educacionais e a produção do cuidado em saúde bucal**: o agir em competência das equipes de saúde bucal na Atenção Primária em Saúde. 2014. 115f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

SILVA, C.A.F. A Gestão de si na reinvenção das Normas: práticas e subjetividade no trabalho**. Saúde e sociedade**, 2008, v.17, n.4, p.111-123.

SMS/PMPA. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. **Manual de Biossegurança para estabelecimentos odontológicos**. Porto Alegre: SMS, 1998.

SMS/PMPA. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Coordenação de Atenção Primária, Serviços Especializados e Substitutivos. **Acolhimento com Identificação de Necessidades**: guia de orientação para as unidades de saúde. Porto Alegre: SMS, 2014.

_____. **Protocolo de Atenção de Saúde Bucal em Porto Alegre**: organização da rede e fluxos de encaminhamento. Porto Alegre: SMS, 2014.

SCHWARTZ, Y. Uso de si e competência. In SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (orgs.) **Trabalho & Ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Eduff, 2007.

TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, fev, 2007, v.23, n.2, p.331-340.

VASCONCELOS, E.M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **Physis***:* Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2004, v.14, n.1, p.67-83.

VASCONCELOS, F.N.; VASCONCELOS, E.M.; DUARTE S.J.H. O acolhimento na perspectiva das Equipes de Saúde Bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica da literatura brasileira. **Revista Tempus** - Actas de Saúde Coletiva - Saúde Bucal, 2011, v.5, n.3, p.115-122.

APÊNDICE

Roteiro para o Grupo Focal

Parte I - Identificação

Data:____/_____/2014

Orientação:

Este questionário tem por objetivo pesquisa sobre como ocorre o Acolhimento em Saúde Bucal na sua unidade de saúde. Se você não tem certeza sobre que resposta dar a um item, escolha a alternativa que lhe pareça mais apropriada. Na dúvida opte pela primeira alternativa que pensou. A sua informação será mantida em sigilo.

1. Dados de Identificação pessoal

1 Sexo: (1) masculino (2) feminino	**2 Idade:** __ __ anos	**3 Estado civil:** (1) solteiro (2) casado (3) separado ou divorciado (4) viúvo (5) outro:_____
4 Estado de origem:		
5 Cidade de origem:		

2. Identificação da Unidade de Saúde

Unidade _____

Gerência Distrital _____

3. Vínculo do Entrevistado

Qual a forma de ingresso na SMS?
1) Concurso público
2) Seleção pública
3) Outra forma: _____

Qual seu tipo de vínculo?
1)Servidor público estatutário
2)Cargo comissionado
3)Contrato temporário por prestação de serviço
40 Empregado público CLT
50 Outro(s): _____

Ano de Ingresso na Instituição: _____

4. Formação

Profissão ou ocupação:
_____

Graduação
Citar o curso: _____
( )Concluído. ( )Não concluído. ( )Em andamento. ( )Não se aplica.

Especialização
Citar o curso: _____
( )Concluído. ( )Não concluído. ( )Em andamento. ( )Não se aplica.

Residência
Citar o curso: _____
( )Concluído. ( )Não concluído. ( )Em andamento. ( )Não se aplica.

Mestrado
Citar o curso: _____
( )Concluído. ( )Não concluído. ( )Em andamento. ( )Não se aplica.

Doutorado
Citar o curso: _____
( )Concluído. ( )Não concluído. ( )Em andamento. ( )Não se aplica.

Outros
Citar o curso: _____
( )Concluído. ( )Não concluído. ( )Em andamento. ( )Não se aplica.

Parte II - O agir em competência e as práticas de acolhimento fundamentado no referencial teórico de Schwartz (2007)

Dimensões do trabalho	Objetivos	Questões Norteadoras
Dimensão1: O relativo domínio de algo codificado **PROTOCOLO**	**Objetivo 1**: Descrever **processos educacionais** que possibilitaram conhecer e dominar protocolos do cuidado integral.	Falem sobre os **protocolos mais usados** na produção do cuidado na saúde bucal? Como **acessaram os protocolos do cuidado durante a formação e o exercício da equipe na ESF**?
Dimensão2: O relativo domínio de algo não codificado **HISTÓRIA da REALIDADE/ SINGULARIDADE**	**Objetivo 2:** Identificar experiências dos **processos educacionais** que possibilitaram **conhecer singularidades da realidade do trabalho**.	Falem sinteticamente sobre **a realidade do cuidado na saúde bucal na ESF**? Como **acessaram as informações da realidade do** cuidado?
Dimensão3: O domínio da decisão pertinente no momento certo **RENORMALIZAÇÃO**	**Objetivo 3:** Identificar como o profissional renormaliza protocolos conforme cada situação.	A ESF **modifica protocolos durante a atuação**? Por que? Dê exemplos.
Dimensão 4:. A reconfiguração do meio em um debate de valores **"O uso de si por si"**	**Objetivo 4**: Identificar o debate de valores e normas impostas e instituídas na atividade de trabalho.	As dinâmicas do trabalho da ESF permitem a renegociação de valores e normas ? Descreva e/ou dê exemplos de como e onde isso ocorreu.
Dimensão 5: Em função do debate de valores desdobramentos do potencial **VALORES**	**Objetivo 5:** Identificar a participação em processos educação continuada e/ou permanente e se agregam para sua vida.	Qual o valor/importância do trabalho para a sua vida ? Como o trabalho se inclui na sua vida ? A ESF participa de processos de EPS ? Como os processos de educação permanente trazem valor para a sua vida?
Dimensão 6: A sinergia com o coletivo	**Objetivo 6**: Identificar a experiência do trabalho em equipe	Descreva o trabalho em equipe para a gestão.

arte III - ACOLHIMENTO em Saúde bucal

IMPLANTAÇÃO

A unidade implantou algum sistema de acolhimento aos usuários com demandas de saúde e de saúde bucal? Com que objetivos?

Como e quando ocorreu o processo de implantação do acolhimento na Unidade? Houve alguma atividade? Expliquem.

OPERACIONALIZAÇÃO

Expliquem como era realizada antes a atenção à saúde bucal, o que mudou e como é agora?

Falem como ocorre o atendimento à saúde bucal do usuário na Unidade.

Como ocorre o fluxo dos usuários para o atendimento de saúde bucal?

O acolhimento de pacientes com demandas de saúde bucal é feito somente pela ESB?

Qual o papel de cada profissional dentro do acolhimento (CD, TSB e ASB)?

Qual o papel da equipe de saúde?

Onde é feito/local? Quais horários/turnos?

AGENDAMENTO

O usuário consegue sair sempre da Unidade com a consulta agendada nas situações em que não é atendido no mesmo dia?

Como ocorre o encaminhamento dos usuários: Consultas Imediatas, Consultas Continuada/Programada, Consultas Especializadas (CEO)?

AVALIAÇÃO

Qual a percepção da equipe sobre a opinião dos usuários em relação ao acolhimento?

É realizado algum tipo de consulta de opinião do usuário sobre acolhimento?

Falem sobre como o controle social participa das questões do acolhimento.

CAPITULO 4.2

INCLUSÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Maria Elena Gageiro Soares
Alexandre Fávero Bulgarelli
Aline Blaya Martins de Santa Helena

Introdução

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 17 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), historicamente, as práticas da Saúde Bucal no Setor Saúde indicam que ela foi desenvolvida de forma distante no que se refere à integralidade do cuidado, sendo restrita à prática do cirurgião dentista com seu equipamento odontológico. Por muitos anos, no Brasil, a inclusão da Saúde Bucal e das atividades odontológicas no Sistema Único de Saúde (SUS) aconteceram a margem do processo de organização dos demais serviços de saúde. (MOYSÉS; 2008) De acordo com Narvai e Frazão (2008), na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) foi proposta:

> A inserção da saúde bucal no sistema único de saúde por meio de um Programa Nacional de Saúde Bucal com base nas diretrizes da área, respeitando-se as definições que cabem aos níveis federal, estadual e municipal (...) universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado, com a municipalização dos serviços e fortalecimento do poder decisório municipal, porém os governos que se sucederam não acataram essa deliberação. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p.10)

A 2ª CNSB, que ocorreu em 1993, aprovou as diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no Brasil, identificando-a como 'direito e cidadania', e propondo as características para um novo modelo de atenção em saúde bucal. (MOYSÉS, 2013) Para se concretizarem, as propostas da 2ª CNSB enfrentaram dificuldades, ocasionando poucos avanços para o Programa Nacional de Saúde Bucal (PNSB).

Em 2004, foi realizada a 3ª Conferência de Saúde Bucal, a qual o tema central foi "Acesso e qualidade, superando a exclusão social", que realizou discussões que abarcaram quatro eixos temáticos: 1) educação e construção da cidadania; 2) controle social, gestão participativa e saúde bucal; 3) formação e trabalho em saúde; 4) financiamento e organização da atenção em saúde bucal. De acordo com Moysés (2013), a Conferência teve como resultado a implementação da nova Política Nacional de Saúde Bucal, que originou o Programa Brasil Sorridente. Este programa tem como finalidade avançar em direção à melhoria da organização do sistema de saúde como um todo, oferecendo um modelo centrado nas reais necessidades de saúde da população. (MOYSÉS, 2013)

No ano 2000, com a edição da Portaria 1444, de 28/12/2000, pelo Ministério da Saúde, uma nova perspectiva para a Política Nacional de Saúde Bucal foi desenvolvida. Foram estabelecidos incentivos financeiros para a reorganização da atenção à saúde bucal oferecida aos municípios por meio do Programa de Saúde da Família, atualmente denominado como Estratégia Saúde da Família. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; CALADO, 2002)

A inserção das ações de Saúde Bucal pelas Equipes da Estratégia da Saúde da Família, atualmente, objetiva transformar esse modelo de organização e prática anterior, sendo esse um processo complexo, desafiador e com alto grau de dificuldade, em função de buscar integrar a prática dos profissionais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

É importante muito comprometimento dos profissionais para constituir essa nova forma de operar as ações de saúde, que deve resultar na valorização da saúde bucal como parte essencial da integralidade do cuidado, na ampliação do número de equipes e profissionais, e do contexto de atuação dos profissionais da odontologia. (NARVAI, 2004) Dessa forma, é necessária a reflexão permanente sobre as práticas de saúde, tendo em vista a aproximação entre os diferentes profissionais da equipe (técnicos e gestores), e, também, desses com a comunidade. Sendo assim, "a aproximação com o usuário traz a chance de construir com ele a autonomia possível para o enfrentamento dos seus problemas." (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p.19)

No município de Novo Hamburgo a realidade da Saúde Bucal não é diferente deste modelo distanciado da prática da integralidade das ações e serviços de saúde, visto que foi implantado a Estratégia da Saúde da Família sem a inclusão da Saúde Bucal. Portanto, este trabalho propõe a reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica no município de Novo Hamburgo tendo como diretriz a Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada Brasil Sorridente, em conformidade com os princípios do SUS.

Revisão Bibliográfica

A revisão bibliográfica é apresentada neste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em 2 tópicos, a saber: 1) Estratégia da Saúde da Família, e 2) Saúde Bucal na Estratégia da Saúde da Família.

Estratégia Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF), atualmente intitulado Estratégia de Saúde da Família (ESF), originou-se em 1994 no Brasil como uma proposta do Ministério da Saúde (MS) para reformulação do modelo assistencial a partir da atenção básica, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF apresenta-se como uma nova possibilidade de trabalhar a saúde centralizada na família e não apenas no indivíduo doente, opondo-se ao modelo anterior (hospitalocêntrico) que não atende mais as necessidades de saúde da população. (MENDES, 2001)

O programa introduz uma nova perspectiva em relação ao processo de intervenção em saúde, uma vez que atua preventivamente sobre a população através de uma nova forma de atenção, e não mais esperando o indivíduo já doente procurar atendimento. Por meio da implantação de equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde, é possível o acompanhamento de um número limitado de famílias, realizando, assim, a manutenção da saúde da comunidade a partir de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças. Uma vez que as equipes funcionarem de forma adequada, oferecendo um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população, terão a capacidade de resolver a maioria dos problemas de saúde de sua comunidade. (MENDES, 2001)

A Estratégia de Saúde da Família permite a reflexão da valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras. Essa perspectiva não consiste em um atendimento simplificado, isto é, visa expandir a atenção primária à saúde em direção à inclusão de práticas preventivas, educativas e curativas, aproximando-se da vida cotidiana, do contexto social da população e dos grupos mais vulneráveis.

Dessa forma, a Estratégia de Saúde da Família tornou-se uma ação significativa para a mudança do modelo assistencial. As ações do programa têm foco na qualidade de vida da população, propondo uma nova dinâmica para a estrutura dos serviços de saúde. Assim, promove uma aproximação dos profissionais de saúde com as pessoas e com a comunidade, assumindo o compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda à população, que tem seu acesso garantido por meio de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que oferece assistência conforme as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta e fazendo a intervenção de forma adequada. (MOYSÉS, 2013)

Saúde Bucal na Estratégia da Saúde da Família

Por um longo período, a odontologia no Brasil consistiu em uma prática mercantilista, mutiladora e elitista, voltada para o setor privado, reproduzindo, também, essas características ao setor público. No decorrer da história, as práticas de Saúde Bucal foram desenvolvidas com certo afastamento do setor saúde como um todo, estando estrita a prática do cirurgião dentista com seu equipamento odontológico.

No Brasil, ao longo dos anos, vários modelos assistenciais foram propostos para a saúde bucal, dentre eles, Odontologia Sanitária; Odontologia Preventiva; Odontologia Social; Odontologia Simplificada; Odontologia Integral; e o Programa Inversão da Atenção (PIA). A inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Equipe na Estratégia da Saúde da Família ocorreu em 1994 a partir do Programa da Saúde da Família. Em 2004, originaram-se as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada Brasil Sorridente. Esta proposta tem como finalidade reorganizar as ações e os serviços de Saúde Bucal no âmbito da Atenção Básica, como parte essencial na construção do SUS. Os serviços de Saúde Bucal necessitam de reformulação conforme os princípios do SUS, assumindo uma nova postura diante da população, responsabilizando-se pelo enfrentamento dos problemas existentes e rompendo "com antigas formas de trabalhar e de lidar com o processo saúde-doença na sociedade e da necessidade de instrumentalizar equipes e profissionais para a consolidação dessas mudanças." (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DA ATENÇÃO BÁSICA. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2008)

O Brasil Sorridente tem como finalidade ser uma política de ampliação e qualificação da atenção em saúde bucal em todos os níveis, na busca de assegurar também atendimentos de maior complexidade. A saúde bucal entrou efetivamente na agenda de prioridade do governo dezessete anos após a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e do 1º Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal, realizados em 1986, em que apontou a precária situação da saúde bucal. (MOYSÉS, 2013)

Nos anos 1990, não houve muita atenção política à saúde bucal. Apenas na década de 2000, a partir da transição de governos, iniciou-se uma inovação na trajetória da área, gerando mais oportunidades. Segundo Moysés (2013, p.57), havia no País um movimento de profissionais de odontologia articulados à reforma sanitária, os quais foram bem sucedidos em emplacar a saúde bucal como prioridade no Governo Lula e na proposição de um desenho abrangente para a política, envolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dentária.

O Brasil Sorridente, até o momento, teve maior avanço em relação à expansão das equipes de saúde bucal associadas à Estratégia de Saúde da Família do que nos demais elementos. Entre os anos de 2002 e 2010, houve um aumento de 400% no

número de equipes de saúde bucal implantadas no país. A estimativa de alcance populacional dessas equipes aumentou de 15 para 45%, superando a média de 85 milhões de pessoas. (MOYSÉS, 2013) Atualmente, a Política Nacional de Saúde Bucal organiza-se em seis componentes estruturantes:

1) Reorganização da atenção primária em saúde bucal, com ampliação de equipes de saúde bucal na ESF.

2) Ampliação e qualificação da atenção especializada: implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.

3) Assistência na Atenção Terciária: emissão pelo cirurgião-dentista de autorização para internação hospitalar; tratamento odontológico para pessoas com necessidades especiais; assistência odontológica nas unidades e centros de atendimento oncológico.

4) Promoção e prevenção: ampliação da rede de abastecimento de água fluoretada; kits de higiene bucal.

5) Reestruturação e qualificação: doação de equipamentos odontológicos; incentivo e financiamento à pesquisa em saúde bucal coletiva.

6) Vigilância, monitoramento e avaliação: implantação de rede de centros colaboradores em vigilância à saúde bucal; pesquisas epidemiológicas transversais em saúde bucal. (MOYSÉS, 2013, p.59)

A PNSB tem demostrado nos últimos anos grandes avanços comprovados através dos principais indicadores epidemiológicos. Conforme Moysés (2013), esta política ainda está em fase de expansão e para assegurar sua sustentabilidade e capacidade transformadora é essencial sua "capilaridade" política e o seu enraizamento na sociedade brasileira.

Possibilitar que as ações em Saúde Bucal sejam um direito de toda a população brasileira, independentemente da idade, escolaridade ou classe social, através da inclusão da Saúde Bucal como parte integrante do âmbito de saúde, é um desafio que vai se superando proporcionalmente, a partir de mudanças do enfoque da Odontologia Preventiva e Social para o enfoque da Saúde Bucal Coletiva. (NARVAI, 2004)

Objetivos

Descrever a intervenção proposta para a inclusão de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia da Saúde da Família, no município de Novo Hamburgo. Descrever o processo de indução da gestão na integração entre a Equipe de Saúde Bucal (ESB) à da Saúde da Família (SF) para prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolutividade e boa qualidade. Descrever o processo de indução da gestão em melhores práticas de atenção à saúde bucal, através do fomento a ações discutidas, planejadas e pactuadas em conjunto com a Equipe de Saúde da Família (ESF).

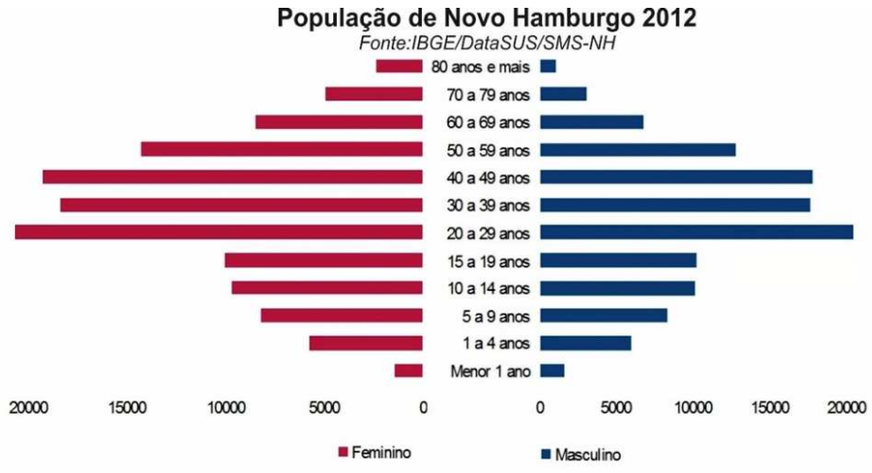
Metodologia

Delineamento: Relato de caso.

Descrição da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Novo Hamburgo, cenário onde ocorreu a pesquisa:

O município de Novo Hamburgo está situado, na Região Sul do Brasil, no Estado do Rio Grande do Sul, na micro região de Porto Alegre. Possui uma área 217,61 km², que se acham assim distribuídos: zona urbana - 73,94 km² e zona rural - 143,67 km². No ano 2000 o censo havia levantado uma população de 236.193 pessoas na cidade, dez anos depois, em 2012, a estimativa baseada no censo do IBGE contou uma população de 239.355 habitantes, apontando um aumento real de 1,34% neste período.

Gráfico 1 – Distribuição da população de Novo Hamburgo por faixa etária.



Fonte: Novo Hamburo, 2014.

À Secretaria Municipal de Saúde compete desenvolver e executar as políticas, os planos e os programas na área da saúde no âmbito do município, voltados para a melhoria da qualidade de vida da população em geral, prestando-lhe assistência, mantendo serviços na lógica da atenção integral, por meio da atuação de equipes multiprofissionais. Executa o processamento e realiza a receita e a despesa da pasta, no município, respondendo seu titular como seu ordenador geral. Exerce a fiscalização da saúde mediante o desenvolvimento de ações e serviços para a promoção, prevenção e assistência, planejados a partir da avaliação epidemiológica e socioeconômica, considerando as especificações locais. O município está habilitado para a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, e definiu como estratégia prioritária de ação para a saúde o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde através da Estratégia da Saúde da Família, estando 42,6% da população coberta por esta Estratégia atualmente.

A estrutura organizacional da SMS de Novo Hamburgo é composta por:

I - Administração Central

a) Assessoria Executiva

b) Gerência de Gestão do Fundo Municipal de Saúde

1.Departamento de Controle

1.1. Seção de Contabilidade

1.2. Seção de Convênios e Contratos

1.3. Seção de Prestação de Contas

c) Gerência de Projetos e Captação de Recursos

d) Gerência da Ouvidoria do SUS

II – Diretoria de Saúde

a) Gerência de Atenção Integral à Saúde

1. Departamento da Saúde da Mulher
2. Departamento da Saúde da Criança e do Adolescente
3. Departamento da Saúde da Pessoa Idosa
4. Departamento de Saúde Bucal
5. Departamento da Saúde do Homem
6. Departamento de DST/HIV/AIDS
7. Departamento de Doenças Infecto-contagiosas
8. Departamento de Humanização

9. Departamento de Práticas Integrativas e Complementares

b) Gerência da Vigilância em Saúde

1. Departamento de Vigilância Sanitária

2. Departamento de Vigilância Epidemiológica

3. Departamento de Vigilância Ambiental

4. Departamento de Vigilância em Saúde do Trabalhador e DANT

c) Gerência de Média e Alta Complexidade

1. Departamento de Média Complexidade

2. Departamento de Alta Complexidade

d) Gerência de Assistência Farmacêutica

1. Departamento de Assistência Farmacêutica

e) Gerência de Saúde Mental

1. Departamento de Gestão dos CAPS

2. Departamento de Gestão da Oficina de Geração de Trabalho e Renda

III – Diretoria Administrativa

a) Gerência de Gestão de Pessoas

b) Gerência de Regulação, Auditoria, Monitoramento e Avaliação

c) Gerência de Logística

Rede Pública de Saúde de Novo Hamburgo

Hospital: Hospital Municipal de Novo Hamburgo (100% SUS);

Pronto Atendimento: PA do Centro

UPA Canudos

Unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), totalizando 34 equipes de saúde da família:

1. Getúlio Vargas
2. Boa Saúde
3. Roselândia
4. Rondônia
5. Morada dos Eucaliptos
6. Iguaçú
7. Guarani
8. São José – Kephas

9. Petrópolis (Administrado pelo Hospital Regina)
10. Mundo Novo (Administrado pelo Hospital Regina)
11. Palmeira (Administrada pelo Hospital Regina)
12. Lomba Grande
13. Liberdade
14. Kroeff

Unidades Básicas de Saúde:

1. Canudos
2. Primavera
3. Redentora
4. Santo Afonso
5. Kraemer
6. Rincão
7. São Jorge

Vigilância em Saúde:

Vigilância Ambiental

Vigilância Sanitária

Vigilância Epidemiológica

Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD)

1 Laboratório Público

1 Farmácia Comunitária

1 Farmácia Popular do Brasil

2 Centros de Diagnóstico por Imagem – Ecografia e Mamografia

1 Base SAMU

5 Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS):

CAPS Centro

CAPS Canudos

CAPS Santo Afonso

CAPS AD Álcool e Drogas

CAPSi Infantil

1 Oficina de Geração de Renda

1 Casa de Vacinas

1 Serviço de Atenção Básica e Especializada em Nutrição (NUTRIR)

1 Centro de Especialidades Médicas

Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo (FSNH):

A Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo foi criada em 19 de maio de 2009, e se caracteriza por ser uma fundação estatal com personalidade jurídica de direito privado, conforme a Lei Municipal Nº 1980/2009, que define o papel da Fundação, suas atribuições e estabelece sua vinculação à Secretaria Municipal de Saúde. Está sob a responsabilidade da FSNH o Hospital Municipal (100% SUS), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), o Pronto Atendimento (PA), 11 Unidades de Saúde da Família (USF), duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os cinco Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS.

O município possui parceria com o Hospital Regina, que é um hospital privado filantrópico credenciado pelo SUS. Em nível ambulatorial o Regina é responsável pela gestão do serviço, inclusive pela administração e contratação de pessoal, via convênio, das unidades da Estratégia da Saúde da Família (ESF) Mundo Novo, Palmeira e Petrópolis, que foram construídas e equipadas pelo município, fornecendo material de consumo, medicação e prescrevendo exames disponibilizados para atenção básica.

Período de Estudo: A intervenção proposta aconteceu entre os meses de fevereiro a maio de 2015, através de documentos gerados de janeiro de 2014 a maio de 2015 do processo de habilitação das equipes de saúde bucal, tais como: atas, pareceres e resoluções das reuniões dos órgãos competentes por onde o projeto foi submetido (CMS, SES, CIR, CIB).

Método: Este estudo foi realizado por meio da leitura de documentos da coordenação de saúde bucal do município de Novo Hamburgo, para o processo de ampliação da Saúde da Família, através da inclusão de novas equipes de Saúde Bucal.

Critérios de Inclusão e Exclusão dos Documentos: foram incluídos neste estudo e serviram como fonte: as bases de dados da SMS de Novo Hamburgo e atas de reuniões onde o departamento de Saúde Bucal apresentou o projeto. Para a inclusão dos documentos de pesquisa foi necessária a autorização por parte do Gestor de Saúde do Município de Novo Hamburgo. Excluíram-se documentos que não abordaram a habilitação das equipes de saúde bucal.

Procedimentos e Instrumentos de Coleta de Dados: Durante os meses de fevereiro a maio de 2015 as pesquisadoras fizeram consultas regulares aos documentos do Departamento de Saúde Bucal da SMS/NH para coleta dos documentos

Análise dos Dados: Foi feita por meio da leitura dos documentos coletados, e consulta a dados do Sistema de Informação da SMS para monitoramento do andamento do processo.

Resultados

A partir do conhecimento das necessidades da população identificadas no diagnóstico levantado pelo Departamento de Saúde Bucal, as bases para a reorientação de saúde bucal que foram consideradas no desenvolvimento da intervenção foram as seguintes:

a) integralidade da atenção;

b) articulação de referência e contra- referência dos serviços de maior complexidade do sistema de saúde;

c) definição da família como núcleo central de abordagem;

d) humanização do atendimento;

e) abordagem multiprofissional e interdisciplinar;

f) estímulo à articulação intersetorial, à participação e ao controle social;

g) educação permanente dos profissionais;

h) acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas

Relato sobre a construção do Projeto de Habilitação das Equipes de Saúde Bucal

A confecção do projeto exigiu o cumprimento de algumas normas e a sua submissão a determinados órgãos oficiais para apreciação e aprovação. Para maior compreensão e para servir de futura fonte de pesquisa a outros pesquisadores, as etapas serão listadas a seguir, bem como, na sequência, serão apresentadas as principais atribuições dos órgãos oficiais que o avaliaram.

Requisitos mínimos:

O município deve possuir equipe de Saúde da Família implantada, bem como materiais e equipamentos adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Primária à Saúde. Todos os profissionais da equipe multiprofissional deverão realizar jornada de trabalho de 40 horas semanais, obrigatoriamente, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DA ATENÇÃO BÁSICA. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013)

Na elaboração do projeto, conforme as diretrizes da Política Nacional da Saúde Bucal (PNSB), a proposta deverá contemplar minimamente os seguintes elementos:

a) Área geográfica a ser coberta com estimativa da população residente;

b) Descrição da estrutura mínima com que contarão as unidades de saúde onde atuarão as ESB;

c) Definição das ações mínimas a serem desenvolvidas pelas ESB;

d) Proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência aos serviços odontológicos de maior complexidade;

e) Definição do processo de avaliação do trabalho das equipes e da forma de acompanhamento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica e utilização dos sistemas nacionais de informação;

f) Descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais da ESB;

g) Atribuições comuns aos Profissionais de Saúde Bucal e específicas a cada um dos profissionais que integram a ESF. (DAB/Brasil Sorridente)

Também é importante constar no projeto dados do município tais como: Aspectos geográficos; dados demográficos; dados sócio-econômicos; dados educacionais; caracterização do SUS no município; e demais dados que se julgar relevantes.

A inclusão das ações de saúde bucal nas equipes de saúde da família do município de Novo Hamburgo foi proposta por meio da Modalidade I, que segundo a descrição do Ministério da Saúde, compreende dois profissionais, um Cirurgião – Dentista (CD) e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) ou um técnico em Saúde Bucal (TSB). A carga horária de trabalho desses profissionais é de 40 horas semanais, cumprindo-a no mesmo horário dos outros profissionais da ESF.

A relação de Equipe de Saúde Bucal (ESB) por Equipe de Saúde da Família está baseada nos seguintes parâmetros: cada ESB deverá atender até 4000 habitantes ou 1000 famílias. Deve ser implantada uma ESB para no máximo duas equipes de saúde da família[1]. A adequação de espaços para a estruturação dos serviços odontológicos levou em conta as instalações já existentes e as iniciativas locais de organização dos serviços, desde que atendessem os critérios de referência territorial e a facilidade de acesso da população. Por este motivo as USF gerenciadas pelo Hospital Regina foram as primeiras a serem selecionadas para a habilitação junto ao Ministério da Saúde e também porque os profissionais da ESB já tinham sido contratados pela entidade. Foi garantida a infraestrutura e os equipamentos necessários para a

[1] O incentivo do Ministério da Saúde estabelece que poderão ser implantadas quantas ESB forem necessárias a critério do gestor, desde que não ultrapassem o número de ESF e considere a lógica de organização da Atenção Básica (Portaria 673 MS).

resolução das ações de saúde bucal e foram disponibilizados materiais didáticos para capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde.

A portaria Nº648 do Ministério da Saúde, de 28 março de 2006, dispõe sobre o processo de trabalho da Atenção Básica, processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, e entre as atribuições dos profissionais lista as atribuições dos profissionais da Equipe de Saúde Bucal.

A descrição das atribuições dos profissionais consta no projeto de acordo com o preconizado pelos fundamentos normativos do SUS vigentes no momento da construção do projeto de habilitação. Foi feita a descrição dos dispositivos previstos para o financiamento tanto do custeio como do capital da implementação das Equipes de Saúde Bucal. O processo de reorganização das ações de saúde bucal no âmbito da atenção básica – prestada por intermédio da Saúde da Família (SF) – está baseada no incentivo financeiro específico criado para tal - Portaria 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000, complementada pela Portaria 267/GM. Os valores dos incentivos financeiros foram reajustados pela Portaria 978/GM de 16 de maio de 2012.

Incentivos financeiros através do PAB variável:

Investimento nas unidades básicas e realização de curso introdutório:

- R$ 7.000,00 (parcela única) por equipe para implantação.

Recursos mensais de custeio:

- R$ 2.230,00 para as ESBSF- M I.

Além dos recursos descritos, o Ministério da Saúde disponibiliza um equipamento odontológico completo para cada equipe de Saúde Bucal, Modalidade I.

Educação Continuada e Permanente dos Profissionais

A implantação de novas equipes não deve ser efetivada, sem que a gestão pense na qualificação dos profissionais ao longo do tempo. Portanto para que produza resultados satisfatórios, a equipe de Saúde da Família necessita de um processo de capacitação e informação contínuo e eficaz, por isto, desde a confecção do projeto foi necessário pautar a importância de tais dispositivos na criação de novas equipes. A formação em serviço deve ser priorizada, uma vez que permite melhor adequação entre os requisitos da formação e as necessidades de saúde da população atendida. A educação permanente deve iniciar-se desde o treinamento inicial da equipe e atuar através de todos os meios pedagógicos e de comunicação

disponíveis de acordo com as realidades de cada contexto. É importante ressaltar que a educação à distância deve, também, ser incluída entre essas alternativas.

No município de Novo Hamburgo as atividades de educação permanente ocorrem por meio do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC).

Relato sobre o Acompanhamento do Projeto de Habilitação das Equipes de Saúde Bucal nas Instâncias Cabíveis.

Após a Elaboração do Projeto para Habilitação das equipes de Saúde Bucal, o mesmo foi encaminhado e analisado nas seguintes instâncias:

a) Conselho Municipal de Saúde de Novo Hamburgo.

b) 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) da Secretaria Estadual de Saúde/RS.

c) Comissão Intergestotres Regional (CIR).

d) Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do estado do RS.

e) Ministério da Saúde.

O projeto foi encaminhado para a apreciação e aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS), no caso em questão, do município de Novo Hamburgo. O Conselho Municipal de Saúde é um órgão permanente e deliberativo com representantes do Governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde e nos aspectos econômicos e financeiros. (NOVO HAMBURGO, 2014) Após aprovação, sem ressalvas, no CMS (ATA Nº 443/ 2014), o projeto foi encaminhado para a Secretaria de Saúde do Estado (SES), no Departamento de Atenção a Saúde (DAS) da primeira Coordenadoria Regional de Saúde (1ª CRS) para apreciação do mesmo, onde recebeu parecer favorável e foi encaminhado para a Comissão Intergestores Regional (CIR). Caso houvesse alguma inconsistência, deveria retornar para o município fazer as alterações necessárias. A Comissão Intergestora Regional constitui-se num espaço de decisões através de identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva, constituída pelo gestor estadual, representado pela Coordenadoria Regional de Saúde, e de todos os gestores municipais dos municípios que compõem a Região representados por seus titulares ou suplentes. (SES/ RS).

Aprovado na CIR, o projeto foi encaminhado para apreciação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) onde foi aprovado com resolução Nº 702/ 14 CIB/ RS, divulgada no Diário Oficial do Estado (DOE). A CIB se responsabiliza por dar encaminhamento para o Ministério da Saúde do projeto aprovado, para a qualificação e habilitação das equipes.

