

GESTÃO EM SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

CASOS, ANÁLISES E PRÁTICAS



Ronaldo Bordin
Diogo Joel Demarco
Fabio Bittencourt Meira
(Organizadores)

GESTÃO EM SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

CASOS, ANÁLISES E PRÁTICAS

Editora Evangraf
Porto Alegre, 2015

© Copyright: dos autores

Produção Gráfica e Impressão: Editora Evangraf

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE GESTÃO EM SAÚDE – PNAP/2013-2015

Coordenador: Ronaldo Bordin

Vice-coordenador: Ana Mercedes Sarria Icaza

Corpo docente (disciplinas): Profs. Drs. Ana Mercedes Sarria Icaza, Aragon Erico Dasso Júnior, Ariston Azevedo, Clezio Saldanha dos Santos, Cristina Amélia Carvalho, Fernando Dias Lopes, Ivan Antônio Pinheiro, Paul Douglas Fisher, Maria Ceci Araújo Misoczky, Roger dos Santos Rosa, Ronaldo Bordin e Sueli Maria Goulart da Silva.

Corpo docente (orientação): Profs. Drs. Celmar Corrêa de Oliveira, Clezio Saldanha dos Santos, Guilherme Dornelas Câmara, Paul Douglas Fisher, Maria Ceci Araújo Misoczky, Mariza Machado Klück, Rafael Kunter Flores, Roger dos Santos Rosa e Ronaldo Bordin.

Coordenadora de tutoria: Rita de Cássia Nugem

Tutores de disciplinas: Ana Lucilia da Silva Marques, Clarice Coelho de Oliveira, Cláudia Raulino Tramontt, George dos Reis Alba, Lucas Casagrande, Marcelo de Azevedo Zatar, Maira Rossetto, Mariana Bello Porciuncula, Rafael Matos da Rosa.

Tutores de orientação a distância: Camila Guaranha, Gímerson Erick Ferreira, Juliane Meira Winkler, Luís Fernando Kranz e Maria Luiza Ferreira de Barba.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G393 Gestão em saúde no Rio Grande do Sul : casos, análises e práticas / (organizadores) Ronaldo Bordin, Diogo Joel Demarco, Fabio Bittencourt Meira. – Porto Alegre : Evangraf, 2015.
200 p.

Inclui bibliografia.
ISBN 978-85-7727-936-4

1. Gestão em saúde - Rio Grande do Sul. I. Bordin, Ronaldo.
II. Demarco, Diogo Joel. III. Meira, Fabio Bittencourt.

CDU 61:658(816.5)
CDD 362.1068

(Bibliotecária responsável: Sabrina Leal Araujo – CRB 10/1507)

Publicação realizada com recursos do projeto Curso de Especialização em Gestão em Saúde (UAB-CAPES), ofertado no âmbito sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB) - Processo: 23078.029737/12-13

APRESENTAÇÃO

No âmbito do sistema da Universidade Aberta do Brasil (UAB) e do Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP), a Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EA/UFRGS) lançou em 2013 a segunda edição dos Cursos de Especialização de Gestão Pública, Gestão Pública Municipal e Gestão em Saúde, modalidade a distância.

O PNAP oferta cursos de graduação e especialização destinados à criação de um perfil nacional do administrador público, propiciando a formação de gestores que utilizem uma linguagem comum e que compreendam as especificidades de cada uma das esferas públicas (municipal, estadual e federal). Os cursos passam a integrar o conjunto de cursos oferecidos pelo Sistema UAB, como cursos permanentes, e são ofertados gratuitamente nos polos de apoio presencial da Universidade Aberta do Brasil.

Estes cursos de especialização destinavam-se aos portadores de diploma de curso superior que exercessem atividade em órgãos públicos ou do terceiro setor ou com aspirações ao exercício de função pública. Os cursos pretendem capacitar quadros de gestores para atuar na administração do governo e unidades organizacionais, bem como a de profissionais com formação adequada para intervir na realidade social, política e econômica e, assim, contribuir para a melhoria da gestão das atividades desempenhadas pelo Estado brasileiro, nos âmbitos federal, estadual e municipal. (CAPES, 2009)

Especificamente quanto ao Curso de Especialização de Gestão em Saúde, esta edição contemplou 310 inscritos, distribuídos em 9 polos no

Rio Grande do Sul (RS), quais sejam: Novo Hamburgo, Quaraí, Sapiranga, São Sepé, Santo Antônio da Patrulha, São Lourenço do Sul, Serafina Correa e Três Passos.

Este livro é composto por versões modificadas de oito trabalhos de conclusão, além de resumos de todos os demais trabalhos apresentados pelos concluintes ao Curso de Especialização de Gestão em Saúde. Abordando áreas como economia da saúde, direito sanitário, tecnologia e uso de sistemas de informação em saúde, entre outros, evidenciam um panorama de casos, análises e práticas da área de gestão em saúde no estado do Rio Grande do Sul.

Boa Leitura!

Os Organizadores

SUMÁRIO

PARTE I - CASOS, ANÁLISES E PRÁTICAS 9

Atendimento em Saúde na Copa do Mundo de Futebol 2014 em Porto Alegre (RS): Uma Comparação entre o Previsto e o Ofertado

Márcia Carcuchinski da Silva
Ronaldo Bordin 11

Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família no Município de Sapucaia do Sul (RS), 2009-2013

Alessandra da Rosa Santos
Luís Fernando Kranz
Paul Douglas Fisher 49

Plano Municipal de Saúde 2014-2017 e Interface com os Relatórios Quadrimestrais de Gestão do Município de Montenegro (RS)

Silvana Aparecida Furtado de Souza Schons
Rafael Kruter Flores 67

A Tecnologia de Informações em Saúde como Ferramenta de Gestão no Conselho Municipal de Saúde de Ijuí (RS)

Sandro Cesar Dias
Rita de Cássia Nagem
Roger dos Santos Rosa 83

**Judicialização de Medicamentos e outros Tratamentos em Portão (RS),
2013-2014**

Tábitha Dahmer Rocha
Gímerson Erick Ferreira
Celmar Corrêa de Oliveira 97

**Morbidade Hospitalar por Doenças Respiratórias em Idosos Pré e Pós-
Campanha de Vacinação Contra Influenza no Município de Gravataí (RS)**

Patrícia Silva da Silva Rosa
Camila Guaranha
Mariza Machado Klück 113

**Acidentes de Trabalho com Material Biológico: O Caso dos Profissionais
da Saúde em Alegrete (RS)**

Taize Oliveira Cadore
Gímerson Erick Ferreira
Guilherme Dornelas Camara 125

**Análise da Gestão do Sistema de Resíduos Sólidos – Medicamentos – no
Município de Boa Vista do Incra (RS)**

Dieisson Morgan
Luís Fernando Kranz
Clezio Saldanha dos Santos 137

PARTE II - RESUMOS DOS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO .. 159

The background features a grid of hexagons, some filled with light gray and others empty. Inside the filled hexagons are various medical and scientific icons: a person silhouette, a first aid kit, a wheelchair, a microscope, test tubes, a pill, a virus particle, and a world map. A dashed line with a circle at the end is also visible.

PARTE I
**Casos, Análises
e Práticas**





ATENDIMENTO EM SAÚDE NA COPA DO MUNDO DE FUTEBOL 2014 EM PORTO ALEGRE/RS

UMA COMPARAÇÃO ENTRE O PREVISTO E O OFERTADO

MÁRCIA CARCUCCHINSKI DA SILVA
RONALDO BORDIN

INTRODUÇÃO

Em 2009, São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ), Brasília (DF), Belo Horizonte (MG), Salvador (BA), Recife (PE), Fortaleza (CE), Natal (RN), Manaus (AM), Cuiabá (MT), Curitiba (PR) e Porto Alegre (RS) foram selecionadas para acolher a Copa do Mundo de Futebol. Em um primeiro momento, instalou-se no País um estado de excitação pelo grande fluxo de turistas que viriam ao país. O momento foi também de muita cautela, pois apesar dos 5 anos entre a prévia seleção e a realização do campeonato mundial em 2014, a confirmação de que essas cidades realmente seriam as cidades-sede da Copa do Mundo viria com o cumprimento dos pré-requisitos impostos pela *Fédération Internationale de Football Association* (FIFA), entidade responsável pelo evento.

Os critérios para a escolha das cidades-sede envolviam os estádios, a rede hoteleira, o sistema de transporte urbano, os aeroportos, a segu-

rança pública, dentre outras¹. No âmbito da saúde, coube ao Ministério da Saúde (MS), enquanto ente federal, responsável pelas políticas públicas de saúde, a responsabilidade de construir, junto aos demais entes federados, o planejamento das ações relativas ao atendimento em saúde.

Em 2011, foi instalada no Brasil a Câmara Temática Nacional de Saúde, com o objetivo de definir as diretrizes gerais de preparação para o evento. Ações estratégicas, responsabilidades e metas foram exaustivamente discutidas em uma importante experiência de articulação entre Governo Federal, Estados e Municípios, em reuniões que versaram sobre a oportunidade de aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a experiência, para muitos, inovadora: a qualificação da gestão no planejamento do atendimento em saúde em eventos de massa. Os encontros ocorreram em várias capitais brasileiras.

Representantes de Porto Alegre e do estado do Rio Grande do Sul (RS) participaram desse processo desde o início, com vistas ao planejamento em saúde para os jogos da Copa em Porto Alegre. Constituiu-se no estado a Câmara Temática Estadual da Saúde, composta por representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Secretaria Especial da Copa Estadual. O desafio era oferecer uma estrutura de serviços de saúde adequada para receber turistas nacionais e estrangeiros. Esse fórum acompanhou o detalhamento das ações nas diversas áreas do SUS (vigilância em saúde, urgência e emergência, atenção hospitalar, capacitações, entre outros) e construiu uma interface junto a outras áreas, como a segurança pública e os prestadores privados de serviço em saúde, como a Unimed e hospitais interessados no processo.

Questões importantes pautaram as reuniões desse fórum, salientando a necessidade de construir ações que não se limitassem à cidade de

1 Segundo o secretário-geral da FIFA, Jerome Valcke, a escolha obedeceu a critérios técnicos, com base nas visitas feitas por técnicos da entidade, no começo de 2009, e nos projetos entregues pelas cidades. Além dos estádios, aspectos como a rede hoteleira, sistema de transporte urbano, aeroportos, segurança pública e opções de lazer também foram levados em conta na hora da escolha.

Porto Alegre. Apesar da competência dos atendimentos à saúde, nos estádios, ser da FIFA, houve uma incompreensão, por parte da Federação quanto às normas que regem o SUS. A perspectiva de receber turistas de países vizinhos, em especial argentinos, trazia um novo desafio ao problema: o que fazer com visitantes que não possuíssem seguro saúde? Poderiam ser encaminhados a prestadores de saúde privados? Como garantir o custeio do atendimento?

Nesse contexto, este estudo objetiva detalhar o processo de formulação do planejamento e do atendimento em saúde prestado aos participantes da Copa do Mundo de Futebol 2014, em Porto Alegre, comparando-o ao preconizado pelo MS.

MÉTODOS

Este estudo consiste em uma pesquisa sobre o planejamento em saúde para eventos de massa no Brasil. No caso, a Copa Mundial de Futebol 2014 em Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul (RS).

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica a respeito do tema saúde em eventos de massa e planejamento do atendimento em saúde, buscando padrões preconizados pelo Ministério da Saúde e desafios criados por essa ação no Sistema Único de Saúde (SUS) com relação aos temas: preparação, prevenção e resposta. Em paralelo, foi realizada uma busca de dados sobre a fase de planejamento para o atendimento em saúde durante a Copa 2014. Em âmbito estadual, foram identificados o processo de construção, as principais discussões realizadas nas reuniões da Câmara Temática Nacional de Saúde, na Câmara Temática Estadual e os principais atores sociais envolvidos.

A base para as consultas realizadas foram os relatórios gerenciais formulados pelas estruturas montadas para a realização dos atendimentos e as informações obtidas junto aos sistemas municipais. Os documentos permitiram construir um perfil do atendimento em saúde, relacionando a demanda à oferta dos serviços de saúde durante o megaevento.

Os objetos de análise foram a resposta em saúde no processo de planejamento municipal para a Copa Mundial de Futebol 2014, os principais atores envolvidos e as principais decisões que subsidiaram a construção do Plano Operativo da cidade.

As estruturas e ações que efetivamente atuaram com o Plano Operativo passaram por um estudo comparativo em que se analisaram as lacunas e os motivos que podem ter causado diferenças entre o planejado e o executado.

CONTEXTO DO ESTUDO

O tema planejamento é referenciado por um grande número de autores da área administrativa. Oliveira (1985, p.14) conceitua planejamento como sendo “um processo desenvolvido para o alcance de uma situação desejada de um modo mais eficiente, eficaz e efetivo, com melhor concentração de esforços e recursos”, sem apontar formas mais apropriadas quanto aos esforços que deveriam ser concentrados para a realização do planejamento.

Para Kerr (1993, p.7), o termo planejamento estratégico refere-se a um conjunto de conceitos, procedimentos e ferramentas desenvolvidas para ajudar uma organização a pensar e a agir estrategicamente por meio de um processo que visa promover o consenso. Chiavenato (2000) enfatiza que o planejamento tático é um conjunto de tomada de decisões, deliberado e sistemático, envolvendo empreendimentos mais limitados, prazos mais curtos, áreas menos amplas e níveis mais baixos da hierarquia da organização.

Na revisão da literatura sobre planejamento estratégico, pensado como ferramenta na administração pública, destacam-se elementos fundadores principalmente nas teorias baseadas em Carlos Matus², que desenvolveu o planejamento estratégico situacional (PES). Seus con-

2 Carlos Matus, economista Chileno que integrou o governo Salvador Allende (Chile) como Ministro da Economia e Presidente do Banco Central. Em 1989 lançou a obra *Adeus, Senhor Presidente – Planejamento, Antiplanejamento e Governo*.

ceitos baseiam-se na visão prática da administração pública, e de uma posição crítica ao tecnocratismo, ao economicismo e ao puro ideologismo.

Em uma das suas principais obras, Matus desenvolve alguns argumentos sobre a importância do planejamento. A necessidade de uma mediação entre o futuro e o presente, de acordo com o autor, reside no fato de que o critério para decidir o que deve ser realizado baseia-se na avaliação da eficácia que esta ação terá para o planejador no futuro. Esse argumento destaca a importância de prever as possibilidades futuras para esboçar, com antecipação, o que deve ser feito hoje.

O autor acrescenta, ainda, que não se deve esperar que o amanhã ocorra, sob pena de que a atuação seja tarde diante de problemas já criados ou oportunidades não aproveitadas. Além disso, enfatiza o quanto a previsão é fundamental quando a predição é impossível, apoiando-se na exigência de prever possibilidades para rever ações e, em consequência, a oportunidade e a eficiência da ação.

Matus salienta também a capacidade de reação planejada ante as surpresas - tratando da importância da aprendizagem da prática como mediação entre o passado e o futuro, assim como a necessidade de haver uma mediação entre o conhecimento e a ação. Sugere que, entre a ação e o conhecimento da realidade a seu serviço, seja requerido o planejamento ainda que como mera análise do presente e para o presente.

Por fim, o autor defende a coerência global frente às ações parciais dos atores sociais. Segundo Matus, se se deseja conduzir o sistema social para objetivos decididos democraticamente pelos homens, é necessária uma ação central que busque a coerência global frente às ações parciais dos atores sociais,

De acordo com essa teoria, a noção de planejamento não se resume a uma carta de intenções elaborada de acordo com um determinado cenário em que reagem determinados atores, participantes de um processo limitado por determinados recursos. Um planejamento sério, dotado de critérios e objetivos, referenciado nas noções de eficiência e eficácia, e

articulado por formas objetivas de medição de resultados, é imprescindível para dotar a administração pública de maior qualidade. A estratégia utilizada no jogo social entre os diversos atores no planejamento de uma determinada ação reveste-se de uma grande importância nesta análise.

Autores mais próximos e dedicados a pensar o planejamento na área da saúde, como Francisco Rivera e Elizabeth Artmann (2012, p.53), realizam uma releitura de enfoques de planejamento utilizando a abordagem comunicativa.

Assim como o planejamento estratégico surge da crítica e da reconstrução do planejamento chamado normativo trazendo novos elementos, especialmente o político – considerado um dado externo ao enfoque tradicional -, o Planejamento Comunicativo representa um contraponto aos enfoques de planejamento estratégico em saúde tendo por referência a Teoria do Agir Comunicativo – TAC de Habermas (2012).

Conforme essa leitura, o paradigma comunicativo, para além de perseguir o sucesso do plano, almeja inclusive o entendimento e a coordenação de ações cooperativas para que essas metas sejam atingidas e a preocupação, portanto, é também com a legitimidade do plano.

É neste contexto que se reveste de importância a experiência do planejamento do atendimento em saúde durante a Copa do Mundo de Futebol 2014 iniciado com a Constituição de Câmaras Temáticas de Saúde Nacional e Estadual.

CÂMARAS TEMÁTICAS DE SAÚDE

O Governo Federal, visando propor políticas e soluções técnicas que garantissem um legado social eficiente, a partir das oportunidades geradas pela realização do Mundial de futebol, instalou nove Câmaras Temáticas Nacionais em 2011. Dentre essas Câmaras, foi instalada a Câmara Temática da Saúde, coordenada pelo Ministério da Saúde e constituída por representantes dos estados e das 12 cidades que sediariam os jogos do mundial. Segundo o então Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, uma

das prioridades seria a organização dos serviços de urgência e emergência nas cidades-sede e nos principais destinos turísticos do país.

Nas primeiras reuniões destinadas à constituição do fórum e à comunicação das diretrizes ocorridas em Brasília e em Fortaleza, deram-se os passos iniciais no entendimento de quais seriam as ações necessárias em saúde. Estiveram em pauta os possíveis impactos nas demandas de resultantes do intenso fluxo de turistas nacionais e internacionais em torno das cidades que iriam abrigar os jogos. Cada cidade-sede foi incentivada a apresentar um mapeamento da infraestrutura disponível e das ações que considerava fundamentais para garantir o funcionamento adequado dos serviços.

Foram aprofundados temas a respeito da possibilidade de intensificar a vigilância sanitária em portos, aeroportos e postos de fronteira e o mapeamento dos cuidados com a prevenção e o combate a problemas emergenciais, como surtos e epidemias que poderiam ocorrer durante a Copa. Por fim, abordaram-se os possíveis legados materiais (estruturas) e imateriais que cada cidade pretendia alcançar, em virtude do evento e do padrão de funcionamento dos serviços que ele iria requerer, como o treinamento da Força Nacional de Saúde, que deveria estar preparada para atuar não só em situações de emergência, mas também de grande demanda.

Em outubro de 2011, o Rio de Janeiro sediou a IV Reunião da Câmara Temática Nacional de Saúde. Nesta assembleia deu-se continuidade à elaboração do plano de ação em Assistência e Vigilância em Saúde para o mundial. Em dezembro de 2011, a reunião voltou à Brasília, quando representantes da Colômbia foram convidados a relatar as ações desenvolvidas para a Copa do Mundo Sub-20, realizada naquele país. A iniciativa objetivava compartilhar experiências em eventos esportivos de grande porte. Segundo Tereza Sarmiento, especialista do Ministério da Saúde Colombiano, uma das preocupações no país era criar uma estrutura de ação imediata para atuar em possíveis casos de inundações, comuns na região em função do efeito La Niña.

A VII Reunião da Câmara Temática Nacional de Saúde ocorreu em Porto Alegre, cerca de um ano antes da abertura do campeonato e contou com a presença de gestores federais, estaduais e de várias cidades-sede, além de gestores de outras áreas, como a da segurança. Representantes da FIFA e da organização do campeonato mundial na África do Sul de 2010 abriram o evento relatando ao público lições aprendidas, seguidos pelos representantes do MS que abordaram aspectos referentes à organização das ações de saúde e segurança em eventos de massa. Representantes da área da segurança também versaram a respeito dos desafios na integração operacional entre as áreas de saúde e segurança e a organização de Centros de Comando e Controle. A articulação entre serviços públicos e privados nesse tipo de evento também foi debatida nessa ocasião.

A construção do plano operacional para a Copa das Confederações foi o principal tema em Salvador, focando na necessidade de vacinação dos profissionais que teriam contato com os turistas, como taxistas, profissionais do setor de hotelaria e alimentação, além dos voluntários. Nessa Câmara Temática, o médico convidado Ibrahim Abubakar, da Universidade de Londres, palestrou a respeito das perspectivas globais para a prevenção de doenças infecciosas associadas a megaeventos, apresentando tais enfermidades e alertando sobre a importância do planejamento de ações de saúde.

Em Natal, os participantes pactuaram a sistemática de monitoramento e avaliação dos Planos Operativos da Saúde das 12 cidades-sede e definiram metas a serem alcançadas até 2014, incluindo a prevenção e resposta nos casos de possíveis ataques terroristas com o uso de Químicos, Biológicos, Radiológicos e Nucleares (QBRN). Cada cidade-sede assumiu o compromisso de elaborar o seu planejamento de acordo com as características locais, com base no Plano Mestre de Preparação e Resposta às Emergências em Saúde Pública do SUS do Ministério da Saúde. O plano nacional apontou estratégias como o regime de plantão na Rede de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde, e defi-

niú a manutenção das Equipes de Respostas Rápidas em alerta 24h para investigação das notificações recebidas.

Manaus sediou a XIV Reunião da Câmara Temática da Saúde, mais uma oportunidade para que as cidades apresentassem seus planos operativos para a Copa do Mundo. No evento, houve troca de experiências entre as sedes sobre as ações de saúde programadas para o período dos jogos, principalmente com aquelas que haviam sido palco da Copa das Confederações, competição que serviu como teste nessas cidades-sede. Temas como a integração entre os serviços de saúde e os demais setores que participariam da ação, envolvendo a atenção e vigilância em saúde, urgência e emergência, segurança pública, foram aprofundados, ainda por essa Câmara.

A Portaria 1.600 de Julho de 2011 do Ministério da Saúde, que Reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS, em seu Art. 4º aponta como seus componentes:

- I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
- II - Atenção Básica em Saúde;
- III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;
- IV - Sala de Estabilização;
- V - Força Nacional de Saúde do SUS;
- VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;
- VII - Hospitalar; e
- VIII - Atenção Domiciliar.

Esses componentes, com exceção da atenção básica e domiciliar, foram assuntos constantes nas diversas reuniões da Câmara Temática Nacional de Saúde. Experiências exitosas na preparação para atendimento de múltiplas vítimas na Rede Hospitalar e nas ações de vigilância em saúde em megaeventos, como o carnaval do Rio de Janeiro, foram transmitidas ao conjunto dos gestores como forma de incentivar seus planejamentos.

Um dos produtos dessa Câmara Temática de Saúde foi o reforço da importância de construção de planos de contingência, emergência e planos operativos para o atendimento em saúde para o campeonato. Os planos deveriam estabelecer ações relativas à Rede de Atenção à Saúde de Urgência, o fortalecimento do Sistema de Vigilância em Saúde, assim como diversas outras ações específicas para o evento, envolvendo as gestões federal, estadual e municipal de saúde.

DESAFIOS DE PORTO ALEGRE

Frequentemente pauta das páginas dos principais jornais de grande circulação, a superlotação das emergências é um dos principais desafios da cidade. Quadro que não se modificou durante a realização do megaevento. De acordo com matéria eletrônica do Jornal Correio do Povo (em 05 de julho de 2014):

“O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), por exemplo, tinha nesta sexta 96 pacientes na área adulta para 49 vagas. No setor de pediatria, oito pacientes para nove vagas. A média na emergência do hospital tem sido de 120 a 150 pacientes na emergência adulta. Na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, segundo a assessoria de imprensa, no Santa Clara havia 21 pacientes para 26 leitos e no Hospital Dom Vicente Scherer, nove pessoas para 14 vagas. Na área pediátrica, o Criança Santo Antônio estava com seis crianças para 13 leitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e seis pacientes para oito vagas no atendimento por convênios. A emergência do Criança Santo Antônio, do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Misericórdia, em Porto Alegre, chegou a atender em alguns momentos com restrições por causa da superlotação. No Hospital Nossa Senhora Conceição, eram 64 pacientes para 50 leitos. Apesar da condição, a instituição informou que o setor de emergência não seria fechado. Como de costume devido a alta demanda, a indicação da administração dos hospitais de Clínicas, da Santa Casa e do Conceição é de que a população da Capital e da Região Metropolitana de Porto Alegre procure os pronto-atendimentos ou postos de saúde, em casos que não são graves”.

A Rede Hospitalar da capital contava com 22 hospitais em funcionamento e capacidade para atender ferimentos de urgência e emergência, relativos ao esporte para atletas profissionais, com especialidade em traumatismo, ortopedia e reabilitação, sendo que dez deles localizados num raio de 20 km do estádio Beira-Rio, sede dos jogos em Porto Alegre. Apesar disso, o Relatório de Análise da Infraestrutura das Cidades Candidatas à Copa do Mundo FIFA 2014, da Associação Brasileira da Infraestrutura e Indústrias de Base (ABDIB), elaborado em 2008, apontava com relação à Rede Hospitalar de Porto Alegre: (a) que havia déficit de leitos públicos, normais e de UTI, como uma alta taxa de ocupação média destes, e (b) que Porto Alegre deveria realizar investimentos significativos no setor para conseguir suprir as suas dificuldades.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências. Conta com bases móveis espalhadas nas diversas Regiões da Cidade atendendo a todos os tipos de agravos agudos (pediátricos, traumáticos, clínicos, obstétricos e psiquiátricos). Quando acionado, por meio de um número gratuito 192, o médico regulador, após coleta de dados sobre o chamado, decide qual melhor resposta que poderá ser dada, desde o envio de ambulância de suporte avançado (UTI móvel), passando por ambulâncias de suporte básico (tripuladas por técnico de enfermagem e condutor) até uma orientação médica por telefone.

Relatório de Inspeção Especial (Processo nº 1112-0200/14-2), do Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul, ainda não julgado, apontou várias inconformidades no SAMU de Porto Alegre, dentre elas o elevado tempo transcorrido entre o recebimento do pedido de atendimento na Central de Regulação e a chegada da equipe de atendimento no local do incidente (“tempo de resposta”). O documento conclui que, com uma média de 18 minutos e 54 segundos, medidos de janeiro a agosto de 2013, o serviço não atendia a padrões de eficiência, possivelmente comprometendo a saúde e até mesmo a vida dos usuários.

Outros temas como a regulação, capacitação de pessoal para atendimento de megaeventos e mesmo a necessidade de articulação

entre esferas pública federal e estadual assim como com organizações privadas representavam pontos de atenção para que a resposta em saúde estivesse adequada à demanda gerada pela Copa Mundial de Futebol.

Na fase de planejamento, somente estimativas indicavam o volume da demanda por atendimento previsível para a Copa 2014, sendo necessário avaliar no pós-evento qual a relação entre o que o planejamento estimava e a demanda originada pelo mundial. Se a discrepância for considerável, pode-se supor que outro desafio seja o aprofundamento de capacitações de gestores com relação ao próprio planejamento de forma a aperfeiçoar o atendimento em saúde nos próximos eventos de massa que a cidade de Porto Alegre vir a sediar.

De acordo com anúncio realizado, em 26 de maio de 2014, no Centro Integrado de Comando da Capital (CEIC), pelo responsável indicado pela Secretaria Municipal de Saúde, as estruturas previstas para o atendimento em saúde durante a Copa 2014 em Porto Alegre envolveriam o atendimento da atenção básica até os casos mais complexos de atendimento, definindo hospitais de referência, realizando planos de contingência e articulando ações de prevenção junto à Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (Quadro 1).

Quadro 1 – Estruturas previstas para o atendimento em saúde durante a Copa 2014 em Porto Alegre. Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Junho, 2014.

<p>Rede Hospitalar</p>	<p>O Hospital de Pronto Socorro (HPS) será a unidade referência para atendimento de traumas (ferimentos graves e outros). Ainda passando por reforma de ampliação, o hospital terá uma nova Emergência e um novo Bloco Cirúrgico, com suas respectivas áreas de apoio modernizadas. O Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas será a referência para atendimento pediátrico, contando também com áreas de apoio para situações de abuso de menores. Toda a rede hospitalar articulou de forma conjunta planos de contingência para casos de catástrofe.</p>
------------------------	---

UPA Avançada	No espaço da <i>Fan Fest</i> , uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) estará montada, com sete macas de observação e duas de estabilização, equipes completas de atendimento médico e mais uma UTI móvel e duas ambulâncias básicas. No Parque Harmonia, onde funcionará o Acampamento Farroupilha, haverá uma equipe médica com ambulância.
Caminho do Gol	No Caminho do Gol, entre o Mercado Público e o Viaduto Dom Pedro I, cinco equipes do programa Coração no Ritmo Certo irão atuar, com profissionais treinados e equipados para atendimento em casos de parada cardiorrespiratória, com desfibriladores automáticos. Também haverá equipes atuando em ações de conscientização e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, com distribuição de preservativos e material informativo.
Atendimentos Rede Básica	Os centros de Saúde Santa Marta (Centro Histórico) e Modelo (bairro Santana) terão horários de atendimento ampliados: das 7h à meia-noite de segunda a sexta-feira, e das 10h às 22h nos finais de semana.
SAMU	Além da frota normal de 15 ambulâncias, o SAMU terá reforço de outras 10 unidades com equipes completas cedidas pelo SAMU estadual nos cinco dias de jogos em Porto Alegre, e quatro unidades nos demais dias de duração da Copa na Capital. Cerca de 400 profissionais estarão envolvidos nessa área de atendimento.
Plano para Múltiplas Vítimas	Em parceria com o estado, a SMS articulou procedimentos para situações que envolvam múltiplas vítimas. Estas ações envolvem Defesa Civil, Bombeiros, SAMU estadual, Brigada Militar, Polícia Civil e outros órgãos públicos, além de articulações com as Forças Armadas, que darão apoio com meios de remoção e atendimentos especializados, como em casos de ameaça químico-bacteriológica-radioativa.
Estádio Beira Rio	No Beira-Rio, todas as ações de atendimento são de responsabilidade da Fifa e de seus contratados. A FIFA tem o Hospital Moinhos de Vento como referência, contando ainda com o apoio do Hospital Mãe de Deus. Atendimentos e remoções de ocorrências dentro do estádio serão de inteira responsabilidade da FIFA, por definição da entidade. No entorno do Beira Rio, haverá profissionais da Secretaria Estadual de Saúde em áreas de apoio para atendimento médico, com equipes e uma ambulância.

Regulação	A Central de Regulação, que administra a destinação de leitos da rede hospitalar, preparou ações de contingência para múltiplas vítimas e organizou procedimentos para o caso de remoção de estrangeiros a seus países de origem. Casos de regulação (controle de encaminhamento das ambulâncias para os serviços de atendimento) dentro do estádio Beira-Rio ficarão a cargo do SAMU.
Vigilância em saúde	A Coordenação Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) manterá equipes de plantão monitorando restaurantes e outros estabelecimentos do setor de alimentação (inclusive dentro do Beira-Rio), além de todos os demais serviços, como controle epidemiológico, saúde do trabalhador, trabalho infantil e outras atividades.
Comunicação e monitoramento	Todos os serviços estarão interligados por comunicação via rádio, com as equipes do município e do Estado atuando na mesma frequência. As emergências de toda a rede de saúde estão orientadas a relatar imediatamente a entrada de pacientes estrangeiros, para que esses tenham atendimento adequado. O CIOCS – Centro Integrado de Observação e Controle em Saúde vai monitorar todas as ações, tendo em plantão equipes das secretarias estadual e municipal de saúde, além de equipes das vigilâncias em saúde do Estado e município.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Copa do Mundo de 2014 foi um dos primeiros eventos de grande magnitude que Porto Alegre sediou, desafiando os gestores a contar com a integração de esforços da União, do Estado e do Município para garantir o atendimento em saúde em Porto Alegre, e mesmo no Rio Grande do Sul. Além da inexperiência, uma grande expectativa havia sido criada em virtude do clima político adverso, em que várias manifestações questionavam publicamente a realização do evento, sendo um desafio ainda maior garantir tranquilidade, também em termos do atendimento em saúde.

No conjunto de encontros, realizados pelas Câmaras Temáticas Nacional e Estadual, construiu-se, com a contribuição de vários setores e instâncias de governo, um arcabouço de itens de atenção. Qual a matriz de responsabilidades? O que caberia à FIFA? Qual a expectativa de público? Como prever o tipo e o volume de ocorrências?

Dúvidas com relação à existência da possibilidade de um Posto Avançado ou Unidade de Pronto Atendimento temporário, próxima ao estádio Beira Rio, considerado território FIFA, foram levantadas. A quantidade de *Fan Fest* que haveria e o local onde essas festas aconteceriam, também foram questionados. Outras dúvidas orientaram essa primeira fase de planejamento, entre elas, a necessidade de contratação de tradutores junto aos serviços que de fato atenderiam, como o SAMU e o Pronto Atendimento.

O PRECONIZADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

A portaria 1.139 publicada em 10 de junho de 2013, pelo Ministério da Saúde, previu a articulação e construção conjunta de Planos Operativos, Planos de Emergência em Saúde e Plano de Contingências entre as três esferas de governo (no caso em questão) assim como entidades privadas e outros atores. Dentre outras questões a portaria definiu parâmetros para identificação de riscos e necessidades especiais em saúde nas fases de planejamento, execução e avaliação de eventos de massa ou megaeventos,

Na mesma portaria, em seu artigo 8º, o MS aponta que a coordenação das ações relativas à vigilância e assistência à saúde em eventos de massa seria de responsabilidade do ente municipal, devendo ser compartilhada com os demais gestores do SUS, quando extrapolasse os limites de competência e capacidade municipal. Especificamente nos eventos designados de interesse nacional, como a Copa do Mundo de Futebol 2014, a coordenação deveria ser compartilhada entre os gestores municipais, estaduais e o Ministério da Saúde.

A articulação entre os entes foi sendo construída em encontros da Câmara Temática Nacional de Saúde em que participavam ativamente MS, estados e representantes das cidades-sede escolhidas. Em apresentação realizada ainda em 2013, sobre a preparação do sistema de saúde brasileiro para os grandes eventos que à época se avizinhavam, o

Ministro da Saúde apontou como possíveis riscos: a transmissão de doenças com sobrecarga nos serviços de saúde; o abuso de álcool e drogas por parte de turistas e expectadores brasileiros; o consumo de alimentos exóticos ou sem condições adequadas de preparo; violência e surtos.

A partir do trabalho de planejamento ocorrido nas inúmeras reuniões da Câmara Temática Nacional definiram-se os Planos Operativos que deveriam ser construídos pelas cidades-sede.

PLANOS DE PORTO ALEGRE

Além dessas instâncias, o Governo Municipal criou, com a participação de várias entidades e organizações públicas e privadas, a Câmara Temática de Infraestrutura, ligada à Secretaria Extraordinária para a Copa (SECOPA), secretaria especialmente criada para a organização do mundial. Já em julho de 2013, a SECOPA trabalhava com um conjunto de projetos que ficariam como legados na área do atendimento em saúde, como a ampliação da infraestrutura do Hospital de Pronto Socorro, a qualificação do SAMU e a ampliação do número de leitos na cidade.

Em audiência pública, ocorrida na Assembleia Legislativa, em 2013, o Prefeito de Porto Alegre informou que:

“Na rede hospitalar, a reforma do Hospital de Pronto Socorro irá ampliar o número de leitos de UTI, e a compra de equipamentos mais modernos em um total de R\$ 11,6 milhões. O Hospital da Restinga, em obras com conclusão prevista para 2013, acrescentará 90 leitos à rede de Porto Alegre e a administração e serviços serão realizados com padrão Moinhos de Vento possível através de uma parceria entre aquela instituição e o Governo Federal e o Município. O Hospital Independência será reaberto nos próximos meses com administração da Irmandade do Divina Providência. A cidade está recebendo também Unidades de Pronto Atendimento - UPAS em diversas regiões da cidade evitando a superlotação desnecessária em hospitais. O PSF - Programa Saúde da Família está atualmente abrangendo cerca de 40% do município e até 2012 abrangerá mais 20%. Neste item, o Prefeito solicitou a colaboração dos deputados presentes para que o Governo Estadual invista

mais em saúde no interior do Estado para evitar a busca de atendimento na capital. Hoje, de cada 10 atendimentos na rede pública municipal, 5,5 não são de moradores da cidade.”

No mínimo, dois grandes desafios aguardavam o conjunto dos atores responsáveis pelo planejamento do atendimento em saúde da Copa do Mundo 2014 em Porto Alegre: o próprio planejamento e a construção conjunta do processo e da operação com os diversos atores sociais envolvidos: SES, SMS, Exército, hospitais privados etc.

OS ATORES ENVOLVIDOS

A Portaria 1.139 do MS, em seu Art.8º, parágrafo 2, aborda a questão da coordenação dos eventos de interesse nacional, definindo a necessidade de compartilhamento entre os gestores municipais, estaduais e o Ministério da Saúde. Na mesma Portaria, no Art.12, está previsto que o planejamento do setor saúde deveria envolver as áreas de vigilância e assistência à saúde, articulados com os demais entes públicos e setor privado envolvidos com o evento, particularmente com o seu organizador o que parece ter sido cumprido, pois, de acordo com o Relatório Final do Governo do Estado, os principais atores que foram envolvidos nesse planejamento foram os integrantes da Câmara Temática Estadual da saúde: representando o Estado a SECOPA e a Secretaria Estadual de Saúde, especialmente Coordenação da Rede de Urgências, SAMU e CEVS; representando o Município Sede a Secretaria Municipal de Saúde, especialmente a Coordenação Municipal de Urgências, a Coordenação de Vigilância em Saúde, o SAMU e a Secretaria de Planejamento Estratégico e Orçamento; representando o Comitê Organizador Local FIFA, o responsável médico do evento *Venue Medical Officer* (VMO); representando as forças de segurança autoridades locais do Exército e do Corpo de Bombeiros assim como entidades privadas convidadas como representantes de hospitais e da Unimed.

Nesse mesmo documento, foi apontada a divisão de responsabilidades na área da Assistência:

- O COL FIFA, pelo atendimento do Estádio Beira Rio, durante a Copa (incluindo perímetro de exclusão) e os Centros de Treinamento das seleções;
- A Secretaria Municipal de Saúde, pelo atendimento do público da *Fan fest* e pela regulação emergencial das transferências hospitalares pela equipe de atendimento do COL FIFA;
- A Secretaria Estadual de Saúde, pela Coordenação do atendimento nas rotas turísticas e pela estruturação de uma Equipe Estadual de Urgências para retaguarda de situações de múltiplas vítimas.

Nota-se que, em nenhum momento, foi apontada a participação do Conselho Municipal ou Estadual de Saúde nesse processo. Mesmo a Portaria do Ministério, em seu Art. 12, que prevê que o planejamento deveria envolver as áreas de vigilância e assistência à saúde e estar articulado com os entes públicos e privados envolvidos no evento, não insere o controle social nos processos de planejamento, da atuação ou da avaliação do evento.

OS SIMULADOS REALIZADOS

Dados obtidos no Relatório Final do Comitê Gestor da Copa do Estado do Rio Grande do Sul apontam que, no período final de preparação da Copa do Mundo, foram realizados ainda três simulados de múltiplas vítimas e um evento-teste que envolveu a área de atendimento de saúde. O primeiro exercício foi realizado em 22 de março de 2014, quando foi simulada uma briga entre torcedores no espaço destinado à *Fan fest*, no Anfiteatro Pôr do Sol, com a participação de voluntários. No Simulado de Múltiplas Vítimas da *Fan fest*, nome recebido pela operação, testaram-se o pronto atendimento e a remoção de cerca de 30 feridos ao Hospital de Pronto Socorro.

Um segundo exercício foi realizado com a intenção de testar o atendimento em casos de incêndio. Desta vez, foi escolhido como local de

testes o Hotel Vila Ventura, que receberia a delegação do Equador - única delegação que escolheu como sede a cidade de Viamão, limítrofe a Porto Alegre. A simulação ocorrida em 02 de abril de 2014 envolveu um incêndio com feridos, atendidos pelo SAMU estadual e remoção aérea por helicóptero.

O terceiro teste realizado foi um simulado de atentado terrorista com bomba química, no dia 28 de maio de 2014, no próprio Estádio Beira Rio. Na simulação, cerca de 40 “feridos” foram atendidos pelo Corpo de Bombeiros. Após serem descontaminados, em tendas do exército, as vítimas foram transferidas ao Posto Médico Inflável da Força Estadual de Saúde e, as mais graves, removidas por ambulâncias ou Helicóptero para os Hospitais Mãe de Deus, HPS Porto Alegre e Hospital Cristo Redentor (Referência Estadual QBRN). Esse simulado envolveu o Exército, forças da área da Segurança e Força Estadual de Saúde.

No dia 11 de maio de 2014, no jogo Internacional X Atlético-PR, no Estádio Beira Rio, já com a presença da equipe de atendimento FIFA, contratada junto ao Hospital Mãe de Deus, foi realizado ainda um evento-teste, pela própria FIFA. Nesta ocasião, analisou-se a forma de comunicação entre a Equipe médica no Estádio e a Emergência do Hospital Mãe de Deus, responsável pelos atendimentos a atletas e ao público FIFA (convidados especiais).

Verifica-se que essa ação atendeu a Portaria 1.139/13 do MS. Seu Art. 16 prevê que as ações planejadas e os fluxos de comunicação devem ser testados antes do início do evento de massa. No Parágrafo único, deste mesmo artigo, indica-se como estratégia importante à realização de simulados que seja testada a capacidade de resposta do setor saúde.

AS ESTIMATIVAS

As projeções realizadas apontavam para um aumento da demanda por saúde. Fatores como o período de outono-inverno, a migração turística terrestre e o fato de se tratar de um evento festivo faziam com que

os organizadores estimassem uma incidência maior de doenças respiratórias, acidentes de trânsito e violências diversas, assim como a possível ocorrência de doenças de transmissão hídrica e alimentar.

De acordo com o Relatório Final da Copa, do governo do estado do RS, a Câmara Temática Estadual trabalhava com estimativas de entidades especializadas em medicina de viagem, de que 10% dos viajantes necessitariam de atendimento médico em um período de 30 dias. De acordo com este mesmo relatório a maioria dos turistas não permaneceu por 30 dias e não pernoveram em Porto Alegre.

Nos encontros da Câmara Temática, representantes do Exército apontavam a necessidade de preparação para defesa em casos de acidentes QBRN. Além disso, ainda não eram conhecidas as seleções que iriam jogar em Porto Alegre e o risco de um ataque terrorista deveria ser considerado. Questões que não eram normalmente tratadas por profissionais da gestão em saúde do RS ou do município precisaram ser discutidas com outros setores, pois a saúde não contava com especialistas na área.

Diante das expectativas da população com relação aos preparativos, o clima de enfrentamentos estava presente. A imprensa insistia em trazer análises críticas de grupos que previam que a copa não iria sair e noticiar manifestações contrárias em atos públicos acontecidos, inclusive em Porto Alegre. Os organizadores precisavam desenhar o pior cenário para que o evento fosse corretamente preparado e as surpresas negativas tivessem uma resposta rápida e adequada. Um dos receios era de que seleções de países vizinhos participantes do mundial e com tradição no futebol como a Argentina e o Uruguai jogassem aqui. Essa possibilidade traria mais turistas por via terrestre e sem seguro-saúde, possivelmente ampliando a demanda por atendimento em saúde.