As comissões Intergestores Bipartites (CIB) constituíram-se gradualmente nos estados brasileiros entre os anos de 1993 e 1994, conforme a determinação da Portaria do Ministério da Saúde nº 545 de 20 maio de 1993. Segundo dados da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, em dezembro de 1994, todos os estados já haviam estabelecido as comissões, exceto o Distrito Federal. No Rio Grande do Sul, a CIB/RS foi constituída a partir da Portaria SES nº 09/93, publicada no DOE de 21/06/1993. A comissão conta com Secretaria Técnica (SETEC) e a Secretaria Executiva para o assessoramento e encaminhamento das deliberações.

As comissões são formadas por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação estadual dos Secretários Municipais de Saúde, paritariamente. No âmbito estadual, se configuram como a instância privilegiada de negociação e decisão de aspectos operacionais do SUS, com base na prática de planejamento integrado entre as instâncias municipais e estaduais de governo. Para serem implantados, os processos relacionados a financiamentos, à descentralização da estrutura gestora do SUS e à estruturação e funcionamento da rede de serviços existentes em nível federal e estadual precisam de apreciação e aprovação da CIB.

Tal comissão tem como principais funções a (i) elaboração de propostas para a implantação e operacionalização da gestão descentralizada do sistema; (ii) acompanhar a implantação e adaptação das Normas Operacionais Básicas do SUS, reguladoras do processo de organização do sistema de saúde, às condições específicas de cada estado; (iii) propor medidas reguladoras das relações estado/ municípios e intermunicipais; (iv) acompanhar e avaliar a implantação da gestão descentralizada das ações e serviços de saúde nos estados e municípios; (v) definir e aprovar critérios para a alocação de recursos federais, de custeio e de investimento para a cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar nos municípios; (vi) desenvolver estudos específicos para o equacionamento de problemas identificados na operacionalização das políticas de saúde regional e estadual.

O Projeto aprovado na CIB é encaminhado para a base de dados do Ministério da Saúde e fica no aguardo para ser habilitado, onde então o município passa a receber os recursos do Ministério da Saúde referentes a capital e custeio. Sendo recursos de capital R$ 7.000,00 (sete mil reais) parcela única, por equipe para implantação e custeio R$ 2230,00 (dois mil duzentos e trinta reais) mensalmente para cada equipe de saúde bucal modalidade I.

Efetividade da Intervenção

A partir desta intervenção iniciou-se o processo de inserção da Saúde Bucal na Estratégia da Saúde da Família no município de Novo Hamburgo. Foi um marco divisor do modelo assistencial tradicional para um modelo de serviço público de qualidade resolutivo, com mudanças significativas no atendimento e modo de trabalhar as questões relativas à Saúde Bucal no âmbito do SUS. Reorganizando a atenção básica, qualificando e ampliando o acesso da população de forma mais humanizada buscando a integralidade das ações. Este processo teve início através das Unidades de Saúde da Família Mundo Novo, Palmeira e Petrópolis motivo deste trabalho, mas novas equipes de Saúde Bucal estão sendo chamadas no município, sendo que uma já está atuando na Unidade de Saúde da Família Morada dos Eucaliptos.

O desafio continua e o objetivo desta gestão é implantar no mínimo uma Equipe de Saúde Bucal em cada Unidade de Saúde da Família na cidade de Novo Hamburgo, de forma a ampliar a cobertura da saúde bucal à população. Estiveram envolvidos nesta intervenção o departamento de saúde bucal (SMS), que foi o ordenador de todo o processo, diretoria de saúde (SMS), gerência da atenção básica (SMS), gerência de informática da saúde (SMS), gerência de projetos da saúde (SMS), gerência da ESF do Regina Comunidade. O trabalho teve início com buscas em sites do Ministério da Saúde, onde constam o passo a passo para a elaboração de projetos, este item serviu de guia na construção do mesmo. Além disto, foram feitas pesquisas em outros municípios que já tinham equipes de saúde bucal implantadas com o objetivo de verificar as dificuldades e nós críticos enfrentados quando estes passaram pelo mesmo processo. Outro local pesquisado em loco foi o Departamento da Atenção à Saúde (DAS) onde fica a 1ª CRS da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS). Neste local foram discutidos aspectos importantes do projeto evitando desta forma inconsistências e falhas que pudessem fazer o projeto retornar ao município de origem para adequações, acarretando desperdício de tempo e mais demora para a habilitação das equipes de saúde bucal com consequente retardo no repasse das verbas que são de direito do município.

O resultado desta pesquisa foi muito positivo porque o projeto recebeu pareceres favoráveis em todos os órgãos por onde foi submetido com consequente aprovação dos mesmos, evitando ter que retornar ao município para readequações. Mesmo assim o processo iniciou em junho de 2014, quando foi submetido na primeira entidade para aprovação, Conselho Municipal de Saúde (CMS), e as equipes de saúde bucal só foram implantadas junto ao Ministério da Saúde (MS) no mês de abril de 2015, o que demonstra uma grande burocracia.

O projeto recebeu a aprovação da CIB/RS através da resolução Nº 702/14 no mês de novembro de 2014 e em fevereiro de 2015 as equipes de saúde bucal ainda não tinham recebido a habilitação do Ministério da Saúde. A coordenação da saúde bucal iniciou uma investigação junto aos órgãos competentes (1ª CRS) para saber

qual o motivo da demora. A 1ª CRS verificou que estava tudo correto e orientou o município a fazer uma revisão quanto ao CNES. Em conjunto com a gerência de informática a coordenação da Saúde Bucal realizou uma pesquisa no Sistema de Informação em Saúde e foi verificado estar tudo certo, ou seja, as ESB com o CNES registrado, vinculadas a ESF e as USF com o CNES correto.

No final do mês de abril as ESB estavam credenciadas pelo MS, cadastradas no Sistema da base federal e foram implantadas pelo MS, onde então o município começou a receber os recursos de capital e custeio referentes a habilitação das três primeiras equipes de saúde bucal da cidade de Novo Hamburgo.

Monitoramento das etapas e readequação do Projeto de Habilitação

O Projeto foi monitorado durante apreciação nas diferentes instâncias. Não houve apontamentos que necessitassem de readequações, pois foi aprovado, sem ressalvas, em todos os órgãos por onde era submetido. Para a implantação efetiva da ESB e para que ela passe a receber os incentivos financeiros, devem ser seguidos os seguintes passos:

- Inscrever as equipes de Saúde Bucal no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- Cada ESB deve estar vinculada a uma equipe de saúde da família (ESF), que por sua vez deve estar cadastrada a uma unidade de saúde da família (USF).
- Alimentar mensalmente os Sistemas de Informações: Ambulatorial (SIA/SUS) e da Atenção Básica (SIAB/SUS) ou o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB).

O monitoramento do processo pela gestão é de suma importância, pois muitas vezes podem ocorrer perdas e extravios de documentos ou até mesmo esquecimentos nos órgãos por onde o projeto legalmente deve ser submetido. Estes órgãos recebem milhares de projetos de todos os municípios do Estado, então imprevistos que podem ocorrer e cabe aos interessados ficarem atentos para estas e outras questões pertinentes ao bom andamento do processo e intervindo sempre que necessário.

As pesquisadoras do projeto de título: Inclusão da Saúde Bucal na Estratégia da Saúde da Família (ESF) no município de Novo Hamburgo-RS, comprometeram-se a manter a confidencialidade dos atores envolvidos e sobre os dados coletados nos arquivos do Departamento de Saúde Bucal - SMS/PMNH, bem como a privacidade

de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Res. 196/96 do Ministério da Saúde.

O referido projeto foi apreciado pela Compesq - Odo e obteve parecer aprovado em reunião do dia 17 de abril de 2015 (ATA nº 04/2015), e enviado a Plataforma Brasil. O termo de consentimento (Autorização), foi assinado pela Secretária de Saúde do Município de Novo Hamburgo, local onde a aluna vivenciou o processo da Habilitação das Equipes de Saúde Bucal para elaboração da narrativa sobre a experiência.

Considerações Finais

Os desafios enfrentados pela gestão na implantação da Saúde Bucal no município de NH foram semelhantes à maioria de outros municípios que passam pelo mesmo processo. Estes desafios foram sendo superados à medida que o processo foi avançando e o projeto sendo aprovado nas instâncias por onde era submetido, finalizando com a Implantação das ESB pelo Ministério da Saúde. E a partir desta intervenção abriu-se o caminho para a inserção de novas Equipes de Saúde Bucal no município.

No Brasil, existem 37.944 equipes de saúde da família implantadas e 21.212 equipes de saúde bucal modalidade I e 2.226 ESB modalidade II implantadas no ano de 2015. (MS/SAS/DAB, 2015) Nota-se que ainda existe uma grande diferença entre equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal implantadas no país. A trajetória da Saúde Bucal dos últimos vinte anos no SUS foi marcada por inúmeros avanços, isto é inegável. Porém é importante ressaltar que a incorporação tardia da Odontologia na ESF é um desafio a ser superado e neste contexto a insuficiência de recursos financeiros frente as crescentes necessidades de saúde bucal da população é um aspecto a ser considerado.

A fragmentação sobre a visão da boca separada do resto do corpo deve cessar porque a falta de saúde na boca afeta a saúde geral, causando considerável dor e sofrimento, comprometendo a qualidade de vida e bem-estar das pessoas. A saúde bucal deve ser planejada pelos gestores da saúde junto da implantação das equipes de saúde da família para que a odontologia seja colocada na perspectiva da interdisciplinaridade e da integralidade de forma que o trabalho multiprofissional comporte todos os profissionais, evitando a segmentação da saúde e ampliando a cobertura e melhoria da saúde bucal para a população brasileira.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1444**, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>. Acesso em: 20 dez 2014.

_____. **Portaria GM/MS Nº 648**, de 28 de março de 2006a. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. **Portaria nº 750/GM**, de 10 de outubro de 2006b. Institui a ficha complementar de cadastro das equipes de Saúde da Família; Saúde da Família com Saúde Bucal – Modalidade I e II; e agentes comunitários de saúde, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), a partir da competência de outubro de 2006, conforme formulário modelo e orientação de preenchimento, anexo I, II e III dessa portaria. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 out. 2006. Seção 1, p.79.

_____. **Portaria nº 822/GM**, de 17 de abril de 2006c. Altera critérios para definição de modalidades das eSF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 abr. 2006. Seção 1, p. 98.

_____. **Portaria nº 90/GM/MS**, de 17 de janeiro de 2008. Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de equipes de Saúde da Família, modalidade I, e de equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 jan. 2008. Seção 1.

_____. **Portaria nº 154/SAS**, de 15 de maio de 2009a. Inclui, na tabela de tipo de equipes do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), os tipos de equipes: EACSSBM1 – equipe de agente comunitário de saúde com Saúde Bucal Modalidade I e EACSSBM2 – equipe de agente comunitário de saúde com Saúde Bucal Modalidade II. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 maio 2009. Seção 1, n. 92, p.87.

_____. **Portaria nº 2.372/GM**, de 7 de outubro de 2009b. Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 out. 2009. Seção 1, n. 194, p. 112.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/GM,** de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48.

_____. **Portaria nº 978/GM**, de 16 de maio de 2012. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 maio 2012. Seção I, p. 73.

_____. **Portaria nº 17/SAS**, de 15 de janeiro de 2013a. Inclui, na tabela de tipo de equipes do SCNES, equipes de Saúde Bucal e fica redefinida a composição das equipes que agregam profissionais de saúde bucal e a composição mínima de profissionais para o serviço especializado 101 Estratégia de Saúde de Família. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 jan. 2013. Seção 1, p. 37.

_____. **Portaria nº 1.412/GM**, de 10 de julho de 2013b. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jul. 2013. Seção 1 p. 294.

_____. **Portaria nº 673**, de 03 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-673.htm>. Acesso em: 20 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Brasil Sorridente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Passo a passo das ações do Brasil Sorridente.) Disponível em <htpp://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php>. Acesso em 14 nov. 2014.

_____. **Saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, 92 p. (Caderno de atenção básica, n. 17) Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 14 nov 2014.

CALADO, G.S. **A inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família**: principais avanços e desafios. 2002. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. [S.l.]:ISC- Casa da Saúde, 2001. (Coleção saúde coletiva, 4).

MOYSÉS, S.J.; MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L. (org.). **Saúde bucal das famílias**: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

SILVEIRA FILHO, A.D.; DUCCI, L.; SIMÃO, M.G.; GEVAERD, S.P. **Os dizeres da boca em Curitiba**: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis.Rio de Janeiro. CEBES, 2002.

NARVAI, P.C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2004.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. 21ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Comissão Intergestores Bipartites**. Porto Alegre, [2014?a]. Disponível em:<http://www.saude.rs.gov.br/lista/248/Comiss%C3%A3o_Intergestores_Bipartite_%28CIB%29>. Acesso em: 20 dez. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Missão e competências da Secretaria Estadual de Saúde**. Porto Alegre, [2014?b]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/8/Miss%C3%A3o_e_compet%C3%AAncia>. Acesso em: 20 dez 2014.

NOVO HAMBURGO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde**. Novo Hamburgo, 2014.

CAPITULO 4.3

VIVENCIANDO A TERRITORIALIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Patrícia Távora Bulgarelli
Dulce Maria Bedin
Alexandre Fávero Bulgarelli
Renato José de Marchi

Introdução

A Estratégia de Saúde da Família, eixo estruturante do Sistema Único de Saúde/SUS desde o ano de 1998, permite a coordenação do cuidado em saúde da população brasileira ofertando acesso ao serviço de saúde por meio de Unidade de Estratégias de Saúde da Família e/ou Unidades Básicas de Saúde. Desse modo, essa instância de acesso a complexa oferta de serviços em rede de atenção mostra-se como ordenadora para o serviço integral e integrado em saúde. Nesta perspectiva de cuidado em saúde pública, os municípios brasileiros passaram a realizar um processo de adscrição das famílias pertencentes às áreas de abrangência, sob cobertura das equipes de saúde da família instaladas. Tal processo recebe o nome de territorialização. (PEREIRA; BARCELLOS, 2006)

O processo de territorialização é uma ferramenta operacional da vigilância em saúde juntamente com as práticas e diagnóstico dos problemas sanitários na construção do planejamento estratégico situacional. É o gatilho para organização dos serviços e das práticas de vigilância em saúde, ou seja, o reconhecimento e mapeamento do território de acordo com as condições de vida, vulnerabilidade, ambiente e acesso as ações e serviços de saúde. Por meio deste processo se permite o planejamento de práticas de saúde para ampliar o acesso, tornando o cuidado em saúde mais efetivo, seja por meio da promoção de saúde ou da prevenção de doenças na área de abrangência. (TEIXEIRA, 1994) Ressalta-se que a territorialização é um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas em saúde em uma delimitação espacial previamente determinada. (MONKEN; BARCELLOS, 2005)

O município de Sapucaia do Sul encontra-se em processo de territorialização na busca de uma readequação da cobertura populacional pela Atenção Primária à Saúde/APS. Nesse atual processo, vivido no município em questão, a atualização da adscrição populacional das Unidades de Saúde da Família/USF é uma realidade que conta com o apoio institucional levando a um efetivo processo de territorialização. O mesmo, por vezes, é debatido no Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva/NUMESC na perspectiva da Política Nacional de Educação Permanente. O NUMESC é um ambiente coletivo, estruturado, participativo, democrático e humanizado. Tem o objetivo de elaborar um núcleo de conhecimento com criatividade e entendimento para gestores, profissionais da saúde, usuários, instituições de ensino e controle social, com primazia e desenvolvimento pessoal de todos os envolvidos, por meio da Educação Permanente em Saúde. (DUARTE et al., 2013)

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde ressalta as diretrizes da educação permanente em saúde para os profissionais do SUS e é regida pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, diz que:

> Considerando que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.01)

A Educação Permanente em Saúde é um processo ensino aprendizagem, ou seja, entre o ensino e as ações e serviços e entre a universidade e o serviço em saúde com o propósito de superar os programas de capacitações e de atualizações para os profissionais da saúde, com desafio de minimizar a distância entre a academia, serviços e comunidade. (ANTUNES, 2006; CECCIM, 2005a; LAMPERT, 2004) O referido processo ressalta a necessidade de um elo entre os trabalhadores da saúde e o seu próprio trabalho, buscando um maior protagonismo. (FERLA, 2012) É um processo educativo onde coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, no qual viabilizam a construção de espaços coletivos para reflexão e avaliação de sentido das práticas diárias. Tais espaços geram autoanálise, autogestão e mudança institucional. (CECCIM, 2005b)

Sapucaia do Sul é um município brasileiro do estado do Rio Grande do Sul, pertencente à região metropolitana de Porto alegre. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas/IBGE, o município possui 130.957 habitantes e com densidade demográfica de 2.233,61 habitantes/km². (IBGE, 2010) O município está sujeito ao fluxo da BR 116 e RS 118, articulando-se aos polos industriais de Cachoeirinha e Gravataí. A cidade possui boa estrutura industrial e cultura operária, fatores que contribuem para a instalação de indústrias, como siderúrgicas, metalúrgicas, fios têxteis, dentre outras.

Revisão de Literatura

A Estratégia da Saúde da Família

Em meados de 1994 surgiu, por meio do Ministério da Saúde/MS, o Programa de Saúde da Família/PSF como uma proposta de política pública com o intuito de reorganizar as ações da Atenção Básica/AB no Brasil. (SOUSA, 2008) O PSF iniciou por meio da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde/PACS onde o mesmo teve seu início no Ceará nos anos 80, com a finalidade de ser elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Tal fato possibilitou ações de vigilância mais pontuais e a organização da atenção à saúde, assim como os processos de regionalização e descentralização do SUS. (MAGALHÃES, 2011)

O PSF surge com a perspectiva de que as famílias brasileiras fossem a peça principal da atenção, a partir do ambiente físico e social em que vivem, integrando desde proteção e promoção de saúde até detectar precocemente e tratar as doenças, deixando de ser um modelo tradicional de assistência onde o objetivo principal era a cura de doenças no hospital para atenção centrada na família. (VIEIRA, 2012; SANTANA, 2001)

A política do MS, centrada na família, trabalha com uma área de abrangência, sendo que esta é de responsabilidade da equipe multiprofissional existente na Unidade de Saúde da Família, que pode ser uma ou mais equipe de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculada que pode ser de, no máximo, quatro mil pessoas. As famílias são cadastradas por meio de visitas domiciliares, realizadas por Agentes Comunitários de Saúde/ACS, e, assim, estabelece-se o vínculo da unidade/equipe com a comunidade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Em 1998 o PSF passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família/ESF, pois o mesmo é considerado uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde com potencial de gerar um importante reordenamento do modelo de atenção vigente. (SCHERER et al., 2005) Para tanto, a palavra “programa” remetia a uma ação temporária e não permanente como acontece nos dias de hoje. (GARCIA, 2010) Atualmente a Estratégia de Saúde da Família/ESF é suportada pela Política Nacional de Atenção Básica/PNAB, onde a mesma aprovou a Portaria 2.488 de outubro de 2011. As ações multidisciplinares são planejadas a partir das necessidades locais, onde se faz o diagnóstico do território e se estabelece vínculos entre profissionais e a população, com intuito de garantir a efetividade da Atenção Básica/AB. (SILVA, 2013)

A equipe da ESF/eSF é composta por uma equipe multiprofissional, que possui um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico da família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família e

um auxiliar ou técnico de enfermagem, e agentes comunitários de saúde. Existe a possibilidade, também, de acrescentar a equipe de saúde bucal na equipe de saúde da família. Para tanto, essa equipe é composta por um cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, um Auxiliar de Saúde Bucal/ASB e/ou Técnico em Saúde Bucal/TSB. Nessa lógica, todos os profissionais são responsáveis pelas famílias da área geográfica adscrita, e como atividades, tem-se a territorialização, atendimento ambulatorial com visitas domiciliares, educação em saúde, vigilância epidemiológica, entre outras. (VIEIRA, 2012; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

Essas equipes (eSF), devem ser responsáveis por, no máximo, quatro mil pessoas, onde a média recomendada é de três mil pessoas, sempre obedecendo os critérios de equidade para essa definição. Para tanto, o número de pessoas por equipe deve ser considerado de acordo com o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território em questão, visto que, quanto maior for o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de usuários assistidos por equipe. A quantidade de ACS tem que ser capaz de cobrir totalmente a população cadastrada, com no máximo 750 pessoas por ACS e tem que ter 12 ACS por eSF, não podendo exceder o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

A perspectiva assistencial e de atenção à saúde no SUS tem nas premissas da Atenção Primária à Saúde/APS seu eixo norteador. Segundo Starfield (2002), a resolulitividade da mesma deve se fundamentar nos procedimentos que não necessitam de especialidades. Dito de outra forma, a resolutividade da APS está na assistência ambulatorial de menor densidade tecnológica juntamente com a coordenação do cuidado para os diferentes níveis de atenção. Muitas vezes é na APS que múltiplos problemas de saúde da comunidade, bem como problemas de gestão do sistema, são solucionados. Para a aplicabilidade de tais contextos assistenciais a APS lança mão de duas perspectivas de atenção à saúde que juntas buscam ser resolutivas em 80% dos problemas de saúde das comunidades: um modelo de Estratégia de Saúde da Família e o modelo de Unidades Básicas de Saúde. (STARFIELD, 2002) Ambas trabalham com a figura profissional do Agente Comunitário de Saúde/ACS, indispensável para a lógica do trabalho na APS.

A Unidade de Saúde da Família/USF, atualmente o eixo norteador da APS no Brasil, deve ser a ordenadora do sistema, e desenvolver sua função de maneira resolutiva com procedimentos assistenciais de prevenção, pequenos procedimentos ambulatoriais além de controle de doenças e vigilância em saúde e vínculo com a equipe e comunidade. (STARFIELD, 2002; CAMPOS, 2009)

A Unidade Básica de Saúde/UBS, que muitas vezes trabalha com a presença de ACS, não é um local de triagem e encaminhamento, e sim um local de resolução dos problemas de saúde de menor morbidade e que necessitam de menor densidade e complexidade tecnológica para serem resolvidos. A APS, desse modo, deve ser resolutiva para diagnóstico e tratamento de problemas de saúde

envolvendo as Condições Sensíveis à Atenção Primária/CSAP, pois as mesmas são associadas a grupos de causas de internações em outros níveis de atenção à saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b) Assim, evita-se que a maioria dos casos seja encaminhada para centros especializados de assistência à saúde para serem resolvidos. Desse modo, a Atenção Primária à Saúde, tem que contar com profissionais capacitados e com competência técnica para solucionar os problemas nesse escopo, realizando, também, promoção de saúde e prevenção de doenças em geral. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000)

O processo de implantação das ESF foi progressivo em todo o país, entretanto, existe ainda um distanciamento entre as práticas voltadas para o sujeito doente, as quais são recomendadas pela Política Nacional de Atenção Básica/PNAB e pela perspectiva da clínica ampliada, daquelas que são implementadas com foco na enfermidade. (CUNHA, 2004) Dito de outra forma há uma necessidade real de que as práticas sejam voltadas para os sujeitos e não para a doença que se instala. Para que haja uma aproximação entre o preconizado nas políticas com tais práticas curativistas são necessárias mudanças na maneira de pensar e agir no cotidiano o qual têm sido insuficientes para alteração no modelo focado na cura da doença e no hospital como centro do cuidado em saúde. (CAMPOS, 2009; SILVA, 2013)

O município de Sapucaia do Sul passou por essa transição em meados de 2008. Em 2009 foram implantadas duas equipes de saúde bucal em duas Unidades de Saúde da Família denominadas ESF Vargas e ESF Freitas. Atualmente o referido município conta com dezenove ESF, com cobertura de 49,9% da população total e cinco UBS. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015) De acordo com dados do MS disponibilizados via TabNet do DATASUS e Cadastro Brasileiro de Ocupação/CBO 2002 acesso via Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/CNES. No mês de março de 2015 a rede de atenção à saúde em nível primário do município continha 16 cirurgiões dentistas, 120 Agentes Comunitários de Saúde/ACS, 3 Auxiliares de Saúde Bucal/ASB, 31 Médicos especialistas na área de Saúde Coletiva, 25 Enfermeiras da ESF bem como 33 Técnicos de Enfermagem de saúde da família dentre outros (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). O município de Sapucaia do Sul, de acordo com a Resolução Nº 555/12 – CIB/RS pertence a 8º Região de Saúde da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde/CRS. Nessa realidade aconteceu a experiência narrada no presente trabalho.

A Territorialização

A Estratégia de Saúde da Família/ESF tem dentre suas premissas e pressupostos a identificação com a comunidade a qual exerce seu papel de promotora de saúde. Tal estratégia norteia suas ações de atenção, assistência e vigilância em saúde de acordo com as diversas realidades das comunidades das áreas de abrangência em que atua.

De acordo com o Ministério da Saúde/MS, a Política Nacional de Atenção Básica/PNAB, apresenta a ESF como um processo consolidado de forma prioritária para reorganização da Atenção Básica/AB no Brasil. A qualificação da referida estratégia, para organização da atenção básica, deve seguir as diretrizes do Sistema Único de Saúde/SUS dentro de uma atuação progressiva e singular considerando as especificidades loco – regionais. (BRASIL, 2012b) O presente trabalho fundamenta-se na especificidade da Atenção Primária à Saúde do município de Sapucaia do Sul/RS. O mesmo conta com dezenove unidades de Estratégia de Saúde da Família que são divididas em quatro Regiões de Saúde. Essas regiões são divididas em seis (uma delas em oito) microáreas, e cada uma dessas bases territoriais fica sob a vigilância de um Agente Comunitário de Saúde/ACS. Sapucaia do Sul possui, aproximadamente, cento e vinte ACS trabalhando nas unidades de Saúde da Família, vivenciando a atualização da territorialização das áreas de abrangências.

Tem-se que a territorialização é o levantamento de informação acerca de um território. Entende-se como território o espaço singular com certos limites políticos, administrativos, e com ações dos seus atores sociais. Dentro de seus limites, internamente tem-se que o território tem características homogêneas com sua identidade que muitas vezes foi construída histórica e socialmente. Assim, na ESF o ato de conhecer o território é de fundamental importância, pois consolida as ações para enfrentar problemas e necessidades da comunidade adscrita. (GONDIM et al, 2008) O reconhecimento desse território torna-se imprescindível para o reconhecimento da população e seus problemas de saúde, além de ser necessário para avaliação do impacto dos serviços realizados nos determinantes e condicionantes de saúde da população adscrita.

A territorialização faz parte do desenvolvimento de Redes de Atenção à Saúde/RAS, construindo unidades regionais definidas a partir das relações socioeconômicas, culturais e sanitárias, delimitando uma determinada população. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a) A mesma deve ser resolutiva no sentido de identificar riscos, vulnerabilidades, necessidades e demandas de saúde da área de abrangência, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015) Nesse pressuposto político, o município de Sapucaia do Sul mostra-se em processo de evolução de suas ações de saúde dentro da lógica da ESF, vivenciando um atual momento de busca de aumento da cobertura de tal estratégia no município.

Territorialização é, de certo modo, o mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades. Tal processo pode ser executado por todos os profissionais da ESF. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) Outro aspecto relevante que visa continuidade da territorialização é atualização constante do cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação local. Neste contexto é necessária uma forma sistemática de organização e acesso aos dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

O presente trabalho parte do pressuposto de que a territorialização é o trabalho básico e fundamental para a gestão das ações da ESF no entendimento de que esse processo se reflete na demarcação e caracterização de limites territoriais, o qual corresponde à área de atuação das equipes de saúde da família/agentes comunitários. Neste contexto, o território pode corresponder a um bairro, parte dele, ou de vários bairros, nas áreas urbanas ou em várias localidades, incluindo população em áreas rurais. (GONDIM, et al, 2008) A territorialização apresenta sentidos distintos e complementares como a delimitação das áreas de atuação dos serviços, a identificação do ambiente, da população e a dinâmica social presente nessas áreas, e, também, a construção de articulações com outros serviços. (PEREIRA; BARCELLOS, 2006)

Dentre as diretrizes da territorialização, seu resultado é a adscrição de uma população vinculada a uma unidade de saúde gerando o “território de abrangência”, que é a área que está sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da ESF. (GONDIM et al., 2008) Tais conceitos vêm ao encontro da territorialização do município de Sapucaia do Sul/RS.

O Apoio Institucional

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003 com o objetivo de colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde com intuito de produzir mudanças nos modos de coordenar e cuidar. A mesma, também, tem o objetivo de instigar a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de processos coletivos de enfrentamentos das relações de poder, de trabalho e de laços afetivos, onde, muitas vezes esses produzem práticas desumanizadoras, o que acaba por inibir a autonomia e a corresponsabilização dos profissionais de saúde no seu ambiente de trabalho e, até mesmo dos usuários no cuidado de si próprio. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

A produção teórica, bem como de documentos científicos, sobre o apoio institucional é, relativamente, recente, onde os primeiros documentos no âmbito do Ministério da Saúde/MS que discursam sobre apoio são de 2004, que descrevem as noções de apoio matricial e apoio integrado. Uma elucidação de apoio institucional foi apresentada na terceira edição do Documento Base da PNH em 2006. Desde então, vem sendo propagada e ampliada em outros documentos e textos do MS. (CESAR et al., 2014)

O Documento Base da PNH, na edição de 2008, descreve o apoio institucional como:

> [...] função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde", onde "um dos seus principais objetivos é fomentar e acompanhar processos de mudanças nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2008, p.52)

Segundo o documento "Diretrizes do Apoio Integrado para Qualificação da Gestão e da Atenção no SUS", publicado no ano de 2012, o apoio institucional:

> [...] configura-se numa estratégia do MS, que tem como objetivo maior, fortalecer a gestão do SUS com vistas à ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, considerando a implementação das políticas expressas no Plano Nacional de Saúde e os dispositivos do Decreto 7.508/11. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.08)

O mesmo documento, também, mostra que o apoiador:

> [...] assume o posicionamento subjetivo, técnico, pedagógico, ético e político de acordo com os objetivos estratégicos da gestão federal e a metodologia de Apoio Integrado, aqui explicitada, e as demandas e/ou necessidades dos Estados e Municípios.
>
> [...] No planejamento em Saúde, no âmbito estadual e municipal; No planejamento regional integrado, no âmbito de cada região de saúde; Na elaboração do desenho da rede de atenção à saúde em cada território; Na implementação das redes de atenção à saúde, com ênfase nas redes temáticas estabelecidas nas diretrizes do PNS e de acordo com a RENASES e RENAME; Na implementação de Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP), expressão dos compromissos de cada ente federado para com o sistema de saúde; E nos processos decorrentes destas ações, tais como regulação, monitoramento e avaliação, gestão do trabalho e educação na saúde, vigilância em saúde, dentre outros. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.09)

O apoio institucional é pensado na PNH como uma função estratégica, um modo de produzir processos de democratização institucional, a partir da ativação de espaços de cogestão e de redes que se articulam com pensamentos coletivos dos processos de trabalho, das suas condições e relações. (DE OLIVEIRA, 2012) Destaca-se que o apoio institucional serve como um instrumento de intervenção que sugere mudanças necessárias para que o SUS se consolide como uma política efetivamente pública. (GUEDES; ROZA; BARROS, 2012)

Um dos desafios do apoio institucional é criar estratégias para confirmar e expandir o exercício de descentralização e de autonomia dos profissionais da saúde, assim como dos usuários, construindo possibilidades para a estruturação e manutenção de um modo de funcionamento baseado no diálogo, buscando uma transformação nas práticas de gestão e em saúde. (GUEDES; ROZA; BARROS, 2012)

O apoio institucional pretende superar a divisão entre quem planeja e quem executa e colocar todos em um mesmo cenário de decisões dos gestores, trabalhadores, usuários para que colaborem com a formulação, execução, avaliação e gestão democrática do serviço. (GUEDES; ROZA; BARROS, 2012)

Segundo Gastão Wagner de Sousa Campos, entrevistado no ano 2014 para a revista Interface, o que é mais sólido no apoio é a metodologia para saber lidar com as relações de poder no cotidiano e na gestão, pois na prática em saúde e na gestão, trabalha-se com poder o tempo inteiro. É necessário que ocorra a mudança de fato nos processos de trabalho, uma vez que o SUS não muda sem que haja mudança dos trabalhadores, dos usuários, dos atores e dos gestores. De nada adianta mudar as leis e as estruturas se as pessoas não mudam. O apoio busca expandir a capacidade de reflexão e de intervenção dos indivíduos. O apoio tenta unificar a proteção, a promoção e a reabilitação, sugerindo oferecer para a gestão a discussão do modelo de boas práticas, de diretrizes, de linhas de cuidado e, também, a subjetividade das relações de afeto e a cultura política. E ainda diz que, outro elemento da metodologia do apoio, é a cogestão, a gestão participativa, onde se tem um espaço de aprendizado com dimensão pedagógica, subjetiva e política, tomando decisões em coletivos, em grupos e em equipes, corroborando a necessidade da construção desses espaços coletivos. (RIGHI, 2014)

O planejamento, a avaliação e o monitoramento, são consideradas como as principais tecnologias de gestão do apoio, no entanto, são trabalhadas com propósitos distintos, pois algumas formulações conceituam essas tecnologias como mecanismos que agenciam os espaços coletivos e a formação de redes e rodas, enquanto que outras áreas englobam a lógica da administração dominante e utilizam os mecanismos de gestão para elevar o controle e a supervisão dos coletivos e dos trabalhadores, até mesmo os próprios apoiadores. (PEREIRA JUNIOR, 2014)

O apoiador institucional tem a missão de colaborar e oferecer suporte para que os coletivos modifiquem os seus processos de trabalho tornando-os mais democráticos e criativos e, assim deixá-los capazes de acolher e solucionar os

problemas de saúde e, também, de aumentar o nível de satisfação dos trabalhadores de saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2010)

O apoiador institucional reconhece a complexidade do trabalho coletivo e se dispõe a enfrentar problemas concretos, desafios e tensões do cotidiano como "matéria-prima" para seu trabalho. Assim, busca facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas. (BEDIN; SCARPARO; MARTINEZ, 2013)

Outro tipo de apoio existente na rede de atenção à saúde do SUS, distinto do apoio institucional, é o apoio matricial que tem por objetivo assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde de forma personalizada e interativa. Tal apoio oferta uma retaguarda tanto assistencial quanto técnica pedagógica às equipes de referência. Atuando com o conceito de núcleo de campo, onde um especialista com um determinado núcleo apoia especialistas com outro núcleo de formação, com intuito de ampliar a eficácia de sua atuação. O apoio matricial depende da customização da relação entre equipes de saúde, da articulação dos cenários, como por exemplo, a participação em discussões em projetos terapêuticos, discussões de temas relevantes, entre outras, em que se realiza a atenção especializada e da elaboração compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os integrantes de uma equipe de referência e os especialistas.