Em meados de dezembro de 2013, definiram-se em um sorteio transmitido para o mundo inteiro, as seleções que jogariam em cada um dos grupos e, em decorrência disso, quais os jogos estavam previstos para cada uma das cidades-sede.

VIGILÂNCIA E ASSISTÊNCIA A SAÚDE OFERTADAS

Apesar das inúmeras críticas à realização da Copa no Brasil e do clima de que poderia não dar certo, o sucesso do evento, desenvolvido dentro das previsões, surpreendeu positivamente. Pesquisas realizadas antes do evento apontavam que menos da metade dos entrevistados apoiava o evento. Às vésperas das semifinais da copa, esse quadro se reverteu com a maioria dos pesquisados aprovando a sua realização no país.

Porto Alegre presenciou imagens inesquecíveis como a onda laranja que invadiu o Largo Glênio Peres e o Caminho do Gol. Dados contidos no Relatório das Ações de Saúde na Copa do Mundo 2014, elaborado pelo Grupo Técnico da Copa 2014, da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, informam que mais de 350 mil turistas prestigiaram o evento, cerca de 160 mil destes eram estrangeiros.

Os serviços de saúde efetivamente utilizados na cidade por participantes do evento foram:

- Unidade de Pronto Atendimento - montada pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, no Anfiteatro Pôr do Sol, por 25 dias;
- Centro de Saúde Modelo - pronto atendimento organizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre para garantir o atendimento na região central da capital durante o evento;
- Ambulâncias do SAMU – atendimentos relacionados à Copa.
- Estádio Beira Rio e Postos Médicos de responsabilidade do Hospital Mãe de Deus – somente nos dias de jogos (15/6, 18/6, 22/6, 25/6 e 30/6/2014).

Um banco de dados foi alimentado a partir das fichas de atendimentos disponíveis nesses serviços, evidenciando que a UPA *Fan fest* foi o principal serviço a prestar atendimentos clínicos e de trauma (Tabela 1), a torcedores ou trabalhadores (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição dos atendimentos médicos e remoções realizadas na Copa do Mundo FIFA 2014, segundo local e tipo - RS.

Local	Clínico		Trauma		Ignorado		Total	Remoções
	n	%	n	%	n	%	n	n
Estádio	197	75,8	63	24,2	0	-	260	12
UPA <i>Fan fest</i>	346	79,9	85	19,6	2	-	433	21
CS Modelo	174	92,6	14	7,4	0	-	188	8
	717	81,4	162	18,4	2	0,23	881	41

Fonte: Relatório Final SMS Porto Alegre

Tabela 2 - Distribuição dos atendimentos médicos realizados na Copa do Mundo FIFA 2014, segundo local e relação com o evento - RS.

Local	Torcedor		Trabalhador		Família FIFA e cliente hospitalidade		Ignorado	Total
	n	%	n	%	n	%	n	n
Estádio	98	37,7	140	53,8	4	1,54	18	260
UPA <i>Fan fest</i>	240	55,4	190	43,9	1	0,23	2	433
CS Modelo	185	98,4	3	0,7	0		0	188
	523	59,4	333	37,8	5	0,57	20	881

Fonte: Relatório Final SMS Porto Alegre

Quanto aos recursos humanos disponibilizados para o atendimento do evento, de acordo com o Relatório de Ações da PMPA, foram convocados 345 profissionais pelo município para a realização das ações relativas ao atendimento em saúde para o evento, nas seguintes categorias:

- 84 agentes de saúde;
- 59 técnicos de enfermagem;
- 57 enfermeiros;
- 39 médicos;
- 30 condutores de ambulâncias;

- 11 motoristas;
- 6 estagiários;
- 5 assistentes administrativos;
- 4 voluntários;
- 3 assessores técnicos;
- 2 odontólogos;
- 2 administradores;
- 1 farmacêutica;
- 1 bióloga, e
- 1 auxiliar de enfermagem.

REDES HOSPITALAR E REGULAÇÃO

A Reforma do Hospital de Pronto Socorro não foi concluída antes da Copa, como previsto. A inauguração da nova sala de recuperação do HPS, deu-se somente em dezembro de 2014. De acordo com notícia veiculada no próprio site da PMPA, em 05 de dezembro de 2014, “As obras no HPS devem ser concluídas, com o prédio completamente remodelado e modernizado, no segundo semestre de 2018”. A matéria traz ainda as notícias da inauguração:

“O Secretário Municipal de Saúde, e a direção do Hospital de Pronto-Socorro (HPS), inauguraram na manhã desta sexta-feira, 5, a nova Sala de Recuperação do Centro Cirúrgico. É mais uma importante fase concluída na reforma total do HPS, a maior obra da instituição em 70 anos de história. A nova Sala de Recuperação custou R\$ 1,796 milhão, investidos na obra civil e nos equipamentos. Toda a estrutura física e de instrumentos é completamente nova, com desenho arquitetônico adequado às mais modernas e rigorosas normas de segurança e eficiência hospitalar”.

Conforme o Relatório de Ações em Saúde na copa da PMPA, foram encaminhados para atendimento no Hospital de Pronto Socorro, que se constituiu de fato na referência do evento para casos de trauma, apenas 9 pacientes (destes, apenas um necessitou internação). Segundo o Re-

latório de Gestão do segundo quadrimestre de 2014, da SMS, referente à procedência dos atendimentos de emergência no HPS, houve uma variação negativa de 10% de atendimentos de pacientes de outros municípios, se comparado com o mesmo quadrimestre do ano anterior. Ou seja, no período da Copa não houve um aumento de atendimentos: “É possível observar que houve pequena diminuição da procura dos usuários aos Pronto-Atendimentos, a partir dos boletins emitidos, em 0,3% como também no número de atendimentos em 2,3%”.

Este mesmo Relatório de Gestão afirma, com referência à procedência dos atendimentos de emergência no Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, referência para atendimento pediátrico, especialmente em casos de abusos de menores, que houve uma diminuição de 5% do número total de atendimentos, em relação ao igual período de 2013, especialmente oriundos de outros municípios, com variação de 15% no período. Já no Hospital Ernesto Dornelles, referência do evento para o atendimento dos casos clínicos, foram atendidos 40 pacientes, dos quais 2 ficaram internados naquela instituição.

Planos de Contingência para casos de catástrofe foram articulados e, da mesma forma, todos os Hospitais demandados a elaborar seus Planos de Emergência Hospitalares para auxiliar o poder público no enfrentamento a qualquer forma de situação de Catástrofe e Múltiplas Vítimas.

Embora o Relatório Final do evento elaborado pelo Governo do estado do RS - Comitê Gestor da Copa no RS - aponte como legado a ampliação física de leitos hospitalares, citando que teria acontecido a reabertura e ampliação de cerca de 1.000 leitos hospitalares em Porto Alegre e região metropolitana e que outros 1.000 leitos estariam em fase de conclusão, dados do CNES apontam que não houve aumento do número de leitos hospitalares na cidade ou no RS entre 2013 e 2014. Pelo contrário, houve redução após o evento (Tabela 3).

Tabela 3 - Número de Leitos no Estado (RS) e em Porto Alegre em julho de 2013, julho de 2014 e março de 2015.

Data	Rio Grande do Sul		Porto Alegre	
	SUS	Total	SUS	Total
Julho 2013	21.182	30.846	4.655	7.339
Julho 2014	22.038	31.577	4.823	7.596
Março 2015	22.203	31.562	4.780	7.568

Fonte: CNES

Com relação à regulação dos atendimentos de urgência, o Relatório Final do evento elaborado pelo Governo do estado do RS - Comitê Gestor da Copa no RS anunciou que está em fase de implantação um sistema informatizado que integra informações do SAMU estadual e municipal, dos Centros de Comando e Controle do Estado e Centro de Operações de Porto Alegre com as emergências dos hospitais públicos e privados.

A consulta a diversas matérias de jornais durante o evento pode comprovar que a rede hospitalar suportou muito bem o evento e que, das diversas ocorrências verificadas, poucas tiveram como consequência a internação hospitalar.

UPA AVANÇADA – FAN FEST

A *Fan fest*, maior concentração de pessoas verificada no evento, foi um sucesso, com a participação de mais de 400.000 pessoas assistindo à transmissão dos diversos jogos da Copa 2014, no Anfiteatro Por do Sol. A Unidade de Pronto Atendimento avançada, com quatro leitos de UTI, equipes médicas de atendimento, sala de atendimento e estabilização e duas ambulâncias de atendimento e transporte garantiram o atendimento a este público entre os dias 12 de julho e 13 de julho de 2014 das 9h às 24h.

De acordo com o Relatório de Ações em Saúde da PMPA, a Unidade de Pronto Atendimento da *Fan fest* realizou 433 atendimentos, dos quais 11 foram transferidos para o Hospital Ernesto Dornelles e 6 para o HPS.

No local também havia equipes atuando em ações de conscientização e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, com distribuição de preservativos e material informativo.

CAMINHO DO GOL E ACAMPAMENTO FARROUPILHA

Uma das experiências exitosas foi o chamado “Caminho do Gol”, trajeto ocupado pelos torcedores, entre o Mercado Público, no centro da cidade, e o Viaduto Dom Pedro I. Na prática, foi um corredor privilegiado de acesso à *Fan fest* e ao Estádio, onde cerca de 200 mil pessoas transitaram. Neste espaço, desenvolveu-se o Programa Coração no Ritmo Certo. Lançado ainda em setembro de 2014, pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, via SMS, o Programa que previa a capacitação de voluntários para realização do primeiro atendimento às vítimas e a disponibilização gradativa de Desfibriladores Externos Automáticos (DEAs) em locais públicos e privados de grande circulação de pessoas, cumpriu seu papel.

Os atendimentos foram realizados em contêineres disponibilizados pela SECOPA, sendo 5 no Caminho do Gol e 2 na *Fan fest*, por 7 equipes compostas por 2 agentes de saúde e 1 enfermeiro ou técnico de enfermagem, previamente treinados e portando desfibriladores automáticos. Foram realizados, em média, 5 atendimentos por dia, em casos suspeitos de paradas cardiorrespiratórias, nos dias em que os jogos estavam sendo disputados no Estádio ou em que a *Fan fest* transmitia outros jogos da *Copa*.

Foram ainda distribuídos 357.066 preservativos masculinos para 70.679 pessoas e realizados 102 testes rápidos para o HIV (fluido oral), no local da *Fan fest* e na região do Caminho do Gol.

O Acampamento Farroupilha, serviu como uma vitrine da cultura Gaúcha, e contou com a presença de cerca de 140 mil visitantes no período da *Copa*.

ATENDIMENTOS REDE BÁSICA

De acordo com o Relatório de Ações em Saúde da PMPA, a Unidade Básica de Saúde Modelo, situada no Bairro Santana, foi a única referência de atendimento básico para o evento. Foram atendidos 188 participantes do evento, a maioria deles torcedores. 6 pacientes apresentaram um quadro mais grave, necessitando de transferência para outros serviços: 3 para o Hospital Ernesto Dornelles, 2 para o Hospital de Pronto Socorro e 1 para o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

O Centro de Saúde Santa Marta, embora constante no planejamento, não garantiu a ampliação de horário ou abriu nos finais de semana, de forma que não se efetivou esta porta de entrada.

SAMU E PLANO PARA MÚLTIPLAS VÍTIMAS

Na cidade de Porto Alegre, a frota normal do serviço é composta por 15 ambulâncias que permaneceram responsáveis pelo atendimento nas bases situadas nas diversas regiões da cidade. Para o reforço do atendimento nas regiões próximas ao Caminho do Gol, Parque Harmonia, *Fan fest* e entorno do Estádio Beira Rio, a Força Estadual da Saúde ampliou a capacidade instalada com o acréscimo de cerca de 10 ambulâncias do SAMU Estadual.

De acordo com o Relatório de Ações em Saúde da PMPA, essas equipes realizaram cerca de 70 atendimentos originados por participantes do evento, 47 casos clínicos e 18 traumas.

Com relação a demandas das equipes normais de atendimento, consultando o Relatório de Gestão do segundo quadrimestre de 2014, da SMS, referente ao número de chamados ao SAMU, houve redução de 15,3% no total de ligações em relação ao 2º quadrimestre de 2013, demonstrando que, de fato, as necessidades geradas pelo evento não afetaram o atendimento normal oferecido aos moradores da cidade.

A criação da Força Estadual de Saúde, Decreto 51.356 de 04 de abril de 2014, do Governador do Estado do Rio Grande do Sul, garantiu

identificação de uma equipe permanente para o atendimento de catástrofes e situações de múltiplas vítimas. Ligada estruturalmente ao SAMU Estadual, contou com um Posto Médico Avançado (05 tendas infláveis), equipamentos para atendimento de múltiplas vítimas, 10 leitos de UTI emergenciais, Ambulâncias e Carros de Transporte.

Durante o evento, essa estrutura foi montada na *Fan fest* nos dias de jogos da Argentina, especialmente em 25 de junho quando os jogos foram em Porto Alegre. O objetivo era reforçar a atuação da equipe da UPA para o atendimento em caso de necessidade, o que não chegou a ocorrer.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Ações de vigilância quanto a controle epidemiológico, sanitário, saúde do trabalhador e trabalho infantil foram registradas. As ações cumpriram o planejamento quanto à necessidade de intensificação de fiscalização de vigilância sanitária em hotéis, pousadas e demais estabelecimentos destinados à hospedagem de turistas.

Com relação às ações de vigilância, o Relatório Final do Comitê Gestor da Copa do Estado do Rio Grande do Sul indica 786 inspeções durante o evento no Estádio Beira Rio, nos Centros de Treinamento de delegações, na *Fan fest*, nos estabelecimentos do Caminho do Gol, no Acampamento Farroupilha e nos Hospitais de Referência. As inspeções vistoriaram a potabilidade da água e a limpeza de reservatórios, o controle de pragas, a manipulação e o comércio de alimentos, as condições higiênico-sanitárias de *contêineres*, sanitários, instalações para atendimento em saúde assim como a disposição dos resíduos (lixo).

ESTÁDIO BEIRA RIO

Coordenado pela FIFA, que contratou os serviços do Hospital Mãe de Deus para o atendimento nos Postos Médicos, o Estádio contou com seis áreas de atendimento em saúde. Duas delas tinham como alvo um público específico de pessoas integrantes da FIFA e de autoridades pre-

sentas. Oito ambulâncias e equipes volantes que ao todo somavam cerca de 100 profissionais de saúde, responsáveis pelo atendimento das 215.509 pessoas presentes nos cinco jogos que ocorreram nos dias 15, 18, 22, 25 e 30 de junho de 2014, faziam parte da estrutura disponibilizada no Estádio.

Em número de atendimentos, essa organização atendeu 260 pessoas, 98 torcedores e 140 trabalhadores, a maioria necessitando de atendimentos clínicos, na sua maioria. Os relatórios analisados apontam para o fato de que não se verificou nenhum evento que necessitasse de reforço da equipe de atendimento em saúde assim como não foi verificado nenhuma ocorrência de maior gravidade.

COMUNICAÇÃO E MONITORAMENTO

Previendo a possibilidade de congestionamento das linhas telefônicas, a comunicação entre profissionais de saúde de diferentes pontos de atendimento, setores da regulação e postos de coordenação ocorreu via rádio, com a utilização deste meio de comunicação, o que facilitou a ação.

O Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde (CIOCS), instituído especialmente para a Copa, foi ativado no dia 05 de junho e desativado em 25 de julho de 2014, nas dependências do CEVS. O CIOCS contou com a participação de 76 profissionais de saúde, oriundos da União, do Estado e de Municípios. De acordo com o Relatório Final do governo do estado, foram encaminhados relatórios diários sobre as ações de saúde realizadas na Copa, ao CIOCS nacional.

Esta ação atendeu ao previsto pelo MS na Portaria 1.139 em seu Art. 4º, Parágrafo VI, que aponta o CIOCS como uma unidade operacional de trabalho de caráter extraordinário e temporário, visando ao compartilhamento de informações em saúde, dentre outros.

Em Porto Alegre, outro Centro de Comando da Cidade (CEIC) fez o papel de central de inteligência da Prefeitura. Integrado com as imagens

geradas pelo conjunto das câmaras de vídeo-monitoramento da cidade e reunindo serviços públicos responsáveis pela rotina da cidade, o Centro atuou no monitoramento dos eventos e na comunicação com as diversas estruturas para atendimento em saúde do evento.

ESPERADO X REALIZADO

As estimativas realizadas na Câmara Temática Estadual apontavam a possibilidade de aumento do quadro de doenças respiratórias, acidentes de trânsito, violências diversas e doenças de transmissão hídrica e alimentar. Outra estimativa da câmara era a de que 10% dos visitantes necessitariam de atendimento médico, caso permanecessem por 30 dias.

350 mil turistas prestigiaram o evento em Porto Alegre, em diversos períodos de permanência, a maioria inferior a 30 dias, o que dificulta a conclusão sobre a estimativa. Esses turistas, juntamente com torcedores de Porto Alegre, estiveram presentes na *Fan fest*, no Caminho do Gol, no Estádio Beira Rio, em todos eles juntos, ou mesmo em outros locais de menor concentração.

A relação do número de participantes presentes em cada local do evento e o número de atendimentos em saúde realizados se encontra na Tabela 4.

Tabela 4 – Número de participantes e atendimentos em saúde realizados segundo local

Local	Participantes	Atendimentos	%
UPA	400.000	433	0,001
Caminho do Gol	200.000	200*	0,001
Estádio	215.000	260	0,001

Fonte: Elaborado pela autora.

*Considerando atendimentos no Centro de Saúde Modelo.

O conjunto de atendimentos apontados no quadro, somados aos 70 registrados pelo SAMU, e mais a média de 5 atendimentos por dia de jogo, registrados no projeto Coração no Ritmo Certo, ficaram muito aquém da estimativa realizada, caso os torcedores permanecessem na cidade por 30 dias.

Considerando-se, ainda, a perspectiva de aumento de incidência de doenças respiratórias ou causadas por transmissão hídrica ou alimentar, acidentes de trânsito e violências diversas, os dados contidos no Relatório Final do evento elaborado pelo Governo do estado do RS - Comitê Gestor da Copa no RS demonstram que não houve aumento na ocorrência desses agravos durante o período.

“Houve predomínio dos atendimentos clínicos, como é esperado, tratando-se de evento com rígido controle de segurança como é a Copa. As queixas clínicas mais frequentes no Estádio foram cefaleia, náuseas, mal-estar, febre e vômitos, seguidos de outros sinais e sintomas com menor expressão. Nos dois serviços públicos (UPA FANFEST e CS Modelo) também predominou a cefaleia seguida de tosse, dor de garganta, vertigem/ tontura, coriza e outros menos frequentes. Em relação aos traumas, nos três locais, a maioria foi leve, predominando corte/abrasão/abrasão/perfuração/ laceração, seguido de contusão e mordida/picada. Entre as ocorrências de trauma, foram identificados 14 atendimentos causados por violência (agressão), sendo somente um no Estádio.”

Realizando ainda uma análise comparativa a respeito da estrutura ofertada com a preconizada pelo MS, na Portaria 1.139, de 10 de junho de 2013, observa-se que foi atendida.

Destacam-se abaixo alguns dos principais pontos abordados na portaria:

- Título I, Capítulo III – Das Responsabilidades: As autoridades sanitárias participaram do processo de planejamento e da execução das atividades assim como a coordenação das ações de vigilância e assistência foram compartilhadas entre os gestores do SUS - da União, do Estado e do Município;

- Título II, Capítulo I – Do Planejamento: Setores da vigilância e da assistência e entes públicos e privados envolvidos no evento participaram do planejamento, elaborando conjuntamente o Plano Operativo aliado aos Planos de Emergência e Contingência. Foram ainda realizados vários simulados que testaram a capacidade de resposta do setor saúde;
- Título II, capítulo II – Da Execução: Com relação a vigilância as ações foram direcionadas à prevenção dos riscos ambientais, epidemiológicos, relacionados ao consumo de produtos e serviços, nos vários locais que receberam o público do evento, especialmente ações preventivas e plantões direcionados à vigilância de alimentos assim como ações preventivas com relação às doenças transmissíveis, saúde do trabalhador e prevenção do trabalho infantil. Com relação às ações de assistência à saúde foi implantada uma UPA, nos moldes preconizados, com retaguarda de ambulâncias. A grade assistencial foi definida previamente, as Equipes da Força Estadual de Saúde ficaram de prontidão e as informações foram monitoradas pelo CIOCS/RS e encaminhadas para o CIOCS Nacional.

Por fim, no Quadro 2 se retoma as estruturas previstas para o atendimento em saúde durante a Copa 2014 em Porto Alegre (Quadro 1), comparando com o atendimento realizado.

Quadro 2 – Comparativo entre as estruturas previstas de atendimento em saúde durante a Copa e as realizadas.