As equipes ou profissionais de referência são os que apresentam a incumbência de coordenar e conduzir um caso individual, familiar ou comunitário, ou seja, será o coordenador do caso, com objetivo de aumentar as possibilidades de construção de vínculo entre os profissionais e os usuários de forma longitudinal. Por fim, o apoio matricial e as equipes de referências são ferramentas com objetivo de ampliar as possibilidades dos modos de fazer clínica ampliada e integração dialógica entre as diferentes especialidades e profissões. (CAMPOS; DOMITT, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011; CAMPOS, 2014) O apoio matricial muitas vezes auxilia na contextualização do apoiador institucional nas tomadas de decisão da gestão.

O município de Sapucaia do Sul trabalha na lógica do apoio institucional e durante a I Mostra de Experiências em Saúde da Família/Atenção Básica "Modalidade Comunicação Oral" no 10º Congresso Internacional da Rede Unida, Sapucaia do Sul ficou em 1º Lugar com o trabalho intitulado "Avanços e desafios na Implantação do Apoio Institucional em Sapucaia do Sul, RS" apresentado pela fisioterapeuta Débora Verdi. A iniciativa ganhou destaque no Rio Grande do Sul após a implantação do Apoio Institucional. O mesmo é composto por sanitaristas sempre buscando a construção de espaços coletivos de decisões e de trocas fomentando a capacidade de análise e de intervenção da equipe que é apoiada na composição do seu processo de trabalho. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

A Atenção Primária à Saúde/APS de Sapucaia do Sul instituiu o Apoio Institucional como ferramenta do modelo de gestão colegiada. Entre os anos de 2009 e 2011, por meio da Política Nacional de Atenção Básica/PNAB e de Humanização da Saúde, houve a disponibilização de recursos para a qualificação das estruturas físicas das unidades de saúde, disponibilidade de quantidade de profissionais para as unidades e a implementação da política de educação permanente para os trabalhadores da saúde. Em 2011, o município adotou o Apoio Institucional na APS como forma de debater os processos de trabalho das equipes de saúde. (BEDIN et al., 2014)

Com o estabelecimento do Apoio Institucional na Secretaria Municipal de Saúde/SMS de Sapucaia do Sul houve um tensionamento na proposição de modificações do modelo da gestão local, pois a mesma acarretava uma reorganização tendo como base a regionalização do município, ou seja, um contorno do território que concedesse à coordenação uma proximidade com as equipes e uma descrição de regiões de responsabilidade da gestão. Desde então, foram definidas as quatro regiões de saúde que contariam com o apoio dos apoiadores institucionais. Contudo, a proposta causou desconforto, visto que desorganizou os afazeres dos trabalhadores trazendo uma nova lógica operacional. (BEDIN et al., 2014)

Após as definições, os apoiadores e as equipes apoiadas mantêm encontros quinzenais em reuniões de equipe das unidades de saúde onde se renovam as redes de pedidos e compromissos. Inicialmente os pedidos eram divergentes, pois as equipes buscavam a solicitação da melhoria da infraestrutura, ao passo que os apoiadores buscavam instigar o quê seria acesso, classificação de risco ou controle social. (VERDI et al., 2012)

Esse modelo de gestão colegiada assegurou maior aproximação entre os trabalhadores e os gestores da SMS minimizando a dificuldade de comunicação. Entende-se por comunicação a aproximação e conversa entre secretaria de saúde e trabalhador, e quem faz o papel de elo entre tais instancias é o apoiador institucional. Frente a tal realidade, vem aumentando o fluxo de informações de necessidades de cada lado, trazendo a importância do acolhimento nas unidades de saúde para o aprimoramento e ampliação do acesso aos serviços de saúde para os usuários. (BEDIN et al., 2014)

Objetivos e Justificativa

O presente trabalho visa, de maneira geral, relatar a vivência e experiência de uma aluna de especialização do curso Atenção Especializada em Saúde com Ênfase em Gestão na construção e aplicação de um instrumento de gestão para aprimorar e facilitar a territorialização das ESF do município de Sapucaia do Sul/RS. A construção supracitada refere-se à padronização de um instrumento de descrição da situação atual do município em relação à territorialização, e atualização de mapas descritivos – mapas onde constam os endereços (ruas e números) dos usuários adscritos - além de estruturar uma planilha digital padronizada para que a mesma seja abastecida continuamente com dados recentes do município ao longo dos anos. Objetiva-se, especificamente, atualizar os mapas descritivos das 19 unidades de Saúde da Família e referenciar os usuários que não fazem parte das áreas adscritas das unidades de ESF, que em Sapucaia do Sul são conhecidos como “fora de área”, e, também, a construção de uma planilha no Excel constando todas as ruas pertencentes ao município para, assim, conseguir referenciar todos os moradores para os respectivos serviços de saúde.

Frente o exposto acredita-se que a atualização de mapas descritivos de todas as Unidades de Saúde da Família/USF e a construção da planilha para abastecimento de dados, irão otimizar as ações de vigilância e promoção de saúde do referido município bem como o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde/ACS. A realização de tais ações justifica-se por serem premissas da Política Nacional de Atenção Básica/PNAB e são relevantes para o adequado funcionamento da regionalização em saúde e exercício do trabalho dos agentes.

Outra situação que se mostra como relevante ao município seria a construção de mapas de georreferenciamento, pois não existem nas Unidades de Saúde da Família tais ferramentas associadas aos mapas descritivos para que os usuários sejam localizados e, adequadamente, cadastrados em mapas contendo as microáreas das unidades. O produto do presente trabalho servirá de iniciativa para um futuro georeferenciamento da rede de atenção a saúde do município.

Metodologia

O trabalho utiliza da técnica da narrativa livre para apresentar um Relato de Experiência (LIMA et al., 2014), bem como o apresentar o produto dessa experiência no local de intervenção que corresponde o município de Sapucaia do Sul/RS. Por meio de recursos textuais apresenta-se uma narrativa impessoal contendo as experiências vivenciadas, bem como a operacionalização para a construção dos instrumentos de aprimoramento de gestão supracitados. O projeto de intervenção, bem como a proposta do presente trabalho, foram apresentadas para a coordenação da Atenção Primária à Saúde/APS, para os apoiadores institucionais bem como para o Secretário de Saúde do município cenário do trabalho.

Para apresentar uma experiência vivida, bem assim apresentar um projeto de intervenção construído nessa vivência, como no presente trabalho, uma narrativa permite apresentar para seus leitores diversos conteúdos e emoções vividas por quem escreve. Desse modo permite alcançar muitos significados que se atribui a experiência vivida. (ECO, 1993) Uma narrativa aproxima-se de uma obra aberta, como no presente trabalho. (DUTRA, 2002)

O mesmo foi apreciado pela Compesq-Odo e obteve parecer favorável a sua realização. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pela Coordenação da Atenção Básica do Município de Sapucaia do Sul, permitindo assim a realização do presente trabalho em suas instalações.

A Experiência Vivenciada

O curso de especialização aconteceu na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS, sendo o mesmo subsidiado pelo Ministério da Saúde e teve como objetivo a formação de especialistas em Gestão Pública da Saúde e com uma proposta pedagógica de interação ensino serviço. Para tanto, a aluna necessitava realizar um estágio curricular na gestão das secretarias de saúde dos municípios da região metropolitana de Porto Alegre.

O estágio realizado pela autora do trabalho aconteceu na gestão da Secretaria Municipal de Saúde/SMS do município de Sapucaia do Sul (Anexo C). Na instância da gestão de Sapucaia do Sul, a experiência vivenciada aconteceu dentro das ações do Apoio Institucional do mesmo, sob a supervisão e acompanhamento de um preceptor funcionário da rede.

O estágio teve início em maio de 2014 com a vivência e acompanhamento no espaço do Apoio Institucional como parte do processo de educação ensino-serviço nas práticas de gestão. Tal acompanhamento aconteceu pela aproximação do ensino e da prática de gestão em saúde com o desenvolvimento de um projeto de intervenção, visando à educação permanente e a possível solução de alguns nós críticos.

Inicialmente houve a familiarização com o serviço de saúde com e com o território do bairro Pasqualini (Anexo), dando início ao mapeamento das áreas adscritas dentro de uma determinada microárea (Anexo). A familiarização com o serviço juntamente com a familiarização inicial com o referido bairro onde a estagiária esteve lotada, teve a finalidade de permitir uma percepção das necessidades enfrentadas pela gestão, por meio de reuniões, como Colegiado Gestor, Grupos de Trabalho/GT, como por exemplo, GT de Educação Permanente, Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva/NUMESC e reuniões com as equipes das Unidades de Saúde da Família.

Após uma densa familiarização com a rede de atenção, e problematização sobre referenciamento dos usuários para os serviços de saúde, pensou-se em realizar um projeto de intervenção, dentro das necessidades locais, como forma de contribuição e retorno para o município. Diante tal realidade, percebeu-se a necessidade da atualização dos mapas descritivos, pois, diversas vezes o usuário entrava em contato com a Secretaria Municipal de Saúde para saber qual unidade ele pertencia, e sem a devida atualização dos mesmos, poder-se-ia passar informações errôneas para os usuários.

Também, existiam os usuários que não pertenciam às áreas de abrangência das ESF, que são conhecidos como os "fora de área", estes, ainda sem destino certo, pois podiam consultar em qualquer Unidade Básica de Saúde. Assim, pensou-se na construção de planilha no Excel (Software Office 2010), onde constariam todas as ruas do município para facilitar a organização do serviço e poder referenciar todos os usuários. Desse modo, o nó critico identificado foi a presença de mapas descritivos das referidas Unidades desatualizados, dificultando o processo de trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde/ACS, assim como das apoiadoras institucionais, pois as mesmas, algumas vezes, não conseguiam informar ao usuário qual Unidade de Saúde ele pertencia.

Para iniciar a atualização dos mapas descritivos das Unidades, entrou-se em contato com a enfermeira responsável por cada uma dessas 19 Unidades. Então, todos os ACS responsáveis por sua microárea, realizaram a atualização dos mesmos, ou seja, as ruas e os números das casas de cada microárea adscrita. Cada documento foi enviado para SMS, aos cuidados da aluna, sendo que os mesmos foram digitados, um a um em um documento no Word (Anexo). Houve uma morosidade no processo devido à grande demanda que as ACS apresentavam no seu dia a dia. Este documento serviu de subsidio para a construção da planilha do Excel que consta todas as ruas do município.

Finalizada a atualização dos mapas descritivos, entrou-se em contato com a prefeitura do referido município, onde se obteve uma planilha com cadastro de logradouros do município de Sapucaia do Sul. A partir desta planilha, elaborou-se uma nova planilha onde constam todas as ruas do município para, assim, conseguir referenciar todos os usuários, tanto os pertencentes a Estratégia de Saúde da Família como os "fora de área".

Mediante as dificuldades encontradas por não conhecer e não saber a localização geográfica de todos os bairros do município, houve a colaboração das apoiadoras institucionais e foi construída outra planilha no Excel (*Software Office* 2010) (Anexo G) constando todos os bairros, as Unidades de Referência e os turnos de funcionamento das Unidades para os usuários "fora de área", ou seja, aqueles que não fazem parte das áreas adscritas das Unidades de Saúde da Família/USF.

Assim sendo, realizou-se a busca para a localização de cada rua do município, onde o mesmo é divido pela RS 118 e BR 116. A procura pelas ruas foi efetuada em um mapa do município colado na parede da sala das apoiadoras, e, também, no Google Maps, deste modo, conseguiu-se referenciar todos os usuários pertencentes ou não às áreas adscritas. Depois de certo período de trabalho e algumas visitas aos bairros, conseguiu-se finalizar a planilha contendo todas as ruas do município e com o devido referenciamento dos usuários aos serviços de saúde (Anexo).

Desde então, a atualização dos endereços pode ser realizada de maneira sistemática e contínua e, todos os usuários são referenciados para as Unidades de Saúde mais próxima de sua residência. Tal processo exitoso permitiu uma otimização das ações de gestão no quesito referenciamento do usuário.

Tanto os mapas descritivos como a planilha foram apresentados para a coordenadora da Atenção Primária à Saúde/APS e para as apoiadoras institucionais do município em uma data que foi previamente agendada da reunião de Colegiado Gestor. Estiveram presentes todas as apoiadoras institucionais, a Secretária da APS, a Coordenadora da Vigilância em saúde, outros estagiários, e também, o coordenador do Núcleo de Informação em Saúde.

Resultado

Como resultado deste trabalho, foi desenvolvido uma ferramenta de gestão para contribuir na sistematização do processo de referência de usuários dos serviços de saúde. Realizou-se atualização dos mapas descritivos das 19 Unidades de Saúde da Família, construção de uma planilha eletrônica/digital ordenadora de todos os bairros contendo Unidades de Referências e os turnos de funcionamento dessas Unidades para usuários fora da área adscritas, e outra planilha contendo todas as ruas do município. Tais instrumentos facilitaram na organização do serviço e no referenciamento de todos os usuários residentes do município.

Considerações Finais

Os mapas descritivos das 19 Unidades de Saúde da Família foram reestruturados e atualizados pela aluna e serviram de subsídio para a construção da planilha do Excel. Para contextualização das áreas de abrangência nos aspectos envolvendo a história do bairro, cultura local, vulnerabilidades e demais realidades da comunidade adscrita, foram realizadas rodas de conversa com as apoiadoras que ficaram instituídas na gestão do município. Uma contextualização aprofundada de um território permite a identificação de espaços singulares com limitações políticas e administrativas. (GONDIM et al., 2008) No processo de territorialização vivenciado foi possível observar que para que o mesmo seja resolutivo, é necessário a manutenção de pressupostos do apoio institucional fundamentados nas Diretrizes do Apoio Integrado para Qualificação da Gestão e da Atenção no SUS. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) Tal situação é importante, pois o apoio institucional é uma ferramenta que aproxima o território de atuação da ESF e os recursos assistenciais da Secretaria de Saúde. Essa aproximação permite uma efetiva gestão colegiada e faz com que problemas de gestão sejam trabalhados conjuntamente e reflitam em ações mais resolutivas para os trabalhadores e usuários do SUS.

Com a realização do referido projeto de intervenção no município de Sapucaia do Sul/RS construiu-se uma narrativa que servirá de suporte para futuros processos de educação permanente para a saúde, visto que o presente material servirá de instrumento de leitura e estudo para construção e enriquecimento do conhecimento de outros trabalhadores. Além de tal resultado, espera-se servir de modelo de instrumentos/ferramentas para aprimorar a gestão do serviço e as ações de saúde no referido município e em outros da região metropolitana de Porto Alegre. Há a necessidade de manter atualizado a instrumento visto que a territorialização ocorre permanentemente e a importância da gestão seguir utilizando esta ferramenta acompanhando o processo de tomada de decisão referente ao território de adscrição e referência da Atenção Primária à Saúde.

Após esta vivência na Atenção Primária a Saúde proporcionada pelo estágio da disciplina de Gestão em Saúde, houve um intenso aprendizado e aproximação com os pressupostos do SUS e com a lógica do apoio institucional. Esse processo vem ao encontro da Educação Permanente, visto que permitiu a diminuição dos espaços dialógicos entre serviço e universidade/academia. (CECCIM, 2005a) Nesse contexto, foi perceptível observar que, segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), a diminuição do espaço entre academia e serviço permite a construção de relações orgânicas para o aprendizado do trabalhador nas diversas realidades dos municípios brasileiros, como o caso de Sapucaia do Sul. Esta integração do ensino-serviço foi extremamente construtiva e abrangente para o processo de formação pessoal e profissional.

Por meio do apoio institucional, foi possível perceber a importância da mediação de conflito, na busca de construção do espaço coletivo mais adequado e agradável, para as que as discussões e tomadas de decisões sejam de fato efetivas, e, também, a possível solução dos nós críticos encontrados pelas equipes, permitindo momentos de reflexões das práticas cotidianas ocorridas nos locais de trabalho. Tal fato vem ao encontro de Guedes, Roza e Barros (2012) que mostram que é necessária uma aproximação real entre quem planeja e quem executa estando assim, gestores, trabalhadores e usuários em sintonia para formulação, execução e gestão do serviço.

A vivência da territorialização permitiu um conhecimento melhor das áreas de abrangência e da importância da mesma, como parte do processo de organização das ações e práticas realizadas pelas equipes das ESF, bem como, o vínculo existente entre os profissionais, os serviços de saúde e a população, facilitando, assim, o acompanhamento longitudinal das famílias adscritas. Contudo, a atualização dos mapas descritivos e a produção da planilha no Excel, contendo todas as ruas do município com o devido referenciamento, tornou-se uma ferramenta imprescindível para a otimização do trabalho da gestão e das equipes de Saúde da Família/eSF.

Referências

ANTUNES, R (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo. Coleção Mundo do Trabalho. 2006.

BEDIN, D.M.; SCARPARO, H.B.K.; MARTINEZ, H.A. Experiência de gestão em saúde: reflexões sobre as práticas de um município do sul do Brasil. In: SCARPARO, H.B.K.; BEDIN, D.M. (org) **Gestão em saúde**: experiências de campo com inserção social. Porto Alegre: Sulina, 2013, p.109-128.

BEDIN, D.M. et al. Reflexões acerca da gestão em saúde em um município do sul do Brasil. **Saúde Soc**, 2014, v.23, n.4, p.1397-1407.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**: Programa Saúde da Família, v.1: A implantação da unidade de saúde da família. Brasília, 2000.

_____. **Portaria GM nº 1996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde e dá outras providências. Brasília, 2007.

_____. **Redes regionalizadas de atenção à saúde**: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação. Brasil, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 221**, de 17 de Abril de 2008. Brasil, 2008b.

_____. **Portaria nº 2.488,** de 21 de outubro de 2011 [Internet]. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 04 fev. 2015.

_____. **Diretrizes do Apoio Integrado para Qualificação da Gestão e da Atenção no SUS**. Brasília, 2012.

_____. **Política Nacional de Humanização.** 1ed. 1reimp. Brasília, 2013.

_____. **Portal do Departamento de Atenção Básica [Internet].** Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf. Acesso em: 04 de fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS**, v.1. Formação e Intervenção. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. 4ed. 1reimp. Brasília, 2008.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde Matrix support and reference team: a methodology for interdisciplinary. **Cad. Saúde Pública**, 2007, v.23, n.2, p.399-407.

CAMPOS, G.W.S. Modo de co-produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2009, v.33, n.81, p.4755.

CAMPOS, G.W.S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface -** Comunicação, Saúde, Educação, 2014, v.18, p.983-995.

CECCIM, R.B. Onde se lê Recursos Humanos da Saúde, leia-se Coletivos Organizados de Produção da Saúde: Desafios Para a Educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.) **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005a. p.161-180.

_____. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface -** comunicação, saúde, educação, Botucatu, set 2004/fev 2005b, v.9, n.16, p.161-178.

CESAR, J.M., et al. O apoio como atividade de trabalho: dimensões e desafios para o exercício da função apoio. In: PINHEIRO, R. et al. **Práticas de Apoio e a Integralidade no SUS**: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa. Rio de Janeiro: CEPESC, 2014, p.139-172.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, 2011, v.20, n.4, p.961-970.

CUNHA, G.T. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. Campinas, SP: [Tese]. 2004.

DE OLIVEIRA, G. N. O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2012.

DE SOUSA, M.F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2008 mar/abr, v.61, n.2, p.153-158.

DOS ANJOS SCHERER, M.D.; MARINO, S.R.A.; RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, 2005, v.9, n.16, p.53-66.

DUARTE, M.L.C. et al. A implantação de um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva no município de Uruguaiana/RS. **Revista Contexto & Saúde**, 2013, v.12, n.22, p.9-14.

DUTRA, E. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. **Estudos de Psicologia**, 2002, v.7, n.2, p.371-378.

ECO, U. **Interpretação e superinterpretação**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

FERLA, A.A.; CECCIM, R.B.; DALL ALBA, R. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. **RECIIS**: revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde, ago 2012, v.6, n.supl., p.13.

GARCIA, A.V. et al. Concepções de promoção da saúde que permeiam o ideário de equipes da estratégia saúde da família da grande Florianópolis. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, 2010, v.3, n.1, p.42-56.

GUEDES, C.R.; ROZA, M.M.R.; BARROS, M.E.B.B. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica, **Cad. saúde colet**., Rio de Janeiro, 2012, v.20, n.1.

GONDIM, G.M.M et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde eaterritorialização. In.: MIRANDA, A.C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J.; MONKEN, M. (orgs). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p.237-255.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=432000>. Acesso em: 29 jun 2014.

LAMPERT, J.B. Avaliação do processo de mudança na formação médica. In: MARINS, J.J.N. et al (orgs.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004, p.245-266.

LIMA, M.J.M.R.; BEZERRA, M.I.C.; PAIVA, G.M. Saúde, ambiente e qualidade de vida: reflexões da experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza-CE. **Cadernos ESP**, 2014, v.7, n.2, p.53-65.

MAGALHÃES, P.L.; COELLHO, I.B. **Programa Saúde da Família**: Uma estratégia em construção, 2011.

MANCINI, M.C.; SAMPAIO, R.F. Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão. **Rev. bras. fisioter**. [online], 2006, v.10, n.4, p.06.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas Health surveillance and territory: theoretical and methodological possibilities. **Cad. Saúde Pública**, 2005, v.21, n.3, p.898-906.

PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C. O Território no Programa de Saúde da Família/The territory in family health program. **Hygeia**, 2006, v.2, n.2.

PEREIRA JÚNIOR, N.; CAMPOS, G.W.S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, 2014, v.18, p.895-908.

RIGHI, L.B. Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, 2014, v.18, n.1, p.1145-1150.

SANTANA, M.L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saude soc**, v. 10, n. 1, p. 33-54, 2001.

SILVA, L.A.; CASOTTI, C.A.; CHAVES, S.C.L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2013, v.18, n.1, p.221-232.

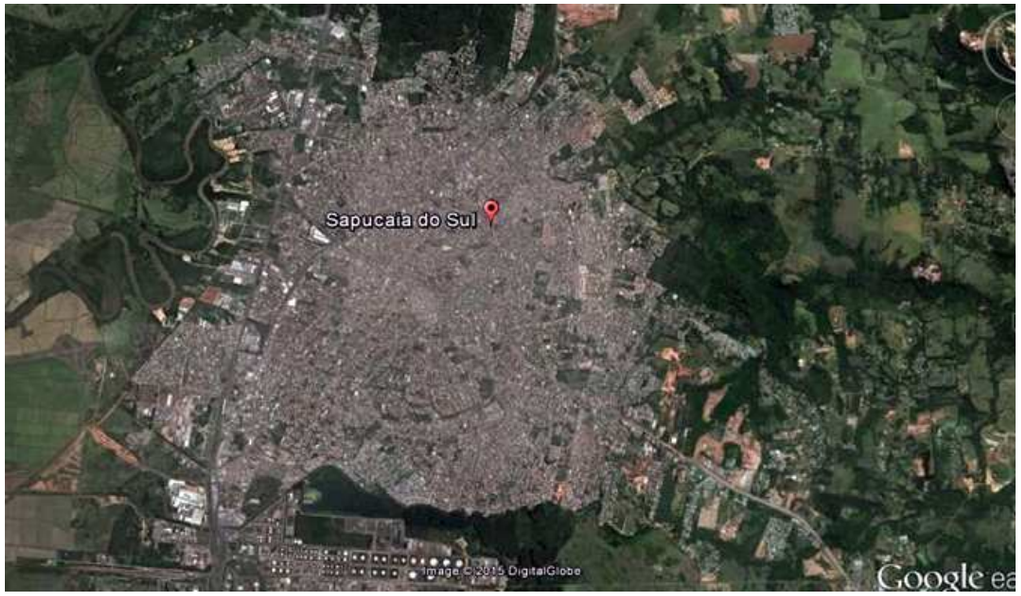
STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select _action=&co_obra=14609>. Acesso em: 09 jun 2015.

TEIXEIRA, C.F. A construção social do planejamento e programação local da vigilância à saúde no distrito sanitário. In: MENDES, E.V. (org). **Planejamento e programação local da vigilância da saúde no distrito sanitário**. Brasília, Organização Panamericana da Saúde, 1994, p.45-59.

VERDI, D.S. et al. Avanços e desafios na implantação do Apoio Institucional em Sapucaia do Sul, RS. In: **Anais..** 10° Congresso Internaciona l da Rede Unida. 2012.

VIEIRA, E.T. et al. O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 2012, v.17, n.3, p.119-126.

ANEXOS



Mapa do Bairro Pasqualini Mapa de Sapucaia do Sul/RS Imagens da vivência da territorialização

DESCRITIVOS DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ESF ALCINA - MAPEAMENTO DESCRITIVO

MICROÁREA Nº 01 **Agente: Nelsi Maria Eich**

Rua Antonio da Silva Jardim – 13, 44, 54 (A e B), 74, 85 (A e B), 105, 133, 137, 138, 161 (A, B e C), 171 (A e B), 230, 244, 260 (D, E e F), 280 (A e B), 300, 304 (A e B), 307, 320, 340, 356, 360 (A e B), 364 (A, B e C), 427, 446, 455, 456, 457 (A e B), 461 (A e B), 465, 471 (A e B), 480, 486, 487 (A e B), 497, 502, 506 (A e B), 512, 517, 524 (A), 527 (A e B), 547 (A e B), 557, 567 (A e B), 585, 601, 625 (A e B), 630, 635, 645, 655 (A e B), 660 (A e B), 670 (A e B), 685, 690, 705, 715, 735 (A e B), 740 (A e B) 750 (A e B), 760, 770 (A e B), 780, 790 (A, B e C), 795 (A, B, C, D e E), 820,840 (B), 855, 860, 870, 880, 895 (A e B), 900, 925, 935, 960, 975 (A e B), 985 (A), 987 (A e B), 990 (A, B e C), 1000, 1005, 1010, 1015 (A e B),1045, 1065 (A e B), 1090 (A e B), 1105 (A e B), 1115 (A e B), 1130 (A e B), 1145 (A e B), 1160, 1175, 1185 (A e B).

Rua Benjamim Constant – 377, 435, 436, 445, 447, 455, 457, 466, 487 (A e B), 505, 510, 520, 545 (A, B e C), 554.

Rua João de Souza Garcia – 33, 42, 45, 58, 61, 80, 81, 91, 94, 99, 106, 107, 112, 117, 128 (A, B, C, D, E), 129, 130 (A e B), 146 (A e B), 147, 150, 158, 170 (A e B), 182, 183 (A e B), 198, 205, 213, 215, 225 (A, B e C), 230 (A e B), 235 (A e B), 242 (A e B), 243.

MICROÁREA Nº 02 **Agente: Jenifer Diene dos Santos Barboza**

Avenida Theodomiro Porto da Fonseca – 1962, 1990, 2002, 2022, 2030 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8), 2060, 2108, 2110, 2120, 2190, 2210, 2212 (A e B), 2280, 2290, 2376 (A e B), 2386, 2398 (A, B e C), 2404, 2406.

Rua Ana Rosa Silveira – 38, 39, 42, 49, 52, 55, 59, 62 (A, B e C), 65, 66, 72, 81, 86, 93, 103, 113, 138, 141, 145 (A e B), 146, 147, 155 (A, B e C), 156, 157 (A e B), 178, 188 (A), 189, 195, 201, 209, 210, 216, 221, 226, 233, 236, 245, 255, 258, 269, 270.

Rua Ernesto Rectenwold – 31, 35 (A, B e C), 44 (A), 45 (A e B), 48, 56, 57, 62, 63 (B), 68, 69, 75, 76, 80 (A e B), 85 (A e B), 88, 95 (A e B), 96.

Rua Osvaldo Dias – 47 (A e B), 50, 59, 60, 69, 70 (A e B), 76 (A e B), 79, 86, 89 (A, B e C), 90, 94, 108, 109, 119, 128 (ESF Alcina), 129.

Rua José Maciel Caetano – 31 (A),38 (A, B e C), 48, 53, 57, 58, 62, 67, 68, 77, 87, 88 (A e B), 89, 97 (A e B), 98, 107, 108, 117, 118, 128.

Rua/Travessa Esperança – 10, 44, 45, 53, 64, 73, 74.

Rua Nossa Senhora Aparecida – 11 (A e B), 21, 31 (A e B), 41(A, B e C), 42, 50, 51 (A, B e C), 54, 65, 87 (A e B), 106, 112 (A e B), 118, 124, 144, 150, 156, 170, 180, 234, 235, 245, 246, 254, 263, 264, 274 (A e B), 281, 283, 284, 285, 291, 294, 301 (A e B), 304 (A, B e C), 315, 324, 325, 334, 335, 339, 349 (A e B).

Planilha para referenciamento dos usuários sem cobertura da ESF

Referência para usuários sem cobertura da saúde da família (fora de área)

Bairro de Residência	Unidade de Referência	OBSERVAÇÕES
BOA VISTA	GREISS, 3º TURNO JOÃO DE BARRO	**GREISS:** de segunda a sexta, das 8 às 12h e das 13 às 17h. **3º TURNO JOÃO DE BARRO:** segunda, quarta e sexta, das 17 às 21h
CAMBOIM	NOVA SAPUCAIA	segunda, quarta e sexta, das 8 às 12 h e das 13 às 21h; terça e quinta até 17h
CAPÃO DA CRUZ	NOVA SAPUCAIA, GREISS **Obs. Depende do lado da RS 118**	**NOVA SAPUCAIA:** segunda, quarta e sexta, das 8 às 12 h e das 13 às 21h; terça e quinta até 17h. **GREISS:** de segunda a sexta, das 8 às 12h e das 13 às 17h
CARIOCA	3º TURNO FORTUNA	segunda, quarta e sexta, das 17 às 21h
CENTRO	NOVA SAPUCAIA, FA SÃO JOSÉ	**NOVA SAPUCAIA:** segunda, quarta e sexta, das 8 às 12 h e das 13 às 21h; terça e quinta até 17h. **FA SÃO JOSÉ:** todas as manhãs
COHAB	COHAB	de segunda a sexta, das 7 às 22 horas
COHAB CASAS	COHAB	de segunda a sexta, das 7 às 22 horas
COLONIAL	3º TURNO FORTUNA	segunda, quarta e sexta, das 17 às 21h
COSTA DO MORRO	3º TURNO JOÃO DE BARRO	segunda, quarta e sexta, das 17 às 21h

Lista de ruas | ForadeArea | Plan2

Planilha por rua com referenciamento da ESF e sem cobertura

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPUCAIA DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

TIPO	LOGRADOURO	BAIRRO	INDICE	Unidade	Numeração	Região
Rua	Abílio José Farias	Boa Vista	H49	Greiss, 3º Turno João de Barro		
Rua	Acácia Mimosa	São José	H19-H24	ESF São José	Toda a numeração	II
Av.	Acácia Negra	São José	H11	ESF São José	Toda a numeração	II
Rua	Acácio Vitorino Machado	Cohab	G17	Cohab		
Rua	Açoriana	Centro	H05-H06-H08-H07-H07	ESF São José /FA São José	**Microárea 04** - 48, 221(A e B), 2235, 2237, 2243 (A, B e C), 2271(01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08), 2359 (A e B), 2379, 2385, 2399, 2411, 2469, 2479, 2509 (A e B), 2559 (A e B), 2577, 2591. **Microárea 05** - 2651, 2661, 2671 (A e B), 2731, 2741 (A e B), 2751 (A, B e C), 2825 (A e B), 2835, 2843, 2857 (A e B), 2869 (A, B, C e D), 2875, 2885 (A e B), 2895, 2911, 2927, 2943, 2971, 2991, 3003, 3011, 3025 (A e B), 3039, 3049, 3065, 3075, 3085, 3095, 3105, 3117, 3125 (A e B), 3135, 3145 (A e B), 3155, 3173 (A e B), 3225.	II
Rua	Acre	Nova Sapucaia/Capão da Cruz	H03-H10	Nova Sapucaia		
Rua	Adão de Carvalho	Colonial	G04	ESF Colonial	Toda a numeração	I
Rua	Adão Grisa	Pasqualine	H02	Pasqualine		
Rua	Adelaide Correa	Colonial	G04	ESF Colonial	Toda a numeração	I
Rua	Afonso Pena	Getúlio Vargas	G14	ESF Silva	Toda a numeração	II
Rua	Afonso Ribeiro	Freitas	H07	ESF Freitas	Toda a numeração	I
Rua	Agostinho Vanio Cardoso	Ipiranga	H74	3º Turno João de Barro		
Passeio	Aida Vargas da Silva	Lomba da Palmeira	H03-H40	Pasqualine, 3º Turno Itapemirim		
Rua	Alton Albuquerque Dias	Ipiranga	H51-H54	3º Turno João de Barro		

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPUCAIA DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

TIPO	LOGRADOURO	BAIRRO	INDICE	Unidade	Numeração	Região
Rua	Silma Joanna Thiesen	São José	H07-H07	FA São José		
Rua	Silveira Martins	Capão da Cruz	G03-G03-G04-H03	ESF Capão da Cruz	Toda a numeração	II
Rua	Silvio Sanson	Piratini	G04-G04	SESI (COHAB)		
Trav.	Sinuelo	Zoológico	G24	ESF Carioca	Toda a numeração	I
Rua	Siriema	Vargas	H47	ESF Colina Verde	Toda a numeração	II
Rua	Sobradinho	Vargas	H24	ESF São Cristóvão / 3º Turno Vargas	20, 21, 30, 46, 51, 61.	II
Rua	Soledade	Zoológico	G24	ESF Carioca	12, 19, 20, 23, 25 (A e B), 30, 33, 40, 45, 50, 51, 53, 55, 57, 59, 61, 67, 77 (A e B), 80, 90, 97 (A e B), 107 (A, B e C), 137 (A e B), 139 (A e B), 140, 150, 157, 158, 160, 169, 170, 175, 177, 180, 190, 221 (A e B), 223, 230, 233, 450.	I
Trav.	Sossego	Pasqualini	H03	Pasqualine		
Rua	Sueli D. Ribeiro	Lomba da Palmeira	H03	Pasqualine, 3º Turno Itapemirim		
Rua	Tancredo Neves	Ipiranga	H51-H52	ESF Terra Nova	13, 15, 20 (A e B), 34, 42, 47, 50, 53 (A, B e C), 58, 66, 67 (A, B e C), 74, 75, 82, 83, 90, 91, 98, 99, 102, 110 (A e B), 111 (A e B), 115, 122 (A e B), 123, 125, 130, 131 (A, B e C), 139 (A e B), 149 (A e B), 156 (A, B, C e D), 164, 170, 171 (A, B, C e D), 199, 202, 208, 209, 216, 217, 222 (A e B), 231, 232 (A e B), 237 (A e B), 239, 240, 243 (A e B), 247, 249, 257, 260, 262, 287.	
Rua	Tapejara	Ipiranga	H68	3º Turno João de Barro		
Rua	Tapes	Vargas	H27-H27	ESF São Cristóvão / 3º Turno Vargas	**Microárea 02** - 128, 141, 156, 171, 181, 186, 191, 196, 206 (A e B), 211, 216, 221, 231, 251, 253. **Microárea 04** - 19, 43, 46 (A, B e C), 96, 106, 119, 120, 121 (A e B).	II
Rua	Taquara	Walderes	H19-H19-H29	ESF Natal II	15, 24, 25, 30, 35 (A e B), 45, 48, 55, 58, 65 (A e B), 72 (A e B), 75, 82 (A e B), 85 (A e B), 92, 95, 102 (A, B e C), 109, 119, 112, 127, 130, 140, 145, 150, 155, 160, 165 (A e B), 175, 180, 230, 235, 236, 246 (A e B), 245, 252 (A e B), 255, 265, 274, 275 (A e B), 287, 295 (A, B e C), 310, 311 (A e B), 321, 348, 361 (A e B), 364 (A e B), 365, 368 (A, B), 371, 378 (A, B e C), 381 (A e B), 398 (A e B), 405, 410, 415, 420, 423, 461, 477 (A e B), 495, 502, 527	

Plan1 | Plan2 | Lista de ruas

CAPITULO 4.4

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Janete Madalena Arcari
Fernando Ritter
Aline Blaya Martins de Santa Helena

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasce no Brasil a partir de lutas do movimento sanitário brasileiro com a finalidade de facilitar o atendimento de saúde. (RONCALLI, 2003) Na Constituição Federal de 1988, ficou explicitada a criação de um sistema de saúde estruturado, baseado na descentralização e o no fortalecimento do poder municipal. Além disso, estabelece a participação da sociedade organizada na administração do setor saúde e o controle social por meio dos Conselhos e Conferências Municipais de Saúde, com intuito de garantir a o controle e avaliação das políticas de saúde. (BRASIL. ASSEMBLÉIA CONSTITUINTE, 1988)

Em 1990, foram publicadas as Leis n.º 8.080/90 e 8.142/90, que institucionalizaram e regulamentaram a participação popular e o controle social na gestão da saúde. Sendo as Conferências e os Conselhos de Saúde instâncias legalmente instituídas, passam a serem descritos como órgãos permanentes, normativos do SUS no âmbito municipal, tendo por competência formular estratégias e controlar a execução da política de saúde do município, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) As diretrizes do novo sistema de saúde serviram de base para estruturar as mudanças necessárias, fortalecendo a descentralização, de forma que cada município passasse a gerir as ações em saúde segundo as necessidades locais. (MOIMAZ et al., 2010)

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) foi instituída pelo Ministério da Saúde em outubro de 2011, através da Portaria nº 2.488, com propósito de revitalizar a Atenção Básica (AB) à Saúde no Brasil. A Atenção Básica caracteriza-se 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. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A AB considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. A AB deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada para o sistema e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. (PNAB, 2012)

O controle social é a expressão mais evidente da participação da sociedade nas decisões de interesse geral tomadas pelo Estado, colocando o cidadão e o usuário no centro do processo de avaliação. (CREVELIM, 2005) O controle social fortalecido com a instituição do SUS e o incentivo à participação da comunidade pressupõem uma visão do usuário com competência para avaliar e intervir, modificando o próprio sistema. (TRAD; BASTOS, 1998) Sendo os projetos e ações em saúde direcionados em sua totalidade para beneficiar a população, a opinião dos usuários quanto à qualidade da atenção é considerada de extrema relevância quando se busca avaliar esses serviços. Assim, não se pode deixar de considerar sua percepção, a fim de contribuir para a melhoria do sistema de saúde. (SANTOS, 1995; JESUS; CARVALHO, 2002)

A participação espontânea e crítica dos usuários pode contribuir para o empoderamento da população, questão essencial para a construção e viabilidade de políticas de promoção da saúde, prevenção de agravos e controle de enfermidades. (COTTA et al., 2008) Assim sendo, a melhoria dos programas de saúde pode ser baseada no processo de avaliação sustentado na análise do sistema por meio da percepção do usuário, servindo de critério para as ações e políticas públicas de saúde. (MOIMAZ et al., 2010)

Desde a instituição do SUS, os gestores têm dedicado esforços na discussão do planejamento, sendo este um componente fundamental que impulsiona a responsabilização do gestor no âmbito do SUS, buscando o fortalecimento da capacidade de gestão pública da saúde. Contudo, mesmo com os avanços, há aspectos que se colocam de forma prioritária e que constituem desafios para a implantação do planejamento no SUS. (VIEIRA, 2009) Entende-se que para este processo se instituir de forma efetiva, mecanismos pactuados de monitoramento e avaliação da realidade do SUS devem ser implantados em todas as unidades federadas, desde os municípios até o nível federal. (PLANEJASUS, 2009)

Estudos sobre pesquisa de satisfação em serviços de saúde vêm demonstrando que a busca pela qualidade se tornou um fenômeno mundial. Isto é resultante do aumento da conscientização de que a qualidade é indispensável para a sobrevivência destes serviços. Bem como, constitui uma responsabilidade ética e social. No atual mercado, cada vez mais competitivo e exigindo que as empresas ofereçam produtos e serviços com padrões cada vez melhores, a qualidade passou a ser requisito no processo de produção e na oferta dos serviços. Portanto, a satisfação está ligada à qualidade do serviço ou do produto que se oferece. (POLIZER; D'INNOCENZO, 2006)

Um importante mecanismo para a gestão é a avaliação do grau de satisfação dos usuários do sistema de saúde, o que pode ser um indicador para o planejamento das ações. Políticas públicas desenvolvidas com base no respeito às perspectivas, expectativas e necessidades dos usuários tendem a maior eficácia e resolubilidade do sistema, o que torna fundamental a realização de pesquisas de satisfação dos usuários. (MOIMAZ et al., 2010)

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde pode fundamentar-se em três aspectos: estrutura, processo e resultados. A avaliação da estrutura diz respeito aos recursos físicos, materiais e humanos existentes no âmbito da assistência a saúde; a avaliação do processo engloba as atividades e/ou os procedimentos empregados e os processos de trabalho. Enquanto a avaliação dos resultados enfatiza os efeitos das ações e dos procedimentos sobre o estado de saúde do usuário como resultante da assistência recebida. A avaliação da satisfação do usuário acerca da assistência oferecida é um importante componente no que diz respeito à qualidade de atendimento em saúde. (MACHADO; NOGUEIRA, 2008)

Toda a avaliação de saúde deve apontar para análise de processos e ter como principal objetivo o de manter o que se apresentar como bom e de reestruturar o que se apresentar como insuficiente. (CARVALHO et al., 2000) Avaliar tornou-se uma condição importante em todo o fazer humano, pressupõe-se que ela preceda decisões a serem tomadas na busca de possibilidades de atingir os resultados esperados. A avaliação de satisfação envolve uma gama de combinações subjetivas, entre elas, situações semelhantes vividas anteriormente, servindo como parâmetro médio esperado pela qualidade do serviço, uma concepção de serviço ideal, construção da noção de um serviço merecido. Portanto, a subjetividade da avaliação se dá em vários aspectos e dimensões e ao adotar a avaliação como instrumento para tomada de decisão, pode-se entender que a mesma apresenta um olhar sobre a qualidade do programa ou serviço prestado. Deste modo, gestores e trabalhadores conseguem conhecer as reais necessidades dos usuários dos serviços de saúde e procurar constantemente melhorar os processos de trabalhos para que com isso possam melhor satisfazê-los. (ARAÚJO, 2003)

Estudos dirigidos a utilização de meios que busquem compreender os sistemas utilizados para avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde são de extrema relevância num momento em que a institucionalização da

avaliação vem sendo discutida. (HARTZ, 2002:419 apud MS, 2005) Os mesmos podem vir a servir como incentivo a gestores de diferentes unidades federativas a implantarem mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação de seus serviços. Além disso, seus resultados servem de subsídios para maior eficácia nas ações implementadas e para uma reflexão ampliada do SUS. Donabedian afirma que a pesquisa de satisfação do usuário proporciona informações sobre seus valores e expectativas e, portanto, se constitui em um instrumento valioso de investigação, administração e planejamento. (DONABEDIAN apud POLIZER; D'INNOCENZO, 2006)

Tendo em vista, a necessidade de aprofundamento sobre o conhecimento a respeito de métodos e instrumentos para avaliação da satisfação de usuários para com os serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica em Saúde (AB) do SUS, este estudo buscou revisar artigos que apresentam ferramentas e instrumentos utilizados, assim como pretende fazer uma análise descritiva destes para orientação de gestores e profissionais de saúde.

Objetivos

O objetivo desta pesquisa é revisar artigos nacionais que apresentam instrumentos utilizados para fazer avaliação de satisfação dos usuários em serviços de atenção básica à saúde do SUS. Descrever métodos, cenários de práticas do SUS e instrumentos de avaliação descritos nos artigos. Apresentar uma reflexão sobre limites e perspectivas de avaliação em saúde que possam servir como orientação para gestores e profissionais de saúde na busca pelos melhores e mais pesquisados instrumentos para avaliação de satisfação do usuário. Identificar o envolvimento dos trabalhadores dos serviços em tal avaliação.

Metodologia

A presente pesquisa configura uma revisão da literatura e desenvolveu uma análise descritiva sobre os métodos de pesquisa e instrumento de avaliação de satisfação dos usuários da AB do SUS e cenários de práticas avaliados nos estudos que foram incluídos na pesquisa.

Foram analisadas as publicações, artigos, monografias, teses e dissertações publicadas em bases nacionais, no Google Scholar e Scielo (Scientific Electronic Library Online), no idioma português Brasil, pois a pesquisa pretendeu verificar publicações que possam ser acessíveis aos trabalhadores e gestores de saúde nos diversos níveis da Gestão. Foram incluídos estudos publicados nos últimos dez anos. Como assistentes de pesquisa na busca por resultados mais objetivos, foram utilizados três descritores em ciências da saúde (DeCS) de forma conjugada e exatamente na forma que se apresenta a seguir: "atenção primária à saúde", "satisfação do usuário", "avaliação de serviços de saúde". Não foi acrescentado o descritor "atenção básica" juntamente com os três anteriores, pois reduzia o número de publicações disponíveis.

Neste estudo estão incluídos artigos, dissertações, teses e monografias que versam sobre a avaliação de satisfação de usuários de serviços AB do SUS, que tenham sido publicados nas bases de dados Google Scholar e Scielo, no período de 2005 a 2015, apresentando em seu resumo questões relacionadas à satisfação de usuários nos serviços de atenção básica em saúde e que tenha sido realizada com algum tipo de instrumentos de avaliação e apresente resultados voltados para uso na gestão do SUS.

Foram excluídos os artigos que não estiverem dentro dos critérios de inclusão por motivos tais como: revisão de literatura, avaliação de profissionais de saúde, de outros níveis de atenção que não AB: âmbito hospitalar, setor privado, amostra restrita a um grupo limitado de sujeitos com características específicas.

Os artigos foram catalogados e uma avaliação descritiva foi feita a respeito da afiliação dos autores, ano de publicação, métodos e instrumentos, cenários de prática, âmbito de realização do estudo, público alvo, foco de estudo e principais achados. Além disso, outras categorias de avaliação puderam ser propostas a partir da leitura dos artigos. A revisão integrativa assegura os aspectos éticos, garantindo a autoria dos artigos pesquisados, e feita citação dos devidos autores sempre que houver a utilização de artigos conforme a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Além disso, o projeto passou pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ-EEUFRGS) para aprovação.

Resultados

A busca de evidências realizada nesta revisão de literatura resultou na identificação de 160 referências para consulta e análise sobre o tema abordado. Para a seleção, realizou-se a leitura minuciosa dos resumos das 160 referências encontradas. A partir desta leitura foram excluídos os artigos, monografias, teses e dissertações que não atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos.

A fim de mensurar os motivos de exclusão foi construída uma tabela de dados contendo título do artigo, motivo da exclusão e ano de publicação onde foram incluídos todos os artigos que se encontravam dissonantes dos critérios de inclusão. Nesta foram listadas 42 referências excluídas por terem público alvo restrito a portadores de agravos ou/doenças específicas; 28 publicações onde a amostra em estudo excluía usuários (ex: avaliação realizada com profissionais de saúde, gestores, implantação de serviço, impacto de um programa específico), 35

referências que faziam avaliação em outros níveis de atenção ou restritos a Saúde Bucal, 11 apresentaram-se em duplicidade, 8 avaliavam indicadores de saúde extraídos de sistemas de informação, 7 links imprecisos, 5 revisões de literatura, 5 artigos não abordavam assuntos referentes à avaliação da satisfação e outros 4 tratavam de concordâncias entre sistemas de avaliação, perfazendo um total de 145 referências excluídas.

Desta forma, foram incluídas em outra tabela as 15 referências que responderam aos critérios propostos e foram revisadas para responder ao objetivo deste estudo. Destes 4 eram monografias, 7 dissertações e 4 artigos científicos. Em relação à afiliação dos autores a algum tipo de serviço de saúde, a grande maioria estava vinculada apenas à academia. Dos poucos estudos que envolviam trabalhadores da saúde, observou-se que a maioria destes era composta por médicos ou enfermeiros envolvidos com ensino em serviço através de distintas modalidades de preceptoria (Quadro 1).

Quadro 1 - Descrição de dados observados através da revisão das referências selecionadas conforme critérios estabelecidos.

Autores	Titulo	Ano	Atores	Cenário	Resolutivo para gestão
LIMA S.C.S	Orientação familiar e comunitária na Estratégia da Saúde da Família na regional norte de Teresina / PI - avaliação do usuário adulto.	2014	Academia serviço	ESF	Sim
SOARES A.R.A.P.	Avaliação da integralidade na Atenção Primária à Saúde em Campina Grande - PB.	2014	Academia	ESF	Não
MORANO F.	Avaliação da Atenção Primária em Saúde realizada com usuários de Estratégia da Saúde da Família do município de Criciúma - SC: Instrumento PMAQ	2013	Academia serviço	ESF	Não

(continuação)

FERRAZ L.	Avaliação dos serviços de saúde na ótica dos usuários.	2013	Academia serviço	ESF	Não
MORAES J.O.	A qualidade na prestação de serviços de saúde: uma análise a partir da percepção dos profissionais e usuários de uma Unidade de Saúde da Família do município de Patos/ PB.	2013	Academia	ESF	Não
CURVO P.A.	A avaliação da Atenção Básica em Saúde destacando a satisfação e insatisfação na perspectiva dos usuários, com ênfase na integralidade da atenção.	2012	Academia serviço	ESF	Não
MISHIMA M.S.	A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários.	2011	Academia serviço	ESF	
ZILS A.A.	Saúde da família sob a perspectiva dos usuários	2011	Academia serviço	ESF	Não
OLIVEIRA M.M.C.	Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária em Porto Alegre: uma análise agregada.	2011	Academiaserviço	ESF	Não

(conclusão)

Autores	Titulo	Ano	Atores	Cenário	Resolutivo para gestão
FERRIS.M. N. et.al.	As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família.	2010	Academiaserviço	ESF	Não
FERRIS.M.N. et.al.	As tecnologias leves como geradoras de Saúde da Família - elemento analisador da qualidade do cuidado prestado	2010	Academia/serviço	ESF	Não

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao método, as pesquisas estão divididas, 6 qualitativas, 8 quantitativas e 1 quali-quantitativa. Na perspectiva de cenários de prática, apenas 3 foram realizadas em Unidades Básicas de Saúde, as 12 restantes foram realizadas em Estratégias da Saúde da Família e todas as pesquisas foram realizadas em âmbito municipal, tendo como público-alvo, usuários adultos do Sistema Único de Saúde, residentes das áreas de pesquisa.

A maioria das referências utilizou algum tipo de instrumento para avaliar a satisfação do usuário com os serviços de saúde. Os instrumentos encontrados nas referências analisadas foram desenvolvidos pelos próprios pesquisadores na totalidade dos estudos qualitativos e em um estudo quantitativo, em relação aos demais estudos quantitativos, o instrumento mais utilizado foi o instrumento de Avaliação da Atenção Primária em Saúde (PCATool-Brasil) (Quadro 2).

Quadro 2. Relação descritiva dos instrumentos utilizados.

Instrumento de avaliação utilizado	Nº
Primary Care Assessment Tool (PCATool)	4
European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP)	1
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ	1
Questionários estruturado e semiestruturados criados pelos pesquisadores	9
Total	15

Fonte: Dados da pesquisa.

Ao analisar as publicações quanto à satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde na AB, observou-se que, de modo geral os usuários estão satisfeitos em relação à assistência prestada. As pesquisas apesentam maior índices de satisfação quando se referem ao vínculo paciente-profissional. Quando se trata de avaliação de satisfação do usuário com relação AB nas modalidades Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF), os estudos apontam que a satisfação é maior em relação aos serviços em que está presente a modalidade ESF. Percebeu-se através do estudo que os usuários se dizem menos satisfeitos com questões referentes ao acesso. Relatam insatisfação quanto à organização e horários de atendimento bem como a dimensão e estrutura das US. Percebe-se também menor nível de satisfação quando se trata de encaminhamentos à especialidades e as dificuldades no agendamento em outros níveis de atenção. O que permite supor que os usuários identificam dificuldades na integralidade do cuidado.

Em relação ao uso dos resultados para e pela Gestão do SUS, os estudos em sua maioria, não fazem menção a este fim de forma direta, embora tragam informações valiosas para o entendimento e para a consolidação da avaliação em saúde na atenção básica e para o planejamento a partir de critérios de qualidade referidos pelos próprios usuários.

Discussão

A revisão da literatura realizada nesta pesquisa aponta que embora em um primeiro momento pareça haver uma extensa produção de literatura na área da avaliação de satisfação de usuários em relação aos serviços de AB utilizados, quando uma busca com limites concretos se estabelece, observa-se uma produção ainda restrita, tanto no número de evidências quanto no envolvimento de profissionais da saúde que se encontram atuando na gestão do SUS.

Segundo Contandriopoulos (2006), a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica tem como princípio, adquirir novos conhecimentos e o favorecimento de melhorias das práticas do Sistema Único de Saúde (SUS). O autor refere que as pesquisas avaliativas podem ser utilizadas como orientadoras nos processos de pesquisa e também em intervenções no próprio sistema. Aborda ainda, aspectos entre as relações e diferenças nas pesquisas avaliativas, avaliação normativa e tomada de decisão e afirma que as pessoas ocupando diferentes posições não tem um mesmo entendimento quanto ao significado dos resultados produzidos pela avaliação. Este fato ocorre pois, o sistema de saúde é bastante complexo, envolve diferentes grupos de atores, que acabam intervindo sob lógicas, níveis de atuação, cronogramas e valores diversificados. (CONTANDRIOPOULOS, 2006) Contudo, observou-se nesta pesquisa que os autores envolvidos nas publicações analisadas são em sua maioria acadêmicos, em poucos trabalhos se encontra autores dos serviços envolvidos e quando tem, são preceptores de residentes. Desta forma, é presumível especular algumas coisas, dentre elas, é possível que as práticas avaliativas feitas por trabalhadores e gestores não estejam sendo divulgadas amplamente, ou que venham sendo realizadas apenas como mais um dentre todos os protocolos que compõem a rotina de atuação na AB ou ainda é admissível que as pesquisas acadêmicas não estejam dialogando e sendo produtoras de conhecimento capaz de produzir melhoramento e autonomia junto à gestão do SUS.

Outra possível dificuldade que se apresenta na interlocução academia-gestão-serviço é a peculiaridade de se estabelecer qual o método ou o instrumento adequado para dar conta da avaliação da satisfação do usuário em um país de dimensões continentais e com realidades tão distintas. Stein (2012) escreve sobre uma análise de concordância entre dois instrumentos que foram preconizados como instrumentos de avaliação da APS e da satisfação dos usuários. Os instrumentos que ele se reporta são os de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ); e Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil). O autor encontrou baixa concordância entre os dois instrumentos e relata que estes dois instrumentos avaliam diferentes aspectos dos atributos da APS (Starfield, 2004) não havendo entre os dois a concordância necessária e essencial para caracterizar um serviço de APS. Ele conclui dizendo que o PCATool deve ser a ferramenta escolhida pelos gestores e pesquisadores para a avaliação da qualidade da Atenção Primária em Saúde.

No entanto, parece não haver um consenso nacional a respeito do instrumento adequado para a avaliação uma vez que se observou neste estudo uma expressiva disparidade de métodos e instrumentos, sendo que mais da metade dos estudos foram realizados com métodos e instrumentos que não haviam passado previamente por um rigoroso processo de validação. Das referências selecionadas 53% apresentavam questionários elaborados pelos pesquisadores. Embora o país tenha incorporado como prática de avaliação da AB o Programa de Avaliação do Acesso e da Qualidade (PMAQ_AB) (PNAB, 2012), apenas uma das referências selecionadas apresentou o instrumento de avaliação externa do PMAQ, parte do programa que avalia a satisfação do usuário. No entanto, há dúvidas do quanto um questionário aplicado em apenas quatro usuários que utilizam o serviço, possa ser representativo de uma população adscrita a uma equipe de Estratégia da Saúde da Família (ESF), a pensar que naturalmente a demanda reprimida não se faz representar (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Já o PCATool foi utilizado em 4 pesquisas analisadas, e embora tenha validade e seja representativo caso o cálculo amostral esteja adequado à pesquisa de base populacional, trata-se de um instrumento que tem foco nos atributos da APS e não na satisfação do usuário. Além disso, também apresenta limitações ao seu amplo uso, pelo fato de ser um questionário bastante extenso, de exigir treinamento de seus avaliadores, bem como de possuir resultados de difícil interpretação para o gestor e trabalhadores (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2010) Talvez estes sejam alguns dos motivos que levam os pesquisadores a elaborar instrumentos mais simplificados de avaliação de satisfação dos usuários em relação à satisfação com serviços de AB.

É possível que gestores de municípios de pequeno e médio porte, caracterizados por possuírem menos de 25 mil habitantes, pratiquem formas simplificadas de avaliar a satisfação dos usuários que acessam os serviços de AB que estão sob sua gestão. No entanto, não foi possível encontrar divulgação de tais experiências nas bases de ampla circulação avaliadas neste estudo.

Há necessidades de se pensar em instrumento que mensure a satisfação do usuário na AB e que seja de possível entendimento para gestores e usuários. A maioria das pesquisas não apresenta interface, sequer dialoga com a gestão. Contudo, embora de forma indireta, este estudo orienta o Gestor da AB que siga os preceitos da Política Nacional da Atenção Básica, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. (PNAB, 2012) As pesquisas realizadas apontam para maior satisfação do usuário quando se referem ao cuidado recebido pelos profissionais de saúde e quando seu cuidado se dá na ESF, sendo esta a modalidade de atenção que possibilita maior vínculo entre paciente-profissional.

Segundo Miranda (2005), gestão governamental em saúde é elaborada a partir de uma prática social em espaço institucional, de natureza complexa e com características múltiplas. Traz aspectos de dimensão política, em arena de interesses diversos e distintos, com certas limitações de autonomia devido às grandes disputas de poder inerentes ao cargo.

A avaliação da satisfação do usuário integra um dos melhores mecanismos de resposta às necessidades de informações de seus gestores. Deve ter como objetivo principal constituir-se em um elemento efetivamente capaz de participar e auxiliar o gestor no processo de tomada de decisão, ou seja, ser capaz de responder aos questionamentos existentes. (TAMAKI et al., 2012) Percebe-se isso cada vez mais quando se observa o quanto novos métodos de controle social são efetivos e importantes para a gestão do SUS, tais como a ouvidoria. (PASSERO, 2013)

Uma limitação que se apresenta neste estudo é devido a busca das referências nas bases de dados Google Scholar e Scielo (Scientific Electronic Library Online), restringindo-se ao âmbito nacional, e publicações escritas na linguagem português Brasil, o que pode ter sido o possível motivo de encontrar poucas referências sobre o tema. Outro fato pode ser devido à institucionalização da avaliação em serviços de saúde estar ainda em consolidação no SUS. (PINTO, 2014)

Com relação a relevância deste estudo, considera-se que foi possível observar pontos relevantes acerca da forma que estão sendo realizadas as pesquisas de satisfação com usuários da Atenção Primária em Saúde no país, bem como, por quem estão sendo realizadas, em quais cenários, quais instrumentos estão sendo utilizados e a quem se destinam. Contudo, este estudo não responde todas as questões levantadas pela temática e destaca-se a necessidade de novas pesquisas que possam ampliar as reflexões sobre a satisfação dos usuários com serviços de saúde, considerando a carência de produção nesta área.

Estudos relacionados a utilização de meios que busquem a compreensão dos sistemas utilizados para avaliação da satisfação dos usuários são valiosos neste momento em que a institucionalização da avaliação vem ocorrendo. (HARTZ, 2002:419 apud MS, 2005) Os mesmos podem vir a servir como incentivo e base para gestores atuantes no SUS. Além disso, seus resultados servem de subsídios para maior eficácia nas ações implementadas e para uma reflexão ampliada do sistema. Reitera-se, portanto, a importância da avaliação da satisfação dos usuários para a estruturação de serviços que possam responder às expectativas e necessidades dos mesmos. Ouvir o usuário é uma importante ferramenta para formular novas propostas de trabalho e planejamento, sendo também uma maneira de fortalecer a participação popular e o controle social, buscando saber quais são suas verdadeiras necessidades e anseios.

Referências

ARAÚJO, I. C. (2003). Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos na clínica integrada do curso de odontologia da Universidade Federal do Pará. 126f. Dissertação (Mestrado). São Paulo: USP, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.654,** de 19 de julho de 2011 – Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ**): manual instrutivo / Ministério da Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2012. 62p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: primary care assessment tool pcatool. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde**: caminhos da institucionalização / Ministério da Saúde. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

CARVALHO, G.; BURRALLI, K.O.; ROSENBURG, C.P. Avaliação de Ações e Serviços de Saúde. **O Mundo da Saúde.** São Paulo, 2000, v.24, n.24, p.72-88.

CECIM, R.B.; ARMANI, T.B.; ROCHA, C.F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil - **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, 2002, v.7, n.2.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. **Ciênc. e Saúde Coletiva**, 2006, v.11, n.3, p.705-711.

CRUZ, M.M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In.: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011, p.181-199.

ESPERIDIÃO, M.; BOMFIM, L.A.; TRAD - Avaliação de satisfação de usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, set/dez 2005, v.10, n.suppl.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa Saúde da Família: contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde. **Anais...** Congresso da Associação Paulista de Saúde Pública, 1999, Águas de Lindóia: APSP; 1999.

PINTO, H.A. *et al.* O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, out 2014, v.38.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cad. Saúde Família**, Jan.-jun 2003 , p.3-8.

PASSERO, L.G. **Insatisfação do usuário da Atenção Básica com o SUS**. Análise multinível de pesquisa da ouvidoria. Mestrado profissional. Porto Alegre: UFRGS, 2013.

MACHADO, N.P.; NOGUEIRA, L.T. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia – **Rev. Bras. Fisioter**, 2008, v.12, n.5, p.401-408.

MIRANDA, A.S. **Proposição de escopo para a avaliação da gestão no Sistema Único de Saúde**. Relatório final de consultoria prestada ao Ministério da Saúde, MS. nov. 2005.

MOIMAZ, S.A.S. *et al*. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. ***Physis*** Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2010, v.20, n.4, p.1419-1440.

POLIZER, R.; D'INNOCENZO, M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira**. jul-ago. 2006.

WAG, R.; LABATE, R.C. **Programa Saúde da família**: a Construção de um Novo Modelo de Assistência.

SANTOS, M.P. **Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário**. Dissertação de mestrado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1995.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004.

STEIN, A.T. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, jan/mar 2013, v.22, n.1, p.179-181.

VIEIRA, F.S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, set/out 2009, v.14, n.supl.1.

CAPITULO 4.5

ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE OS CUSTOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Suiani Soares Silva
Otávio Pereira D'avila

Introdução

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na versão aprovada a partir da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, redefine os princípios gerais, as responsabilidades de cada esfera de governo, a infraestrutura e os recursos necessários, as características do processo de trabalho, as atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da Estratégia Saúde da Família (ESF). Com a PNAB, o desenho do financiamento federal para a Atenção Básica combina equidade e qualidade, beneficiando os municípios mais pobres e menores por meio da diferenciação do valor per capita do PAB fixo. A PNAB induz a mudança do modelo de atenção à saúde via ESF, ao criar incentivos financeiros para os municípios que aderirem e atingirem melhora do padrão de qualidade no atendimento. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Entende-se que a alocação adequada dos recursos financeiros proporciona uma satisfação das demandas e das necessidades da coletividade no âmbito do SUS, onde o gestor atua como equalizador para que o serviço apresente um baixo custo com um alto índice de quantidade e qualidade. Também analisa as informações coletadas para subsidiar o planejamento das ações a serem desenvolvidas. Contribui, assim, com uma progressiva melhoria no atendimento ao usuário final. (SCARPARO; FERRAZ, 2008)

Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB), em parceria entre o Ministério da Saúde e o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), foi lançada uma pesquisa que integra o projeto Necessidade de financiamento da atenção básica. (VIEIRA; SERVO, 2013) Essa pesquisa teve por objetivo estimar a quantidade de recursos adicionais necessários para implantação da atenção básica conforme preconizado na PNAB e indicado na Relação Nacional de Ações e Serviços

de Saúde (RENASES). A investigação decorreu do fato que não é possível conhecer precisamente o gasto das três esferas do Governo com a Atenção Básica no país, e principalmente, porque o gasto não indica o custo para que as ações e serviços sejam disponibilizados aos usuários do SUS.

É a diferença entre gasto e custo (ideal) que apontará a necessidade de investimentos e financiamento da AB, a ser obtida a partir do conhecimento da situação da infraestrutura de atendimento nos municípios e da medição de custos para esses diversos cenários. Nesse contexto, o presente estudo tem como eixo norteador conhecer o parecer dos pesquisadores sobre os custos das Unidades de Saúde da Atenção Básica contemplando os diferentes cenários existentes no Brasil.

Neste cenário, a pergunta de pesquisa é: qual é a importância do planejamento dos custos no contexto da atenção básica? Por estes motivos, a realização da presente pesquisa justifica-se na medida em que visa contribuir para a conscientização dos profissionais em saúde sobre a relevância de sua participação no gerenciamento de custos dos serviços de saúde e de sua aplicação no exercício cotidiano de sua profissão, sendo benéfico tanto para o desenvolvimento do potencial deste profissional quanto para a otimização do processo gerencial da atenção primária.

Objetivos

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo geral, através da revisão da literatura nacional tratar os aspectos conceituais sobre os custos das Unidades de Saúde da Atenção Básica no período de 2010 a 2014. Para tanto delineou-se como objetivos específicos: realizar uma revisão da literatura nacional publicada no período de 2010 a 2014; caracterizar a importância do planejamento dos custos na Atenção Básica de Saúde; identificar a contribuição para a melhoria na assistência na atenção primária através do planejamento dos custos.

Revisão de Literatura

Atenção Básica em Saúde/ Atenção Primária

Resgatar a trajetória histórica e política da saúde nas últimas cinco décadas no Brasil é importante, porque possibilita identificar a ênfase dadas nas ações, como também as estratégicas adotadas na reforma sanitária.

Theisen (2004) comenta que ao pesquisar documentos do Ministério da Saúde, verificou que a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) coordenaram a Reunião de Alma Ata em

1978 na antiga União Soviética, denominada “Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde“, apontando que o momento exigia soluções rápidas e consistentes para enfrentar a crise de saúde que estava afetando as populações pobres de todo o mundo, principalmente dos países do Terceiro Mundo. Nesta Conferência foi estabelecida uma meta “Saúde Para Todos no Ano 2000“, sendo que, esta deveria ser alcançada pelos governos por meio da atenção primária à saúde e da participação comunitária. Em linhas gerais, as organizações internacionais demonstraram preocupação e recomendavam que os governos direcionassem suas políticas de saúde para ações cujas metas seriam as populações sem cobertura dos serviços de saúde, através de ações simplificadas de pouca incorporação tecnológica, mas com grande resolutividade dos problemas de saúde, provenientes da condição de vida de cada país.

Segundo a autora, o fato das organizações internacionais ligadas às Nações Unidas como a Organização Mundial de Saúde (OMS); Organização Pan Americana de Saúde (OPS); a UNICEF, terem percebido a necessidade de se criar estratégias de intervenções no sistema de saúde dos países, considerados por eles subdesenvolvidos, que não tinham um Programa de Saúde Coletiva para atender a sua população (urbana e rural), carente de atenção médica, não conseguiu neste período fazer com que tais países se mobilizassem. Sendo assim, observa-se de um lado que “todas as boas intenções e apelos encontram o eco esperado, porque a realidade social teima em reproduzir-se conflituosamente, injusta, excludente”. Neste sentido, pode-se afirmar que a incorporação do discurso da atenção primária pelas organizações internacionais, transformou a Reunião de Alma Ata num evento paradigmático. (THEISEN, 2004, p.36)

Por outro lado, este evento serviu de referência para o Ministério de Saúde de alguns países, orientando as políticas e/ou os sistemas de saúde na direção de buscar inspiração na experiência da Medicina Comunitária, como instrumento para preencher a ausência de atenção à saúde ou como uma nova prática que não era oferecida pelo mercado. Esta experiência sugere a participação da comunidade, a utilização de tecnologias simplificadas nos cuidados básicos de saúde à população, oferecendo serviços a baixo custo para ampliar os atendimentos ao maior número possível de pessoas e comunidades.