Rede Hospitalar	Parcialmente cumprido.	No HPS a nova emergência e o novo bloco cirúrgico não ficaram prontos em tempo, mas foi a referência para traumas nos casos da UPA <i>Fan fest</i> . Pactuado ainda a referência para acidentes com múltiplas vítimas envolvendo produtos perigosos o Hospital Cristo Redentor, que não foi utilizado, a referência para clínica o Hospital Ernesto Dornelles e a referência para atendimento pediátrico o HMIPV. Os planos de contingência foram articulados.
-----------------	------------------------	--

UPA Avançada	Totalmente cumprido.	A UPA foi estruturada da forma prevista, havendo a permanência de três ambulâncias para transportes dos pacientes da UPA, além de um carrinho para resgate de pacientes dentro da Arena <i>Fan Fest</i> . No Acampamento Farroupilha cumprida a permanência de Unidade de Saúde Avançada.
Caminho do Gol	Totalmente cumprido.	O Caminho do Gol contou inclusive com profissionais de saúde aptos para o primeiro atendimento de urgência e emergência junto ao Coração no Ritmo Certo, para casos de emergência que não a parada cardiorrespiratória. Todas as equipes estavam diretamente conectadas às ambulâncias do SAMU através de radiocomunicação.
Atendimentos Rede Básica	Parcialmente cumprido.	O CS Santa Marta não teve seu horário ampliado.
SAMU	Totalmente cumprido.	
Plano para Múltiplas Vítimas	Totalmente cumprido.	No dia do jogo da Argentina, um hospital de campanha foi montado nas proximidades da Arena <i>Fan fest</i> para atendimento de pacientes vermelhos e amarelos, conforme plano de atendimento a múltiplas vítimas.
Estádio Beira Rio	Totalmente cumprido.	Ambulâncias da Secretaria Estadual de Saúde permaneceram no entorno do Estádio Beira Rio, assim como um helicóptero e barracas de descontaminação e atendimento de múltiplas vítimas e para quaisquer eventualidades.
Regulação	Totalmente cumprido.	
Vigilância em saúde	Totalmente cumprido.	Além das vistorias prévias ao evento, foram mantidos plantões durante todo o período da Copa, tendo sido realizada a apreensão de alimentos na <i>Fan fest</i> e no Estádio Beira Rio. As equipes de combate ao trabalho infantil também passavam pela <i>Fan fest</i> diariamente. As fichas de atendimento da <i>Fan Fest</i> eram repassadas diariamente para a Vigilância para verificação de possíveis acidentes de trabalho a serem notificados pela Equipe de Saúde do Trabalhador.
Comunicação e monitoramento	Totalmente cumprido.	

CONCLUSÕES

A partir deste estudo conclui-se que o planejamento realizado e as estruturas de atendimento em saúde ofertadas ao conjunto dos participantes da Copa do Mundo de Futebol 2014 em Porto Alegre atenderam ao preconizado pelo MS na Portaria 1.139 de 10 de junho de 2013, que estabelece, no âmbito do SUS, as responsabilidades das esferas de gestão e as diretrizes para planejamento, execução e avaliação das ações de vigilância e assistência à saúde em eventos de massa.

Apenas 0,001% dos participantes desse megaevento necessitaram de atendimento em saúde em Porto Alegre. As estruturas de atendimento ofertadas foram suficientes para o atendimento dessa demanda. Salienta-se, no entanto, que permanece o desafio de realizar, em outra oportunidade, uma análise relativa ao custo dessas estruturas e o impacto que gerou no financiamento do SUS.

Apontado como um dos legados do evento no RS, o planejamento e a atuação conjuntos na Copa do Mundo do setor público (estado e município) com o setor privado (equipe do Hospital Mãe de Deus, contratada FIFA), conseguiu estabelecer uma forma de ação integrada que possivelmente sirva de exemplo para outras áreas ou mesmo outras oportunidades em que essa articulação seja necessária na área da saúde.

Ressalta-se, no entanto, que o controle social, objeto caro ao SUS, não foi incluído no processo, em nenhuma fase do evento, sequer na avaliação do impacto gerado. Em outras experiências da mesma natureza, o controle social, possivelmente seria de grande valia, se considerado.

O cumprimento satisfatório das estruturas preconizadas para o atendimento em saúde, para os jogos da Copa do Mundo em Porto Alegre, deixa o legado da experiência das estruturas estaduais e municipal do SUS para o planejamento de atendimento em saúde de eventos de massa, ou megaeventos.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.600, de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html> Acesso em 01 de julho de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.139, de 2013. Define, no âmbito do SUS as responsabilidades das esferas de gestão e estabelece as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1139_10_06_2013.html> Acesso em 29 de junho de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048, de 2002, que instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>. Acesso em 29 de junho de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portarias GM/MS 1.863 e 1864, de 2003, que Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1863.htm>. e <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1864.htm>. Acesso em 29 de junho de 2014.

_____. Portal da Copa. Site do Governo Brasileiro sobre a Copa do Mundo FIFA 2014. <http://www.copa2014.gov.br/pt-br/noticia/porto-alegre-monta-estrutura-para-30-mil-atendimentos-de-saude-na-copa>

_____. Portal Brasil. 2014. Site do Governo Brasileiro <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/06/confira-as-acoes-de-vigilancia-sanitaria-na-copa-2014/>

_____. Ministério dos Esportes. Sumário Executivo dos Estudos Desenvolvidos pela Associação Brasileira de Infraestrutura e Indústrias de Base – ABDIB Sob a Égide do Termo de Cooperação Técnica N. 01/2008 (ME/CBF/ABDIB). Disponível em <<http://www.esporte.gov.br/arquivos/futebolDireitosTorcedor/copa2014/sumario-Executivo.pdf>>. Acesso em junho de 2014.

Rio Grande do Sul. Relatório Final do Comitê Gestor da Copa do Governo do Estado do RGS 2014. Capítulo 10 – Câmara Temática de Saúde - Pag. 65 a 90, disponível em: http://www.copa2014.rs.gov.br/upload/20141229172701relatorio_final.pdf.

_____. Relatório Final da Comissão Especial de Acompanhamento dos Investimentos da Copa 2014. Disponível em: http://www.al.rs.gov.br/download/ComEspCopa_2014/RF_Copa2014.pdf

_____. TCE – Relatório de Inspeção Especial. Processo nº 1112-0200/14-2. Ordem de Auditoria nº 1233/2013. Disponível em <http://estaticog1.globo.com/2014/04/22/lai-SAMU.pdf> , acesso em 28 de junho de 2014.

PORTO ALEGRE, Prefeitura Municipal. Plano do Atendimento em Saúde para a Copa 2014. Disponível em < <http://www.copa2014.gov.br/pt-br/noticia/porto-alegre-monta-estrutura-para-30-mil-atendimentos-de-saude-na-copa> > .

_____. Prefeitura Municipal. SMS/SAMU. Disponível em http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=814. Acesso em 18 de fevereiro de 2014.

_____. Prefeitura Municipal. SMS/Relatório de Gestão do 2º quadrimestre de 2014. Disponível em http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio2quadri.pdf Acesso em 01 de março de 2015.

_____. Prefeitura Municipal. Material elaborado e distribuído pela PMPA durante o evento. Disponível em http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cs/usu_doc/saude.pdf. Acesso em 21 de novembro de 2014.

_____. Plano Porto Alegre COPA: Legados para a Cidade. Julho de 2013. Disponível em: <http://www.mbc.org.br/mbc/uploads/biblioteca/1374669484.81A.pdf>, acesso em 08 de março de 2015

Artmann E & Rivera FJU. Planejamento e Gestão em Saúde: conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

Chiavenato I. Administração - teoria, processo e prática. São Paulo: Ed. Manole, 2000.

Da Costa R. *et al.* Legados de Megaeventos Esportivos. Brasília: Ministério do Esporte, 2008.

Gerhardt TE & Silveira DT (Orgs). Metodologias de Pesquisa. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2009.

Isaias C. Artigo sobre Emergência dos Hospitais tem superlotação em Porto Alegre. Disponível em <http://www.correiodopovo.com.br/Noticias/?Noticia=514990>, acesso em 05 de julho de 2014.

Kerr J. Práticas para o sucesso- um manual para organizações da América Latina. Caribe: Ed. São Paulo, 1993.

Matus C. Adeus, Senhor Presidente. Caracas: Ed. Litteris, 1989.

Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília: Ed. IPEA, 1993 (Tomos I e II).

Massuda A. Megaeventos no Brasil: oportunidades e desafios da Copa do Mundo FIFA 2014 para o Sistema Único de Saúde. Revista Brasileira de Cardiologia, nº 25, setembro de 2012. Disponível em <http://www.rbconline.org.br/artigo/megaeventos-no-brasil-oportunidades-e-desafios-da-copa-do-mundoFIFA-2014-para-o-siste>

ma-unico-de-saude-mega-events- opportunities-and-challenges-of-the-2014-FIFA-
-world-cup-for-brazils-u/≥

Molina Neto V & Triviños ANS. A Pesquisa Qualitativa na Educação Física. Porto Alegre: UFRGS/Sulina, 1999.

Oliveira DPR. Planejamento Estratégico: conceitos, metodologias e práticas. São Paulo: Atlas, 1985.

Tavares O. Megaeventos esportivos. Movimento, 2011. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/Movimento/article/viewFile/23176/17730>. Acesso em junho de 2014.

Padilha A. Copa do Mundo 2014 e Olimpíada 2016, grandes eventos, grandes catástrofes: O sistema de saúde e os serviços de saúde estão preparados? Apresentação realizada em Congresso. Disponível em: <http://www.hospitalar.com/congressos/2013/ciss/ministro-alexandre-padilha.pdf>

http://veja.abril.com.br/idade/exclusivo/perguntas_respostas/cidades-copa-2014/cidades-sede-copa-2014-estadios-capitais-FIFA-cbf-abertura-final.shtml#3





CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO SUL NO PERÍODO DE 2009-2013

ALESSANDRA DA ROSA SANTOS
LUÍS FERNANDO KRANZ
PAUL DOUGLAS FISHER

O Programa Bolsa Família (PBF) é o principal programa de Transferência Condicional de Renda (TCR), criado em 2003, e que beneficia milhões de famílias em situação de pobreza (com renda mensal por pessoa de R\$ 70,00 a R\$ 140,00) e de extrema pobreza (com renda mensal por pessoa de até R\$ 70,00). Tem por objetivo combater a miséria, a exclusão social e promover a emancipação das famílias mais pobres do nosso país. Possui três eixos principais:

- a) a transferência de renda promove o alívio imediato da pobreza;
- b) as condicionalidades reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social; e,
- c) as ações e programas complementares objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2004).

Segundo Trevisani et al. (2012), foi a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) que idealizou o desenho do Programa Bolsa Alimentação (PBA) e depois, pela estruturação desenvolvida para o acompanhamento desse programa, garantiu a continuidade da coordenação das condicionalidades de saúde do PBF. Sem dúvida, esse processo conferiu liderança da área dentro do Ministério da Saúde no processo de Transferência Condicional de Renda (TRC).

No caso do PBF, o Governo Federal tem dado ênfase à gestão compartilhada envolvendo os três níveis governamentais. A assinatura de termos de cooperação entre o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), estados e municípios, para a implantação do Programa e a possibilidade de complementação por parte dos entes subnacionais dos recursos financeiros transferidos às famílias beneficiárias, são aspectos destacados pelos formuladores do PBF como estratégias importantes de incentivo à adesão ao Programa e à cooperação intergovernamental (SENNA et al., 2007).

O PBF visa atender duas das mais importantes demandas da população pobre: o aumento da sua capacidade regular de consumo e o rompimento do ciclo de pobreza intergeracional. Partindo daí a importância de adequar às condicionalidades exigidas e do seu cumprimento por parte dos beneficiários, que é fundamental. Pesquisas recentes mostram que os beneficiários do PBF são mais conscientes das condicionalidades obrigatórias do programa que exigem a frequência escolar dos filhos das famílias contempladas e visitas regulares aos centros e postos de saúde (ESTRELLA et al., 2008).

A desigualdade e a fragmentação no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e as diferenças de condições de vida que levam a iniquidades no perfil de saúde da população estão implicadas no quadro de pobreza atual. Esse quadro justifica a inclusão em programas de combate à pobreza de condicionalidades relacionadas à saúde como forma de “assegurar o acesso dos beneficiários” à política de saúde, que por princípio é universal. Esse é um dos pontos polêmicos em torno do de-

senho do PBF. As condicionalidades apresentam-se como uma forma de discriminação positiva, visando à equidade na garantia de direitos universais básicos. Por outro lado, esse desenho foi concebido à luz da visão neoliberal, que propõe intervenções focalizadas e compensatórias das desigualdades geradas pelo próprio modelo (TREVISANI et al., 2012).

Trevisani et al. (2012) refletem sobre a atual conjuntura e ajudam a compreender a importância do papel dos serviços de saúde em um programa de caráter intersetorial. O componente que mobiliza a articulação das ações de saúde e potencializa a intervenção nutricional foi apontado como crucial para o impacto dessas ações. Apesar disso, houve resistência no setor saúde no processo de implementação das condicionalidades, que parece ter ocorrido no campo mais conceitual do que no técnico. No entanto, mecanismos de *policy feedback* parecem ter atuado na manutenção dessas contrapartidas.

Os dados de saúde são consolidados nos municípios e o principal sistema de informação nacional é o banco de dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) que possui seis módulos. Um deles é o mapa diário de acompanhamento, que contém informações sobre os beneficiários do PBF como: nome, identificações nacionais e endereços. Os agentes de saúde local coletam informações sobre todos os beneficiários e as autoridades de saúde municipais são responsáveis por consolidar as informações e enviá-las ao Ministério da Saúde (ESTRELLA et al., 2008).

Em pesquisa de Vaitsman et al. (2009), entre 2001 e 2006 houve uma queda de 3,45 pontos no coeficiente de Gini brasileiro e o PBF foi responsável por 21% dessa queda. Comprovando que o aumento da renda entre os mais pobres tem sido capaz de retirar um número significativo de pessoas das situações de indigência e de pobreza. Com base na PNAD 2004, estima-se que, sem o PBF e a Previdência Social, o número de indigentes passaria de 11% para 23% e de pobres aumentaria de 30% para 42%.

CONDICIONALIDADES DE SAÚDE

As condicionalidades são os compromissos assumidos tanto pelas famílias beneficiárias do PBF quanto pelo poder público para ampliar o acesso dessas famílias a seus direitos sociais básicos. Por um lado, as famílias devem assumir e cumprir esses compromissos para continuar recebendo o benefício. Por outro, as condicionalidades responsabilizam o poder público pela oferta dos serviços públicos de saúde, educação e assistência social.

Na área da saúde, as famílias beneficiárias assumem o compromisso de acompanhar o cartão de vacinação e o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 7 anos. As mulheres na faixa de 14 a 44 anos também devem fazer o acompanhamento e, se gestantes ou nutrizes (lactantes), devem realizar o pré-natal e o acompanhamento da sua saúde e do bebê.

Com relação à descentralização das políticas sociais, os municípios brasileiros ainda têm apresentado muitas fragilidades na oferta de serviços de educação e saúde, o que compromete o processo de implementação das condicionalidades do PBF. Outro item que se destaca é que, embora o município assine um termo de adesão ao programa comprometendo-se a ofertar adequadamente os serviços básicos previstos nas condicionalidades, a legislação não prevê ações de responsabilização e punição para os municípios inadimplentes. Dessa forma, é sobre as famílias que recai, quase exclusivamente, a responsabilidade pelo cumprimento das condicionalidades (SENNA et al., 2007).

Monteiro et al. (2014) afirmaram que o acesso à alimentação adequada também pode ser intensificado por meio de políticas públicas que promovam as práticas alimentares saudáveis e garantam que esse acesso seja processado de modo regular e permanente. Como exemplos, destacou a promoção da educação nutricional nas escolas e nas Unidades de Saúde, a oferta de uma alimentação escolar equilibrada, o incentivo

e o subsídio do governo para criação de hortas comunitárias, a oferta de aulas práticas de culinária em cozinhas comunitárias, a ampliação de mercados e restaurantes populares com preços justos para a população de baixa renda e as intervenções no sistema de produção de alimentos, como o apoio à agricultura familiar e a viabilização de escoamento de produtos locais por meio de programas públicos. Dependendo da forma que essas ações são conduzidas, pode-se ampliar a utilização da TCR das famílias beneficiárias do PBF.

A prevalência de insegurança alimentar entre os integrantes do PBF é abrangente (81,6%). [...]. Assumir investimentos nos setores de educação, saúde, geração de trabalho e renda são estratégias que devem ser incorporadas pelo PBF, de modo a reduzir a situação de vulnerabilidade familiar e para que esse programa não se restrinja a um caráter assistencialista e emergencial. Além disso, não há como promover o acesso à alimentação sem incidir sob o sistema produtivo, comercial e de disponibilização de alimentos (MONTEIRO et al., 2014, p. 1350).

Trevisani et al. (2012) apresentam uma síntese da análise documental sobre legislações e principais documentos técnicos disponíveis nos *sites* do Governo Federal sobre o PBF e suas condicionalidades de saúde. A Lei nº 10.836/2004 cria o PBF como programa “destinado às ações de transferência de renda com condicionalidades” e que “a concessão dos benefícios dependerá do cumprimento, no que couber de condicionalidades”. A potencialidade do monitoramento das condicionalidades no sentido de permitir “a identificação de vulnerabilidades sociais que afetam ou impedem o acesso das famílias beneficiárias aos serviços a que têm direito” é descrita pela Portaria nº 321/2008, que regulamenta a gestão das condicionalidades do programa e justifica a necessidade de o poder público proceder a essa ação adequadamente e de implementar ações voltadas ao acompanhamento das famílias em situação de descumprimento (BRASIL, 2008).

ANÁLISES E AVALIAÇÕES

Para Rasella (2013), os achados sobre o efeito do PBF nas variáveis socioeconômicas, similar aos obtidos em outro estudo com metodologia diferente, sugerem que este programa pode ser um dos fatores responsáveis para a melhoria das condições socioeconômicas e para a redução das desigualdades de renda na população brasileira. Mudanças em todas as demais variáveis indicaram uma melhoria das condições socioeconômicas e sanitárias da população. A contribuição do PBF para este processo tem sido demonstrada em alguns estudos recentes: crianças de famílias beneficiárias do PBF eram mais propensas a serem bem nutridas do que os de famílias não beneficiárias.

Uma explicação para o efeito do PBF sobre a sobrevivência da criança está associada às condicionalidades na saúde, o que incluem visitas pré-natais, cuidados pós-natais e atividades educacionais de saúde e nutrição para as mães, bem como o respeito do calendário de vacinação regular e de rotinas de *check-up* para crescimento e desenvolvimento de crianças menores de 7 anos de idade. Os resultados desse estudo forneceram evidências de que uma abordagem multissetorial combinada a um sólido programa de transferência de renda e com uma atenção primária eficaz, capaz de atender as necessidades de saúde da população e as condicionalidades, podem fortemente reduzir a mortalidade na infância (RASELLA, 2013).

Apesar da expansão do PBF, há poucas avaliações sobre os avanços e os desafios a serem enfrentados, bem como os impactos nas condições de saúde e nutrição da população. A dificuldade na obtenção de dados para a avaliação do estado nutricional, ao longo do tempo em que o indivíduo se beneficia ou beneficiou do PBF, é o maior obstáculo para as pesquisas (WOLF et al., 2014).

Oliveira et al., (2011) afirmam que “a influência dos fatores socioeconômicos dos pais, como a escolaridade, sobre a saúde dos filhos, gera um ciclo de pobreza que se mantém por gerações”. Sob este ponto de

vista, o PBF tem como pontos positivos a obrigatoriedade do cumprimento das exigências, visando quebrar este ciclo através da melhoria da educação e saúde das crianças e adolescentes, e a criação de programas complementares, visando à autonomia das famílias. Sendo importante, então, ir além da evidência científica, além da mobilização e da participação popular, assim como a dos profissionais de saúde, que são os pilares de sustentação da solução das iniquidades. A Comissão Nacional dos Determinantes Sociais em Saúde avalia que os achados atuais sobre o impacto do PBF no estado nutricional infantil ainda são inconclusivos, embora o benefício tenha contribuído para a redução da desigualdade social brasileira e para a ampliação da variedade de alimentos consumidos pelas famílias beneficiárias.

Algumas avaliações a respeito dos Programas Brasileiros de Garantia de Renda Mínima (PGRM) apontam a vantagem da transferência monetária direta na diminuição dos custos administrativos do programa e na redução da incidência de fraudes e desvios de recursos, além de permitir a liberdade de escolha dos produtos por parte dos beneficiários, quando comparada à clássica modalidade de distribuição do benefício *in natura*. Paralelamente, os PGRMs têm como proposta promover a articulação com outras políticas e programas sociais, criando a possibilidade de, em tese, romper com a fragmentação típica das políticas sociais brasileiras e facilitar a adoção de ações intersetoriais (SENNA et al., 2007).

Vaitsman et al. (2009) afirmam que, frente ao sucesso político do PBF, muitos municípios criaram programas próprios de transferência de renda, ou por meio de complementação dos valores do benefício de transferência de renda ou com atividades voltadas para os beneficiários dos programas federais.

Neste contexto, este estudo apresentou como objetivo geral descrever as condicionalidades de saúde do PBF em Sapucaia do Sul (RS), 2009-2013. Como objetivos específicos:

- a) Identificar as variações do número de famílias acompanhadas com perfil saúde durante o período de 2009-2013;
- b) Descrever a evolução do número de crianças acompanhadas pelo PBF;
- c) Identificar o percentual de crianças vacinadas e gestantes com pré-natal em dia atendidas pelo PBF no município de Sapucaia do Sul; e,
- d) Comparar as condicionalidades de saúde pelo PBF com os dados referentes ao município de Porto Alegre, ao estado do Rio Grande do Sul e ao Brasil.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa do tipo descritiva de abordagem quantitativa e retrospectiva. Os dados referentes ao período estudado (2009-2013) estão disponíveis em bases de domínio público, viabilizando acesso aos dados disponibilizados pelo governo federal através da geração do relatório de informações vinculados ao Relatório de Informações Sociais e vinculado ao MDS. O acesso aos dados ocorreu na data de 01 de dezembro de 2014 entre 9 e 16h (http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa_relconsol.asp). A população-alvo englobou dados referentes às famílias, gestantes e crianças acompanhadas pelo PBF, no período de 2009 a 2013 (Quadro 1).

Os valores obtidos na coleta de dados foram avaliados utilizando-se estatística descritiva, através da distribuição absoluta (n) e relativa (%) para o número absoluto de casos ao longo de cada período de investigação. As análises foram realizadas no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.6.

Por fim, a delimitação espacial do estudo se restringe ao município de Sapucaia do Sul, situado na região metropolitana de Porto Alegre, capital estadual do Rio Grande do Sul (RS), ligado aos polos industriais de Gravataí e Cachoeirinha. A cidade conta com uma boa estrutura industrial e cultura operária, fatores que beneficiam a instalação de indústrias e de serviços. Em 2010 possuía uma população de 130.988 habitantes

segundo Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010 e um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,726, na faixa de alto desenvolvimento.

A Rede Municipal de Saúde apresentava a seguinte estrutura:

- a) Atenção Básica: apresenta 19 equipes da Estratégia Saúde da Família e 5 equipes Básicas de Saúde, distribuídas em 23 Unidades de Saúde, além do Programa de Atenção Domiciliar (PAD);
- b) Atenção Secundária: composta por uma unidade do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas (CAPS – AD), do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), da Clínica de Saúde da Mulher (CLISAM), Infectologia/SAE, do Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e da Unidade Central de Especialidades (UCE); e,
- c) Atenção Terciária: abrange o Serviço de Atenção Médica de Urgência (SAMU) e a Fundação Hospital Municipal Getúlio Vargas, além da Coordenação de Vigilância em Saúde.

Para a consecução do estudo foram utilizados apenas dados secundários e informações disponíveis em bases de dados de acesso público, o que dispensa encaminhamentos e aprovações por Comitês de Ética em Pesquisa segundo Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Quadro 1: Condicionalidade de saúde x variáveis abordadas no estudo

CONDICIONALIDADES DE SAÚDE	VARIÁVEIS
Acompanhamento de famílias beneficiadas	Proporção de famílias beneficiadas com perfil saúde totalmente acompanhadas pelo município
Acompanhamento de crianças de famílias beneficiadas	Proporção de crianças de famílias beneficiadas com perfil saúde acompanhadas pelo município
Acompanhamento de crianças de famílias beneficiadas com vacinação em dia	Proporção de crianças de famílias beneficiadas com perfil saúde com vacinação em dia
Acompanhamento de gestantes de famílias beneficiadas	Proporção de gestantes de famílias beneficiadas com pré-natal em dia

RESULTADOS

Na tabela 1 se encontra as metas pactuadas e as atingidas para acompanhamento de famílias beneficiadas para o quinquênio 2009-2013 em Sapucaia do Sul. Observa-se uma redução da cobertura atingida (de 40,8% para 31,7%) ao mesmo tempo que a meta pactuada passou de 30% para 34%.

Tabela 1: Metas pactuadas e coberturas atingidas pelo município para acompanhamento de famílias beneficiadas de Sapucaia do Sul nos anos avaliados.

ANO	COBERTURA	META PACTUADA
2009	40,81 %	30%
2010	34,45 %	
2011	43,64 %	
2012	34,91 %	
2013	31,71 %	34%

Fonte: (Sispacto) <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>

O percentual de famílias acompanhadas no município de Sapucaia do Sul, obtido através da razão número de famílias acompanhadas sobre o total de famílias com perfil saúde, encontra-se na tabela 2.

Os dados apontaram uma redução na proporção do número de famílias, passando de 61,7% (n=1015) em 2009-1ª vigência, para 31,7% (n=1.058) em 2013-1ª vigência. Embora os números absolutos demonstrem uma elevação do número de famílias acompanhadas, observa-se uma redução na proporção dos acompanhamentos, conforme consta na tabela 4.

Tabela 2: Proporção de famílias beneficiadas com perfil saúde totalmente acompanhadas pelos municípios de Sapucaia do Sul e Porto Alegre, o estado do Rio Grande do Sul e o Brasil, 2009-2013

Ano e vigência	Famílias acompanhadas				
	Sapucaia do Sul	Porto Alegre	RS	Brasil	
	%	%	%	%	
2009	1 ^a	61,7	18,6	51,5	71,0
	2 ^a	59,1	42,0	55,7	74,4
2010	1 ^a	66,3	45,1	46,2	76,3
	2 ^a	52,4	50,1	60,6	77,4
2011	1 ^a	54,3	48,1	60,9	78,5
	2 ^a	59,6	48,0	62,2	79,9
2012	1 ^a	32,6	52,9	61,1	80,3
	2 ^a	53,8	66,9	67,2	80,5
2013	1 ^a	13,5	58,1	63,6	80,8
	2 ^a	31,7	58,9	63,6	80,8

*Percentuais obtidos com base no total de famílias perfil saúde

CONDICIONALIDADES – Crianças

Em relação às crianças acompanhadas (Tabela 3), em Sapucaia do Sul ocorreu uma redução no percentual de cobertura de 49,5% (n=833) em 2009-1^a para 31,2% (n=849) em 2013-2^a. Embora tenha ocorrido um aumento do número de crianças do Perfil saúde (2009 - 1^a: 96.909 vs. 2013 - 2^a: 221.927), houve uma redução de 17,4% no número de crianças acompanhadas.

Situação diferente ocorreu na evolução dos dados de Porto Alegre e do estado do Rio Grande do Sul (RS), que apresentaram aumento do número e proporção de crianças acompanhadas.

No que se refere à proporção de crianças com vacinação em dia (tomando como base o total de crianças acompanhadas), o município de Sapucaia do Sul esteve quase sempre em 100%, Porto Alegre entre 98,3% (2013-2^a) e 99,7% (2009-1^a), o RS de 99,1% (2013 - 1^o) a 99,9%

(2013 – 2ª) e o Brasil 95,1% a 99,2%. Ou seja, a proporção de crianças com vacinação em dia apresentou-se adequado para o município.

CONDICIONALIDADES – Gestantes

No que se refere às informações das gestantes, em Sapucaia do Sul ocorreu um aumento de 72,1% na estimativa do número de gestantes no período, de 68 para 117. Este aumento também ocorreu no município de Porto Alegre (161,7%), para o RS (37,4%).

Quanto à condição das consultas de pré-natal em dia, em Sapucaia do Sul o percentual de gestantes com pré-natal em dia mostrou-se abaixo do observado para Porto Alegre, o RS e o Brasil.

Tabela 3: Proporção de crianças de famílias beneficiadas com perfil saúde acompanhadas pelo município e a proporção com vacinação em dia nos municípios de Sapucaia do Sul, Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul e Brasil.

Ano e vigência	Crianças								
	Sapucaia do Sul		Porto Alegre		Rio Grande do Sul		Brasil		
	% Cober- tura	Vacinação em dia %**	% Cober- tura	Vacinação em dia %**	% Cober- tura	Vacinação em dia %**	% Cober- tura	Vacinação em dia %**	
2009	1ª	49,5	100	27,8	99,7	60,9	99,6	75,2	99,0
	2ª	51,4	99,9	47,3	98,5	62,7	99,5	75,4	95,1
2010	1ª	50,0	100	44,5	99,4	61,6	99,4	76,9	99,1
	2ª	42,5	100	52,2	99	64,2	99,6	77,9	99,2
2011	1ª	45,9	90,3	47,9	99,2	63,3	99,5	78,8	99,1
	2ª	48,8	100	46,0	99,2	63,4	99,2	79,9	96,6
2012	1ª	26,2	100	50,7	98,7	63,7	99,4	80,3	98,9
	2ª	38,6	100	70,2	98,8	69,2	99,3	80,5	98,0
2013	1ª	22,4	100	62,1	97,0	64,5	99,1	80,3	99,1
	2ª	31,2	99,8	62,6	98,3	64,7	99,9	80,6	98,7

*Percentuais obtidos com base no total de crianças - perfil saúde;

**percentuais obtidos com base no total de crianças acompanhadas.

Tabela 4: Proporção de gestantes de famílias beneficiadas com pré-natal em dia em Sapucaia do Sul, Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul e Brasil.

Ano e vigência		Gestantes				
		Sapucaia do Sul	Porto Alegre	Rio Grande do Sul	Brasil	
		Pré-natal em dia	Pré-natal em dia	Pré-natal em dia	Pré-natal e dia	
		%	%*	%	n	%
2009	1 ^a	27,9	54,7	42,6	96020	28,4
	2 ^a	26,5	57,0	42,7	100421	29,7
2010	1 ^a	21,4	44,1	43,6	100284	28,7
	2 ^a	68,6	64,8	51,2	114542	32,8
2011	1 ^a	69,7	42,5	36,4	113061	24,2
	2 ^a	8,1	35,6	36,0	115825	24,8
2012	1 ^a	7,1	59,1	49,6	166397	35,7
	2 ^a	48,5	78,3	55,5	169558	34,9
2013	1 ^a	4,3	68,2	51,9	174947	35,0
	2 ^a	24,8	83,1	58,5	196333	39,0

*Percentual obtido com base no total da estimativa de gestantes.

DISCUSSÃO

Sabe-se, que o processo de manutenção da pobreza no país é em grande parte fruto das desigualdades na distribuição dos rendimentos, o que torna a proposta de transferência de renda apropriada, pelo menos para minimizar suas consequências (Senna et al., 2007).

Os programas de TRC, como o PBF, visam o acompanhamento das famílias como condição para receber o benefício. A efetividade das condicionalidades de saúde está relacionada à oferta e qualidade dos serviços prestados pelos municípios. Em Sapucaia do Sul, a variação do número de famílias acompanhadas com perfil saúde no período de 2009 a 2013 foram decrescentes ainda que os números demonstrem uma elevação no número de beneficiários. Diferenciado da capital Porto Alegre e

dos números para o RS e Brasil onde aumentaram o número de famílias acompanhadas.

As pesquisas em geral mostram que as condicionalidades de saúde apresentam crescimento tanto no acompanhamento como em resultados de saúde para a população. No artigo de Jaime et al., (2011), os autores descrevem a experiência do governo brasileiro na organização das ações de Alimentação e Nutrição ao que cabe à Atenção Básica, foi reconhecida a importância dessas ações propostas para a Atenção Básica no Brasil, configurando-se como desafio a consolidação, expansão e universalização das mesmas. Dentre esses desafios, pode-se citar a necessidade de expansão e consolidação da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica, como garantia de avaliação periódica do estado nutricional e consumo alimentar, com inserção dos dados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. A intersectorialidade é uma das vertentes das ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica, tanto com atendimento as famílias beneficiárias do PBF como com a integração das ações dos diferentes setores (Saúde, Educação, Assistência Social e Trabalho) no território.

Trevisani et al. (2012) explicitaram que foi a CGPAN que idealizou o desenho do PBA e depois, pela estruturação desenvolvida para o acompanhamento desse programa, garantiu a continuidade da coordenação das condicionalidades de saúde do PBF. Esse processo conferiu liderança da área dentro do Ministério da Saúde no processo de TRC e ao analisar o objetivo e as ações propostas como condicionalidades, fica claro que se trata de agenda comum da área de nutrição e outras áreas da saúde, sobretudo da atenção básica e das áreas técnicas de saúde da criança e da mulher. Reconheceu como desafio a necessidade do fortalecimento do diálogo entre essas áreas, visto que esse afastamento se reflete nos serviços de saúde por meio da dificuldade de integração entre o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF e a agenda da atenção básica nos municípios.

As famílias beneficiárias do PBF devem ser assistidas por uma equipe da Saúde da Família ou por uma unidade básica de saúde. É funda-

mental que a equipe de saúde esclareça a família sobre o seu papel no cumprimento das ações que compõem as condicionalidades do PBF e que deixe a família ciente de suas responsabilidades na melhoria de suas condições de saúde e nutrição. O MDS disponibiliza à CGPAN/MS arquivo com informações do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) contendo a lista das famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde, ou seja, famílias com crianças menores de sete anos e com prováveis gestantes (mulheres entre 14 e 44 anos). O arquivo é importado para a base do Sistema Bolsa Família na Saúde. Essas informações são disponibilizadas para as Secretarias Municipais de Saúde, no Mapa Diário de Acompanhamento e em relatórios para que essas famílias tenham seu acompanhamento realizado e registrado.

São poucos os estudos que abordam as condicionalidades de saúde dos municípios como um todo. No estudo de Wolf et al., (2014), os autores comentam que apesar da expansão do PBF ainda são pouca as avaliações que aquilatam os avanços e os desafios a serem enfrentados, bem como os impactos nas condições de saúde e nutrição da população. Ainda que o acompanhamento da saúde seja uma das condicionalidades para a manutenção do recebimento do benefício, quando se buscam estes dados, há uma grande dificuldade em obtê-los. Mesmo nos municípios onde o SISVAN, por exemplo, encontra-se informatizado com ligação direta com o SISVAN nacional, o cruzamento de dados com o PBF não ocorre. A dificuldade na obtenção de dados é o maior obstáculo para as pesquisas, sendo um desafio.

A literatura comprova, no estudo de Castro et al., (2009), que as repetidas notícias sobre fraudes na inclusão de pessoas fora dos critérios confirmariam uma impressão, também do senso comum, de que as pessoas encontrarão meios de fraudar o Programa para desviar os recursos. Os dados dissonantes são os que tratam da perspectiva de fraudes, seja no campo da gestão do programa nos municípios, seja no comportamento dos beneficiários. De todos os lados haveria fraudes e estratégias de burla das regras, traço dominante na sociedade brasileira: mesmo sem

evidências empíricas, os comportamentos antiéticos inexoravelmente fariam parte do caráter dos brasileiros. Salientando que o ciclo supervisão - avaliação - aprimoramentos deve fazer parte da implementação das políticas públicas e que uma iniciativa da envergadura do Bolsa Família certamente conterà problemas pendentes, trata-se de uma política que conta com a aprovação da sociedade brasileira. O autor questiona sobre os resultados de políticas públicas com distribuição direta de renda no longo prazo, se permitem a ruptura com o ciclo vicioso da pobreza, e a saída permanente dos beneficiários dessa situação, ou se constitui apenas um paliativo de curto prazo. A resposta a essa pergunta somente poderá ser dada à medida que mais estudos forem feitos, e é um grande desafio para a pesquisa acadêmica.

Por fim, na ampla discussão de Trevisani et al. (2012) salientaram que mesmo após a Constituição de 1988, a construção do Sistema Único de Saúde e as propostas da Reforma Sanitária de um sistema universal, na prática, esse acesso universal ainda é um desafio. A desigualdade e a fragmentação no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde e as diferenças de condições de vida que levam a iniquidades no perfil de saúde da população estão implicadas no quadro de pobreza atual. Esse quadro justifica a inclusão em programas de combate à pobreza de condicionalidades relacionadas à saúde como forma de “assegurar o acesso dos beneficiários” à política de saúde, que por princípio é universal. Outro ponto importante e polêmico é que as condicionalidades se apresentam como uma forma de discriminação positiva, visando à equidade na garantia de direitos universais básicos, mas que esse desenho foi concebido à luz da visão neoliberal, que propõe intervenções focalizadas e compensatórias das desigualdades geradas pelo próprio modelo e implicaria no deslocamento no âmbito das políticas sociais da noção universalizada do direito. A autora cita que houve resistência no setor saúde no processo de implementação das condicionalidades, que parece ter ocorrido no campo mais conceitual do que no técnico. No entanto, mecanismos de *policy feedback* parecem ter atuado na manutenção dessas contrapartidas.

Nesse sentido, Senna et al. (2007) já se referiam no seu estudo, a dificuldade de estarmos diante de uma situação em que se questionam as condições e a capacidade mesma dos municípios de ofertarem o que de mais básico está previsto no elenco de direitos sociais, isto é, as ações básicas de saúde e educação. Todavia, são muitos os desafios que ainda se interpõem nessa direção, tendo em vista a magnitude e complexidade da questão social e a histórica fragilidade do Estado brasileiro em dar respostas eficazes e efetivas.

CONCLUSÃO

Os dados apresentados neste trabalho, apesar de mostrar o baixo avanço do município de Sapucaia do Sul, demonstram que Porto Alegre, o Rio Grande do Sul e o Brasil obtiveram avanços consideráveis no que diz respeito ao aumento no número de famílias acompanhadas e ao alcance da meta pactuada (73%). Verificou-se que ainda existem importantes desafios na gestão do acompanhamento das condicionalidades de saúde no âmbito do SUS. Os instrumentos de pactuação do SUS, como o Contrato Organizativo da ação Pública da Saúde (COAP) e o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) reforçam o alcance das metas pactuadas, impulsionam o acompanhamento da agenda de saúde do PBF e incentivam os municípios para o fortalecimento e qualificação das ações e dos processos de trabalho das equipes de saúde voltados para o acompanhamento das condicionalidades, o que reafirmam os compromissos do setor saúde com a eliminação da pobreza.

REFERÊNCIAS

Brasil. Lei 10.836, de 09 de janeiro de 2004. Dispõe sobre a criação do Programa Bolsa Família e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm

_____. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5209.htm.

_____. Portaria nº 321, de 29 de setembro de 2008. Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família, revoga a Portaria nº 551, de 9 de novembro de 2005, e dá outras providências. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/portarias/2008/Portaria%20no%20321-%20de%2029%20de%20setembro%20de%202008.pdf

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

Castro CO, Walter MIMT, Santana CMB, Stephanou MC. Percepções sobre o Programa Bolsa Família na sociedade brasileira. *Opinião pública*, 15(2): 333-355, 2009.

Estrella J & Ribeiro LM. Qualidade da gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma discussão sobre o índice de gestão descentralizada. *Rev. Adm. Pública*, 42(3): 625-641, 2008.

Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev. Nutr.* 24(6): 809-824, 2011.

Monteiro F, Schmidt ST, Costa IB, Almeida CCB, Matuda NS. Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(5): 1347-1357, 2014.

Oliveira FCC, Cotta RMM, Sant'ana LFR, Priore SE, Franceschini SCC. Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7): 3307-3316, 2011.

Senna MCM, Monnerat GL, Schottz V, Magalhães R. Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira. *Rev. Katál*, 10(1): 86-94, 2007.

Rasella D. Impacto do Programa Bolsa Família e seu efeito conjunto com a Estratégia Saúde da Família sobre a mortalidade no Brasil. [Tese de doutorado]. Salvador: Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2013.

Trevisani JJD, Burlandy L, Jaime PC. Fluxos Decisórios na Formulação das Condições de Saúde do Programa Bolsa Família. *Saúde e Sociedade*, 21(2): 492-509, 2012.

Vaitsman J, Andrade GRB, Farias LO. Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3): 731-41, 2009.

Wolf MR & Barros Filho AA. Estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família no Brasil – uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(5): 1331-1338, 2014.



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MONTENEGRO/RS 2014-2017 E INTERFACE COM OS RELATÓRIOS QUADRIMESTRAIS DE GESTÃO

SILVANA APARECIDA FURTADO DE SOUZA SCHONS
RAFAEL KRUTER FLORES

INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é o instrumento básico que norteia a definição da programação anual das ações e dos serviços de saúde prestados em cada esfera, contribuindo para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Lei Federal nº 141/2012, em seu Art. 36, determina que cada ente da Federação deve elaborar um relatório quadrimestral onde conste o montante dos recursos aplicados no período bem como sua fonte, as auditorias que foram realizadas e àquelas que se encontram em fase de execução no período com suas recomendações e determinações, bem como a oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria - contratada e conveniada - confrontando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

A organização do SUS passa pela implementação de leis e instrumentos que exigem a criação de planos e relatórios de gestão obrigatórios, tanto nas esferas de gestão federal e estadual, quanto na municipal.

Dentre as leis, destaque para a Lei Federal nº 8.142/90 que determina como requisito para receber recursos federais a criação do Plano de Saúde e do Relatório de Gestão (BRASIL, 1990b). Para Nogueira e Miotto (2006), o plano ou o projeto, na condição de instrumento de gestão frente à realidade onde terá incidência, deverá fornecer respostas às necessidades sociais existentes em saúde, de forma ordenada, articulando as possibilidades institucionais e os setores em questão, imprimindo um rumo consensual mínimo às situações abordadas.

A avaliação e o monitoramento das ações planejadas para cada exercício do Plano Municipal de Saúde podem sofrer consideráveis aportes a cada quadrimestre, ou seja, o gestor municipal, sua equipe técnica e o controle social, ao identificarem deficiências no cumprimento das metas, eventualmente poderiam se debruçar sob estas questões a fim de que se possa atingir ao máximo o planejado.

Neste sentido, é objetivo deste estudo identificar os elementos dos Relatórios Quadrimestrais presentes no Plano Municipal de Saúde 2014–2017 da Secretaria Municipal de Saúde de Montenegro/RS. Mais especificamente:

- a) Identificar como são tratados os dados contidos nos Relatórios Quadrimestrais pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Montenegro – RS em seu processo de análise e avaliação.
- b) Identificar possíveis encaminhamentos visando o aprimoramento e a execução do Plano Municipal de Saúde, a partir da análise dos dados dos Relatórios Quadrimestrais.
- c) Consolidar uma metodologia de análise dos dados que possa potencializar o aprimoramento do Plano Municipal Saúde.

CONTEXTO DO ESTUDO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) os gestores têm se empenhado para a discussão do planejamento como peça essencial

da gestão, empreendendo várias ações neste sentido com o intuito de institucionalizá-lo (Vieira, 2009). Contudo, apesar dos avanços, muitos ainda são os desafios para tornar o planejamento no SUS institucionalizado.

O cotidiano da gestão do Sistema Único de Saúde, em qualquer âmbito do governo, configura-se em um enorme desafio aos gestores. Para Teixeira e Vilasbôas (2004, p.5), geralmente os gestores e sua equipe são envolvidos de tal sorte em um emaranhado de informações sobre leis, normas, portarias, decretos, programas, projetos e etc. lembrando capitães de navios sem rumo definitivo, sendo transportados ao invés de conduzir.