Nos anos de 1970, coincidindo com a emergência na cena internacional da proposta de atenção primária em saúde, surgiu no Brasil o programa de medicina, sendo que essas experiências desaguaram num programa de medicina simplificada. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS), iniciado no nordeste, não alcançou abrangência nacional.

Segundo Ceccim e Bilibio (2002) em 1978, uma grande virada parece se armar contra a medicalização. Em lugar da assistência médica como estratégia de atenção á saúde, começa a vigorar um novo discurso, novo conceito: a Atenção Primária de Saúde. Para renovar a assistência médica é proposto o estabelecimento da maior proximidade com as famílias e comunidades locais na prática de atendimento a

saúde e a doença e o respeito à cultura. A atenção primária de saúde, conhecida como medicina simplificada, mantém sua fixação nos princípios e valores médico-científicos, isto é na mesma racionalidade médica.

Este novo arranjo de atendimento e cuidado à saúde, ainda continuou seguindo os modelos da assistência tradicional (curativa), pois ampliaram e direcionaram atenção às populações de baixa renda, passando a incluir a dimensão familiar e comunitária no atendimento. Esta atenção primária de saúde adotada, não foi suficiente para realizar a desmedicalização, mas por outro lado, a atenção de saúde voltada às áreas rurais e de periferia urbana, serviu para prestar assistência de saúde às populações desassistidas. Esta nova forma de atendimento passou a ocorrer através da inclusão de profissionais não-médicos na assistência sanitária para alcançar o barateamento da assistência tradicional, ampliando o reconhecimento do direito da população a uma atenção integral.

O reconhecimento da crise desse modelo, no âmbito da saúde coletiva, vem suscitando a emergência de propostas que visam à transformação do sistema de atenção em saúde, de suas práticas e, em articulação com estas, do processo de trabalho em saúde. Paralelo a esta nova perspectiva de atenção à saúde (assistência voltada para as populações carentes e incorporação da comunidade nesta área), surgem outros aspectos no campo governamental e administrativo, que precisam ser revistos e modificados, pois as diretrizes estabelecidas neste contexto exigiam também outras medidas, ou seja:

> Em face do quadro sanitário insatisfatório nos países subdesenvolvidos, seus governos são interpelados para que agilizem a construção de sistemas de saúde, descentralizem o poder decisório, invertam as prioridades estimuladas pelo mercado, voltando-se para o social, ajam intersetorialmente utilizando o planejamento integrado, massifiquem as ações básicas, utilizando o quanto possível o auxílio da população, sobretudo com relação às medidas coletivas/preventivas de saúde. (FERREIRA apud THEISEN, 2004, p.20)

No Brasil o processo de implantação de um programa de saúde pública e/ou sistema que proporcionasse cobertura às ações em saúde, também sofreram influência e pressão dos órgãos internacionais, até porque, o Brasil é visto pelas entidades internacionais como um dos países do Terceiro Mundo, onde um grande continente da população está à margem de uma assistência adequada à saúde. No entanto, é importante mencionar que antes da Conferência de Alma Ata, já haviam sido desenvolvidos no Brasil, algumas ações voltadas para a saúde das populações carentes e desassistidas em termos de políticas públicas. Porém, esta proposta começa se concretizar e a população passa a receber maior atenção, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS/86), quando a reforma sanitária se intensifica e a Constituição Nacional de 1988, institui a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). (FERREIRA apud THEISEN, 2004)

Segundo Theisen (2004), a partir da 8.ª Conferência Nacional de Saúde (1986), do processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde ganha maior espaço no âmbito político/governamental e nas arenas decisória. Através destes dispositivos legais, a saúde passa a ter destaque e a ser olhada como um aspecto importante na conjuntura administrativa pelo poder público, inclusive porque de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal o Estado (nos três níveis: federal, estadual e municipal) fica responsável pelas políticas de saúde.

Desta forma, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge como instrumento para promover o acesso universal e igualitário á população brasileira, conforme indicado no artigo 198 da Constituição Federal, no qual afirma que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada, constituindo assim, um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

1. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
2. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
3. participação da comunidade.

De acordo com Cunha e Cunha (2001), a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, significou um marco na Reforma Sanitária Brasileira ao formular propostas de mudanças no setor saúde. A Constituição Federal de 1988, ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS), reconheceu a saúde como direito de todos, assegurado pelo dever do Estado baseando-se nos princípios da universalidade (acesso aos serviços garantido a todas as pessoas); eqüidade (tratar desigualmente os desiguais); integralidade (atender a todas as necessidades do indivíduo, entendendo-o como um todo) e organizado pela descentralização (cada esfera de governo dotada de condições de gerência técnica, administrativa e financeira), hierarquização (serviços organizados em níveis crescentes de complexidade) e controle social (participação popular). As Leis nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90 regulamentaram o SUS após sua criação, definindo atribuições de cada nível governamental, estabelecendo responsabilidades nas áreas de vigilância epidemiológica e sanitária.

A criação do SUS deu sequência ao processo de descentralização iniciado pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) e pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com transferência da responsabilidade pública da assistência à saúde para o âmbito municipal. Com a Constituição de 1988, separou-se definitivamente a saúde da previdência, com a Previdência Social perdendo atribuições no atendimento médico-hospitalar.

Para Costa (2002), o direito universal à saúde, definida na Constituição pela inclusão do SUS, representou a vitória das aprovações na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. Segundo Theisen (2004) a partir destas três diretrizes – descentralização, atendimento integral e participação da comunidade – e dos princípios – universalidade, eqüidade e integralidade – que constam nas Leis 8.080 e 8.142 do SUS publicadas em 1990, começou-se a direcionar todas as políticas e ações que tratavam de saúde. De acordo com estas diretrizes e princípios, o objetivo do SUS é fazer com que a população brasileira possa contar com: amplo acesso aos serviços de saúde, sempre que haja necessidade de atendimento; atendimento a todas as suas necessidades de saúde, desde uma orientação sobre como prevenir uma doença até o exame mais complexo; assistência de acordo com a gravidade da doença que essas pessoas apresentam.

Campos (2003) afirma que a motivação básica para a criação do SUS foi atender às necessidades e anseios da população. O SUS herdou, além das dificuldades nas leis da época que priorizavam a atenção previdenciária, a organização e interesses financeiros incompatíveis com o interesse público, somada a uma prática médica fragmentada e fora da realidade da população. Porém, alguns progressos podem ser numerados, como a expansão dos estabelecimentos sanitários (centros e postos de saúde), tanto em número quanto em prestação de serviços básicos, configurando-se ganhos advindos da descentralização e municipalização do sistema de saúde.

Essa desigualdade pode ser definida como pobreza, que segundo Marsiglia, Silveira e Carneiro Júnior (2005, p. 71), "o conceito de pobreza é um conceito absoluto, já que abrange aqueles que não obtêm o rendimento mínimo estipulado oficialmente para atendimento de suas necessidades".

Já a desigualdade, segundo Minayo (2001, p. 71), "refere-se às distâncias relativas entre os estratos da população na apropriação de bens econômicos, políticos e culturais no interior de cada país e entre países".

Porém, cabe destacar que a desigualdade é mais do que isso. Ela é também a expressão de uma cultura altamente discriminatória, na qual se faz questão de tratar de forma diferenciada pessoas, instituições, regiões, privilegiando uns em detrimento de outros. Nesse cenário, as políticas públicas – as quais, segundo Alencar (2006, p.47), podem ser definidas como: "o espaço de tomada de decisão autorizada ou sancionada por intermédio de atores governamentais, compreendendo atos que viabilizam agendas de inovação em políticas que respondem a demandas de grupos de interesses" – surgem como a forma encontrada pelo Estado para se legitimar como o único ator que, contraditoriamente, gera e controla o conflito ocasionado pela seletividade política e social.

Já a questão da focalização é um tema relevante, porque a implantação de programas voltados para promover serviços básicos de saúde às populações pobres e marginalizadas, reforça a desigualdade e a injustiça social, mascarando a assistência em saúde. Ou seja, o que era para ser um direito passa a ser uma

assistência superficial e sem compromissos com o todo, pois apenas prioriza-se áreas de risco com cestas básicas de saúde.

Segundo Senna (2002), a implantação de programas direcionados às áreas de riscos ocorre porque sua emergência se deu num contexto de crise e racionalização dos gastos em saúde e/ou ainda devido à priorização das ações de prevenção e promoção da saúde, nas quais se busca uma simplificação da atenção à saúde, um sistema pobre para os pobres.

Para Alencar (2006), o avanço do processo de municipalização e o aumento da visibilidade dos secretários municipais na arena decisória, assim como com a influência de modelos anteriores de assistência à família (no Canadá, Cuba, na Suécia e na Inglaterra) e o sucesso da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em diversas regiões do país contribuíram de maneira significativa para sua formulação, em 1994, pelo Ministério da Saúde.

Esse novo modelo de assistência pública à saúde definiu o princípio do universalismo para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, com definição de porta de entrada. Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos. (VIANA; POZ, 2005)

De acordo com Viana e Poz (2005), três características definem o novo modelo: a criação de um sistema nacional de saúde; a proposta de descentralização (o gestor do sistema será o executivo municipal); e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários). Assim, torna-se importante que os profissionais que atuam na Atenção Primária busquem ter uma visão ampliada do processo saúde-doença, a fim de considerar os usuários e a subjetividade existente em cada usuário que procura a Unidade de Saúde.

Em contrapartida, o acesso, para Abreu de Jesus e Assis (2010), deve ir além desta noção de porta de entrada numa perspectiva mais ampliada de se configurar um dispositivo que permita a transformação da realidade, pois o acesso universal aos usuários preconizados pelo SUS só se concretiza a partir da consciência de cidadania que deve ser incorporada nos usuários para conquistá-lo como direito social.

Nessa perspectiva, o usuário, a cada momento que tiver a necessidade de procurar a unidade de saúde, seja por novo evento de saúde seja por um novo episódio de um mesmo evento, esta unidade deve ser de fácil acesso. Desse modo, o acesso pressupõe que o usuário ao adentrar a unidade de saúde possa encontrar dispositivos para que se sinta acolhido, seja tratado com respeito e atenção, com o compromisso de resolução do que o motivou a procurá-la. Para Franco e Merhy (2007), os usuários que são referenciados a outros serviços nem sempre

têm garantido o retorno de quem o atendeu pela primeira vez, o que prejudica o estabelecimento de vínculo e responsabilização entre usuários e profissionais de saúde.

De acordo com Peduzzi (2010), há de se perceber que a interação entre os profissionais de saúde e estes aspectos que agem na realização de seu trabalho, não acontece de forma linear, mas apresenta-se com contradições inerentes ao próprio homem, que para interagir utiliza-se de conhecimentos, saberes e práticas que lhe proporcionarão condições para atuar de maneira mais embasada no desenvolvimento de seu processo de trabalho.

Contudo, a dinamicidade do trabalho em equipe pode, em sua plasticidade, configurar equipes de trabalho integradas ou equipes que expressam o mero agrupamento de profissionais. Ou seja, não basta os profissionais compartilharem a mesma situação de trabalho, nem estabelecerem relações pessoais cordiais para se alcançar a integração dos trabalhos especializados. (PEDUZZI, 2010)

Segundo Ministério da Saúde (2012, p. 9):

> No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A PNAB atualizou conceitos e introduziu elementos que reconhecem que a Atenção Básica se articula com os outros serviços de saúde na forma de redes de atenção à saúde. Para tanto, deve ter o papel de ordenadora nesta rede, coordenadora do cuidado do usuário.

Financiamento da Atenção Básica

O financiamento da atenção básica deve ser tripartite, conforme determina a Constituição Federal de 1988, a qual estabelece as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o art. 198 da Constituição Federal, trata em seus artigos 5º (União), 6º (Estados e Distrito Federal), 7º (Municípios e Distrito Federal) e 8º (Distrito Federal), das bases de cálculo e aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde, descritas a seguir:

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

Art. 8º O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal. (BRASIL. SECRETARIA DA FAZENDA, 2012)

Com a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, foram regulamentados o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. O bloco da Atenção Básica ficou constituído por dois componentes: I- Componente Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo); e II - Componente Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável).

O Componente PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios. (Redação dada pela Portaria nº 2.299/GM/MS, de 29 de setembro de 2011)

O Componente PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como: Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Saúde Bucal; Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; Serviço de Atenção Domiciliar (Incluído pela Portaria nº 1814/GM/MS, de 26 de agosto de 2013), e outros que venham a ser definidos por ato normativo específico.

Os recursos do Componente PAB Variável são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

Custos da Atenção Básica

A revisão da literatura sobre os estudos de custo em atenção básica indica que a abrangência nacional dos estudos é limitada. Além disso, há defasagem dos estudos, principalmente o estudo nacional. (FGV, 2001)

Apesar da dispersão nos resultados que a literatura apresenta, o percentual de participação do item de recursos humanos em todos os trabalhos revisados é de pelo menos 50% do custo da atenção básica. Segundo Castro e Marinho (2007), dentre os custos da atenção básica em Porto Alegre, aqueles com Pessoal são os maiores.

Conforme descrito no Manual Técnico de Custos (MS, 2006), a palavra custeio pode ser definida como "metodologia de apuração de custos". Os sistemas de custeio são importantes porque viabilizam a realização de estudos de custos ou avaliações, pois organizam as informações econômicas. (CASTRO, 2002) Os principais métodos utilizados são: Custeio por absorção e Custeio por atividades (ABC).

Para Castro e Marinho (2007, p.95), "o sistema de custeio por absorção é considerado um sistema de custeio integral, pois ele apropria todos os custos incorridos para a produção de um bem ou serviço, ou seja, considera os custos diretos, indiretos, fixos e variáveis".

Vieira e Servo (2013, p.4) ressaltam que o custeio por absorção exige a setorialização em centros de custos e critérios de rateio para a divisão do custo dos centros de custos administrativo e apoio para os centros de custo produtivos.

Este sistema de apropriação de custos por absorção continua sendo muito utilizado e pode trazer grandes vantagens para as instituições, principalmente para aquelas que o custo indireto não é preponderante, pois os rateios dos custos indiretos podem implicar em avaliação incorreta dos custos finais, vez que seus feitos de forma arbitrária. (CASTRO, 2002)

Segundo Castro (2002), o sistema de Custeio por Atividade surgiu a partir da constatação da inadequação dos sistemas tradicionais para avaliar os custos das empresas, na atual forma de organização do processo de produção, em que os custos indiretos da produção tornam-se cada vez mais relevantes.

O Manual Técnico de Custos (MS, 2006, p.17) refere que o sistema de custeio por atividade ou ABC (Activity Based Costing) permite melhor visualização dos

custos por meio da análise das atividades executadas dentro da instituição e suas respectivas relações com os objetos de custos. O princípio básico deste sistema é tornar direto o maior número possível de custos proporcionais e não-proporcionais, por meio de direcionadores de custos. É um sistema de custeio ainda muito novo e pouco testado, principalmente no Brasil. O custeio ABC é adequado para organizações complexas, em que os produtos consomem os recursos de forma muito heterogênea.

Metodologia

A seguir são apresentados os procedimentos metodológicos que foram utilizados neste estudo. Trata-se de uma pesquisa do tipo revisão de literatura. Para Gil (2010), a pesquisa bibliográfica é elaborada com embasamento de material já publicado. Este tipo de pesquisa abrange material impresso, como revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos. Esta metodologia foi escolhida por proporcionar condições de esclarecer e de evidenciar a produção científica construída a partir do tema proposto.

Esta pesquisa foi realizada nas bases de dados indexados: SciELO e LILACS que estão inseridas na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme).

De acordo com a Biblioteca Virtual em Saúde as características das bases de dados selecionados são: Scientific Electronic Library Online (SciELO): é um projeto consolidado de publicação eletrônica de periódicos científicos de acordo com o modelo de Open Access – que disponibiliza de modo gratuito na Internet os textos completos dos artigos de mais de 290 revistas científicas. Esses artigos são produzidos no Brasil, no Chile, em Cuba, na Espanha, na Venezuela entre outros países da América Latina. Além disto, a Scielo também publica relatórios e indicadores de uso e impacto das revistas. Com isso o SciELO é um produto de cooperação entre a FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) e BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde). É um modelo para a publicação eletrônica cooperativa de periódicos científicos na Internet, desenvolvido para responder as necessidades da comunicação científica nos países em desenvolvimento e particularmente na América Latina e Caribe.

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS): o LILACS criado há 27 anos na intenção de contribuir para o aumento da visibilidade, acesso e qualidade da informação em saúde da região é uma base de dados cooperativa da Rede BVS – nela estão artigos científicos relativos à área das ciências da saúde. Que são publicados nos países da América Latina e Caribe, a partir do ano de 1982.

Nesta pesquisa, foram utilizados como fontes de dados a literatura científica e artigos de periódicos brasileiros publicados nos últimos 05 anos de 2010 a 2014. Incluem-se os artigos científicos que apresentaram resumo estruturado, dentro do período de máximo de cinco anos, e estavam disponíveis gratuitamente na íntegra.

Foram excluídos deste estudo teses, dissertações e revisões. Optou-se por introduzir descritores que se encontram disponíveis nos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) conforme possível relação com o tema. Abaixo são apresentados os descritores utilizados e suas definições, com base na nomenclatura proposta pela BVS para permitir o uso de uma terminologia comum para pesquisa em diferentes idiomas, proporcionando um meio consistente e único para recuperação da informação científica em saúde. (BVS, 2015, p.01) Os descritores selecionados foram: Atenção Básica; Atenção Primária à Saúde.

A coleta dos dados foi realizada nos meses de abril e maio de 2015. Realizou-se as pesquisas dos artigos, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde com base nos descritores propostos. De cada base de dados, foi extraída uma lista com identificação e resumo dos artigos indexados com os descritores selecionados. A leitura dos resumos foi realizada, e quando necessário os artigos foram lidos na íntegra a fim de verificar se respondem à questão norteadora. Os artigos que responderem à pergunta norteadora foram salvos e numerados em ordem crescente por ano de publicação. No instrumento foram registrados: título, resumo, ano e referência bibliográfica. De acordo com Whittemore e Knalf (2005), esta etapa envolve cinco passos que compreendem: a formulação do problema; a recuperação das referências e leitura do material para identificar as informações relevantes ao tema; o estabelecimento de relações entre as informações e os dados obtidos no problema proposto; a análise da consistência das informações e dados apresentados pelos autores e a interpretação dos resultados evidenciados.

Foi realizada uma leitura exploratória, assim como uma análise do material com objetivo de identificar quais artigos respondem a questão norteadora desta pesquisa. Após efetuada a leitura seletiva do material para sinalizar o que de fato interessa a pesquisa e por fim uma leitura analítica a partir dos textos pesquisados e selecionados, de onde foram extraídas três categorias: Sustentabilidade econômico-financeira das Unidades Básicas de Saúde; Atenção Básica e a gestão como fator de qualidade; A utilização da Atenção Primária sob a perspectiva de seu financiamento.

Os aspectos éticos foram respeitados na medida em que todos os autores das obras utilizadas na pesquisa forem devidamente referenciados ao longo do trabalho, mantendo a ideia original dos autores que constituirão a amostra deste estudo, conforme recomendado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Os direitos autorais foram preservados de acordo com a CNS N°. 466, de 12 de dezembro de 2012. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Resultados e Discussão

Apresenta-se a quantificação dos resultados obtidos com os descritores já caracterizados e associações de descritores (filtragens) visando à identificação de artigos que respondessem aos objetivos propostos para a revisão de literatura.

Em um primeiro momento, ao inserir o descritor Atenção Básica, obteve-se 36.658, em relação ao descritor Atenção Primária em Saúde 36.245 artigos, após utilizar os critérios de inclusão, restaram 210 artigos Atenção Básica e 189 pesquisas. Porém, após a análise dos resumos, o quadro 1 demonstra o número de artigos utilizados para este trabalho.

Quadro 1: Distribuição artigos conforme o respectivo descritor e base de dados.

Descritor	Base de dados/Quantificação
Atenção Básica	Lilacs = 7 Scielo = 8
Atenção Primária em Saúde	Lilacs = 10 Scielo = 8

Fonte: Coleta de dados, 2015.

Cabe destacar, que em sua maioria, os artigos repetiam-se em ambas as bases de dados, outro aspecto, que a maioria tratava de atendimentos por eventos específicos de saúde, como por exemplo: vacinação em grupos indígenas; inserção dos negros no atendimento; câncer de útero, direitos a acesso ao SUS; saúde do homem; atendimento da ESF a comunidade e outros temas que tratam sobre a percepção de usuários e profissionais sobre a porta de entrada do SUS na Atenção Básica. Apresenta-se no quadro 2, a fase exploratória deste estudo.

Quadro 2: características das publicações.

N	Título	Resumo	Data	Referência
1	Saúde no Brasil O sistema de saúde brasileiro: história, avanços 7e desafios	O Brasil é um país de dimensões continentais com amplas desigualdades regionais e sociais. Neste trabalho, examinamos o desenvolvimento histórico e os componentes do sistema de saúde brasileiro, com foco no processo de reforma dos últimos quarenta anos, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde. Uma característica fundamental da reforma sanitária brasileira é o fato de ela ter sido conduzida pela sociedade civil, e não por governos, partidos políticos ou organizações internacionais. O Sistema Único de Saúde aumentou o acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela considerável da população brasileira em uma época em que o sistema vinha sendo progressivamente privatizado. Ainda há muito a fazer para que o sistema de saúde brasileiro se torne universal. Nos últimos vinte anos houve muitos avanços, como investimento em recursos humanos, em ciência e tecnologia e na atenção básica, além de um grande processo de descentralização, ampla participação social e maior conscientização sobre o direito à saúde. Para que o sistema de saúde brasileiro supere os desafios atuais é necessária uma maior mobilização política para reestruturar o financiamento e redefinir os papéis dos setores público e privado.	2012	PAIM, Jairnilson et al. Saúde no Brasil O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2012

(continuação)

2	Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde	A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível de contato com o sistema de saúde. No Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS. O objetivo deste estudo foi avaliar o serviço realizado pelo PSF, a partir das representações sociais dos entrevistados sobre as dimensões exclusivas da APS - atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Trata-se de uma pesquisa qualiquantitativa, realizada em Cajuri (MG). Foram entrevistados os gestores municipais, os profissionais do PSF e as gestantes atendidas pelo PSF. Em relação às representações sociais sobre o SUS, observou-se um inadequado nível de apreensão e conhecimento dos seus princípios e diretrizes. Quanto ao PSF, foram expressas várias conotações positivas e o conjunto de percepções dos protagonistas identificaram-no como uma estratégia de reestruturação da APS no município. Não obstante, foram percebidas fortes influências do modelo biomédico e o desafio da integração com os demais níveis de atenção, indicando a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais e na estruturação dos demais níveis de atenção à saúde.	2011	GOMES, Karine de Oliveira et al . Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 881892, 2011.

(continuação)

N	Título	Resumo	Data	Referência
3	Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil	O estudo analisa a sustentabilidade da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica a partir da identificação e categorização dos eventos críticos representativos do processo de institucionalização. Pesquisa avaliativa com duas unidades de análise: Gestão Federal da Atenção Básica e Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Estudo de casos múltiplos com dados coletados por meio de entrevistas e documentos institucionais, usando a técnica de Incidentes Críticos. Os eventos classificados temporalmente como específicos da implantação, da sustentabilidade e mistos, foram categorizados analiticamente como de memória, adaptação, valores e regras. A Gestão Federal e uma das SES resultaram no nível médio de sustentabilidade, a outra SES foi classificada no nível forte. Os resultados indicam concomitância dos eventos e sugerem uma ponderação, pois os de adaptação das atividades, adequação e estabilização dos recursos demonstraram forte influência sobre os outros. Inovações e Desenvolvimento da Capacidade Técnica são considerados os resultados mais importantes no sentido da sustentabilidade.	2010	FELISBERTO, Eronildo et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1079-1095 June 2010.

(continuação)

4	Oferta e demanda por média complexidade/ SUS: relação com atenção básica	Investiga-se a configuração da oferta e demanda por serviços de média complexidade do Distrito Federal (DF) e municípios de Goiás próximos à Brasília - entorno. Nossa hipótese é de que a organização da oferta dos serviços de atenção básica (AB) do DF e entorno sobrecarrega os serviços de média complexidade (MC), diminuindo a equidade no acesso. Objetivamos analisar a demanda por serviços de MC no DF e sua relação com a AB; quantificar a procedência, problema de saúde, motivo da procura, tempo de deslocamento e procedimentos realizados em pessoas que buscam atendimento nos hospitais do DF; indicar prioridades de mudanças na gestão do SUS para ampliação do acesso. Avaliação por triangulação de métodos, complementaridade das abordagens qualitativa e quantitativa. Estudo da oferta mediante análise dos sistemas de informação do SUS e da demanda por meio de survey com 1.585 usuários de sete hospitais do DF. Ocorre subutilização da oferta de serviços do DF, com duplicidade de ações básicas entre os hospitais e os centros de saúde. Recomenda-se revisão na regionalização e hierarquização dos serviços de saúde do DF e Goiás, bem como investimentos na incorporação de tecnologias para a atenção básica.	2010	PIRES, Maria Raquel Gomes Maia et al. Oferta e demanda por média complexidade/ SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 10091019, June 2010

(continuação)

N	Título	Resumo	Data	Referência
5	Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde	Este artigo apresenta um modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. Trata-se de pesquisa metodológica cuja construção da matriz avaliativa utilizou o referencial teórico de planejamento em saúde, a compreensão de organização e funcionamento delineado pelo PlanejaSUS e definições de responsabilidades para a área em nível municipal do Pacto de Gestão. Os indicadores e medidas foram validados por técnica de consenso, com especialistas em planejamento e avaliação. Sua aplicabilidade foi testada em 271 municípios de Santa Catarina, Brasil, considerando o porte populacional. O modelo proposto tem duas dimensões avaliativas, que refletem o compromisso do gestor municipal com o planejamento: a garantia de recursos e de relações internas e externas necessárias ao desenvolvimento das atividades. Os dados foram analisados com a utilização de indicadores, subdimensões e dimensões. Concluiu-se que o modelo é viável e adequado para avaliar o empenho da gestão municipal para o planejamento em saúde.	2011	BERRETTA, Isabel Quint; LACERDA, Josimari Telino de; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2143-2154, Nov. 2011

(continuação)

6	A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte	A universalização da Atenção Básica e o compromisso orçamentário do Ministério da Saúde com a Estratégia Saúde da Família (ESF) através de novos incentivos sistemáticos de financiamento têm se destacado no cenário da política de saúde brasileira. Um dos grandes problemas é a expansão da estratégia para os grandes centros urbanos. Este artigo estuda a sustentabilidade econômico-financeira do ESF em municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes segundo indicadores selecionados, considerando a região geográfica a que pertencem, porte populacional e a participação no Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (Proesf). Os municípios da região Sudeste, mais desenvolvida do país, apresentam em média melhores desempenhos econômicofinanceiros, porém valores médios de cobertura de ESF mais baixos. Os municípios das regiões Norte e Nordeste, com as menores médias para indicadores de sustentabilidade econômicofinanceira, são os que mais fizeram esforço de evolução no período. Assim, observamos a dinâmica entre maior capacidade fiscal e de comprometimento orçamentário com o setor saúde para os municípios de maior porte e de regiões mais desenvolvidas economicamente, e maior vulnerabilidade e dependência de transferências federativas para os municípios de menor porte e em áreas menos desenvolvidas.	2011	PORTELA, Gustavo Zoio; RIBEIRO, José Mendes. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1719-1732, Mar. 2011

(continuação)

N	Título	Resumo	Data	Referência
7	Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o desdobramento da Função Qualidade (QFD).	A qualidade é um requisito indispensável na área da saúde, e sua procura se faz presente em virtude da necessidade de atender as exigências de uma população ciente de seus direitos, da essência das boas relações no trabalho e diminuição dos custos tecnológicos. Assim, a qualidade envolve todos que fazem parte do processo (usuários e profissionais), deixando de ser um atributo do serviço. Esta pesquisa tem como objetivo verificar a possibilidade de planejar a qualidade nas unidades de saúde da família, por meio do Desdobramento da Função Qualidade (QFD). Este planeja a qualidade segundo a satisfação do usuário, envolvendo os profissionais da instituição e identificando novos caminhos para aperfeiçoar os processos de trabalho. A construção da matriz, denominada Casa da Qualidade, é o aspecto mais importante desse método. Os resultados mostram que há similaridade entre a qualidade exigida pelos usuários e a qualidade planejada pelos profissionais. O presente estudo comprovou que a ferramenta QFD constitui-se em instrumento eficiente no planejamento da qualidade nos serviços públicos de saúde.	2010	VOLPATO, Luciana Fernandes et al. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o desdobramento da Função Qualidade (QFD). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 15611572, Aug. 2010

(continuação)

8	Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil**.**	Foram comparados indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em uma amostra probabilística de adultos (N = 7.534) cobertos por plano privado, Estratégia Saúde da Família (ESF) e unidade básica de saúde (UBS) “tradicional” no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Após ajustamentos por fatores demográficos, condições de saúde e situação socioeconômica, os indicadores de uso (longitudinalidade, procura por atenção e consultas médicas) apresentaram melhor performance entre usuários regulares da ESF e afiliados a plano privado em comparação aos cobertos pela UBS. As hospitalizações, os exames de rastreamento e a vacinação contra a gripe variaram pouco entre esses grupos. Os indicadores de qualidade (dificuldades para obter consultas, existência de filas, queixa para obtenção de medicamentos e obtenção de consultas em 24 horas) foram melhores entre afiliados a plano privado. A recomendação para outra pessoa dos serviços de saúde utilizados foi mais frequente entre usuários regulares da ESF (61,9%) e afiliados a plano privado (55,6%), em comparação à UBS (45,4%).	2013	LIMA-COSTA MF et al. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil**.** **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29 (7): 13701380, jul, 2013.

(continuação)

N	Título	Resumo	Data	Referência
9	Planejamento local, Saúde Ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação porenteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante	Este estudo buscou entender como uma equipe de Saúde da Família (EqSF) identifica as problemáticas ambientais presentes em seu território de abrangência, que potencializam os riscos de contaminação por enteroparasitoses, no município de Venda Nova do Imigrante, Estado do Espírito Santo. Analisa ainda as ações de vigilância ambiental e a utilização dos dados da ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) relacionados ao meio ambiente para o planejamento, visando a redução da prevalência dessas doenças. Optou-se por uma abordagem qualitativa - estudo de caso - com finalidade descritiva, e pela técnica de grupo focal para a coleta de dados. A analise das categorias selecionadas mostrou que o entendimento dos profissionais de saúde em relação ao conceito de meio ambiente ainda se restringe a uma visão naturalista – que não relaciona o ser humano a dinâmica ecológica da vida de um ecossistema – e que a EqSF não utiliza os dados fornecidos pela ficha A para o planejamento de ações relacionadas as questões ambientais. Quanto a interação com os demais setores governamentais, não governamentais e a própria população, encontramos inércia no que se refere ao meio ambiente, pois não há dialogo nem empoderamento dessas questões, pela equipe de saúde da família ou pela população.	2011	ADDUM, Felipe Morais et al. Planejamento local, Saúde Ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 955-978, 2011

(continuação)

10	A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal	O artigo analisa a condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil de 2003 a 2008, considerando as funções de Estado na saúde de planejamento, regulação, financiamento e execução direta de serviços. A pesquisa compreendeu revisão bibliográfica, realização de entrevistas semi-estruturadas com atores-chave da política, análise documental, orçamentária e de bases de dados secundários. Observou-se redução na execução federal direta das ações e fragilidades no que diz respeito ao planejamento. A atuação federal se caracterizou principalmente pela regulação, baseada na emissão de portarias atreladas a mecanismos financeiros. No que concerne ao financiamento, houve discreto aumento da participação da atenção básica no orçamento federal, reajustes e criação de novos incentivos, alguns visando à eqüidade. Embora tenham ocorrido avanços no período, permanece o desafio de reconfiguração do modelo regulatório federal e a garantia de um aporte maior de recursos para este nível de atenção, a fim de que ocorra o efetivo fortalecimento da atenção primária no país.	2010	CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, Apr. 2010.