Para Castiel e Rivera (1985), o planejamento em saúde tem no planejamento econômico sua raiz e, como premissas básicas, o olhar para o futuro, os objetivos definidos, sugerir a existência de um sujeito significando a participação fundamental do estado na preparação de planos e programas, bem como na escolha de caminhos com seus respectivos traçados.

O Plano de Saúde e a Programação Anual de Saúde são os condutores do planejamento no curto e longo prazo das atividades dos gestores de saúde, sendo necessário alcançar no final de cada período uma checagem entre o que foi planejado e o que foi executado no decurso do período (THIELE, 2008). Assim, todo o plano necessita de revisões sistemáticas, e exige um acurado sistema de monitoramento/controle/acompanhamento para permitir a avaliação (NOGUEIRA e MIOTO, 2006).

Em 2009, o Ministério da Saúde lançou o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), voltado a assessorar os gestores, os técnicos e os conselheiros de saúde na compreensão acerca dos instrumentos de gestão relacionados ao processo de planejamento em saúde nas três esferas gestoras. O documento apresenta alguns aspectos que devem ser considerados para a realização de um planejamento satisfatório, com destaque para a articulação entre os diversos instrumentos, suas fases de tramitação e seus referentes graus de responsabilidade. Os Planos de

Saúde são considerados documentos de finalidades políticas, de análise, de estratégias, de prioridades e de metas sob aspecto analítico e devem ser submetidos na íntegra aos conselhos de saúde correspondentes, em cada nível de gestão do SUS.

Para Mottin (1999) o Plano Municipal de Saúde deve ser o primeiro instrumento a ser organizado, no primeiro ano da gestão municipal, sendo o documento que reúne e organiza as propostas de ação do governo municipal para a área da saúde, oferecendo soluções relacionadas às necessidades e aos problemas da população local. O Plano, deste modo, considera as diretrizes gerais definidas para a política da saúde nas esferas nacional e estadual.

A PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENÇÃO À SAÚDE (PPI)

A Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI) é um processo que define a Programação das Ações de Saúde (PAS) em cada território e guia a alocação dos recursos financeiros para a saúde, estabelecendo critérios e parâmetros de pactuação entre os gestores. Nela estão enumeradas, entre outras, as diretrizes quanto à Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação Assistencial. Já o Plano Plurianual (PPA) é um instrumento de planejamento de médio prazo que estabelece programas (diretrizes), ações, objetivos e metas da administração pública para um período de quatro anos, promovendo a identificação dos objetivos e prioridades do município (BRASÍLIA, 2012).

De acordo com a Constituição Federal de 1988, o Poder Executivo, durante o primeiro ano de uma administração, deve dar continuidade ao desenvolvimento dos programas e ações do Plano Plurianual existente e elaborar um novo, que vai vigorar durante os três anos restantes da gestão e o primeiro ano da administração seguinte. De forma semelhante, o Plano Plurianual (PPA) orienta a elaboração do Orçamento Municipal para os quatro próximos anos, incluindo o primeiro ano do governo seguinte.

Como complemento, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que compreende as metas e as prioridades da administração pública, incluindo:

- a) As despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, em consonância com o Plano Plurianual (PPA);
- b) A orientação para a elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA);
- c) Dispositivos sobre as alterações na legislação tributária;
- d) As regras para a política de aplicação das agências oficiais de fomento; e,
- e) As prioridades de governo de forma explícita, evidenciando quais serão os setores que receberão mais recursos.

RELATÓRIOS DE GESTÃO

A Portaria MS nº 2.135/2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, delimita o Relatório de Gestão como a ferramenta de gestão com elaboração anual que consente ao gestor oferecer os resultados alcançados com a implementação da Programação Anual de Saúde (PAS) e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

O relatório é uma espécie de comprovante da aplicação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde, sendo indissociável do Plano Municipal de Saúde (PMS) e de suas respectivas programações, bem como dos demais instrumentos de gestão como: o Plano Plurianual (PPA), a Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) (ALMEIDA e SOUZA, 2013).

As ações de saúde previstas para o município são contempladas na Programação Anual de Saúde que geram dois relatórios, conforme a Lei Complementar nº 141/12:

- a) Relatório Quadrimestral (RQ): a Secretarias de Saúde, estadual e municipal, deve apresentá-lo ao Conselho de Saúde respectivo,

que deverá avaliar e encaminhar ao Chefe do Poder Executivo as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

- b) O Relatório Anual de Gestão (RAG): é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (Art. 4º da Portaria 3.332/2006).

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 459, de 10/10/2012 aprovou um modelo padronizado de relatório quadrimestral de prestação de contas para os estados e municípios.

MUNICÍPIO DE MONTENEGRO

O município de Montenegro está situado no Vale do Rio Caí, na encosta inferior Nordeste, integrando a Região Metropolitana de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul (RS). Apresenta uma população de 59.415 habitantes IBGE, 2010) e Índice de Desenvolvimento Humano de 0,755 (faixa de IDH Alto).

Segundo o Plano Municipal de Saúde de Montenegro 2014-2017, o sistema municipal de saúde é composto por:

- a) rede básica: possui três unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) e uma Unidade Móvel para prestar atendimento médico-odontológico nas localidades rurais, uma Unidade de Vigilância em Saúde (Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária e Vigilância da Saúde do Trabalhador);
- b) atenção secundária: um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I);
- c) atenção terciária: dois estabelecimentos hospitalares - um hospital geral filantrópico (100% SUS) e um hospital privado que presta serviços contratados pelo SUS, totalizando 274 leitos. Conta ainda com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

MÉTODOS

Consiste em pesquisa documental em documentos oficiais e eletrônicos, bem como encontros com os trabalhadores que preenchem os Relatórios Quadrimestrais (RQ), do preenchimento da planilha à análise dos dados. Nos Relatórios Quadrimestrais do exercício de 2014 (1º e 2º quadrimestre) e no Plano Municipal de Saúde 2014-2017 tentou-se identificar possíveis dificuldades encontradas pela equipe técnica na análise e avaliação, bem como a identificação dos encaminhamentos lançados no aprimoramento da execução do PMS a partir da análise dos dados do RQ.

Foi realizado um levantamento de documentos da Secretaria Municipal de Saúde referente ao acompanhamento, monitoramento e avaliação no que tange os processos envolvendo a implementação do Plano Municipal de Saúde do período de 2014-2017 e a sua relação com os instrumentos de gestão com ênfase nos Relatórios Quadrimestrais do exercício de 2014, disponíveis no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS).

Esleu-se como categoria de análise as propostas de saúde elencadas no Plano Municipal de Saúde de Montenegro/RS 2014-2017, confrontadas com os resultados consolidados nos Relatórios Quadrimestrais do 1º e 2º quadrimestres-2014.

A análise documental suscitou a elaboração de um instrumento facilitador da compreensão dos resultados (Quadro 1). Nele foi convencionada a utilização de sinais (ou siglas) e cores para rápida visualização dos resultados.

Os sinais representam as propostas/metasp não realizadas (NR), as realizadas parcialmente (RP) e as realizadas (RT). Na sequência, foram empregadas cores para as propostas/metasp: vermelho (nãp realizadas), amarelo (em fase de implementaçãp) e verde (propostas/metasp atingidas). Apõs, foi estruturado um quadro comparativo.

Por fim, a confrontaçãp dos dados dali obtidos e a interpretaçãp dos mesmos no contexto do Plano Anual de Saúdep, como forma de verificar

se os Relatórios Quadrimestrais possibilitam o aprimoramento na execução do Plano Municipal de Saúde de Montenegro.

RESULTADOS

Foram realizados dois encontros com a equipe a respeito do tratamento dado aos Relatórios Quadrimestrais (RQ). O manejo dos dados foi referido como conflitante com demais atividades desempenhadas pela mesma equipe dentro do apoio a gestão, dificultando um maior aprofundamento e aproveitamento dos dados emanados dos Relatórios Quadrimestrais.

O Quadro 1 apresenta as propostas/metapas elencadas no PMS de Montenegro/RS 2014-2017 e o que foi realizado, segundo os Relatórios Quadrimestrais do 1º e 2º quadrimestre de 2014. Do total de 39 metas, 22 foram parcialmente ou plenamente realizadas no 1º quadrimestre, passando a 25 no 2º quadrimestre.

No 1º quadrimestre o Plano Municipal de Saúde se manteve a base do SAMU/SALVAR junto ao Hospital Montenegro e garantir junto ao Governo do estado do RS o financiamento para proporcionar gratuidade no atendimento aos usuários do SUS junto ao mesmo.

Já no 2º quadrimestre, entre as propostas que foram atingidas plenamente pode-se destacar a implantação junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Pronto Atendimento de Emergência Básico, melhorou-se a questão da higienização dos lençóis das unidades da SMS com contratação de serviço terceirizado de lavanderia e, completando o rol de propostas realizadas, a inauguração do serviço de atendimento domiciliar dedicado a pacientes impossibilitados de dirigirem-se até as Unidades Básicas de Saúde.

No PMS de Montenegro/RS 2014-2017 consta a baixa cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no município. Muito embora no primeiro ano do Plano Municipal de Saúde as execuções das ações avançaram lentamente, nas

considerações gerais contidas no final da planilha de preenchimento dos Relatórios Quadrimestrais, o gestor municipal de saúde demonstra preocupação com alguns pontos de fragilidades da gestão e a sua ligação com as propostas do Plano Municipal de Saúde.

Dentre as propostas do Plano Municipal de Saúde já implementadas, a de maior impacto no quadro de serviços ofertados pelo município foi a instalação do Pronto Atendimento de Emergência Básico, demanda antiga e proposta levantada por diversas Conferências Municipais de Saúde. Destaca-se também o Programa Saúde em Casa, que disponibiliza o serviço de atendimento domiciliar. Muito embora, no exercício de 2014, o Plano Municipal de Saúde não tenha avançado no número de ações atingidas, as que foram implementadas poderão ter impacto positivo no quadro de saúde do município.

O Quadro 2 é um demonstrativo das considerações do gestor nos RQ do 1º e 2º quadrimestres de 2014, à luz das propostas do PMS de Montenegro 2014-2017. Os dados apresentam pontos de intersecção com as propostas elencadas no Plano Municipal de Saúde. Muito embora não descrito nas análises dos Relatórios Quadrimestrais, fica implícito a existência de uma relação entre os dois instrumentos de gestão.

O município figurou entre os piores em investimentos na Saúde Pública no texto intitulado “A eficiência das aplicações de recursos voltadas à saúde pública nos municípios brasileiros: uma análise baseada no Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS) 2013”. Como consequência, o Plano Municipal de Saúde apresenta como uma das principais propostas estruturantes a construção e reforma das Unidades de Saúde. A proposta visa adequar à rede física das unidades assistenciais, como forma de garantir o acesso qualificado a população a serviços que atendam as normas técnico-científicas vigentes, e, principalmente, como forma de melhorar os indicadores de saúde e de investimento na área.

Através do quadro demonstrativo foi possível identificar encaminhamentos visando o aprimoramento e a execução do Plano Municipal de

Saúde (PMS), mesmo que não de forma sistematizada (Quadro 1). O gestor municipal está ciente da necessidade de ampliação do acesso à cobertura da atenção básica e coloca nas considerações finais:

- a) A construção de mais Unidades Básicas de Saúde – UBS, bem como reforma das já existentes;
- b) A nomeação de profissionais de saúde para compor as equipes;
- c) A realização de concurso público, inclusive para ampliação dos ACS e Agentes de Combates a Endemias (ACE).

Ações que demonstram a consciência do gestor da importância em investimento em programas de atenção primária e diminuição de custos com internações e procedimentos de alta complexidade.

QUADRO 1: Metas do Plano Municipal de Saúde 2014-2017 e sua interface com os Relatórios de 1º e 2º Quadrimestrais de 2014

Propostas / Metas elencadas no PMS de Montenegro/RS 2014-2017	RQ 1º Quadrimestre		RQ 2º Quadrimestre	
1. Criação do centro de saúde da mulher e ambulatório de infectologia	■		■	
2. Projeto de saúde do trabalhador		■		■
3. Informatização da SMS		■		■
4. Programa municipal de combate ao tabagismo	■		■	
5. Reforma e ampliação da estrutura física da SMS		■		■
6. Fortalecimento das ações de educação permanente e continuada		■		■
7. Revisão da lei de criação da SMS	■		■	
8. Desenvolvimento de ações em controle das infecções respiratórias agudas		■		■
9. Atendimentos aos PPDs (Portadores de Deficiência)	■		■	
10. Construção, ampliação e reforma de unidades de saúde		■		■
11. Implantar CAPS AD	■		■	
12. Implantação de Oficinas Terapêuticas (tipo1) na Atenção Básica	■		■	
13. Implantação de uma Composição de Trabalho de Redução de Danos	■		■	

14. Implantação de um Serviço Residencial Terapêutico (tipo 2)	■			■		
15. Implementação do CAPS I		■			■	
16. Implantação de um ambulatório de saúde mental	■				■	
17. Organizar comissão de avaliação de mortalidade materno-infantil	■			■		
18. SAMU/SALVAR			■			■
19. Garantir junto ao Governo do estado o financiamento para proporcionar gratuidade no atendimento aos pacientes do SUS, permanecendo 100% SUS			■			■
20. Pronto atendimento na SMS		■				■
21. Aquisição de frota de veículos para a SMS		■				■
22. Aquisição de equipamentos para as unidades de saúde		■			■	
23. Academias de saúde nos bairros	■			■		
24. Monitoramento do prédio da SMS	■			■		
25. Aquisição de terreno para construção de centro de controle de zoonose	■			■		
26. Terceirização do serviço de lavanderia	■					■
27. Implementação do ESF		■			■	
28. Exames especializados		■			■	
29. Efetivação da Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012		■			■	
30. Atendimento domiciliar		■				■
31. Atendimento odontológico		■			■	
32. Saúde bucal dos escolares		■			■	
33. Manutenção dos convênios existentes entre a SMS e entidades		■			■	
34. Saúde do idoso	■			■		
35. Laboratório de análises clínicas		■			■	
36. Revisão e ampliação de equipe técnica		■			■	
37. Notificação compulsória/violências		■			■	
38. Ação: Estratégia Amamenta Alimenta Brasil – EAAB	■				■	
39. Saúde do homem	■			■		
TOTAL:	17	20	2	14	19	6

Fonte: SMS; CMS; SARGSUS 2015

Legenda: ■ NR – Não Realizado □ RP – Realizado Parcialmente ■ RT – Realizado Totalmente

Quadro 2: Considerações finais dos Relatórios Quadrimestrais e as propostas relacionadas que constam do Plano Municipal de Saúde, Montenegro, 2014-2017.

Proposta PMS 2014-2017 Montenegro/RS	Considerações Gerais do RQ 1º quadrimestre	Considerações Gerais do RQ 2º quadrimestre
Construção, ampliação e reforma de unidades de saúde	O Município de Montenegro tem ciência da necessidade de ampliação do acesso à cobertura da atenção básica, por isso estamos construindo mais uma UBS no Bairro Santo Antônio e ampliando a UBS Centenário. Também estamos providenciando a reforma das unidades de saúde. Foram nomeados profissionais de saúde para termos equipe completa nos postos. Em agosto de 2014 fizemos concurso público para ACS e agente de combate a endemias.	O Município de Montenegro tem ciência da necessidade de ampliação do acesso à cobertura da atenção básica, por isso estamos construindo mais uma UBS no Bairro Santo Antônio e ampliando a UBS Centenário. Também estamos providenciando a reforma das unidades de saúde. Foram nomeados profissionais de saúde para termos equipe completa nos postos. Em agosto de 2014 fizemos concurso público para ACS e agente de combate a endemias.
Exames especializados	Não temos referência para os exames de RX pelo SUS. Estamos tendo problemas com as cotas de consultas e exames especializados que são insuficientes para a população de Montenegro, estamos comprando dos procedimentos através do consorcio intermunicipal de saúde, mas o gasto é elevado.	Não temos referência para os exames de RX pelo SUS. Estamos tendo problemas com as cotas de consultas e exames especializados que são insuficientes para a população de Montenegro, estamos comprando dos procedimentos através do consorcio intermunicipal de saúde, mas o é elevado.
Efetivação da Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012	Estamos tendo problemas com os repasses de recurso do Governo Estadual que estão todos atrasados, tendo o município que pagar as despesas empenhadas. Também temos um gasto considerável com as ordens judiciais que não são de responsabilidade do município.	Estamos tendo problemas com os repasses de recurso do Governo Estadual que estão todos atrasados, tendo o município que pagar as despesas empenhadas. Também temos um gasto considerável com as ordens judiciais que não são de responsabilidade do município.

Fonte: SMS, SARGSUS (2015)

CONCLUSÃO

A publicação “SUS: instrumentos de gestão em saúde” (BRASIL, 2002) trata o planejamento como a forma de traçar as linhas gerais do que deve ser feito e os procedimentos de fazê-lo, a fim de conseguir orientar a ação, de modo a impedir um despreparo na escolha dos métodos a serem adotados.

Em relação à identificação da forma como são tratados os dados contidos nos Relatórios Quadrimestrais, no que pese o seu processo de análise e avaliação, foram encontrados pontos de fragilidade para o efetivo aprimoramento e a execução plena do Plano Municipal de Saúde. Entre eles podemos citar a desproporcionalidade entre o número de profissionais atuantes em processos operacionais em relação aos profissionais dedicados aos processos estratégicos: apenas dois técnicos realizam o monitoramento continuado das ações, interpretação dos dados aí obtidos e reordenamento estratégico com vistas à continuada e crescente melhoria da saúde do cidadão.

No que se refere a um possível aprimoramento do Plano Municipal de Saúde (PMS), contemplando de forma sistemática os dados dos Relatórios Quadrimestrais (RQ), foi identificado junto à obrigatoriedade do preenchimento de diversos relatórios de gestão, a ausência de nexo ou decorrência no tratamento dos dados e análise dos mesmos em relação à prática da gestão. Em que pese monitoramento, análise, interpretação e tomada de decisões constem do processo de realização do Plano Municipal de Saúde.

Em se tratando do objetivo geral deste estudo, que visava identificar elementos nos Relatórios Quadrimestrais que pudessem contribuir para o aprimoramento e para a elaboração e execução do Plano Municipal de Saúde 2014–2017 da Secretaria Municipal de Saúde de Montenegro/RS, não foi possível estabelecer com clareza se foram realizados encaminhamentos por parte da equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde a partir dos resultados dos mesmos. Portanto, as propostas e metas

elencadas no Plano Municipal de Saúde poderão ter ou não influência no aprimoramento da execução do mesmo, a partir da análise dos dados dos Relatórios Quadrimestrais.

REFERÊNCIAS

Almeida ARC & Souza MKB. Processo de construção e análise dos relatórios anuais de gestão: dificuldades, avanços e reflexões. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v.37, n.4, p.852-868 out./dez. 2013.

Brasil. Lei nº 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28/12/1990b. Disponível em: <<http://bit.ly/1E-Tadnu>>. Acesso em: 02 fev. 2014.

Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde Distrito Federais. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Reflexões aos novos gestores municipais de saúde. Brasília: Conasems, 2009. 200p. Disponível em: <<http://bit.ly/1Hd6T81>> Acesso em: 15 dez. 2014.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. Disponível em:< <http://bit.ly/1eVi4XR>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal. Disponível em:< <http://bit.ly/1GgHg5g>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

Brasil. Lei Complementar nº141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <<http://bit.ly/1GgHAB4>>. Acesso em: 17 jun. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: < <http://bit.ly/1Hd5xdf> >. Acesso em 10 fev. 2014.

____. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < <http://bit.ly/1dIUyCa> >. Acesso em: 17 jun. 2014.

____. Portaria Nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Dispõe sobre as orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Disponível em: < <http://bit.ly/1BROiIB>>. Acesso em: 12 out. 2014.

____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 459, de 10/10/12 - Aprova o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os

Estados e Municípios, conforme dispõe o parágrafo 4º do artigo 36 da Lei Complementar nº 141/2012. Disponível em <<http://bit.ly/1KTZlJu>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

____. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil, 2001. 344 p. Disponível em: < <http://bit.ly/1Hd84Ei>> Acesso em: 12 set. 2014.

____. Manual de orçamento e finanças públicas para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 102 p.: il. (Série A. Normas e manuais técnicos). Disponível em: <<http://bit.ly/1HTOLOj>>. Acesso em: 12 set. 2014.

____. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 40 p.: il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://bit.ly/1FFVZSL>>. Acesso em: 12 out. 2014.

____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participativa: cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 20 p.: il. - (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://bit.ly/1dV05AO>>. Acesso em: 12 out. 2014.

____. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 48 p.: il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 60). Disponível em: <<http://bit.ly/1RTDzX7>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 46 p.: il. color. - (Série B. Textos Básico de Saúde). Disponível em: <<http://bit.ly/1KU0QHH>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

____. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos. 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il. - (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v.2). Disponível em: <<http://bit.ly/1HT1y1I>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

____. Sistema de apoio ao relatório de gestão - SARGSUS/2014. Disponível em: <<http://bit.ly/1GgP875>>. Acesso em 12 nov. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Guia Básico para Gestão nos Municípios. Brasília: MP, 2008. 44 p. Disponível em: < <http://bit.ly/1It9Lix> >. Acesso em: 27 abr. 2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Guia de Monitoramento PPA 2012-2015: Módulo de Monitoramento. Brasília: MP, 2012. 36p. Disponível em: < <http://bit.ly/1dV5sji> >. Acesso em: 12 out. 2014.

Castiel LD & Rivera FJU. Planejamento em Saúde e Epidemiologia no Brasil: casamento ou divórcio? Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, dez. 1985. p. 447-456. Disponível em: < <http://bit.ly/1QeBpny>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

Cellard A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008.

Índice de desenvolvimento humano municipal brasileiro. Brasília: PNUD/ IPEA, FJP. (Atlas de desenvolvimento humano no Brasil.). Disponível em: <<http://bit.ly/1eDLnqo>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

Mottin LM. Elaboração do Plano Municipal de Saúde: desafio para os municípios - um estudo no Rio Grande do Sul. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 159p. Disponível em: <<http://bit.ly/1Mx8oON>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

Nogueira VMR & Miotto RCT. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, MS, Cortez, 2006. Disponível em: <<http://bit.ly/1KU9INf>>. Acesso em: 01 nov. 2014.

Portulhak H, Raphaeli SCD, Scarpin JE. A eficiência das aplicações de recursos voltadas à saúde pública nos municípios brasileiros: uma análise baseada no Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS). Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://bit.ly/1KMVD1c>>. Acesso em: 10 out. 2014.

Rio Grande do Sul. Montenegro. Prefeitura Municipal de Montenegro. Disponível em <<http://bit.ly/1FBvGy2>> Acesso em: 20 set. 2015.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Montenegro/RS 2014 – 2017. 117p. Disponível em: < <http://bit.ly/1ltmB09> >. Acesso em: 10 maio 2014.


Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento do SUS. Guia para elaboração do Plano Municipal de Saúde - baseado no livro 2 dos Cadernos de Planejamento do PLANEJASUS. Disponível em: < <http://bit.ly/1JzvqUX>>. Acesso em: 12 out. 2014.

Silva GFB & Silva ML. A lei complementar nº 141/2012 e o gestor público da saúde. Disponível em: < <http://bit.ly/1KUcEJOf>> Acesso em: 17 jun. 2014.

Teixeira CF (Coord.). Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. In: Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

Thiele AB. Relatório anual de gestão: um modelo para o planejamento em saúde, Florianópolis, 2009. (Trabalho de Conclusão de Curso) UFSC. Faculdade de Administração. Disponível em: < <http://bit.ly/1MxcUwl> >. Acesso em: 12 ago. 2014.

Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n.14 (Supl. 1), p.1.565-1.577, 2009.



SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE GESTÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IJUÍ (RS)

SANDRO CESAR DIAS
RITA DE CASSIA NUGEM
ROGER DOS SANTOS ROSA

INTRODUÇÃO

A informação é um diferencial para o gestor público e deve ser utilizada como insumo para uma tomada de decisão mais eficiente, minimizando os erros e maximizando a capacidade da projeção de novos cenários, considerando a possibilidade da geração de novos nichos e oportunidades para o gerenciamento eficiente da saúde pública (TURBAN e VOLONINO, 2013).

Para isso, busca-se uma nova forma de se posicionar, de decidir com maior certeza o nível de acerto (CARVALHO, 2014). Assim, a informação existente pode servir para a projeção de novos cenários, simulação e geração de novas possibilidades pois uma finalidade definida serve para direcionar um projeto, ou definir uma nova diretriz, um novo rumo nas decisões (COELHO, 2009 *apud* CASTRO, 2010).

O emprego de tecnologias da informação traz benefícios diretos e indiretos para o gestor público. Implica na redução dos custos, diminuição das incertezas e maior rapidez nas respostas e no atingimento dos

objetivos planejados com mais facilidade atendendo, ao final, as necessidades da população. Em última instância, os sistemas de informação qualificam o sistema de gestão em saúde (TURBAN e VOLONINO, 2013) ao possibilitar uma tomada de decisão com maior qualidade e precisão. Atingem assim o foco com maior eficácia, com a geração de resultados positivos e, usualmente, com mais efetividade.

Ao se abordar a gestão em saúde, deve-se observar a amplitude dos dados gerados diariamente em todas as esferas de governo. E que se passou de um modelo de gestão essencialmente burocrático e escasso de informações que facilitassem a efetividade da tomada de decisão, para um modelo que emprega tecnologias e ferramentas voltadas à flexibilização das informações. É um modelo com maior volatilidade, mutabilidade e intercambialidade, acirrando cada vez mais o processo decisório, exigindo a cada momento do gestor maior nível de conhecimento e de acerto (TURBAN e VOLONINO, 2013).

A informação no âmbito da gestão da saúde pode ser categorizada como um instrumento de apoio ao processo decisório, possibilitando o conhecimento da realidade socio sanitária, contribuindo para a qualificação das ações da gestão e do controle social. Apesar disso, e embora o setor produza um volume considerável de dados e informações, a utilização das mesmas para os processos de qualificação da gestão e do controle social ainda é insatisfatória (CARVALHO, 2009, p.1).

A gestão da informação tem como fundamento a garantia que as informações cheguem às pessoas que necessitam no momento mais adequado para garantir a tomada de decisão com mais eficiência e efetividade. A gestão da informação serve para a organização medir sua eficiência na percepção das suas ameaças, fraquezas e dinamizar forças e as oportunidades (TEIXEIRA, 2008 *apud* CASTRO, 2010).

Neste contexto, é objetivo deste estudo descrever se o Conselho Municipal de Saúde (CMS) do município de Ijuí (RS) define as prioridades da gestão em saúde com base em sistemas de informação.

MÉTODOS

Este estudo apresenta três objetivos específicos quanto ao CMS de Ijuí (RS), quais sejam: identificar como são definidas as prioridades; se emprega alguma informação oriunda dos sistemas de informações em saúde disponíveis; e, descrever os fatores que contribuiriam para a utilização de tecnologia da informação nas decisões.

O Conselho de Saúde pode ser definido como uma instância colegiada, de caráter deliberativo e permanente no Sistema Único de Saúde (SUS), existente nas três esferas de governo e que desempenha papel fundamental na formulação das estratégias e na execução das políticas públicas em saúde (IWERSEN, 2012; SOUZA e SALIBA, 2003; SALIBA, MOIMAS, FERREIRA *et al.*, 2009). O CMS de Ijuí possui 18 membros titulares e seus suplentes, e reúne-se uma vez por mês em sessão ordinária e extraordinariamente sempre que for necessário deliberar sobre determinados assuntos colocados em pauta.

A realização do estudo ocorreu no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Ijuí, por meio de pesquisa documental (todas as atas de reuniões do triênio (2012-2014) e da participação do autor em cinco reuniões do referido conselho (de setembro de 2014 a janeiro de 2015), via observação de acontecimentos.

Por meio da observação e estudo documental, procurou-se identificar como eram definidas as prioridades, qual era a forma, se estava fundamentada em algum sistema de informação existente ou segundo determinados instrumentos oficiais, ou mesmo se respeitavam algum dado empírico.

As decisões do CMS, utilizando ou não sistemas de informação (indicadores, dados), foram quantificadas e comparadas, objetivando identificar se houve contribuição ao embasamento da decisão, o que aumentaria o nível de assertividade.

RESULTADOS

A participação nas reuniões permitiu a observação de que algumas decisões são pautadas por pressão ou por condução favorável com as intenções do gestor público, que encaminha ao CMS somente uma alternativa. Não se procurava criar uma discussão, um diálogo; buscava-se a aprovação conforme a necessidade do gestor, sem uma discussão mais aprofundada, dificultando a análise e a proposição de alternativas que empregassem a tecnologia da informação em saúde como ferramenta relevante para a tomada de decisão.

Por exemplo: na reunião de 03 de agosto de 2014, quando se discutia o tema da entrega de medicamentos pela equipe de enfermagem, o gestor municipal propôs que a entrega se desse por estagiários ou por ocupantes de cargos comissionados, enquanto o CMS solicitava que a entrega ocorresse por farmacêuticos. O gestor municipal argumentou que não poderia contratar mais farmacêuticos, pois a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) não permitiria novas nomeações do concurso existente. Propôs, então, a centralização dos serviços de dispensação de medicamentos na Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Essa alternativa não foi aceita pelos conselheiros, pois afastaria os serviços dos bairros, colocando-os na área central da cidade. Por outro lado, uma enfermeira que participava das reuniões observou que algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS) não possuíam local para armazenamento de medicamentos de forma apropriada. Foi sugerido por parte do CMS marcar uma reunião no gabinete do prefeito para tratar o tema, e que a coordenadora da farmácia central apresentasse um levantamento da entrega de medicamento por unidade básica para facilitar a decisão sobre o tema.

Alguns conselheiros comentaram que, alguns anos atrás, houve a necessidade de compra de uma área para a construção da Secretaria Municipal de Saúde e, no mesmo local, o posto de atendimento 24 horas. Foi comprado um terreno localizado fora da área central do município, sem a concordância do CMS, o que dificultava o acesso dos

usuários. Para justificar a compra, a prefeitura apontou a inexistência de outro local, sendo o local adquirido o mais viável. Nesta situação, seria possível utilizar informações que contribuíssem para qualificar a decisão do Conselho de Saúde, tais como: quais os moradores e os bairros que mais utilizam a secretaria de saúde; se estas demandas poderiam ser atendidas na atenção básica de seu território, se são casos urgentes, casos fora do horário de atendimento das equipes.

Ora, para tal, as pautas deveriam ser encaminhadas com antecedência para o CMS analisar, pesquisar e refletir, aprimorar, monitorar, propor e ter tempo hábil para conseguir dar um parecer mais preciso, objetivo, com mais foco, baseado nos instrumentos de gestão disponível na área de saúde pública.

Algumas temáticas colocadas em pauta já foram elaboradas sem alternativas para serem apreciadas pelos conselheiros e sem suporte de outras fontes de informação. Essa sistemática não permitia maior discussão e aprofundamento pelos conselheiros e fugia da finalidade central da criação dos conselhos de saúde, de ser um órgão de fiscalização e deliberação, exercendo o controle social no SUS. Assim, o caráter deliberativo era prejudicado já que, por maior que fosse a rejeição de algumas propostas encaminhadas pelo executivo municipal, as mesmas acabam sendo efetivadas. Restava ao conselho manifestar sua contrariedade, sem influenciar ou modificar a proposição do gestor (ALLEBRANDT, 2002, p. 162).

Na reunião ordinária de 29 de setembro de 2014, foi apresentado o parecer da Procuradoria do município sobre a situação da entrega de medicamentos nas unidades básicas, apontando para que esta função fosse exercida por farmacêutico e cabendo aos estagiários os serviços de auxiliar (sob supervisão de profissional qualificado). O prefeito autorizou a nomeação de apenas um farmacêutico, para atender o bairro com maior demanda. Para a nomeação de mais farmacêuticos, o CMS solicitou um levantamento da entrega de medicamentos nos postos de saúde do município, objetivando medir a necessidade de contratação de novos profissionais.

Foram temas abordados nas plenárias seguintes:

- a) 29 de outubro de 2014: foi apreciada a informatização de todas as unidades básicas de saúde e a necessidade de se investir em novas tecnologias de ponta para facilitar o acesso às informações para os usuários e órgãos que necessitam e para os servidores municipais ter acesso a dados que possam contribuir para o processo de trabalho.
- b) 27 de novembro de 2014: foi apresentada nova proposta de localização do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) Colmeia, em local de difícil acesso aos usuários. O CMS solicitou uma nova busca de terrenos em área central (incluindo passíveis de desapropriação por não estarem atendendo sua função social) ou que o prédio utilizado atualmente fosse reformado, com aluguel emergencial de outra área.
- c) 17 de dezembro de 2014: retornou à discussão a construção do novo CAPS Colmeia. O gestor público destacou que não conseguiu localizar outro local para construção, e que a reforma do prédio que está sendo utilizado atualmente é inviável, pois o espaço é restrito para atender toda a demanda existente.

Na tabela 1 observa-se que frequência de participantes nas reuniões foi usualmente inferior a 15 membros. Nas reuniões com maior presença, o número de conselheiros se manteve neste patamar.

Tabela 1: Frequência das reuniões realizadas no COMUS - 2012 a 2014.

Ano/Mês	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
2012/Ordinária	12	12	12	12	11	11	13	17	10	13	12	11
2012/ Extraordinária						12					14	
2013/Ordinária	10	12	10	14	13	13	17	12	15	12	13	14
2013/Extraordinária	12		11									
2014/Ordinária		11	29	11	22	10	10	29	21	14	12	15
2014/Extraordinária			17				13		20			

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Ijuí- atas de presenças

Apesar de todos os conselheiros serem avisados com antecedência e existir um cronograma anual das reuniões (toda última quarta-feira de cada mês), em determinadas vezes houve necessidade de contato telefônico para algum membro, de forma a se obter quórum e viabilizar o início da sessão.

Um fato destacado pelos membros é que muitos integrantes nunca participaram, ou se colocaram à disposição para obter algum tipo de vantagem pessoal ou profissional e, quando percebem que isso não acontecia ou não era a finalidade do conselho, acabavam desistindo de participar. Uma justificativa a esta frequência pode ser encontrada em reportagem realizada pelo Jornal do Comércio no dia 22 de janeiro de 2015, ao analisar os conselhos:

[...] “Nem todos eles conseguem efetivamente cumprir seu papel de proposição e fiscalização dos setores da administração municipal, enfrentando problemas como a falta de adesão dos integrantes e deficiências no processo organizacional dos colegiados, como a não realização de eleições ou a interferência de interesses externos à participação popular”.

Na participação das reuniões e na leitura das atas percebe-se que ferramentas geradoras de informação foram pouco utilizadas na definição das prioridades da gestão em saúde do município. Segundo as atas, ocorreram 115 decisões no triênio em estudo; destas, apenas 4 empregaram sistemas de informação.

As atas são sintéticas e nas reuniões as pautas foram pouco discutidas, questionadas, refletidas, aprofundadas. Alguns questionamentos ocorreram, mas acabaram restritos a perguntas pontuais, sem muita informação mensurável, quantitativa, técnica, sem o emprego de indicadores de saúde etc.

Segundo Bordin (2002, p.104),

[...] “o processo de municipalização da saúde, os conselhos de saúde terminam por conformar-se como uma arena política, na qual as decisões tomadas em plenário desvelam a busca constante pela hegemonia de uma dada concepção de sistema de saúde”.

Neste contexto, o Conselho Municipal de Saúde de Ijuí não consegue ter seu espaço como órgão de fiscalização, de representar o interesse da coletividade, sendo um instrumento de democracia e participação na gestão da saúde municipal. Não consegue ter autonomia em sua atuação, não tem recursos tecnológicos e nem investimento em educação permanente de seus membros.

Embora com identidade e atribuições legais formalmente definidas, os Conselhos, na verdade, iniciaram e ainda hoje vivem sua trajetória prática em meio a um conjunto de dilemas e ambiguidades, decorrentes dos marcos conceituais e contingências políticas de onde se originaram (CARVALHO, 1997, p.97).

O CMS de Ijuí não dispõe de local próprio para realizar as suas reuniões, nem secretaria, fazendo uso do auditório da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Mais do que isto, o Gestor municipal desloca a secretária do conselho para realizar atividades em outros setores da administração quando tem necessidade de pessoal, deixando o conselho sem a profissional (Zta nº 06/2013). Houve, inclusive, necessidade de o presidente e alguns membros do CMS intervirem junto ao prefeito quanto a esta situação. Desta forma, o conselho fica restrito à utilização de salas de outros setores, cedidas por servidores na forma de empréstimos, ou a utilização de computadores em local externo (Ata nº 13/2012).

A demanda por uma sala própria para facilitar o acesso à pesquisa, a consulta e a materiais informativos, com uma secretária disponível, já foi apresentada ao prefeito pelos conselheiros. Existe o desejo de cumprir expediente em turnos alternados para atender a população e contribuir para melhorar a saúde pública do município, garantindo aos usuários um bom atendimento. Contudo, este pedido ainda não foi atendido, ainda que as condições e local para os conselheiros realizarem suas atividades sejam relevantes para conseguirem desempenhar com sucesso suas atividades.

Para Allebrandt (2002, p. 163), “o caráter deliberativo parece estar se transformando num calcanhar de Aquiles dos conselhos”. Assim, o

conselho de saúde estaria servindo mais como um órgão de assessoramento (e não deliberativo), pois as pautas colocadas em votação seriam mais no sentido de aprovação do que de discussão. Pode-se citar como exemplo a pactuação de indicadores de saúde para o município em que os conselheiros não possuíam informações relevantes que pudessem contribuir para o enriquecimento do debate - ainda que, segundo Oliveira (2004, p. 63), os conselhos de saúde devam “discutir, decidir e indicar o que é ou não de interesse público”.

Em sua grande maioria, os assuntos colocados em pauta são relacionados à prestação de contas (dos Hospitais de Caridade Ijuí e Bom Pastor, CAPS, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE), sem uma apreciação anterior do conselho.

Em 2012 foram realizadas 12 reuniões ordinárias 2 extraordinárias, totalizando 17 assuntos gerais (ex.: avisos, informes, eventos) e 72 pautas, das quais 54 (75%) aprovadas por unanimidade (ex.: aprovação do plano de aplicação de recursos, relatórios de prestação de contas, relatório de procedimentos da APAE). Três assuntos exigiram um estudo ou análise mais aprofundada, consulta ao outro órgão público ou setor: descompasso entre a falta e as sobras de recursos na prestação de contas da SMS; a prestação de contas de uma unidade básica de saúde e visita para averiguar se foi realizado tudo que foi projetado nas demais obras construídas.

Já em 2013 também foram realizadas 12 reuniões ordinárias e 2 extraordinárias, totalizando 28 assuntos gerais e 59 pautas, todas aprovadas por unanimidade. Os assuntos apresentados se assemelharam aos pautados em 2012.

Encerrando o triênio em estudo, em 2014 foram realizadas 11 reuniões ordinárias e 3 extraordinárias, com 33 assuntos gerais e 37 pautas para discussão, 36 delas aprovadas. Os assuntos colocados em pauta permaneceram sem mudança substantiva, sem alteração. O único tema pautado que possibilitou espaço de discussões tratava do projeto do novo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em que houve questionamento

dos conselheiros por se encontrar fora da área central. Houve solicitação por parte do CMS que, na próxima reunião, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deveria apresentar outro plano para construção, em área central. Porém, na reunião seguinte, a SMS pronunciou-se que não haveria área disponível e que a obra deveria ser no bairro proposto. O conselho municipal de saúde se posicionou contra o projeto e emitiu parecer desfavorável a esta decisão. Ressaltou que os prédios públicos deveriam ser de fácil acesso a toda população e, no caso do CAPS, ficaria distante para os pacientes carentes que não podem pagar pelo transporte, o que dificultaria ainda mais a participação e o tratamento dos usuários.

Em complemento, a maioria das pautas apresentadas foram ações que não demandaram a definição de prioridades da gestão em saúde ou emprego de sistemas de informação em saúde, requerendo basicamente aprovação ou não. E, desta forma, com o conselho parece estar servindo como um instrumento validador das decisões colocadas em votação, não havendo vontade ou conhecimento por parte dos membros em discutir com maior profundidade ou questionar as demandas apresentadas pelo gestor.

Em síntese, as observações realizadas nas reuniões e na leitura das atas demonstrou que:

- a) O Conselho Municipal de Saúde de Ijuí não exercia na plenitude suas prerrogativas, com o ponto de pauta em discussão não sendo submetido a análise por alguma comissão que emita um parecer prévio e sem emprego de, por exemplo, sites de consulta a informações relacionadas a temática saúde;
- b) Os conselheiros de saúde, via de regra, não participavam ativamente das reuniões e não tinham conhecimento das pautas com profundidade, não se manifestavam e não discutiam, com pouca interação com os demais participantes, o que não promovia a construção de um espaço coletivo de diálogo e democratização.

CONCLUSÃO

A tecnologia da informação pode se configurar como uma ferramenta indispensável para aprimorar as decisões e conhecer a situação da gestão municipal de saúde e de confrontar as informações disponíveis pelo gestor Municipal, com aquelas disponibilizadas por meio dos sistemas de informações em saúde. Se o CMS conseguir utilizar a tecnologia da informação como instrumento para definir as prioridades baseadas nos sistemas de informações disponíveis, certamente aumentará o nível de assertividade e de confiabilidade com a comunidade externa.

Neste estudo, observou-se que o CMS de Ijuí não possuía estrutura ideal para o funcionamento adequado, não havia um local apropriado para realização das reuniões ou uma secretaria destinada a atender e receber a comunidade e dar agilidade às demandas encaminhadas aos membros do conselho. Além disso, percebeu-se que a definição de prioridades relacionadas à saúde não era definida com a utilização dos sistemas de informação. Cabe lembrar que:

A efetiva descentralização da gestão e a ampla disseminação dos Conselhos de Saúde por todo o país são lembradas positivamente em todos os inventários sobre realizações do SUS, como inovações que “pegaram”. Entretanto, não é claro seu papel nos futuros desdobramentos do SUS e da Reforma Sanitária. Aqui, tanto a reflexão teórica quanto o cálculo político parecem presos a um círculo de giz onde os Conselhos são tratados ou como heroicos guardiões do SUS, ou como construções fúteis, de escassa potência política. (CARVALHO, 1997, p.94).

REFERÊNCIAS

Alves RFR. Entre o estado e o povo: os conselhos de políticas públicas e o controle social. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp150105.pdf>. Acesso em: 17 de janeiro de 2015.

Allebrandt SL. A participação da sociedade na gestão pública local e na produção de políticas: a atuação dos conselhos municipais de Ijuí-RS de 1989 a 2000. Ijuí: UNIJUÍ, 2002. 260 p.

Andrade JÁ, Arenhart AJ. Participação social no sistema único de saúde: Uma utopia por se concretizar em municípios de pequeno porte do vale do Taquari. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_local_em_saude.pdf>. Acesso em 23 de fevereiro de 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 maio de 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res_0453_10_05_2012.html>. Acesso em: 18 de novembro de 2014.