(continuação)

N	Título	Resumo	Data	Referência
11	Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde	Este artigo apresenta um modelo de avaliação da gestão de recursos humanos na saúde. Trata-se de uma pesquisa metodológica, estruturada por meio de indicadores testados a partir de pesquisa avaliativa. Utilizou-se como base a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS), estabelecendo-se como dimensões: Gestão do Trabalho, Desenvolvimento do Trabalhador, Saúde do Trabalhador e Controle Social. O modelo foi discutido e aperfeiçoado em oficinas de consenso com especialistas em avaliação e gestão de recursos humanos, configurando uma matriz de avaliação com 12 indicadores. A aplicabilidade da proposta foi testada em 15 municípios da macrorregião da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. O modelo demonstrou viabilidade em municípios de diferentes portes populacionais e estruturas administrativas. Os dados foram obtidos nos sistemas locais de informação e em documentos oficiais das Secretarias de Saúde. A validade do modelo pode ser inferida pelos resultados da aplicação que foram compatíveis com a literatura.	2010	SCALCO, Sirlesia Vigarani; LACERDA, Josimari Telino de; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 603-614, Mar. 2010

(continuação)

12	Avanços e desafios do acolhimento na operacionalizaçã o e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil	As políticas públicas adotadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) têm passado por sucessivas transformações, buscando reafirmar a saúde como direito universal. O acolhimento, diretriz operacional da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Humaniza SUS), vem ganhando contornos próprios e relevância na atenção primária à saúde (APS) para garantir acesso humanizado e resolubilidade às demandas de saúde dos usuários e das comunidades no Brasil. Realizouse uma análise crítica da produção bibliográfica, no Brasil, no período de 1989 a 2009, sobre o acolhimento na operacionalização e qualificação do SUS na APS. As bases de dados consultadas foram SciELO, Lilacs e Medline. Os resultados apontaram avanços na ampliação do acesso aos serviços da APS e profissionais de saúde mais sensíveis às necessidades dos usuários e comunidades. A ausência de articulação em redes integradas, o excesso de demanda, o modelo biomédico hegemônico, a ausência de capacitação e de espaços democráticos e reflexivos para reorganizar o processo de trabalho em saúde têm colocado em questão, de modo cada vez mais incisivo, a potencialidade desta diretriz na operacionalização e qualificação do SUS.	2012	MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, Aug. 2012

(continuação)

N	Título	Resumo	Data	Referência
13	Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde	O termo acesso é compreendido na perspectiva do ingresso ou entrada no sistema, relacionado à utilização do mesmo. A pesquisa tem como objetivo analisar o acesso a partir da atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais de equipes de saúde da família de três municípios do Estado de Minas Gerais, Ipatinga, Coronel Fabriciano e Santana do Paraíso. Trata-se de um estudo de caso, qualitativo, sobre o entendimento a respeito do acesso por parte de profissionais de equipes de saúde da Família. Participaram da pesquisa 12 profissionais de saúde de diferentes categorias profissionais, a coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas gravadas e posteriormente transcritas e analisadas pela técnica de análise de conteúdo de Bardin. Como resultado os profissionais demonstraram acreditar que é possível melhorar as condições de trabalho e consequentemente da oferta de serviços. O tipo de atendimento e sua complexidade fazem a diferença no tempo de espera e na capacidade de resposta do sistema implicando na qualidade do acesso. Os profissionais dos municípios de Coronel Fabriciano e Santana do Paraíso consideram o serviço organizado e resolutivo, já no município de Ipatinga, existe uma rotatividade de gestão e gerenciamento que dificulta a organização do serviço e o estabelecimento de fluxos e rotinas.	2013	BARBOSA, Simone de Pinho; ELIZEU, Taniza Soares; PENNA, Cláudia Maria Mattos. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 23472357, Aug. 2013

(continuação)

14	Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas	Identificar que fatores produzem novas tendências no gerenciamento das unidades básicas de saúde e mudanças nos modelos de gestão. Estudo prospectivo com dez gestores de unidades de saúde e dez especialistas da área de saúde de São Paulo, SP, em 2010. Foi adotada a metodologia Delphi. Foram utilizadas quatro rodadas para a coleta de dados, três quantitativas e a quarta qualitativa. Nas três primeiras foram levantadas as tendências de mudança nos modelos de gestão; no perfil do gestor e nas competências requeridas para a função, foi utilizado o teste estatístico de Mann Whitney. A quarta rodada ocorreu por meio de um painel com os envolvidos, tendo sido escolhida a análise temática. Foram identificados os principais fatores que estão impulsionando o gerenciamento das unidades básicas de saúde, como as mudanças nos modelos de gestão. Foi consenso de que as dificuldades no gerenciamento das equipes e nas políticas influenciam nesse processo. Verificou-se que os gestores estão a par das tendências do macro contexto com o advento das organizações sociais de saúde, mas ainda não estão se antecipando nas ações institucionais. A formação acadêmica deve ser revista não só quanto aos conteúdos, mas quanto ao desenvolvimento desses profissionais.	2013	ANDRE, Adriana Maria; CIAMPONE, Maria Helena Trench; SANTELLE, Odete. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 158-163, Feb. 2013

(continuação)

N	Título	Resumo	Data	Referência
15	O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia?	O Programa de Saúde da Família (PSF) foi instituído pelo governo federal como estratégia para reverter o modelo assistencial. Este artigo objetiva identificar o fluxo das contas municipais desde as fontes de financiamento até as atividades de saúde, além de problematizar e avaliar a alocação dos recursos financeiros e a execução orçamentária do PSF no município de Santo Antônio de Jesus (Bahia) em 2005. Os dados financeiros foram coletados através de quatro tabelas propostas pelo National Health Accounts (NHA) e comparados com as fontes documentais. O resultado da pesquisa revelou gastos per capita das 16 unidades do PSF que variaram de R$ 465,40 a R$ 62,30 per capita/unidade/ano. O gasto médio de uma unidade do PSF foi de R$ 17.302/unidade/mês em 2005, e o financiamento do governo federal foi de R$ 2.834/unidade/mês. Conclui-se que houve um financiamento irrisório do Programa (PSF) por parte do governo federal e uma inexistência de cofinanciamento estadual e um grande esforço do município em ampliar o acesso aos serviços de saúde através da ESF. A escolha do município por essa estratégia pode ter inviabilizado outras atividades prioritárias devido aos recursos escassos, e a descrição das atividades registra um perfil que servirá para comparação em pesquisas futuras.	2011	ROSA, Márcia Reis Rocha; COELHO, Thereza Christina Bahia. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 18631873, Mar. 2011

(continuação)

16	Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil)	Este artigo apresenta resultados de estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo (SP) desenvolvido no âmbito de estudo multicêntrico na Argentina, no Brasil, no Paraguai e no Uruguai. O objetivo é analisar a Atenção Primária em Saúde (APS) como estratégia para alcançar sistemas integrais e universais. A abordagem metodológica se pautou em cinco dimensões de análise: condução política; financiamento; provisão; integralidade e intersetorialidade. As técnicas incluíram revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas com informantes-chave: gestores, especialistas, usuários e profissionais. Os resultados foram organizados em função dos desafios e das possibilidades da APS como estruturante do sistema segundo as cinco dimensões. Das entrevistas emergiram: distintas interpretações do conceito e papel da APS e o consenso como porta de entrada do sistema; debilidades no financiamento; desafios na gestão do trabalho e a necessidade de novo desenho jurídicoinstitucional para a gestão regional. Como potencialidades: a extensão de cobertura/universalidade, base da organização do sistema, na vinculação com o território e na compreensão das especificidades da população.	2011	HEIMANN, Luiza Sterman et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 28772887, June 2011

(continuação)

N	Título	Resumo	Data	Referência
17	SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas	O texto resgata significados do movimento da reforma sanitária e do movimento municipal de saúde no contexto dos anos 70 e 80, sua força social, política e inovadora na reconstrução democrática na época. A seguir constata que a implementação das diretrizes constitucionais, regulamentadas em 1.990 pelas Leis 8080/90 e 8142/90, vem sendo marcada nos últimos 22 anos por quatro pesados e crescentes obstáculos impostos pela política de Estado a todos os governos: subfinanciamento federal, subsídios federais ao mercado de planos privados de saúde, resistência à reforma da estrutura gerencial estatal da prestação de serviços e, entrega do gerenciamento de estabelecimentos públicos a entes privados. O SUS incluiu no sistema público de saúde metade da população antes excluída, mas estes obstáculos mantêm a cobertura da atenção básica focalizada abaixo da linha de pobreza e com baixa resolutividade. Conclui que a real política de Estado para a saúde nesses 22 anos vem priorizando a criação e a expansão do mercado dos planos privados de saúde para os direitos do consumidor, e secundarizando a efetivação das diretrizes constitucionais para os direitos humanos de cidadania.	2013	SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, Jan. 2013

(continuação)

18	Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011	O artigo analisa o desenvolvimento da capacidade avaliativa em um caso exemplar de uma Secretaria de Estado da Saúde (SES) participante do Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica. Estudo de caso de abordagem mista, com informações provenientes de documentos, entrevistas semiestruturadas e da avaliação da atenção básica realizada pela SES no período de 2008-2011. Empregou-se a análise de processos para identificar os eventos lógicos que contribuíram para o desenvolvimento da capacidade avaliativa, com duas categorias: eventos de construção da capacidade avaliativa e eventos de construção de estrutura organizacional. A pactuação em instâncias deliberativas para a continuidade da avaliação, a coleta e análise dos dados realizada pela SES, a iniciativa de mudança de indicadores e reestruturação da matriz avaliativa e a comunicação dos resultados aos municípios formaram a cadeia lógica de eventos. A análise triangulada demonstrou que o objetivo de desenvolver a capacidade avaliativa foi alcançado.	2014	NICKEL, Daniela Alba et al. Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 30, n. 4, p. 839-850, Apr. 2014

(continuação)

N	Título	Resumo	Data	Referência
19	Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS)	Este estudo objetivou analisar percepções de conflito entre trabalhadores e gerentes de unidade básica de saúde e apresentar tipologia de conflitos vivenciados no trabalho. Trata-se de estudo de caso, de caráter compreensivo-interpretativo, de abordagem critica-hermenêutica. As técnicas de coleta foram: grupo focal com gerentes, observação do trabalho e entrevista com trabalhadores, realizadas de abril a novembro de 2011. Os resultados foram triangulados e apontam a convivência de distintas concepções de conflito. Foram tipificadas seis modalidades de conflitos, relacionados à falta de colaboração no trabalho; ao desrespeito decorrente de relações assimétricas entre trabalhadores; ao comportamento do funcionário-problema; aos problemas pessoais; à assimetria com outros níveis de gestão e à infraestrutura deficitária dos serviços. Destaca-se a relevância do (não) reconhecimento mútuo, na perspectiva proposta por Axel Honneth, na interpretação da gênese e implicações práticas desses conflitos.	2014	CARVALHO BG et al. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 (7): 1453-1462, jul, 2014

(continuação)

20	Gerenciamento da atenção primária à saúde: estudo nas unidades básicas	*Objetivo*: analisar o gerenciamento das unidades básicas de saúde (UBSs) do município de Patos, Paraíba. *Método*: foi realizada pesquisa exploratória, descritiva, explicativa, bibliográfica, de campo, com abordagem quantitativa. Participaram do estudo 27 sujeitos, respondendo a um questionário previamente validado. Ressalta-se que a pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, por meio da CAEE 0530.0.133.000-10 e o material foi analisado por meio da estatística descritiva. *Resultados*: os administradores das unidades são, majoritariamente, enfermeiras jovens. Quanto ao gerenciamento das UBSs, todas as funções gerenciais estão sendo desenvolvidas, porém o ato de planejar é o menos praticado, podendo ter relação com a baixa capacitação dos gestores. *Conclusão*: verificou-se déficit no gerenciamento das UBSs, oriundo de uma conduta empírica. Portanto, sugerem-se treinamentos para que os gestores da atenção primária possam gerir adequadamente através do processo administrativo.	2011	FALCÃO, SMR; SOUSA, MNA de. Gerenciamento da atenção primária à saúde: estudo nas unidades básicas. **Rev enferm UFPE on lin**e. 2011 ago; 5 (6): 1510517

(continuação)

N	Título	Resumo	Data	Referência
21	O financiamento do Sistema Único de Saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso	O financiamento do Sistema Único de Saúde, que sempre foi um ponto crítico, ganha ainda mais destaque com o impulso que vem sendo dado à regionalização, como uma estratégia de fortalecimento do SUS. O presente estudo objetiva analisar o financiamento do SUS no Estado de Mato Grosso, de 2002 a 2010, diante do cenário da regionalização. Com base em sistemas de informação nacionais (SIOPS, SIASUS, SIH-SUS), bem como em documentos e relatórios estaduais, foram analisadas as despesas com saúde efetuadas pelos 141 municípios matogrossenses, organizados em 16 regiões de os nove anos analisados, deu-se um aumento expressivo das despesas com saúde per capita, efetuadas pelos três entes federados. Os gastos per capita sob responsabilidade dos municípios também aumentaram, variando de 76% a 127% entre as regiões; em 2010, no seu conjunto, eles representaram R$ 437,54. As transferências da União aos municípios, nesse ano, variaram de R$ 110,66 e R$ 243,38 entre as regiões e em 11 delas pelo menos 50% desses recursos concentraram-se na atenção básica. Os recursos transferidos do estado aos municípios, embora em montantes bem inferiores aos da União, também se elevaram, priorizando a atenção básica em 12 das 16 regiões. Com recursos estaduais, a assistência hospitalar foi contemplada em regiões e anos específicos, não necessariamente vinculando-se a transferência com a existência de hospitais regionais. A pesquisa evidencia a complexidade do financiamento da saúde e a dificuldade de se analisá-lo face à regionalização. Apesar das limitações do estudo, acredita-se que os resultados esclarecem alguns pontos, fornecem informações úteis aos gestores e demais interessados e levantam inúmeras indagações, abrindo caminho para novas investigações.	2012	MENDONÇA, Alessandra Félix. O financiamento do Sistema Único de Saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso. Instituto de Saúde Coletiva. 2012. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá: UFMT, 2012.

(continuação)

22	Modelos de gestão em saúde: novas tendências, responsabilidades e desafios.	Objetivo discutir o que são modelos de gestão, quais as características da gestão na área da saúde e alguns modelos para organizações de saúde, no momento atual. Novos modelos de gestão tornam-se necessários e imprescindíveis para as organizações alcançarem níveis de excelência na prestação de serviços. Conclui-se que não é mais possível conviver com modelos antigos de gestão baseados na hierarquia, na divisão do trabalho, no controle rígido, pois a atualidade exige arranjos organizacionais mais participativos, integrativos e focados nos objetivos, necessidades e expectativas sociais.	2013	TAMADA, Rosane Cristina Piedade; DA SILVA BARRETO, Maria de Fátima; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Modelos de gestão em saúde: novas tendências, responsabilidades e desafios. Convibra, UFSP, 2013.
23	Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo	O estudo analisa o impacto de consórcio para a aquisição de medicamentos no desabastecimento e no custo dos medicamentos do Componente da Assistência Farmacêutica Básica do município de Indaial, SC. Observou-se uma redução aproximada de 12,0% de 2008 para 2007, e de 48,0% de 2009 para 2007 no número de itens que apresentaram falta em pelo menos um dia; a redução foi de 33% no custo total de aquisição quando comparada a aquisição pelo consórcio (2009) com a aquisição municipal (2007), e de 18% quando comparada aos valores médios do Banco de Preço em Saúde do Ministério da Saúde/2009. A aquisição de medicamentos pelo consórcio diminuiu o desabastecimento e apresentou economia, possibilitando aquisição de maior quantidade de produtos com a mesma disponibilidade de recursos.	2011	AMARAL, Silvâni Maria Sehnem do; BLATT, Carine Raquel. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 799-801, Aug. 2011 .

(continuação)

N	Título	Resumo	Data	Referência
24	Indicador sintéticopara avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde	Desenvolver um indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. O modelo de avaliação baseia-se em aspectos da gestão do sistema de saúde. Foram utilizados 55 indicadores de desempenho classificados sob os critérios de relevância, efetividade, eficácia e eficiência e suas medidas agregadas por meio de aplicação de análise envoltória de dados de modelo aditivo, em medidas de valor, mérito e qualidade. A aplicação foi feita a 36 municípios catarinenses com população entre 10 mil e 50 mil habitantes em 2006. Os resultados da aplicação foram apresentados em medidas monóticas no intervalo [0, 1] (medidas = 1: eficientes; demais: ineficientes). Cinco municípios apresentaram medida = 1 na qualidade da gestão das ações de acesso, enquanto oito obtiveram medida = 1 na qualidade da gestão das ações de provimento. Os demais municípios, para ambas as dimensões, foram classificados como ineficientes (medidas < 1). A qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde pode ser avaliada com indicador sintético, construído por técnicas de programação linear, que contempla simultaneamente os critérios de relevância, de efetividade, de eficácia e de eficiência agregados em medidas de valor, mérito e qualidade.	2012	SCARATTI, Dirceu; CALVO, Maria Cristina Marino. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 446-455, June 2012

(continuação)

25	Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009	Descrever a tendência de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária entre 1998 e 2009 no Brasil. Estudo ecológico de séries temporais com dados secundários referentes às internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Sistema Único de Saúde. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares. As taxas de internações por 10.000 habitantes foram padronizadas por faixa etária e sexo, considerando a população brasileira masculina recenseada em 2000 como padrão. A análise de tendência da série histórica foi realizada por regressão linear generalizada pelo método de Prais-Winsten. Houve redução média anual de internações por condições sensíveis à atenção primária de 3,7% entre homens (IC95% -2,3;5,1) e mulheres (IC95% -2,5;-5,6) entre 1998 e 2009. A tendência variou em cada unidade federativa, porém em nenhuma houve aumento das internações. No sexo masculino e feminino as maiores reduções foram observadas nas internações por úlceras gastrintestinais (-11,7% ao ano e -12,1%, respectivamente), condições evitáveis (-8,8% e -8,9%) e doenças das vias aéreas inferiores (-8,0% e -8,1%). Angina (homens), infecção no rim e trato urinário (homens e mulheres) e condições relacionadas ao pré-natal e parto (mulheres) apresentaram aumento nas internações. Os três grupos de doenças que mais ocasionaram internações foram gastrenterites infecciosas e complicações, internações por insuficiência cardíaca e asma. Houve redução substancial nas internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998 e 2009, porém algumas doenças apresentaram estabilidade ou acréscimo, exigindo atenção do setor saúde.	2012	BOING, Antonio Fernando et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, Apr. 2012

(continuação)

N	Título	Resumo	Data	Referência
26	Os fundos municipais de saúde: uma análise dos municípios das capitais brasileiras	A descentralização das ações de saúde trouxe muitos desafios para a gestão local, pois foi transferido para a administração municipal boa parte das responsabilidades de execução das ações e também dos recursos a serem despendidos neste segmento. A partir desta descentralização, alguns instrumentos foram criados para facilitar a gestão dos recursos e, entre eles, os fundos de saúde. A gestão dos fundos de saúde ainda é um desafio, considerando-se as questões multidisciplinares envolvidas. O estudo teve como objeto analisar a organização dos fundos municipais de saúde a partir da análise das leis de criação dos fundos municipais de saúde de 19 capitais brasileiras por meio dos Instrumentos de Criação, dos objetivos previstos nos instrumentos, da composição dos recursos financeiros, da responsabilidade legal pela administração e da responsabilidade de fiscalização. Observa-se a importância da Gestão dos Recursos do SUS por meio dos Fundos de Saúde, possibilitando a visualização das fontes de receitas, do volume de recursos transferidos e aplicados, dos rendimentos financeiros além das despesas realizadas, dessa forma facilitando o controle social permitindo a aplicação de recursos exclusivamente para a saúde. Recomenda-se ainda a necessidade de revisão das leis, a criação com vistas a atender a realidade local e em função das inovações legais estabelecidas pela Lei Complementar 141. É preciso desenvolver ações que visem a melhores resultados na aplicação dos recursos existentes, para que, dessa forma, possam suprir as novas e crescentes demandas nas ações e nos serviços públicos de saúde.	2013	PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. **Os fundos municipais de saúde**: uma análise dos municípios das capitais brasileiras. Dissertação de Mestre em Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília: UB, 2013

(continuação)

27	Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família	A Atenção Primária a Saúde tem como atributos essenciais a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação, e como atributos derivados a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. Discute-se a importância de tais atributos na Estratégia Saúde da Família, proposta politico-governamental para a mudança do modelo de atenção a saúde no contexto do Sistema Único de Saúde no Brasil.	2013	OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158164, Sept. 2013
28	Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferencimento dos sistemas de informação	A atenção primária em saúde (APS) pouco tem se valido dos sistemas de informação para avaliar a situação de saúde da população devido à dificuldade de compreensão dos relatórios. É usual a definição genérica das ações a partir de constatações empíricas. O objetivo desse trabalho é avaliar se a introdução de indicadores georreferenciados pode ser uma tecnologia para melhorar a identificação da situação de saúde das pessoas, o que ajudaria no planejamento das ações das equipes. Para tanto, foi aplicado um questionário nos profissionais de oito equipes em três momentos: o primeiro, antes da leitura dos relatórios do sistema de informação, o segundo após a leitura e o terceiro usando os georreferenciados. Os resultados mostraram diferença significativa na classificação da situação de saúde quando da utilização do georreferenciamento comparado aos momentos anteriores ($p < 0,05$). O georreferenciamento facilitou a análise da situação de saúde, propiciando melhor monitoramento dos processos de trabalho. Por fim, a utilização aponta para uma racionalização das ações e possível qualificação da atenção à saúde. Sugere-se o uso do georreferenciamento na agenda de trabalho para que se tornem uma ferramenta efetiva e norteadora das ações.	2013	RITTER, Fernando; ROSA, Roger dos Santos; FLORES, Rui. Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferencimento dos sistemas de informação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2523-2534, Dec. 2013

(continuação)

N	Título	Resumo	Data	Referência
29	Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004	**Objetivo**: descrever as ações de regulação assistencial em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Métodos**: foi realizado estudo descritivo com dados coletados por meio de questionários dirigidos aos secretários de saúde e trabalhadores de saúde e de formulários sobre estrutura e processo de trabalho preenchidos pelas equipes de saúde, analisados por região, entre 2001 e 2004. **Resultados**: encontrou-se articulação da atenção primária à saúde com serviços de maior complexidade tecnológica em 7/21 municípios na região Sul e em 11/20 na região Nordeste; as centrais de regulação enfrentavam problemas na adequação da estrutura física e tecnológica; o tempo médio para atendimento especializado variou de nove a 127 dias na região Sul e de 11 a 42 dias na Nordeste. **Conclusão**: foram reveladas fragilidades na regulação assistencial, contribuindo para a discussão sobre a qualificação da rede de serviços no Brasil.	2013	LEMÕES, Marcos Aurélio Matos et al. Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 4, dez. 2013

(continuação)

30	A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?	O fortalecimento da atenção básica tem sido valorizado como estratégia central para a construção do SUS. Diretrizes recentes emanadas pela OPAS e pelo MS destacam seu papel como centro de comunicação de redes temáticas, como reguladora do acesso e utilização dos serviços necessários para a integralidade do cuidado. O presente estudo, financiado com recursos PPSUS/Fapesp, problematiza as possibilidades da rede básica exercer tal função estratégica. Foram produzidas narrativas de vida de 15 usuários altamente utilizadores de serviços de saúde em dois municípios do ABC paulista, que adotaram a Estratégia de Saúde da Família para organização de suas redes básicas. O estudo apresenta três achados principais: a rede básica funciona como posto avançado do SUS, produzindo valores de uso mesmo para os pacientes utilizadores de serviços de alta complexidade; a rede básica é vista como lugar de coisas simples; há uma impotência compartilhada entre usuários e equipes quando se trata da rede básica funcionar como coordenadora do cuidado, indicando como ela não reúne condições materiais (tecnológicas, operacionais, organizacionais) e simbólicas (valores, significados e representações) de deter a posição central da coordenação das redes temáticas de saúde.	2012	CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 28932902, Nov. 2012

(continuação)

N	Título	Resumo	Data	Referência
31	Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes	A descentralização do SUS exige que as secretarias estaduais de saúde assumam novas competências como o monitoramento e avaliação da Atenção Básica. Este artigo busca avaliar a "capacidade de governo" de uma secretaria estadual de saúde do Nordeste brasileiro para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica. A partir da colaboração técnica realizada via componente III do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), foram entrevistados gestores estratégicos, analisados documentos de gestão e realizada observação participativa das atividades do centro formador junto à secretaria, com "análise de conteúdo" do material disponível. Como resultados, destacam-se: ausência de "projeto de governo"; problemas de estrutura física, recursos humanos e materiais; profissionais com baixa qualificação no uso de sistemas de informação, monitoramento e avaliação, e planejamento estratégico, promovendo trabalhos burocráticos e frágil uso de dados epidemiológicos. Em 2006, a secretaria usou recursos federais para fortalecer o monitoramento e avaliação da Atenção Básica, ampliando sua estrutura física, adquirindo equipamentos e capacitando pessoal, sem investir recurso próprio. Conclui-se que esta secretaria tem dificuldades em se adequar à descentralização, com a institucionalização de novos processos de trabalho.	2011	SAMPAIO, Juliana et al. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 279-290, Jan. 2011

(continuação)

32	Utilização de serviços de saúde de atenção básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em sistemas de informação	Este estudo propõe-se a descrever a oferta e demanda de serviços de saúde de atenção básica em treze municípios da metade sul do Estado do Rio Grande do Sul, por meio de dados secundários provenientes do site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram associados dados de consultas, de procedimentos e de estrutura em serviços de saúde na atenção básica a conceitos presentes em políticas públicas e portaria específica. Realizou-se um estudo quantitativo, analisando frequências absolutas de consultas e procedimentos no período de 2000 a 2005. Os resultados mostram uma diversidade de situações na atenção básica em saúde, possibilitando diferentes interpretações para as situações encontradas. Entre elas, pode-se citar a existência de bancos de dados com subnotificações de consultas e procedimentos, ou mesmo a não oferta e/ou demanda por tais atendimentos. Sugere-se o aprimoramento dos mecanismos disponíveis para a análise dos serviços de saúde de atenção básica, o que facilitará o delineamento dos possíveis fluxos, trajetórias e itinerários terapêuticos dos usuários e o desvelamento de possíveis disparidades locais em saúde.	2011	GERHARDT, Tatiana Engel et al. Utilização de serviços de saúde de atenção básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em sistemas de informação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1221-1232, 2011

(conclusão)

N	Título	Resumo	Data	Referência
33	Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 2008	Este artigo analisa, a partir de microdados de 1998, 2003 e 2008 da PNAD/IBGE, a utilização de serviços de saúde sob a perspectiva de seu financiamento Entre os principais resultados da análise, destacam-se os seguintes: 1) o SUS continua financiando a maioria dos atendimentos e das internações realizados no País, participação que aumentou significativamente entre 1998 e 2003, mantendo-se praticamente estável entre 2003 e 2008; 2) a participação do SUS no financiamento da utilização dos serviços de saúde foi preponderante em todas as regiões, sendo maior nas regiões Norte e Nordeste com situações sanitárias e sócio-econômicas mais precárias; 3) o SUS é o principal financiador dos dois níveis extremos de complexidade da atenção à saúde: o de atenção básica e o da alta complexidade; 4) apesar do aumento verificado nas taxas de utilização do SUS, para atendimentos e internações, ainda persistem grandes inequidades no uso de serviços de saúde entre a população atendida pelo SUS e a população beneficiaria de planos e seguros de saúde privados; 5) foi observado um aumento na utilização de serviços do SUS por parte dessa população com asseguramento privado.	2011	PORTO, Silvia Marta; UGA, Maria Alicia Dominguez; MOREIRA, Rodrigo da Silva. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 -2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3795-3806, Sept. 2011

Fonte: Coleta de dados, 2015.

No que se refere a análise exploratória, quanto ao ano de publicação, observa-se o ano de 2011 contemplou a maior número de artigos publicados, como percebe-se na tabela 1 a seguir. Podendo estar relacionado ao fato de que houve um crescimento significativo sobre o debate que se relaciona ao custo operacional da Atenção Básica neste período, num total de 33%. (BRASIL. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013)

Tabela 1 – Distribuição dos artigos científicos utilizados de acordo com o ano publicado.

Ano do Periódico	n	%
2010	5	15,00
2011	11	33,0
2012	6	18,0
2013	9	27,0
2014	2	6,0
Total	**33**	**100,0**

Fonte: coleta de dados, 2015.

Para responder ao objetivo proposto neste estudo, a partir da análise das produções descritas neste capítulo, a análise destas permitiu a formulação de 03 categorias. Abaixo segue a tabela 2 com as categorias encontradas nesta pesquisa que são: 1. Sustentabilidade econômico-financeira das Unidades Básicas de Saúde; 2. Atenção Básica e a gestão como fator de qualidade; 3. A utilização da Atenção Primária sob a perspectiva de seu financiamento.

Tabela 2: Distribuição dos artigos científicos utilizados de acordo com as categorias, artigos, número de artigos e frequência.

Categorias	Artigos	n	%
Sustentabilidade econômico-financeira das Unidades Básicas de Saúde	A1; A3; A12; A15; A18; A19; A21; A26; A30; A31	10	30,3
Atenção Básica e a gestão como fator de qualidade	A2; A4; A5; A7; A8; A9; A11; A13; A14; A20; A22; A24; A32	13	39,4
A utilização da Atenção Primária sob a perspectiva de seu financiamento	A6; A10; A16; A17; A23; A25; A27; A28; A29; A33	10	30,3

Fonte: coleta de dados, 2015.

No que se refere a tabela 2, não houve repetição dos artigos entre as categorias identificadas para presente pesquisa. Apresenta-se a seguir a discussão com base nas categorias encontradas.

Sustentabilidade econômico-financeira das Unidades Básicas de Saúde

Apresenta-se a discussão entre os autores no que se refere a sustentabilidade econômico-financeira das UBSs. Verifica-se de acordo com os estudos, que apesar do financiamento federal tenha aumentado cerca de quatro vezes desde o início da última década, a porcentagem do orçamento federal destinada ao setor de saúde não cresceu, levando a restrições de financiamento, infraestrutura e recursos humanos.

Outros desafios surgem por conta de transformações nas características demográficas e epidemiológicas da população brasileira, o que obriga a transição de um modelo de atenção centrado nas doenças agudas para um modelo baseado na promoção intersetorial da saúde e na integração dos serviços de saúde (A1).

Já em pesquisa que buscou analisar a sustentabilidade da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica com duas unidades de análise: Gestão Federal da Atenção Básica e Secretarias Estaduais de Saúde (SES). A análise realizada neste estudo nas unidades de observação revelaram: aspectos do desenho e características do projeto – o envolvimento dos principais interessados e a possibilidade de adequação da política às necessidades e condições locais são aspectos favoráveis à sustentabilidade da política nos três níveis, ao passo que a inexistência de avaliações que comprovem a eficácia da política, o pouco tempo de existência da política e o fato do financiamento ser externo, desfavorecem sua continuidade e fatores no ambiente físico mais amplo da comunidade – estes fatores dizem respeito à estabilidade socioeconômica e política (A3).

Quando se trata da qualificação das UBS, ao considerar o estado de saúde em permanente transformação, uma visão ampliada permite romper com a ideia estagnada, fragmentada e disciplinar; o que representará inscrevê-la como campo do conhecimento interdisciplinar e como prática social na ordem intersetorial. Para guiar esta transformação é imprescindível integrar e articular diferentes saberes e práticas, focando na autonomia dos sujeitos e buscando na interdisciplinaridade as potencialidades partilhadas dos diferentes atores, recursos e equipamentos da saúde, e na intersetorialidade de novos recursos (A12).

Entende-se que a vinculação e a contrapartida são meios legítimos que o governo federal utiliza para garantir o uso dos recursos em políticas que foram acordadas nacionalmente através dos mecanismos de participação social previstos pelo SUS; entretanto, a descentralização da gestão, como estratégia fundamental para a priorização das “necessidades” locais e incremento da responsabilidade municipal, fica comprometida quando não existe autonomia para o planejamento e a execução das ações. Esse paradoxo, em vez de ser tratado seriamente, no sentido de se buscar uma solução aceitável para todos os entes envolvidos, mantém-se superficialmente abordado através de ações normativas e pouco efetivas, produzindo contas “maquiadas” e planejamento (A15).

Nesse aspecto, há um descompasso entre, de um lado, a normatividade técnica e jurídica presente na legislação que regulamenta o SUS, – em que a atenção básica é definida como a coordenadora do acesso e cuidado aos usuários nas redes de atenção, buscando garantir a integralidade da atenção à saúde –, e de outro lado, a normatividade contratualizada que rege a organização e o funcionamento dos serviços, limitados pelo financiamento insuficiente e frágil gestão, aliados à influência do modelo biomédico (A19).

Neste cenário, percebe-se a dificuldade dos municípios que compõem uma região em manter ou elevar sua contrapartida financeira para a saúde certamente pode causar dificuldades à sustentabilidade financeira do setor saúde (A21).

Porém, para os recursos do Estado transferidos para os municípios, a concentração de recursos na atenção básica é ainda maior, em comparação aos oriundos da União, abrangendo um número maior de regiões. No entanto, o volume desses recursos foi bem inferior ao da transferido pela União (A21).

Sendo assim, percebe-se a distância entre o entendimento dos gestores quanto à finalidade e momento da avaliação, de um lado, e o que ocorre na rotina da instituição, de outro, constitui uma das dificuldades na institucionalização da avaliação, que acaba sendo finalística, não formativa, com pouca utilidade, por ser verticalizada e centrada na simples contabilização de determinados eventos. A identificação de problemas em indicadores, ou a percepção de mudança de prioridade para a avaliação e a decisão de alterar indicadores demonstram a capacidade técnica em monitoramento e avaliação dos atores envolvidos (A3; A18).

No tocante a responsabilidade legal pela administração dos fundos de saúde, percebe-se em relação as capitais brasileiras, que possuem o respectivo secretário de saúde como ordenador de despesa e administrador do fundo, atendendo a legislação vigente e fortalecendo o comando único na gestão local do SUS (A26). A participação social é demonstrada por meio da previsão de fiscalização do Conselho de Saúde na gestão do fundo além da obrigatoriedade de submissão, por parte do gestor municipal, do plano de aplicação dos recursos orçamentários consoante ao respectivo plano de saúde. Observa-se a existência de similaridade de redação dos instrumentos legais analisados, prioritariamente aqueles com o mesmo período de criação. Esta semelhança pode demonstrar fragilidade no processo de operacionalização dos respectivos fundos, pois podem não expressar a realidade local de gestão (A26).

Percebe-se que existe o risco de ficar, discursivamente, reiterando tal papel para a atenção básica quando, na prática, e para as pessoas vivendo situações de grandes carências e vulnerabilidade, os arranjos para a responsabilização e gestão do cuidado deverão ser muito mais complexos e articulados. Sendo assim, os autores indicam dois movimentos complementares que podem ser feitos no sentido de se avançar na constituição, coordenação e operacionalização das redes temáticas. O primeiro, é que a coordenação das redes assumirá múltiplas configurações a

depender dos diferentes contextos locorregionais do SUS. Isso significa que os mais variados arranjos, composições, lócus institucionais de operacionalização deverão ser experimentados, incluindo graus diferentes de participação e responsabilidade da ABS, sempre na perspectiva da materialização de redes de serviços funcionalmente integradas que propiciem a integralidade do cuidado que as pessoas necessitam. O segundo movimento ocorre no sentido de investimentos na ABS para que ela possa, progressivamente, ampliar sua capacidade de intervir ativamente nos processos regulatórios, consolidando gradualmente sua legitimidade perante os usuários como efetivo centro de comunicação com os demais serviços (A30).

Verifica-se haver um conjunto de dificuldades enfrentadas pelos municípios para a institucionalização do Monitoramento e Avaliação (M&A) da AB reforça a relevância da esfera estadual na construção de políticas públicas que possibilitem o fortalecimento das Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Com o processo de descentralização do SUS, é dever do gestor estadual zelar para que os municípios em seu território possam assumir suas funções, com eficiência, com vistas ao fortalecimento do sistema de saúde e ampliação da qualidade de vida das pessoas.

Neste sentido, é importante que a Secretaria Estadual de Saúde (SES), considerando seu atual papel no SUS, possa oferecer às SMS formulação política, cooperação técnica, planejamento e programação, co-financiamento, desenvolvimento de recursos humanos e monitoramento e avaliação. Para tanto, é preciso que o gestor estadual esteja atento às variáveis apontadas para o bom gerenciamento: o projeto de governo, a governabilidade e a capacidade de governo de sua gestão (A31).

Atenção Básica e a gestão como fator de qualidade

Vários estudos indicam a ausência de uma rede integral e regionalizada de referência e contrarreferência como o principal obstáculo para o pleno desenvolvimento das características da integralidade e coordenação da atenção. Além disso, a insistência de uma prática assistencial, centrada na consulta médica e na distribuição de fichas para demanda aberta, em detrimento das ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde, baseadas nas necessidades estabelecidas por estudos populacionais territorialmente definidos, também é um fator que dificulta o alcance destas dimensões da APS.

Ainda foram percebidas fortes influências do modelo biomédico e o desafio em relação à potencialização da integralidade e da garantia da continuidade da atenção ao usuário, devido ao funcionamento inadequado do serviço de referência e contrarreferência. Assim, desenha-se algumas alternativas às mudanças necessárias: o aprimoramento da capacitação dos gestores e profissionais de saúde; maior valorização do serviço público, através do estabelecimento de vínculos

formais de trabalho e do oferecimento de salários mais justos e condizentes com as responsabilidades exigidas, além do investimento concomitante na estruturação dos demais níveis de atenção à saúde por parte do governo, para garantir a criação de uma rede de atenção integral e contínua (A2).

Evidencia-se a indução que a oferta produz sobre a demanda, em especial nas regiões mais ricas do país, cuja pressão do mercado e corporações influencia a venda indiscriminada de serviços para o poder público. Constata-se baixa produção de procedimentos de alta complexidade (AC) quando comparado aos demais níveis, mesmo nos hospitais de referência, onde a maior produção não chega a 10%. Quanto ao paralelismo de ações entre hospitais e UBS, ambos produzindo procedimentos de AB, revela a frágil hierarquização e regulação entre os níveis de atenção do SUS. Ocorre subutilização da capacidade instalada, comprometendo a sustentabilidade econômica e dos recursos públicos. Tal quadro acentua a ineficiência do gasto público em saúde, um dos sérios problemas do SUS, conforme recente estudo do Banco Mundial (BIRD) (A4).

Sabe-se que a incorporação de tecnologias na atenção básica, seja na forma de equipamentos ou de conhecimentos aplicados, amplia a capacidade de respostas das UBS. Serviços de saúde estrategicamente localizados e de fácil utilização pela população, mas sem insumos e tecnologias que os tornem capazes de resolver as demandas de saúde (A4).

Em pesquisa realizada, que buscou analisar um modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde A articulação com setores da própria secretaria de saúde, com outros setores administrativos do município e com a população apontada como necessária ao exercício do planejamento em saúde também foi contemplada neste modelo. O resultado de seus indicadores parece confirmar sua manutenção. Considera-se que existe uma relação entre planejamento e decisões, e que o planejamento constitui uma área intermediária para auxiliar a tomada de decisão e para orientar a implementação das decisões tomadas. Nesse sentido, esperava-se que a maioria dos municípios indicasse positivamente nessa direção. Os resultados em relação ao indicador inserção organizacional dão conta de que ainda falta empenho da gestão para que ocorra a institucionalização da área de planejamento nas secretarias municipais, e que tais aspectos precisam ser mensurados e avaliados (A5).

Do mesmo modo, a obrigatoriedade da aprovação dos instrumentos de gestão junto ao Conselho de Saúde e seu condicionamento ao repasse financeiro poderiam inviabilizar o uso dessas medidas para indicar a participação da comunidade. No entanto, o resultado encontrado reafirma a manutenção dessas medidas, pois são altos os porcentuais de descumprimento da normativa (A5).

O setor público é o maior prestador de bens e serviços à população, possuindo responsabilidades que dependem da qualidade, da agilidade e da localização desses serviços, no entanto ainda focaliza sua própria existência, deixando a qualidade

em segundo plano, porém, quando se pretende administrar um serviço de saúde tendo como perspectiva a qualidade, deve-se focalizar o indivíduo e não a doença, provando que os indivíduos estão mais interessados na prevenção e promoção da saúde Assim, a atenção básica é considerada uma das colunas da organização do sistema de saúde, sendo o primeiro contato do usuário. As unidades de saúde da família estão inseridas no nível básico de atenção e apresentam potencial para resolver a maioria dos problemas, uma vez que não se restringem ao diagnóstico de uma doença e ao seu tratamento, mas realizam ações de prevenção e promoção da saúde 8,9. Diante desses fatores, o planejamento da qualidade na atenção primária se faz necessário e deve ser fundamentado nos princípios doutrinários e organizativos do SUS, entretanto esses serviços não possuem mecanismos sistematizados e validados para seu monitoramento e avaliação (A7).

Sabe-se que a atenção primária é baseada em um modelo, visando ao cuidado longitudinal do indivíduo para a maioria dos problemas e necessidades em saúde, a atenção integral, a provisão de cuidados no contexto da família e da comunidade, assim como a coordenação dos diferentes níveis de atenção. A atenção primária, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), é uma das prioridades do Sistema Único de Saúde (SUS), com crescente comprometimento orçamentário do Ministério da Saúde para a mesma.

Em pesquisa realizada buscando comparar dos indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em uma amostra probabilística de adultos cobertos por plano privado, Estratégia Saúde da Família (ESF) e unidade básica de saúde (UBS) “tradicional” no Município de Belo Horizonte, salientam os autores que a maioria dos indicadores de uso de serviços de saúde apresentou melhor performance entre prováveis usuários regulares da ESF, em comparação aos residentes em área coberta pela UBS “tradicional”, e que somente um indicador de qualidade na percepção dos usuários – existência de filas – apresentou melhor performance entre os últimos em comparação aos primeiros. Além disso, a recomendação para outra pessoa dos serviços de saúde utilizados foi mais frequente entre prováveis usuários regulares da ESF e afiliados a plano privado de saúde, em comparação à UBS “tradicional” (A7; A8; A9).

Pesquisa realizada buscando apresentar um modelo de avaliação da gestão de recursos humanos na saúde, os autores destacaram que o indicador “empenho da gestão” identificou a pequena capacidade que os municípios tiveram em mobilizar os profissionais para participação em atividades promovidas ou articuladas pelo município. As capacitações são indispensáveis para a motivação dos profissionais e para a manutenção da qualidade dos serviços. Cabe à gestão municipal promover capacitações para seus trabalhadores ou buscar parcerias para sua viabilização, por meio da Política Nacional de Educação Permanente. A participação do município nas discussões da política de educação permanente na região representa um espaço importante para articulação de capacitações para os trabalhadores com recursos do Ministério da Saúde e, atualmente, uma responsabilidade da gestão

quanto à condução da política em âmbito local por intermédio dos Colegiados de Gestão Regional (A11).

Corroborando, outro estudo que objetivou identificar que fatores produzem novas tendências no gerenciamento das unidades básicas de saúde e mudanças nos modelos de gestão. De acordo com os autores se faz necessário formular propostas em que o desenvolvimento de recursos humanos em saúde esteja alinhado às novas demandas da próxima década (A14).

O recrutamento, a seleção, o desenvolvimento e a avaliação dos gestores devem ser norteados por competências. Essas competências, por sua vez, devem estar alinhadas à missão, à visão, aos valores e ao modelo de gestão adotado, e devem ser revistas sempre que ocorrerem mudanças no macro e no microcenário. As necessidades atuais são outras, a realidade mudou e hoje não basta apenas ser indicado e querer ser gerente; é necessário ter formação e competências específicas para a função. Preparar indistintamente pessoas, seja como líderes, seja como administradores, não traz o resultado esperado, pois só se desenvolve uma competência quando ela já existe, e os programas de desenvolvimento de competências atuam apenas como apoio no seu fortalecimento (A14).

O gestor deve apresentar responsabilidade ética e social, ter visão sistêmica abrangente e de longo prazo, ter comunicação eficaz. Deverá saber negociar, gerir as mudanças e conflitos, desenvolver e aglutinar equipes, ter competência política, ser bom negociador, saber liderar e trabalhar com planos, ações e resultados (A14).

No estudo em que teve por objetivo analisar o acesso a partir da atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais de equipes de saúde da família de três municípios do Estado de Minas Gerais, os resultados apontaram que de um modo geral a organização dos serviços está vinculada à capacidade de gestão, o que confere planejamento, implementação e avaliação do serviço de saúde. Isso fica claro nas falas dos entrevistados, pois o estudo ocorre em três municípios distintos com consequente distinção na forma de gestão, o que se traduz nos relatos sobre organização do serviço, do próprio trabalho e da ESF em que estão inseridos. A organização das equipes, dos serviços e do próprio trabalho mencionado pela maior parte dos profissionais entrevistados, não demonstra avanços significativos capazes de romper os paradigmas postulados pela histórica hegemonia curativa e tecnológica (A13).

Para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade é necessário estrutura, fluxos que sejam fixos e reconhecidos pela população, e pontos de atenção que se agreguem e articulem para dar continuidade e garantir a integralidade da assistência facilitando o acesso aos serviços (A13).

Para que o gerenciamento das UBS seja de excelência, é preciso que o processo administrativo (planejamento, organização, direção e controle) esteja em constante estudo e análise, devido às mudanças encontradas nestas corporações, bem como considerando o estágio de desenvolvimento e crescimento da Atenção

Básica no país, através do planejamento das ações para enfrentamento dos desafios internos e externos, oferecendo soluções positivas; da estruturação da empresa (física, material e humana); da delegação das obrigações, considerando os regulamentos, normas e parâmetros que visam uma gestão de qualidade com um enfoque biopsicossocial intermediado pela humanização da assistência; além da necessidade de controle holístico do ambiente de trabalho, fiscalizando os recursos humanos e materiais6. Portanto, a gestão em saúde é capaz de solucionar possíveis dificuldades conexas com a administração das UBS (A20).

A necessidade de repensar o atual modelo de atenção centrado nas doenças para outro baseado na promoção da saúde e na integração dos serviços aponta as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como uma possibilidade de atenção mais abrangente, sendo uma proposta que merece maior atenção. A Gestão Estratégica, por sua vez, possibilita o envolvimento e o comprometimento de todos os colaboradores da instituição, desde a alta administração, gerentes e demais funcionários, no sentido de vislumbrar o futuro e preparar-se para ele. Na Gestão Participativa há a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão. Em outras palavras, é um sistema que pretende eliminar a separação entre quem planeja, quem executa, quem gere, quem avalia, possibilitando maior integração entre as pessoas que são a razão de ser de uma organização (A22).

Nesta perspectiva, pode-se dizer que a qualidade da gestão municipal pode ser traduzida pela habilidade do gestor ao tomar medidas que reduzam o risco de doenças e de outros agravos e que torne universal e igualitário o acesso de cada munícipe às ações e serviços necessários para a promoção, prevenção e recuperação da sua saúde (A24).

Sabe-se que a análise da utilização dos serviços de saúde por meio de valores absolutos de consultas e procedimentos realizados não permite a descrição de dinâmicas locais, porém pode auxiliar na identificação de possíveis disparidades regionais e funcionais relacionadas à oferta e à demanda por serviços de saúde. Pode, ainda, fornecer pistas de iniquidades existentes, pois a utilização dos serviços de saúde é um processo complexo que resulta de um conjunto amplo de determinantes, abrangendo desde fatores de organização da oferta dos serviços até as características demográficas, econômicas, sociais e culturais dos usuários (A32).

A implantação dos sistemas locais de informação em saúde possibilitaria a organização dos municípios, que poderiam “subsidiar decisões administrativas, como priorização de recursos, localização e dimensionamento de unidades de saúde, estabelecimento de perfis profissionais dos recursos humanos e dos treinamentos e atualizações necessárias”. Esta estratégia, se implantada em consonância com os níveis estadual e federal, pode contribuir para a qualificação dos SIS no sentido de que estes tenham uma maior responsabilidade sobre os dados coletados e as informações geradas (A32).

A utilização da Atenção Primária sob a perspectiva de seu financiamento

Passa-se a apresentar os resultados dos artigos selecionados que tratam da utilização da Atenção Primária sob a perspectiva de seu financiamento.

Em pesquisa que teve como objetivo estudar a sustentabilidade econômico-financeira do ESF em municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes segundo indicadores selecionados, considerando a região geográfica a que pertencem, porte populacional e a participação no Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (Proesf). Em resumo, há uma tendência de os municípios das regiões Sul e Sudeste se apresentarem de modo mais sustentável e contínuo: as mais elevadas médias para os indicadores “Participação da receita de impostos na receita total do município (PRIRT)”, “Percentual da receita própria aplicada na saúde (PRPAS)”, “Adequação à EC 29” e “Despesa potencial em saúde per capita (DPSPC)” são consistentes com a percepção geral de maior poder econômico destas regiões no país. Isto deve ser combinado ao conhecido fato de estas regiões terem também maior cobertura de planos privados de saúde. Logo, os recursos públicos são mais liberados para gastos com a população dependente do SUS (A6).

Em estudo similar, onde o foco analisar a condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil, no período de 2003 a 2008, os autores puderam verificar que em todas as regiões observa-se um crescimento a partir de 2003 nos valores *per capita* dos recursos federais para a atenção básica. Dentre as causas prováveis estão os reajustes dos principais incentivos da atenção básica e a criação de novos. As regiões que se destacam por apresentarem ao longo de todo o período os maiores valores per capita são Nordeste e Norte, que, além disto, são também as que apresentaram um aumento mais significativo a partir de 2003. A ocorrência desse aumento expressivo a partir de 2003 provavelmente foi devido ao reajuste dos valores do PAB fixo e variável e o financiamento diferenciado aos municípios mais pobres do país, que se concentram nessas regiões, visando à eqüidade. observou-se que grande parte dos recursos federais é destinada às ações de média e alta complexidades (A10).

Ao contrário do que ocorre com os recursos referentes à atenção básica, as transferências federais de média e alta complexidades privilegiam as regiões do país economicamente mais desenvolvidas (A10). Em que pesem as iniciativas no período visando à equidade na destinação dos recursos da atenção básica, o combate às marcantes desigualdades regionais implicaria maior aporte de recursos e transformações mais substantivas no financiamento federal da saúde (A10).

Em pesquisa que buscou analisar a Atenção Primária em Saúde (APS) como estratégia para alcançar sistemas integrais e universais, os dados sobre gastos revelam tanto imprecisão conceitual sobre o que se considera APS como também modos distintos de registrar as informações ou compor o orçamento local. Esse aspecto é detectável nas informações das vigilâncias epidemiológica e sanitária, bem como nas sub-funções alimentação e nutrição e ainda no suporte

profilático e terapêutico, que incluem os gastos com medicamentos e vacinas. Os indicadores gerais e os sistemas de informação que possibilitam o monitoramento, o acompanhamento e a avaliação do SUS reproduzem igualmente a falta de uniformidade no trato das questões da APS – composição, funções e ações, dentre outros (A16).

Sabe-se que somente os gastos tributários vêm crescendo nominalmente por ano, em velocidade 10 a 20% maior que o crescimento nominal dos gastos do Ministério da Saúde. É o que se pode chamar de privatização por fora do SUS, isto é, o sistema privado externo ao SUS, que fatura nas mensalidades dos consumidores e nas subvenções públicas, e que falsamente proclama que alivia o SUS (A17).

Outro aspecto importante, diz respeito aos medicamentos. Em pesquisa que objetivou analisar o impacto da aquisição de medicamentos pelo consórcio CIS-AMMVI no desabastecimento e no custo dos medicamentos do componente da Assistência Farmacêutica Básica é essencial que se incorporem cada vez mais os modernos conceitos de logística de materiais para evitar o desabastecimento de medicamentos devido a fatores internos, tais como planejamento inadequado ou emprego de ferramentas gerenciais ineficientes (A23). Além disso, é necessário considerar o medicamento como um insumo diferencial durante o processo de licitação. A falta dele compromete o serviço de saúde e coloca em descrédito a gestão municipal de saúde (A23).

Em pesquisa que objetivou identificar a redução substancial nas internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), no Brasil entre 1998 e 2009. Os autores verificaram que essa queda ocorreu na maior parte das UFs e dos grupos de doenças/agravos, embora alguns tenham apresentado estabilidade ou mesmo acréscimo, exigindo atenção do setor saúde. Tais reduções precisam ser analisadas a partir da evidência de forte associação entre internações por CSAP e a rede de atenção primária em saúde. Menores taxas de internações por CSAP estão associadas com maior disponibilidade de médicos generalistas por habitantes na AP, melhor avaliação do serviço por parte do usuário, continuidade da assistência com o mesmo médico de família, maior número de consultas preventivas e regiões com centros de saúde. Independentemente da carga de doenças e da própria oferta de médicos, o melhor acesso à atenção primária está associado a menos internações por CSAP (A25).

Em pesquisa que buscou analisar a utilização de serviços de saúde sob a perspectiva de seu financiamento, os autores identificaram que a participação do SUS no financiamento dos atendimentos é predominante em todas as regiões do país, especialmente no Norte e Nordeste (onde ela cobre 71% dos mesmos). Ela se elevou consideravelmente em todas as regiões entre 1998 e 2003. Este fato pode estar relacionado à expansão do Programa de Saúde da Família, que se deu de forma mais acelerada no Nordeste e mais tardia no Norte e Sudeste. Em 2008, se observa uma queda na participação relativa do SUS, especialmente nas regiões

Norte, Nordeste e Sudeste (A33). Esse decréscimo do protagonismo do SUS entre 2003 e 2008 foi compensado pelo aumento da participação do gasto privado direto, em todas as regiões, mantendo-se a dos planos de saúde constante nesse período (A33).

Sabe-se que um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde e qualificar a APS para exercer a coordenação do cuidado e organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e forneça aos usuários do SUS respostas adequadas as suas necessidades. Os efeitos da globalização nas políticas de saúde são evidenciados pelo baixo patamar de financiamento público, persistência de segmentação no sistema, fraca integração dos serviços da Atenção Primária com outros níveis de atenção e acentuado processo de precarização do trabalho no setor saúde, particularmente nas formas de contratação das equipes da ESF (A27).

Neste cenário, com essa necessidade identificada pelo Ministério da Saúde de qualificar a avaliação da atenção primária em saúde pelos próprios serviços, uma melhor visualização dos dados da situação de saúde no território pode ser fundamental, como no caso das doenças crônicas (hipertensão e a diabetes), uma inversão do entendimento das condições de saúde na população e da prevalência da doença. Oportuniza definir com maior precisão, por exemplo, prioridades das famílias. Usar um modelo de distribuição espacial para variáveis individuais torna factível para os profissionais identificar áreas onde existe um risco aumentado para os indivíduos com doenças crônicas, o que pode ser um instrumento valioso que possibilite identificar e controlar fatores individuais. Esse modelo de distribuição espacial localiza com exatidão situações de saúde e pode-se propor ações direcionadas para as comunidades (A28). No estudo onde os autores buscaram descrever as ações de regulação assistencial em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil, os resultados apontaram que os gestores municipais identificaram os serviços de atenção primária à saúde, de pronto-atendimento e de urgência e emergência como porta de entrada no SUS, corroborando os resultados de outros estudos. Entretanto, os gestores de 57% dos municípios de ambas as regiões também mencionaram o acesso direto ao SUS por meio de ambulatórios localizados em hospitais e de ambulatórios regionais de especialidades. Este achado evidencia a dificuldade dos municípios em realizar uma regulação criteriosa de modo a organizar a rede assistencial orientada pela Atenção Primária à Saúde, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (A29).

Considerações Finais

O presente estudo tem como objetivo geral, através da revisão da literatura nacional tratar os aspectos conceituais sobre os custos das Unidades de Saúde e Atenção Básica no período de 2010 a 2014. Após a leitura dos resumos, buscando responder ao objetivo, selecionou-se 33 artigos que tratavam do tema. Para tanto, criou-se categorias para a discussão, sendo estas: Sustentabilidade econômico-financeira das Unidades Básicas de Saúde; Atenção Básica e a gestão como fator de qualidade e por último a utilização da Atenção Primária sob a perspectiva de seu financiamento.

Durante todo o processo de elaboração do trabalho de pesquisa esteve presente uma questão relacionada ao desafio de verificar como se dá o direcionamento à AB/APS, no âmbito dos Estados brasileiros, no qual vigorasse a tentativa de superação do formalismo administrativo no processo de pactuação de metas e, principalmente, no que compete à incorporação da prática regular, articulada e eficiente do monitoramento e da avaliação de processos e resultados, (re)significando sua gestão. Todavia, cabia a tarefa de fazer emergir durante o processo investigativo, os elementos essenciais que poderiam servir de exemplo a serem incorporados ao cotidiano organizacional nos componentes relativos a sua estruturação e gestão, de maneira que fosse possível explicitar as condições que favoreçam o seu desenvolvimento pleno no que se refere a UBS/APS.

Os autores também destacam que a utilização de indicadores de saúde vem sendo bastante discutida no Brasil, principalmente após o processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro. Tais indicadores são produzidos de várias formas e níveis, servindo como um reflexo da situação geral e local. Entretanto, existe muita controvérsia sobre a qualidade destas informações, principalmente no que se refere à fidedignidade dos dados. Mas há os que digam em suas publicações, que não devemos eliminar as possibilidades de transformação que se dão com a exposição das contradições que se efetuam no cotidiano das relações institucionais. Abrir a possibilidade da participação mais efetiva e eficaz daqueles que fazem a saúde (gerentes, analistas, profissionais que atuam na ponta do sistema e usuários), é propiciar um processo de educação permanente e de um real debate acerca das limitações que estão dadas e que precisam ser desconstruídas, mesmo que este não seja um processo tranquilo. São através das disputas travadas no cotidiano que se constroem e se viabilizam as condições para a superação dos entraves de caráter burocrático, oportuno ao centralismo administrativo.

Neste cenário, buscando responder a pergunta de pesquisa: qual é a importância do planejamento dos custos no contexto da atenção primária? Pode-se dizer que a perspectiva de uso de uma política de M&A - AB/APS, deve fugir da linha de simples construção e cobrança de metas a serem atingidas, mais que isso, deve estar aberta as construções de ordem coletiva com os diferentes sujeitos

(individuais e coletivos) que nela atuam ou que por ela são afetados. Assumindo os riscos que um processo dessa ordem acarretará.

O reconhecimento da conveniência em se estimular à participação de diferentes atores na qualificação dos processos de trabalho no interior da organização, possibilita uma maior integração das ações, combinando a democratização institucional com capacidade operacional, estabelecendo responsabilidades compartilhadas e acima de tudo, o compromisso coletivo de preservação dos objetivos primordiais do SUS no âmbito da AB/APS.

Referências

ADDUM, F.M. et al. Planejamento local, Saúde Ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. **Physis**, Rio de Janeiro, 2011, v.21, n.3, p.955-978.

AMARAL, S.M.S.; BLATT, C.R. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, ago 2011, v.45, n.4, p.799-801.

ANDRE, A.; CIAMPONE, M.H.T.; SANTELLE, O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, fev 2013, v.47, n.1, p.158-163.

BARBOSA, S.P.; ELIZEU, T.S.; PENNA, C.M.M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, ago 2013, v.18, n.8, p.2347-2357.

BERRETTA, I.Q; LACERDA, J.T; CALVO, M.C.M. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, nov 2011, v.27, n.11, p.2143-2154.

BOING, A.F. et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009**. Rev. Saúde Pública**, São Paulo, abr 2012, v.46, n.2, p.359-366.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para organização da Atenção Básica.** 4ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. **Portaria MS 2488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204**, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html>. Acesso em: 02 fev 2017.

_____. **Portaria nº 978**, de 16 de maio de 2012. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal e para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0978_16_05_2012.html>. Acesso em: 02 fev 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos**: manual técnico de custos – conceitos e metodologia. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CARVALHO, B.G. et al. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jul 2014, v.30, n.7, p.1453-1462.

CASTRO, J.D. **Instrumentos para a Avaliação Econômica dos Serviços de Saúde**. 2002. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/financiamentodosetor>. Acesso em: 31 jan 2017.

CASTRO, J.D.; MARINHO, M. Os custos do Programa de Saúde da Família de Porto Alegre - 1998 e 2002. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, jan/mar 2007, v.2, n.8, p.298-306.

CASTRO, A.L.B; MACHADO, C.V.A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, abr 2010, v.26, n.4, p.693-705.

CASTRO, P.S. **Aferição de custos em unidades básicas de saúde**: revisão integrativa da literatura/ Paula de Sousa e Castro. – São Paulo, 2011. [Dissertação de Mestrado].

CECILIO, L.C.O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, nov 2012, v.17, n.11, p.2893-2902.

FALCÃO, S.M.R.; SOUSA, M.N.A. Gerenciamento da atenção primária à saúde: estudo nas unidades básicas. **Rev enferm UFPE** on line. ago 2011, v.5, n.6, p.1510-1517.

FELISBERTO, E. et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jun 2010, v.26, n.6, p.1079-1095.

FONTENELLE, L.F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, jan/mar 2012, v.7, n.22, p.5-9.

GERHARDT, T.E. et al. Utilização de serviços de saúde de atenção básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em sistemas de informação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011, v.16, n.supl.1, p.1221-1232.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, K.O. et al. Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2011, v.16, n.supl.1, p.881-892.

HEIMANN, L. S. et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, jun 2011, v.16, n.6, p.2877-2887.

LEMÕES, M.A.M. et al. Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004. Epidemiol. **Serv. Saúde, Brasília**, dez 2013, v.22, n.4.

LIMA-COSTA, M.F. et al. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, jul 2013, v.29, n.7, p.1370-1380.

MENDONÇA, A.F. **O financiamento do Sistema Único de Saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso**. Instituto de Saúde Coletiva. 2012. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá: UFMT, 2012.

MITRE, S.M.; ANDRADE, E.L.G.; COTTA, R.M.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, ago 2012, v.17, n.8, p.2071-2085.

NICKEL, D.A. et al. Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, abr 2014, v.30, n.4, p.839-850.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.,** Brasília, set 2013, v.66, n.spe, p.158-164.

PAIM, J. et al. Saúde no Brasil O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, 2012, v.6736, n.11, p.60054-60058.

PEREIRA, B.L.S. **Os fundos municipais de saúde**: uma análise dos municípios das capitais brasileiras. Dissertação de Mestre em Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília: UB, 2013.

PIRES, M.R.G.R. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, jun 2010, v.15, n.supl.1, p.1009-1019.

PORTELA, G.Z.; RIBEIRO, J.M. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, mar 2011, v.16, n.3, p.1719-1732.

PORTO, S.; UGA, M.A.C.; MOREIRA, R.S. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 -2008. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, set 2011, v.16, n.9, p.3795-3806.

RITTER, F.; ROSA, R.S.; FLORES, R. Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferencimento dos sistemas de informação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, dez 2013, v.29, n.12, p.2523-2534.

ROSA, M.R.R.; COELHO, T.C.B. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, mar 2011, v.16, n.3, p.1863-1873.

SAMPAIO, J. et al. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, jan 2011, v.16, n.1, p.279-290.

SANTOS, N.R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, jan 2013, v.18, n.1, p.273-280.

SCALCO, S.V.; LACERDA, J.T.; CALVO, M.C.M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, mar 2010, v.26, n.3, p.603-614.

SCARATTI, D.; CALVO, M.C.M. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, jun 2012, v.46, n 3, p.446-455.

TAMADA, R.C.P.; DA SILVA BARRETO, M.F.; CUNHA, I.C.K.O. Modelos de gestão em saúde: novas tendências, responsabilidades e desafios. **Convibra**, UFSP, 2013.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing,** Oxford, dez 2005, v.52, n.5, p.546-553.

VIEIRA, R.S; SERVO, M.S.S. **Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica**: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB) [Nota Técnica 16/2013-IPEA] – Brasília: 2013.

VOLPATO, L.F. et al. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o desdobramento da Função Qualidade (QFD). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ago 2010, v.26, n.8, p.1561-1572.

CAPITULO 5

A SAÚDE BUCAL NA INTERAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NUMA PERSPECTIVA INOVADORA: avaliação da Pós-Graduação/Especialização - Atenção Especializada em Saúde

Ângela Maria Antunes Nunes

Sabe-se que existe, na atualidade, uma exigência social em direção a mudanças no processo de formação com o intuito de se produzir profissionais diferenciados, comprometidos com a rede pública de saúde e com os princípios do Sistema Único de Saúde/SUS. Uma formação que se torne capaz de produzir, pelas mãos dos profissionais de saúde que exercem suas atividades diárias, uma atenção humanizada aos usuários que acessam os serviços em todos os níveis de atenção fazendo com que realmente o SUS passe a ser uma conquista de todos os brasileiros.

Processos profundos de transformação são complexos, envolvem mudanças conceituais, envolvem o enfrentamento do conhecimento, bem como o embate com valores já cristalizados e hegemônicos para a construção de alternativas. Sabe-se que é por meio do confronto de interesses em diferentes naturezas dos segmentos sociais que se determina o modo como se estrutura a atenção a saúde e a formação dos profissionais. (MINAYO, 1992) Ao se compreender o papel dos profissionais de saúde nesse contexto pode-se então recuperar a dimensão que deve possuir o trabalho quando inserido no conceito ampliado de saúde. Isto reflete diretamente sobre como deve ocorrer, não apenas as relações entre as categorias profissionais da área, mas desta com agentes políticos institucionais e sociais que de alguma forma sempre se apresentam e produzem as condições de saúde e doença das comunidades. (PAIM, 1994)

Neste processo, é fundamental a adoção de estratégias para a construção de mudanças no âmbito da formação de profissionais na área de saúde, tanto nos cursos de graduação como de pós-graduação. Enquanto formadores deve-se compreender a importância de qualificar a rede de serviços disponíveis à população e no âmbito das universidades observar uma produção de conhecimento voltada para as classes dominantes, óbvio produto da própria formação conservadora das universidades.

Houve a pouco tempo uma reforma curricular que foi elaborada como exigência do Ministério da Educação, para que as mesmas pudessem trabalhar dentro dos seus conteúdos tecnicistas, os conteúdos das humanidades. Isto não é tarefa fácil, ainda precisa-se percorrer um longo caminho de crescimento e amadurecimento. Deste modo surge a pergunta: Para quem serve a Universidade?

É necessário trabalhar sobre conteúdos e relações que propiciem a reflexão crítica acerca da própria prática pedagógica e da responsabilidade social, como certos autores que se inscrevem nessa perspectiva, produzindo no campo filosófico e no campo metodológico conteúdos e relações que propiciem uma prática social comprometida. (APPLE,1995; DEMO 1998; FREIRE, 1998; BORDENAVE, 1997) Foi dentro deste referencial teórico conceitual que o processo do curso de especialização em atenção especializada foi elaborado. Uma construção social crítica, enfocando para o serviço público, curso que dentro desta forma elaborado foi inovador na área da Odontologia na saúde coletiva no Brasil. Durante toda a construção do projeto pedagógico muitas perguntas ficaram sem respostas. Mas objetivava-se tentar construir algo, se não fosse o melhor, que tivesse a possibilidade de fazer a diferença. E foi com esta intenção que se construiu o projeto pedagógico do curso, incluindo os conteúdos, as práticas, e os métodos, possibilitando uma visão humanística da realidade vivenciada pelos trabalhadores de saúde nos centros de especialidades, por docentes e discentes da Universidade.

O projeto pedagógico do curso de especialização foi organizado em eixos temáticos, um sobre o campo da saúde coletiva onde o discente era inserido no contexto das políticas públicas e suas articulações e nuances onde se elaboraram as estratégias de funcionamento das estruturas de gestão, e outro sobre o núcleo profissional, estruturado em unidades, essas unidades são compostas de blocos de conteúdos teóricos e práticos e demais atividades.

Constatou-se a certeza de que a formação dos profissionais vinculados a prática dos serviços públicos tem papel fundamental na inserção com os usuários, com a equipe, além do comprometimento e responsabilidade perante a comunidade que está inserido. O profissional passa a sentir corresponsável por meio das suas ações onde ele é participe. É dentro deste processo que a universidade pode, através do seu papel acadêmico, transpor os muros do saber encastelado e começar a partir das experiências vivenciadas nas redes de atenção melhorar a formação humanística na área de saúde, e a partir destas vivencias os profissionais formados terem a capacidade de fazer o papel de melhorar a qualidade de saúde da população brasileira.

A possibilidade desta construção social exige de todos nós, docentes, discentes, trabalhadores dos serviços um novo olhar. Uma nova construção social onde se possa compreender o ser humano na sua integralidade de seu processo saúde doença, tornado objeto de trabalho em saúde que passa necessariamente por uma prática multiprofissional em que a construção do conhecimento, não alcance apenas interações reciprocas e colaboração entre disciplinas diversas, mas implique na demolição das fronteiras entre pesquisa- ensino- aprendizagem. (DEMO, 1997)

O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos. (MERHY, 1997) Os trabalhadores de saúde observam, ao longo da última década, que esta forma de ensinar e de aprender mesmo com as reformas curriculares nas universidades, que o conceito saúde doença está longe de ser a maneira correta de inserção. É preciso que a equipe multiprofissional se dispa de seu arcabouço do academicismo e possa compreender os determinantes sociais que vão diretamente influenciar as populações que por ora trabalhamos, é nessa perspectiva que se tem que olhar, e desse modo foi construído o curso que teve suas memórias apresentadas nesta obra.

Cenário de práticas pensadas para o curso

Inicialmente a Universidade Federal do Rio Grande do Sul entrou em contato com a coordenação do Ceos (incluindo o Ceo da própria Faculdade de Odontologia), e as Secretarias Municipais de Saúde de Porto Alegre, Alvorada, Gravatai, Sapucaia, Canoas e Novo Hamburgo. Neste momento foi feito contato com outras secretarias da região metropolitana mas não houve interesse por parte dos gestores locais. Esta primeira conversa referia-se à apresentação da proposta do curso por meio de um convênio entre tais instituições e universidade. Em contatos sequenciais, várias tratativas foram feitas com representantes da área técnica de saúde bucal, para o referido convênio, foi explicado como funcionaria as parcerias, para o início das atividades práticas e para que se ofertassem campo de estagio nesses municípios.

Foi pactuado que haveria uma seleção de todos que se inscrevessem para o curso e que seria dada preferência aos trabalhadores de saúde que já atuavam na rede. Isso não foi possível porque houve uma dificuldade grande das instituições liberarem seus trabalhadores sem ter quem substitui-los na rede de atenção, devido a carga horária do curso ser bastante intensa. Criou-se um impasse até porque esta era a condição principal do projeto. Depois de muita negociação das partes, foi resolvido pela coordenação do curso que seria aberto a todos os profissionais interessados mesmo aqueles que não tivessem vínculo empregatício, profissionais recém-formados. Feita a seleção houve um número de participantes de vinte sete no total sendo que sete eram do serviço público e vinte sem vínculo empregatício, o que se tornou para os coordenadores um desafio mais complexo. Como existiam cinco ênfases, na ênfase de gestão foi possível ter a participação de alunos que não eram da área de odontologia, como fonoaudiólogos, biólogos e assistentes sociais, com uma desistência ao longo do curso.

Perspectivas e percepções dos sujeitos envolvidos nesta formação

Os atores sociais escutados, para se pensar na avaliação processual e final do curso, foram os alunos, os preceptores, os professores bem como a coordenação do curso.

Os discentes foram ouvidos em diferentes momentos do curso. A primeira abordagem com os discentes foi realizada em setembro de 2014 -início das atividades do curso- feita aos alunos através de roda de conversa. Por meio de grupos focais onde cada grupo teve a representação de uma ênfase. Participou um moderador para cada grupo e um relator onde era escrita a discussão dando um tempo de uma hora e trinta minutos. Destes grupos focais realizados surgiram tópicos importantes em relação ao conhecimento e percepções dos participantes abordando vários assuntos desafiadores.

No início do curso os discentes apontaram questões importantes como:

- Falta informação sobre redes, até para os profissionais entenderem o processo, o que são as políticas de atenção, e qual o papel de cada ator na rede do SUS;
- Muitos alunos não tinham conhecimento do que era o SUS nem redes de atenção;
- Falta de comunicação entre os profissionais da rede;
- A formação dentro da faculdade não direciona para o entendimento do que é o SUS nem redes de Atenção à Saúde;
- Dificuldade em termos de legislação onde os termos utilizados nas unidades de saúde não representam a realidade vivenciada;
- Ansiedade no início do curso, pensamento de desistência, que melhorou ao passar o tempo, em função do começo dos estágios
- Buscar conhecimentos importantes de gestão que não aprenderam durante a formação acadêmica;
- Quem veio de faculdade privada foi importante ter a percepção de toda a rede de atenção e da complexidade que é o SUS;
- Abismo entre teoria e prática, demanda reprimida muito grande diferente da realidade por nós vivida;
- Políticas públicas melhores para os trabalhadores;
- Alta concorrência no mercado onde quem está melhor preparado em saúde coletiva tem maiores chances;
- Falta de entendimento entre referência e contra referência;

- Falta de preparo nas equipes em algumas unidades de saúde;
- Saber conhecer sobre política nacional de saúde e sobre o sistema de serviço especializado;
- O serviço especializado serve de apoio a atenção primária;
- Os trabalhadores de saúde que trabalham no SUS, trabalham muito mais pela estabilidade que o concurso proporciona, do que realmente comprometer-se para a melhoria da qualidade de saúde dos usuários;
- A rede é como uma teia em que o paciente será encaminhado para o serviço secundário e terciário e voltará para a unidade básica para que possa ter o tratamento completado na sua unidade;
- É necessário um acolhimento na entrada dos profissionais na rede para que ele se sinta instigado a conhecer a rede e dar o melhor de si no seu processo de trabalho;
- Os problemas vão surgindo desde uma escala macro até o serviço local em que as políticas de saúde devem ser adaptadas a cada realidade;
- O serviço secundário serve de apoio a atenção primária, ele pode servir também para co-gestão, mas há poucas atividades para reunir profissionais de cada nível de atenção;
- A gestão é falha nesse interesse, talvez pela falta de preparo dos profissionais de gestão que acabam se voltando para a gestão administrativa.

No decorrer do curso, em um segundo encontro com os alunos, foi realizado outro grupo focal ao final do segundo semestre em dezembro de 2014. Foi observado a percepção de cada aluno em relação ao que o curso estava oferecendo dentro de cada ênfase. Deste modo foram feitas as seguintes considerações:

- Participação maior dos alunos vinculados aos serviços, mas de qualquer forma todos estavam participando;
- A participação multidisciplinar e multiprofissional enriquecendo muito o aprendizado;
- Na ênfase da cirurgia ainda não perceberem muito esta integração talvez quando forem trabalhar na rede secundária;
- Percebe-se o quanto já existe diferença no atendimento hospitalar, nos vemos oferecendo um atendimento mais humanizado;
- É consenso que o curso oferece subsídios para entender as diferenças e o funcionamento das redes, de um município para outro;

- Todos os ensinamentos que não são específicos das ênfases, contribuíram muito para a formação em cada ênfase;
- Profissionais que estão vivenciando a experiência do curso já estão começando a ter uma visão diferenciada, de rede, de acolhimento e do seu papel frente a sua prática;
- Foi percebido que os gestores estão atuando numa perspectiva de administradores com perfil organizacional e de cobrança de resultados;
- O curso está proporcionando em relação a ênfase de gestão um embasamento teórico para que possamos ter uma maior capacidade de entender o processo complexo que é a gestão de todo o serviço;
- Mudança da visão dos serviços pois a nossa visão pela formação na universidade era mais voltada ao setor privado;
- Aperfeiçoamento de técnicas, diagnóstico, entendimento de rede, aprendizado compartilhado com colegas;
- Não tinha conhecimento nenhum do serviço e não consegui perceber essa mudança/transformação;
- Estando participando do serviço houve melhora na visão geral, com gestão compartilhada sendo praticada;
- Não há valorização por parte dos usuários dos serviços prestados pelos profissionais;
- Falta de conhecimento do papel que o outro profissional faz na rede, então falta apoio de equipe;
- Falta de estrutura física, material para as condições de trabalho nas redes;
- As licitações realizadas pelo menor preço e muitas vezes materiais de baixa qualidade;
- A dificuldade de encaminhamentos de usuários que precisam de serviços de maior complexidade;
- Falta em muitos municípios implantação de Centros de Especialização Odontológica;

Em um terceiro momento de conversa com os alunos, os mesmos foram convidados a responder a seguinte pergunta: Considerando a sua escolha para realizar o Curso de especialização e com a experiência adquirida até o momento como você se percebe trabalhando na rede de atenção secundária? Nas repostas apresentadas diversos foram os pontos de vista. Para maior visualização destacam-se abaixo os tópicos que surgiram:

- O curso potencializa os dispositivos das políticas públicas, reafirmando para quem está comprometido o compromisso de atuação na rede já que problematiza de forma constante os comportamentos necessários as práticas, associada a teoria, sendo um indutor de reflexão de novas maneiras de pensar e agir em prol de mudanças no processo de trabalho;
- Os conhecimentos adquiridos me deixaram mais segura para o trabalho de gestão. A experiência prática e teórica me fez pensar em novas formas de agir e relacionar a importância das ações sempre tendo como foco central o usuário;
- Trabalho na rede aceitei fazer o curso para melhorar a minha forma de trabalhar e me atualizar. Esta foi uma ótima oportunidade. Aos poucos tenho tentado melhorar as minhas práticas, colocando a teoria no meu trabalho. Obviamente as mudanças são lentas mas estão acontecendo, tem muitos se esforçando para que as mudanças ocorram;
- Percebi o quanto se tem que mudar ás práticas organizacionais dos serviços, o quanto se tem que possibilitar a troca entre os diversos setores de saúde. E isso depende de vários atores e trabalho de co-gestão;
- Houve um crescimento pessoal em relação ao meu processo de trabalho e nas minhas relações interpessoais. Ao se trabalhar em equipes muitas vezes é preciso ponderar o que se diz para evitar conflitos, e isto é uma constante. Nunca tinha trabalhado na rede pública e tinha receio de não me adequar. Sem o embasamento do curso seria inviável trabalhar no serviço público, somente após estar inserida verifico a complexidade do sistema;
- Engajamento dentro da equipe, conhecer o trabalho e trabalhar as metas propostas, de uma forma humanizada e integrada, proporcionando uma melhoria para o usuário, parte integrante do serviço, uma parte importante para o seu funcionamento e a satisfação do usuário”
- É impossível trabalhar no SUS e não se fazer responsável como atuante em rede de atenção. Não se produz saúde efetivamente sem conhecimento, sem comunicação com os diversos níveis de atenção e com os diversos atores envolvidos neste processo. É preciso conhecer muito bem a clínica mas acho mais importante ainda conhecer os dispositivos que o resto da rede oferece para que o cuidado ao usuário seja efetivo e eficaz;

• Muito ainda a caminhar para termos um sistema eficiente, humano e equânime. A experiência do curso está sendo maravilhosa nas relações com o próprio sistema de saúde, suas deficiências, suas qualidades. Frustração e sem esperança, mas crença de que ainda há uma luz no fim do túnel para a melhoria do SUS;

• Trabalhando na rede de atenção como uma profissional que busca um atendimento mais humanizado em primeiro lugar, fazendo também o empoderamento pessoal, do ponto de vista do usuário, buscando explicar sempre qualquer intervenção ou conhecimento sobre a atuação da saúde do paciente. Valorizo a resolutividade dos problemas de saúde do paciente de forma que a clínica e a teoria se completem;

• Engajado na rede de atenção, buscando a multidisciplinariedade e orientando os colegas da equipe em relação ao funcionamento teórico da rede;

• Se considerar dentro da rede prestando um atendimento muito mais qualificado. Além de tecnicamente melhor, me sinto mais preparada para oferecer um atendimento mais integral e humanizado;

• Na atenção especializada, onde o fluxo é muito direcionado e acabamos tratando a doença e não pessoas. A nossa realidade dentro do hospital não nos permite aprofundar na história de vida dos indivíduos. Acabamos por priorizar as informações pertinentes as afecções que estamos tratando e quando sentimos necessidade realizamos encaminhamentos para tratar outras questões eventualmente identificadas;

• Após as aulas que tivemos e tudo que nos foi passado em relação aos serviços, acredito que me percebo atuando na rede, o curso está sendo de grande valia, sem este preparo não teria como atuar no serviço e conhecimento do funcionamento da rede;

• A experiência positiva no curso me possibilitou enxergar a gestão de uma outra forma. Posso dizer, com certeza, que minha visão acerca dos desafios dos gestores foi ampliada e hoje mesmo vendo esse enorme abismo entre teoria e prática, posso ter subsídios técnicos para me auxiliarem em tomadas de decisões;

• No momento da atuação na rede como profissionais vamos ter desenvolvidos vários conceitos de realidade. Irei me sentir mais segura para atuar no serviço público após ter vivido a experiência do curso, da construção do conhecimento diretamente relacionada a vivencia clínica na prática. Desse modo o aprendizado não fica distanciado da realidade e esta consegue ser enfrentada de maneira mais madura e experiente;

• O curso e os estágios até então foram extremamente vantajosos e com certeza determinam um grande diferencial aos profissionais que não tiveram esta vivencia. Ainda sinto falta de não ter atuado em um Ceo que não seja o da faculdade, para vivenciar outra perspectiva de serviço, convivendo com outro tipo de profissional que não seja o professor da área;

• A minha ênfase a estomatologia ainda não está muito bem no patamar de redes de atenção. Estagiamos no Hospital de Clínicas e no Ceo da UFRGS que são serviços bem diferentes do "clássico" das redes de atenção. Acredito que quando começarmos a estagiar em outro Ceo a visão para esta questão será ampliada;

• A teoria ainda está sendo distante da prática e da realidade, isso as vezes frustra mas ao mesmo tempo faz que possamos buscar uma nova e melhor realidade;

• Satisfeito trabalhando no Ceo, consigo prestar uma atenção de qualidade aos pacientes, criar vínculos estabelecendo uma relação importante para a mudança dos hábitos, o que é fundamental em saúde;

• Neste tempo que estou trabalhando nos serviços, percebo que o trabalho realizado pela atenção especializada é muito bem desempenhado, e que o curso oferece um grande referencial para atuarmos na rede de atenção;

• Diante de todas as minhas experiências adquiridas na minha formação com a rede de atenção em diversas esferas, vejo que o curso está completando de maneira muito positiva minha formação. Sinto que meu conhecimento e entendimento de todo o serviço está crescendo cada vez mais, mas agora mais focada na minha ênfase está me proporcionando uma vivencia em outro nível de complexidade;

• Acredito que a nossa formação neste curso está muito bem focada na realidade dos serviços da atenção especializada onde vamos atuar. Trabalharei na rede de forma diferente do que muitos que vejo onde estão preocupados apenas em cumprir metas. Deve haver sempre espaços para discussão, do qual devo fazer parte para melhorar a interação entre os diversos serviços, em um trabalho conjunto, corresponsável pelos usuários, interdisciplinar e de qualidade no cuidado, focado nos usuários não em procedimentos;

• Em relação as atividades de núcleo, ainda me parece incipiente considerar segurança para conseguir realizar os atendimentos sobre toda a demanda. Muitos assuntos foram pouco ou superficialmente abordados, condutas, protocolos clínicos e casos que poderiam ter sido melhores discutidos. Em relação as atividades relacionadas a saúde pública, sinto que abordam muitos aspectos relacionados à atenção básica, sendo um curso para a formação de especialistas para o Ceo, acredito que poderia haver uma melhor abordagem da saúde pública relacionada com a atenção especializada;

- É muito motivador quando conseguimos aplicar na prática o que aprendemos na teoria. Portanto estou bem satisfeita de ter durante o curso de saúde da família mudado de uma UBS do interior para uma USF da capital e agora durante a realização da especialização em gestão ter assumido como dentista distrital e ganhado na gerencia um espaço que antes não era oferecido. É um grande desafio.

Outro aspecto essencial na avaliação do curso foi ouvir os docentes. Deste modo, em relação a avaliação dos docentes sobre o projeto pedagógico do curso ao longo do tempo, houveram 25 professores responsivos que opinaram por meio do formulário eletrônico do SUS (FormSUS). O formulário foi composto de perguntas fechadas e abertas. As perguntas abertas foram: Como você avalia este curso de especialização? Quais suas sugestões para melhoria em cursos futuros?

Em relação a avaliação do curso de especialização vários docentes acharam o curso muito bem estruturado com carga horária efetiva para a proposta de formação para o SUS, uma proposta muito desafiadora tanto para docentes como para discentes acreditando que o tempo do curso proporcionou formar profissionais com competências técnicas nas suas especialidades de odontologia e propiciar aos discentes o convívio com uma equipe multiprofissional em que cada um exerce um papel na estrutura da realidade nas redes de atenção.

Um grande desafio da aproximação da universidade com os serviços o que permitiu uma mudança de olhar tanto dos discentes quanto dos docentes em relação a rede de atenção, fazendo a associação da realidade dos serviços com os conteúdos teóricos trabalhados na academia, fazendo um profissional comprometido com os serviços de saúde.

Foi ressaltado a importância de vários profissionais de outras áreas de abrangência atuando na formação de discentes de odontologia possibilitando uma visão mais ampliada e mais qualificada dos discentes.

A grande importância de vários discentes terem passado pelas aulas teóricas não somente nas suas ênfases mas de outras, principalmente em relação a saúde coletiva visto que estão sendo preparados para o trabalho na rede pública de saúde e precisam ter o conhecimento de planejamento, gestão, fomentando o aprendizado sobre os instrumentos e mecanismos de atuação do estado brasileiro nesta área. Importante ressaltar a relevância dos alunos das ênfases clinicas terem a experiência inovadora de terem aulas teóricas e práticas no atendimento a pacientes com necessidades especiais desmistificando o atendimento a esse grupo e trabalhando com a inclusão.

A grande maioria dos docentes acharam o curso de suma importância e inovador para a formação do especialista, trazendo a possibilidade de

aprofundamento teórico – conceitual e metodológico em temas de prática em serviço. Por outro lado, alguns acharam o conteúdo difuso com muitos temas abordados e menor imersão dos discentes nas especialidades.

Em relação ao perfil dos discentes alguns colocaram que nem todos possuíam perfil para a rede pública, turma muito diversificada, tanto em termo de interesses, quanto de experiências, alguns pareciam não ter a clareza sobre algumas discussões propostas.

Ao final dos trabalhos dos discentes nos campos de estágios, foi entregue um relatório de atividades onde constavam todas as atividades realizadas ao longo do curso, sua carga horária, e considerações dos preceptores, que foram relatadas e aqui descritas, sem identificação dos discentes. Foram entregues 27 relatórios sendo que houve avaliação de 17 preceptores. Devido a forma de avaliação escrita, apresentamos alguns trechos de algumas falas sem identificação dos preceptores:

- “Envolvimento com o processo de trabalho e dedicada no cumprimento das propostas, responde as expectativas e demonstra excelência no trabalho”
- “Envolvimento em muitas atividades mostrando disponibilidade e interessada, contribui nas discussões e auxiliou nas tarefas que lhe foram atribuídas, ótima integração com a equipe, responsável e comprometida”
- “ Ótimo estágio”
- “Aluna muito participativa, auxiliando a unidade na resolução de problemas que foram surgindo”
- “Auxiliou muito a unidade durante o estágio sempre com muita disponibilidade. Tenho certeza que levará esta dedicação e interesse para outros locais de trabalho. Parabéns”
- “Presença da aluna fomentou ações de otimização na realidade de atendimento ao PCD, impactando diretamente na melhoria e aproveitamento das consultas, bem como a ampliação de informações a outros profissionais da RAS. Excelente participação.”
- “Muito colaborativa no sentido da resolução dos problemas da unidade, mostrando disponibilidade aos desafios propostos.”
- “A aluna deixará saudades, pois é extremamente comprometida com suas atividades e também em aprender sobre os processos da gestão do SUS. Bastante reflexiva e critica, sempre contribui muito durante o estágio. Parabéns”
- “Fez um excelente serviço nesta secretaria”

- "Durante o período que o aluno acompanhou os trabalhos da MAC mostrou- se interessado nas propostas sugeridas, embora não tenha despertado para um maior envolvimento e iniciativa."
- "Cumpriu com o planejamento da sua ação no campo de estágio. Sua participação foi relevante e satisfatória, com retorno positivo dos usuários participantes".
- "Colaborou muito para resoluções dos problemas desta unidade".
- "Mostrou bastante interesse em conhecer a estrutura e o funcionamento da GRSS e SMS. Acompanhou ativamente os processos e participou das atividades executadas dentro e fora da secretaria. Relaciona – se muito bem com a equipe. É organizada, comprometida com seu trabalho".
- "Demonstra conhecimento do SUS e interessada em busca de conhecimento"
- "Profissional dedicada e interessada em conhecer a rede de serviços"
- "Bastante dedicada, demonstrou interesse em aprender e colaborar com o serviço, realizou suas atividades de estágio de forma plenamente satisfatória"
- "Ótimo desempenho. Foi muito rica para a equipe contar com a companhia e o trabalho desta profissional"

Entraves percebidos ao longo do curso pela coordenação pedagógica

A construção coletiva do processo pedagógico ao longo do curso possibilitou algumas análises importantes para reflexões, pela coordenação pedagógica do curso, houveram entraves evidentes mostrados ao longo de um processo em construção como pouca aproximação de alguns referencias teóricos com a prática de serviços, a questão da carga horária do curso ser muito intensa dificuldade na compatibilidade de horários para quem trabalha tanto discentes, professores e preceptores o que causou uma certa dificuldade de reuniões ao longo do processo. Percebeu-se que como a seleção feita foi de profissionais que já tinham vínculo empregatício e outros que eram recém-formados houveram dificuldades em debates mais profundos em relação a importância da integração nas redes de atenção e do compromisso social do curso em formar profissionais envolvidos e comprometidos com a rede pública.

Algumas dificuldades na relação dos docentes com discentes, em relação de poder centralizado na figura institucional dos docentes, faltou ao longo do processo uma melhor comunicação. Portanto a transformação das escolas médicas implica

na mudança de relações de poder dentro da escola, entre departamentos, entre professores e alunos na relação com outros segmentos da sociedade, implica a busca da superação do paradigma positivista na produção do conhecimento, na construção do saber médico e na concepção do processo saúde – doença. (FEUERWERKER, 2002)

Ao colocarmos os discentes nos campos de estágio haviam entraves dentro dos próprios serviços para que estes participassem das reuniões de equipe. Entende-se como falha do projeto pedagógico que deveria desde o início da sua construção ter a participação dos campos de estágio e, também, a inserção dos alunos nos campos um pouco tardia o que prejudicou um pouco a inserção dos mesmo nas equipes causando um desconforto de alguns docentes e discentes. A mudança institucional, portanto começa no próprio processo de construção da proposta de transformação, que deve ser feita por meio da criação de espaços coletivos possibilitando a participação de todos. (CAMPOS, 1999) Os atores sociais são os únicos produtores coletivos de eventos sociais e, em consequência, são os sujeitos da mudança situacional. (MATUS, 1996)

Houve uma certa dificuldade de aproximação de alguns referenciais teóricos com a prática em serviços, isso ainda mostra que a universidade precisa fazer uma maior aproximação dos seus conteúdos com a realidade dos serviços públicos. Pensar então as relações de trabalho na saúde ou na educação significa redimensiona-lo para além do discurso racionalizador, instrumental seja ele de pedagogia ou de medicina. Analisar o trabalho numa instituição pública ou numa escola é refletir sobre a dimensão social em que junto com as representações do que sejam ciência e a técnica existe um complexo de relações intersubjetivas de seres sociais. (AMANCIO FILHO, 1997)

No conteúdo das ênfases diagnosticou-se uma carga horária excessiva nas disciplinas básicas o que dificultava sobremaneira outras atividades exigidas para os alunos como organização de seminários, portfólios e de algumas outras atividades. Ao longo do curso constatou-se falta de organização e de planejamento de alguns professores, o que fazia a coordenação pedagógica sofrer cobranças por parte dos discentes houve uma necessidade de maior entrosamento entre os professores das ênfases e professores da saúde coletiva.

Aspectos positivos observados pela coordenação pedagógica

Integração da universidade com os serviços públicos de saúde o que é um avanço significativo onde esta relação consolida os profissionais para a rede pública dentro da proposta do SUS , a aproximação das especialidades de todo o campo da odontologia nas redes de atenção fazendo com os discentes de todas as ênfases participassem em todos os campos de estágios o que significou uma ampliação da visão dos profissionais que atuam nas redes e dos discentes que participaram nos campos de prática sobre a real importância do alcance de ambas atividades e de suas potencialidades para oferecerem uma qualidade na atenção à saúde da população brasileira permitindo constatar em loco que os determinantes sociais são peças fundamentais no processo saúde – doença e desta forma fazerem outro tipo de inserção mais comprometida e mais humanizada.

Com certeza estes novos aprendizados tanto de saúde coletiva como das ênfases pode mostrar aos discentes como trabalhar em equipe entendendo como se constrói um novo paradigma de saúde interagindo com a realidade das comunidades e construindo redes de relações sociais com profissionais de várias áreas onde a troca de relatos de casos pode ter mais eficácia e eficiência nos diagnósticos, assim como permitiu que ao acompanhar os estágios na gestão dos serviços experiências ricas de planejamento e gestão. O que se considera de importância fundamental foi que todas as ênfases foram focadas para os centros de especialidades do SUS, com um compromisso efetivo da maioria de docentes, discentes e preceptores na qualidade do processo de aprendizagem e de inserção.

Com a experiência do projeto pedagógico do curso todos aprenderam entre erros e acertos tendo a certeza que docentes, preceptores e coordenação produziram conhecimento teórico e prático para que os discentes sejam sujeitos comprometidos com o SUS e que na vivencia das suas práticas possam dar aos usuários um acolhimento e uma melhor humanização aos usuários da rede pública. Ainda serão necessários muitos passos para que se possa de fato consolidar a integração ensino-serviço. Oriundos de diferentes escolas de formação de graduação os alunos necessitam estar integrados no ambiente de trabalho como um todo, desde a recepção na unidade, perpassando a sistematização de marcação de consultas e o retorno do usuário a unidade de origem. (SELLISTRE et al., 2015)

Os diferentes cenários de práticas no SUS promovem ao aluno experiências únicas na sua formação. Nestes cenários, também, se desenvolvem conflitos de interesses, dificuldades e conquistas, passos que servem como arcabouço para o estreitamento da verdadeira integração. Sabe -se que, para se produzir uma nova concepção na linha do cuidado há a eminente necessidade de se integrar academia e serviço. Esse espaço, quando firmemente delimitado, torna-se capaz de demonstrar o objetivo central de toda a articulação que são as reais necessidades de saúde da população. (ALBUQUERQUE et al., 2008)

Sabe-se que abordagens multiprofissionais em trabalho de equipe raramente são apresentadas pelas instituições formadoras na graduação ou pós-graduação em Odontologia, reproduzindo esta mesma conduta individualizada no cotidiano, fragmentando as ações de cuidado. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007)

O início da caminhada do processo de construção do projeto pedagógico até a sua realização foi um processo lento e gradual, onde houveram a participação de vários atores sociais que juntos possibilitaram a construção de uma proposta inovadora, na certeza de que é possível fazer integração ensino-serviço com a visão de formar profissionais especialistas comprometidos com a atenção de forma ampliada, comprometidos com os usuários do Sistema Único de Saúde em uma atenção de qualidade.

Referências

ALBURQUERQUE, V.S. et al. A Integração Ensino – Serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2008, v.3, n.32, p.356-362.

AMANCIO FILHO, A.; MOREIRA CECILIA, G.B. **Saúde, Trabalho e Formação Profissional**. Fiocruz: Rio de Janeiro,1997.

APPLE, M**. Educação e Poder**. Porto Alegre: Art Med,1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de trabalho e da Educação em Saúde. **Aprender SUS: o SUS e as mudanças na graduação**. Brasília: Ministério da Saúde,2004.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias do ensino aprendizagem**. Rio de Janeiro: Vozes,1998.

CAMPOS, G.W.S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde**. Olho Magico**, 2010, v.10, n.2, p.7-14.

CECCIM, B.R; FEUERWERKER, C.M.L. O Quadrilátero da Formação para a área de Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. Physis**: Rev. de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2014, v.14, n.1, p.41-65.

DEMO, F**. Conhecimento moderno sobre ética e intervenção no conhecimento**. Rio de Janeiro. Vozes, 1997.

DEMO, F**. Desafios modernos da educação**. Petrópolis: Vozes, 1998.

FEURERWERKER, L.C**. Além do discurso de mudança na educação médica:** processos e resultados. São Paulo; Hucitec,2002.

FREIRE, P**. Pedagogia da autonomia**. 31ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

HUGO, F.N. (Coord**). Projeto Pedagógico**: curso de especialização em atenção especializada em saúde com ênfase em: Endodontia, Estomatologia, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-facial, Periodontia e Gestão. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia, UFRGS, 2013. Equipe Pedagógica: Angela Maria Antunes Nunes ,Vania Aita de Lemos ,Karla Frichembruder.

MATUS, C. O método PES. In: HUERTAS, F. **Entrevista com Carlos Matus**, São Paulo:Ed.Fundap, 1996.

MERHY, E.E; ONOCKO,R. (Org). **Praxis em salud:** um desafio para lo público. São Paulo: Hucitec,1997.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 1992.

PAIM, J.S. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil:** problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Ad saúde, 1994. (Série temática 1, Faculdade de Saúde Pública /USP).

SELLISTRE, R.C.; SANT´ANNA, A.M.J.; NUNES, A.M.A.; LEMOS, V.M.A. Curso de Especialização em Atenção Especializada: um novo desafio para a Odontologia e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**. 2015, v.VI, n.1, p.58-63.

SOBRE OS ORGANIZADORES

Alexandre Fávero Bulgarelli: Cirurgião Dentista, graduado pela Associação de Ensino de Ribeirão Preto/UNAERP (1998), Mestrado em Ciências Médicas sub área Saúde na Comunidade pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/FMRP-USP(2006), Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic (2008), Doutorado (2010) e Pós-Doutorado (2011) em Ciências da Saúde sub área Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/EERP-USP. Professor Adjunto 3 da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/FO-UFRGS, pesquisador colaborador da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/EERP-USP e professor permanete do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/PPGCol, da Escola de Enfermagem da UFRGS. Firma-se na área da Saúde Bucal Coletiva com pesquisas desenvolvidas nas áreas: Atenção Primária à Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde, Formação em Saúde e Construção de sentidos para saúde. **E-mail:** alexandre.bulgarelli@ufrgs.br

Ângela Maria Antunes Nunes: Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Pelotas (1976), graduação em Psicologia pela Universidade Católica de Pelotas (1997), mestrado em Odontologia (Odontologia Social) pela Universidade Federal Fluminense (1979) e doutorado em Odontologia área de concentração em saúde coletiva pela Universidade Federal de Pelotas (2002). Realizou curso de especialização em sociologia e cursos de aperfeiçoamento em administração e planejamento em saúde; modalidades de atenção em saúde na zona rural. Ministrou aulas em várias disciplinas na area de saúde como: politicas públicas; educação em saúde, epidemiologia, saúde coletiva, ética e bioética; responsabilidade social; tanto na graduação como na pós graduação. Exerceu inúmeros cargos administrativos: chefia de departamento; responsavel por disciplinas; coordenação de colegiado de curso; vice diretora e diretora da Faculdade de Odontologiada UFPEL. Participou de vários projetos de pesquisa a nivel local, regional e nacional incluindo Projeto de núcleos de excelencia (PRONEX). Várias participações em conferencias, congressos, simpósios. Atuou em vários projetos de extensão no municipio de Pelotas, sendo

um dos mais significativos o de atendimento cliníco no Presidio Regional por um período de dez anos. Atendimento á crianças vulneráveis e trabalho com adolescentes. Aposentada pela UFPEL, radicou-se em Porto Alegre, onde exerceu por vários períodos a função de professora substituta na Faculdade de Odontologia da UFRGS, na disciplinas de saúde coletiva, estágio supervisionado em saúde coletiva, saúde sociedade, semiologia, ética e bioética; participou da elaboração do projeto pedagógico para o curso de especialização em formação de profissionais de saúde para os ceos; participou como orientadora de trabalhos de conclusão de curso de graduação e como orientadora de dissertações para a especialização. Realizando curso de pós doutorado na UFRGS desde 2013, tendo concluído em 2015 sendo que realizou dois artigos que estão sendo submetidos a publicação. **E-mail:** angelaanunes@hotmail.com

Cristine Maria Warmiling: Graduação em Odontologia (1987) e Mestrado em Saúde Coletiva (2002) na Universidade Federal de Santa Catarina. Doutorado em Educação (2009) pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da UFRGS. Bolsista Pós-doutorado CAPES/Brasil/McGill University (Montreal-Canadá) (2015). Professora Adjunta do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Professora Permanente dos Programas de Pós-Graduação Modalidade Mestrado Profissional Ensino na Saúde Faculdade de Medicina da UFRGS e Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS/Grupo Hospitalar Conceição. Possui experiência na área de Saúde Coletiva com ênfase em Educação na Saúde atuando principalmente nos seguintes temas: ergologia, processos de trabalho, educação permanente e ensino na saúde. **E-mail:** crismwarm@gmail.com

Fernando Neves Hugo: Diretor do Centro de Pesquisas em Odontologia Social (2010-) e Professor Adjunto do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2008). Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (2008) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS (2014). Professor Colaborador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFMA (2011). Possui Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1999), Mestrado em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2002) e é Doutor em Odontologia, área de Saúde Coletiva, pela Universidade Estadual de Campinas. Realizou estágio sanduíche no College of Dentistry, University of Illinois at Chicago. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Saúde Bucal Coletiva e Epidemiologia Bucal, atuando principalmente nos seguintes temas: epidemiologia, odontologia geriátrica, qualidade de vida, atenção primária à saúde e avaliação em saúde. **E-mail:** fernando.hugo@ufrgs.br

Karla Frichembruder: Cirurgiã-dentista da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, atua no Centro de Pesquisas em Odontologia Social. Possui mestrado em Odontologia na área de Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2011), especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2005), graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1992) e graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1988). Atualmente é doutoranda em Saúde Bucal Coletiva atuando principalmente com temas relacionados a políticas públicas, planejamento e gestão em saúde. **E-mail:** karla.frichembruder@ufrgs.br

Vania Maria Aita de Lemos: Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Maria (1972) e mestrado em Odontologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1983). É especialista em Odontopediatria e em Ortopedia Funcional dos Maxilares. Como técnica da Secretaria Estadual de Saúde/RS atuou como Coordenadora Municipal de Saúde Bucal e como Professora e Coordenadora do Curso de Especialização em Saúde Pública. É professora do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.Tem experiência na área de Saúde Coletiva e Odontologia, atuando principalmente nas seguintes áreas: Saúde Coletiva, Epidemiologia, Educação Superior em Odontologia e Odontologia Social e Preventiva. **E-mail:** vaniaaita@yahoo.com.br

9 788566 659719

Este livro surgiu como uma maneira de tornar pública as memórias do curso de Especialização em Atenção Especializada em Saúde da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O mesmo estrutura-se em três sessões temáticas: Gestão ambiental: biossegurança e resíduos; Gestão de planejamento e modelos de saúde; e Gestão da atenção primária à saúde. Para melhor contextualização do leitor, além de estruturado nestas sessões temáticas, o livro apresenta um capítulo inicial sobre o curso de especialização proposto e um capítulo final em que se mostra uma avaliação final do referido curso. Este livro é indicado para qualquer profissional, estudante e gestor da saúde que queiram ampliar suas leituras sobre experiências no SUS. O livro foi pensado e organizado, acreditando-se que tais experiências e conhecimentos produzidos possam embasar novas práticas assistenciais e de gestão no SUS.

editora

redeunida

www.redeunida.org.br