_____. Lei 3833 de 22 de agosto de 2001. Disponível em: <<http://www.leismunicipais.com.br/a1/rs/ijui/lei-ordinaria/2001/384/3833/lei-ordinaria-n-3833-2001-altera-a-redacao-do-art2-da-lei-n-3335-de-23-de-julho-de-1997-que-alterou-a-lei-n-2617-de-04-de-abril-de-1991-que-cria-o-conselho-municipal-de-saude-comus-e-da-outras-providencias?q=3833>> Acesso em: 27 de novembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Por que GESITI?: Gestão de Sistemas e Tecnologias da Informação em Hospitais: panorama, tendências e perspectivas em saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/por_que_gesiti_gestao_sistemas.pdf>. Acesso em: 21 de agosto de 2014.

_____. Decreto 8065 de 07 agosto de 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm>. Acesso em: 18 de novembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde: DATASUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 22 de agosto de 2014.

Bordin R. Definição de prioridades em saúde: os conselhos municipais de saúde e os critérios para a hierarquização de prioridades. Porto Alegre: Dacasa, 2002. 148 p.

Carvalho AI. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. Disponível em: http://www.fasi.edu.br/files/biblioteca/biomedicina/Sade_e_Democracia_-_A_Luta_do_CEBES_inte1.pdf. Acesso em: 20 de fevereiro de 2015.

Carvalho LB. Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/719/727>>. Acesso em 21 de agosto de 2014.

Castro VS. Gestão da informação com sistemas informatizados – um estudo de caso da secretaria de estado da saúde do Paraná. Disponível em: <http://www.bibliotecavirtual.celepar.pr.gov.br/arquivos/File/MonografiaseArtigos/Mono_Vanderlei.pdf>. Acesso em: 30 de junho de 2014.

Iwersen M. Planejamento estratégico do CES/PR 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Apresentacoes/Conselhos_de_Saude.pdf>. Acesso em: 30 de junho de 2014.

Lacombe F & Heilborn G. Administração: princípios e tendências. São Paulo: Sarai-va, 2003. 542 p.

Kanaane R, Filho AF, Ferreira MG (orgs). Gestão pública: planejamento, processos, sistemas de informação e pessoas. São Paulo: Atlas, 2010. 241 p.

Vecina Neto G & Malik AM. Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 383 p.

Oliveira VC. Comunicação, informação e participação popular nos conselho de Saúde. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/06.pdf>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2015.

Pinochet LHC. Tendências de Tecnologia de Informação na Gestão da Saúde. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/88/03_Tendenciasde-Tecnologia.pdf>. Acesso em: 28 de agosto de 2014.

Ribeiro RJB & Bliacheriene AC. Construindo o planejamento público: buscando a integração entre política, gestão e participação popular. São Paulo: Atlas, 2013. 133 p.

Saliba AN, Moimaz SA, Ferreira NF et al. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n6/07.pdf>>. Acesso em: 03 de julho de 2014.

Terence ACF & Escrivão Filho E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organziacionais. XXVI ENEGEP, Fortaleza, 9 a 11 de outubro de 2006. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_tr540368_8017.pdf>. Acesso em: 30 de junho de 2014.

Turban E & Volonino L. Tecnologia da informação para gestão: em busca do melhor desempenho estratégico e operacional. 8. ed. Porto Alegre: Bookman, 2013. 468 p.



JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E OUTROS TRATAMENTOS EM PORTÃO (RS), 2013-2014

TÁBITHA DAHMER ROCHA
GÍMERSON ERICK FERREIRA,
CELMAR CORRÊA DE OLIVEIRA

INTRODUÇÃO

Um dos princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) é a integralidade, entendida como a atenção à saúde oferecida nos diversos níveis de complexidade e para todas as doenças e agravos da população. Além do artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988, que fala sobre a responsabilidade do Estado sobre a saúde dos indivíduos, o princípio da integralidade também é utilizado como justificativa para a solicitação de diversos tratamentos, cirurgias e medicamentos via judicial aos entes federativos. Essas solicitações ocorrem por dois motivos principais: a demora no atendimento de solicitações administrativas quando o serviço ou produto é disponibilizado pelos SUS ou então, pelo não fornecimento do item que foi prescrito ao paciente ou que ele necessita, por não constar dos protocolos ou listas do SUS.

Os processos judiciais apresentam três lados, geralmente sem comunicação entre si (OLIVEIRA, 2010), quais sejam:

- a) Poder Judiciário: normalmente não está a par de aspectos importantes, como a finalidade dos tratamentos, a real necessidade do

tratamento prescrito para aquele paciente, se o fornecimento é realizado pelo SUS de modo administrativo e o motivo pelo qual os mesmos não são fornecidos, a quais componente dos blocos de financiamento do SUS o produto ou serviço pertence, e qual o ente responsável pelo financiamento:

- b) Profissionais médicos: mesmo quando vinculados ao SUS, desconhecem os procedimentos e medicamentos que são ofertados. Na maioria das vezes, são solicitados tratamentos prescritos por médicos que atendem por convênio privado ou em consultórios particulares, os quais podem prescrever/solicitar o tratamento que acharem mais conveniente, pois acreditam que o paciente irá adquiri-lo com seus próprios meios.
- c) Secretaria de Saúde: recebe o mandado judicial e, dificilmente consegue justificar a solicitação quando considerada inadequada. Portanto, deve fornecer o tratamento em um limite de tempo externamente definido, adquirindo-o da forma mais rápida e que, via de regra, nunca é a mais vantajosa para a administração pública.

A gestão da assistência farmacêutica é uma parte que merece atenção especial dentro da gestão em saúde pública, pois utiliza boa parte do orçamento dos entes federativos destinado às ações de saúde. A judicialização influencia em diferentes etapas do ciclo da assistência farmacêutica, pois quando surge não é uma demanda programada, gerando uma compra emergencial dos produtos solicitados através do mandado judicial (PEPE, 2010). No momento da dispensação, traz problemas para contatar o usuário e solicitar documentação adequada e atualizada, usualmente enfrentando um comportamento hostil por parte do usuário ao acessar o serviço reivindicado judicialmente. Essa última etapa, quando não realizada em tempo determinado pelo juiz, pode ocasionar bloqueio de valores nas contas públicas, o que causa ainda mais problemas para o gestor, que conta com as verbas disponíveis no fundo de saúde para fomentar as ações programadas.

No aspecto da judicialização da saúde, o estado do Rio Grande do Sul (RS), se destaca por possuir, aproximadamente, 50% da demanda de medicamentos por via judicial do país.

Por judicialização em saúde ou judicialização da saúde entende-se o ajuizamento de ações com qualquer solicitação em saúde. Essas ações judiciais podem indicar como réu os planos de saúde privados ou o poder executivo, sendo esse último o mais comum.

O processo judicial contra o poder público na área da saúde teve início nos anos 1990 com reivindicações de pacientes vivendo com HIV/AIDS, o que resultou em jurisprudência favorável à responsabilização dos entes federativos. Esse resultado parece ter motivado a população em geral, que passou a utilizar largamente a reivindicação via judicial como mecanismo de garantia de direitos e ampliação de políticas públicas, o que pode se comprovar com o aumento vertiginoso das ações contra o poder público nos últimos anos (VENTURA, 2010; TRAVASSOS, 2013).

Por judicialização pode também ser considerado o fenômeno gerado pela influência do Poder Judiciário nas instituições políticas e sociais (TRAVASSOS, 2013). Apesar de representar uma possibilidade da efetivação do direito, a judicialização é vista como a interferência indevida do judiciário na execução de políticas públicas, a qual é competência do executivo, caso a decisão não seja fundamentada em critérios objetivos e numa correta avaliação da adequação técnica e viabilidade orçamentária (DINIZ, 2014).

Muito se tem discutido acerca disso, como uma forma de violação da independência entre os poderes. Esse tema, apesar de muito controverso, tem uma conclusão unânime: a gestão da saúde é privativa da administração pública e a insuficiência de recursos impede a satisfação de todas as necessidades sociais, ficando a alocação de recursos destinada ao Poder Executivo (MEDRADO, 2013).

As ações judiciais em saúde estão garantidas pelo artigo 5º da Constituição, assegura ao cidadão a petição aos poderes públicos em defesa de direitos e que o Poder Judiciário poderá apreciar lesão ou ameaça ao

direito. Portanto, cabe ao Judiciário garantir que os direitos dos cidadãos não fiquem esquecidos, embora alguns autores entendam que esta intervenção devesse seguir as leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), que abrange toda população brasileira (SILVA, 2013).

O juiz deve ter em mente que alocar recurso para uma demanda individual vai deslocar recursos que estão destinados a financiar programas, também previstos na Constituição, aprovados em lei orçamentária (GONÇALVES, 2010). Além disso, antes da sentença do juiz, o Estado deveria efetivamente exercer o seu direito ao contraditório e à ampla defesa, evitando a concessão de liminares sem a oitiva do Poder Executivo, responsável pela execução das políticas públicas em questão (TEIXEIRA, 2011). Ou seja, as decisões dos processos podem ser favoráveis aos cidadãos, obrigando a gestão do sistema de saúde a arcar com o direito reivindicado, o qual nem sempre significa um benefício ao indivíduo, mas pode acarretar desequilíbrio social (TRAVASSOS, 2013).

Além do impacto financeiro, a demanda judicial privilegia pacientes que têm maior facilidade de acesso à informação e a justiça, fornecem tratamentos específicos de forma individual preterindo os outros pacientes que sofrem da mesma patologia, o que, viola os princípios da equidade, da universalidade e da integralidade da atenção à saúde disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (PEPE, 2010).

No sentido de contornar a judicialização, alguns pontos que estão ao alcance do gestor local foram expostos na audiência pública, convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: consideração dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do MS pelo judiciário; fornecimento de assessoria técnica ao judiciário com uso de evidência científica para tomada de decisões; realização da solicitação administrativa, primeiramente, para em última instância, recorrer à via judicial; busca de estratégias para reduzir o custo do tratamento, por exemplo, com utilização de genéricos; atualização de banco de dados para evitar a duplicidade do cumprimento dos mandados pelos entes; diálogo permanente entre os Poderes Judiciário e Executivo; melhora das políticas de gestão para evi-

tar o desabastecimento; intensificação de ações preventivas e de atenção primária à saúde (GOMES, 2014).

De 2009 a 2011, houve um crescimento de 300% no gasto total com tecnologias em saúde, passando de R\$ 83,1 milhões em 2009 para R\$ 243,9 milhões em 2011. Esse impacto financeiro é um dos motivos que tem motivado à busca de soluções pelos gestores de saúde (GOMES, 2014). O que parece ser mais razoável questionar é se essas demandas expressam necessidades de saúde, as quais o sistema público de saúde deve atender, por imposição constitucional, bem como a razoabilidade do que é demandado (DINIZ, 2014)

Neste sentido, é objetivo deste estudo descrever as demandas judiciais em saúde encaminhadas à Secretaria de Saúde do município de Portão (RS), no período de 2013 a 2014, e os processos utilizados com a finalidade de minimizar a judicialização em saúde. Em específico, os processos judiciais de medicamentos; os mandados de internação compulsória, cirurgias, solicitações de procedimentos e equipamentos; e, calcular o custo do cumprimento de cada mandado, bem como, da verba disponibilizada de acordo com as normas do SUS.

MÉTODOS

O estudo foi realizado no município de Portão, integrante da região do Vale dos Sinos e localizado a cerca de 40 km de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul (RS). A população do município em questão está estimada pelo IBGE em 33.615 habitantes, no ano de 2014. Dentro da sua região de saúde, foi pactuado para o município apenas a gestão da atenção básica. Em 2015, o sistema municipal de saúde era composto por 5 unidades básicas com estratégia de saúde da família, uma unidade básica de saúde para atender ao restante da população sem cobertura das estratégias e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Este estudo se conforma como uma abordagem descritiva com coleta de dados documentais em campo. Foi realizada mediante coleta de informações das demandas judiciais em saúde encaminhadas à Secretaria

ria de Saúde do município de Portão de 2013 a 2014, através do Foro municipal (adaptado de MACHADO, 2011).

Todas as informações com relação às solicitações judiciais de internação compulsória, cirurgias, procedimentos e equipamentos foram retiradas dos processos armazenados nas pastas físicas dos arquivos do setor de Assessoria Jurídica em Saúde do município de Portão. Foi realizada a separação da documentação referente às ações ajuizadas nos anos de 2013 e 2014, o que somou 114 pastas. A seguir, através da leitura das iniciais dos processos com a explanação dos casos, dos recursos enviados pelo advogado encarregado e dos mandados judiciais contendo a solicitação, foi possível classificar as solicitações de acordo com o serviço ou material solicitado, bem como realizar o levantamento dos dados necessários ao estudo.

Os dados de processos judiciais de medicamentos também foram retirados do sistema informatizado AME, o qual é disponibilizado pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) aos gestores municipais da assistência farmacêutica para dispensação dos medicamentos dos componentes especial e especializado do bloco de financiamento da atenção farmacêutica.

Foram coletados os dados constantes nos processos (doença do paciente, descrição do tratamento solicitado) e as demandas avaliadas de acordo com a legislação vigente do SUS, a respeito da responsabilidade de fornecimento pelos entes, justificativas para indeferimento administrativo e, por fim, apontando alternativas disponibilizadas pelo SUS de acordo com a doença ou agravo do paciente.

Outras informações foram contempladas, como: existência de fundamentação e origem da prescrição que gerou o pedido; argumento para solicitação judicial, caráter da doença de base (aguda ou crônica); existência ou não de prévia avaliação pelo gestor, gerando a negativa do fornecimento.

O cálculo do custo do cumprimento dos mandados, quando aplicável, considerou a apresentação, dosagem e quantidade solicitada no mandado, utilizando para isso a tabela de preços máximos de venda ao

governo, disponibilizadas pela ANVISA. Por fim, foi realizada uma análise da possibilidade de financiamento dos processos judiciais encaminhados pelos usuários do município com o recurso disponibilizado para financiar as ações e serviços da atenção à saúde para a coletividade.

Os processos e mandados utilizados no estudo foram os que o município recebeu por incluírem o mesmo como réu. Processos ajuizados por moradores do município apontando apenas o estado como réu e não repassados ao município, não integram este trabalho. Assim, no total, 114 ações foram ajuizadas colocando o município de Portão como réu, sendo 56 ações em 2013 e 58 ações em 2014.

Os documentos consultados, bem como os dados constantes em sistema informatizado estavam disponíveis para consulta dos servidores com funções relacionadas na Secretaria Municipal de Saúde e o uso das informações foi autorizado pelo gestor local mediante Termo de Aceite Institucional. Os dados inseridos no estudo dizem respeito apenas ao tratamento solicitado pelo usuário e detalhes do mandado em si, sem qualquer divulgação de identidade ou detalhes da situação de saúde do mesmo. Como a coleta de dados foi realizada em banco de dados do serviço público, foi dispensada a aprovação em comitê de ética em pesquisa, sem prejuízo do respeito às normas.

RESULTADOS

Geralmente, os usuários iniciam uma ação judicial de solicitação de medicamentos apresentando documentação negativa emitida pela Secretaria Municipal de Saúde (CARDOSO, 2014). Quando o medicamento não faz parte do componente básico da última atualização da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), essa negativa é emitida através do sistema de dispensação de medicamentos dos componentes especial/especializado AME/PROCERGS disponibilizado pela SES/RS. Porém, essa não é uma regra e algumas ações iniciaram sem o usuário nem ter procurado a farmácia municipal.

As iniciais dos processos de solicitação de medicamentos via judicial analisadas continham dados do usuário, doença que o acometia (na maioria das vezes expressa através do CID – Classificação Internacional de Doenças), tratamento solicitado, justificativa com riscos da não administração do tratamento prescrito. A descrição do medicamento solicitado possuía muitas variáveis, podendo conter ou não: o nome comercial e/ou o nome do princípio ativo, dosagem, posologia, tempo de tratamento, cópia da prescrição médica. A tabela 1 sistematiza os dados presentes nas iniciais e nos mandados dos processos judiciais de solicitação de medicamentos.

Tabela 1: Resumo dos processos judiciais com solicitação de medicamentos ao município de Portão (RS), 2013-2014.

Ano	Número de usuários	Número de medicamentos	Medicamentos de uso contínuo	Medicamentos não fornecidos pelo SUS
2013	10	22	21	15
2014	14	23	17	15
Total	24	45	38	30

Fonte: processos judiciais ajuizados contra o município de Portão nos anos de 2013 e 2014.

Além do tratamento reivindicado, o diagnóstico dos usuários aponta para a predominância de doenças crônicas, geralmente de tratamento prolongado. Os medicamentos solicitados incluem broncodilatadores e corticosteroides para doenças respiratórias, antidepressivos atípicos, fórmulas para intolerâncias alimentares e medicamentos de alto custo para neoplasias malignas e doenças degenerativas, como esclerose múltipla.

Dentre as 10 solicitações realizadas no ano de 2013, 8 foram concomitantemente encaminhadas ao ente estadual e no máximo em dois meses estavam cadastradas para fornecimentos pelo sistema AME, com o medicamento enviado pela SES/RS ao município de Portão. As outras duas foram atendidas por um ano e meio pela Farmácia Municipal e

após, o município recorrer, o processo judicial foi encaminhado ao estado. Dessas 10 solicitações: 9 envolviam tratamento medicamentoso de uso contínuo; dos produtos farmacêuticos reivindicados não fornecidos pelo SUS, apenas um foi adicionado pela CONITEC/ANVISA à relação de fornecidos; dos 7 produtos solicitados que constam nas listas do SUS, 3 são disponibilizados pelo componente especial/especializado de modo administrativo e 4 fazem parte da lista municipal de medicamentos padronizados (componente básico) e estão disponíveis para retirada na Farmácia Básica Municipal, bastando à apresentação de prescrição médica atualizada. O custo mensal calculado de fornecimento de todas as medicações solicitadas em 2013 foi de R\$ 13.174,31.

Já em 2014, 14 usuários passaram a retirar medicamentos por via judicial, 7 dos quais concomitantemente encaminhados ao ente estadual, estando cadastrados para fornecimentos pelo sistema AME dois meses após, com o medicamento enviado pela SES/RS ao município de Portão. Das restantes 7 solicitações, 5 demoraram até seis meses para a sinalização e envio do medicamento pelo estado e 2 não foram atendidas pelo estado, passando o município a arcar com o fornecimento. Das 14 solicitações de 2014, 9 se referem a tratamento medicamentoso de uso contínuo, 4 de tratamento de até um ano e uma não informava a duração do tratamento. Dentre os 15 produtos farmacêuticos não fornecidos pelo SUS na ocasião, 4 foram adicionados pela CONITEC/ANVISA à lista de medicamentos disponibilizados pelo SUS. Do restante, padronizados nas listas do SUS, 6 são disponibilizados pelo componente especial/especializado de modo administrativo (porém 3 desses não eram fornecidos para o CID do usuário em questão) e 2 fazem parte da lista municipal de medicamentos padronizados (REMUME). O custo mensal calculado de fornecimento de todas as medicações solicitadas em 2014 foi de R\$ 35.205,38. Somando-se o biênio 2013-2014, um custo total de R\$ 40.621,40 mensais.

Cabe destacar que, de 10 usuários que solicitaram medicamentos judicialmente em 2013, um nunca apareceu para retirá-los. Dos 9 usuá-

rios que os retiravam mensalmente, 2 conseguiram retirar todos os meses os medicamentos enviados pelo estado e 7 sofreram algumas vezes com o desabastecimento da medicação no DAF/SES/RS. Nessas ocasiões, o fornecimento era realizado pelo município ou então o judiciário procedia com o bloqueio de valores. Referente às solicitações de 2014, dos 14 usuários: 2 faleceram antes mesmo de o estado enviar o medicamento, um trocou o tratamento e não necessitou retirar nenhuma vez, 5 nunca apareceram para retirar os medicamentos. Dos 6 usuários restantes, 4 retiraram corretamente e 2 sofreram com o desabastecimento de seu medicamento.

Os processos encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde de Portão foram avaliados quanto ao tipo de prescrição e se houve a solicitação de certidão negativa da Secretaria de Saúde do ente responsável, o que caracteriza uma etapa importante na racionalização de uma demanda judicial (Tabela 2). Dos 24 usuários, 13 solicitações apresentaram uma prescrição médica proveniente de serviços do Sistema Único de Saúde, ao passo que 16 não possuíam negativa administrativa às mesmas.

Tabela 2: Tipo de prescrições médicas que embasaram a solicitação judicial de medicamentos e o modo de ingresso da ação – Portão, 2013 e 2014.

Quanto ao tipo de prescrição médica	n ações
Prescrição SUS	13
Prescrição particular	7
Sem prescrição	4
Tipo de solicitação judicial	
Com negativa administrativa	8
Sem negativa administrativa	16

Fonte: processos judiciais ajuizados contra o município de Portão nos anos de 2013 e 2014.

A Lei Federal nº 10.216 de 2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Essa lei determina que a internação, em qualquer de suas modalidades (voluntária, involuntária e compulsória), só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e somente mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os motivos da mesma. A internação compulsória é aquela determinada pela Justiça, quando o paciente não concorda, porém existe a solicitação/reclamação de outro cidadão.

Mesmo quando não solicitado pelo requerente (cônjuges, pais, outros familiares ou até mesmo amigos e vizinhos), o mandado emitido solicitava a remoção para avaliação psiquiátrica e quando necessária, a internação do paciente. No caso das internações compulsórias o entendimento do Tribunal de Justiça é da responsabilização solidária dos entes estaduais e municipais. Por isso, o fluxo estipulado pelo município de Portão se baseia no agendamento da busca do paciente em sua residência, envolvendo um motorista da Secretaria de Saúde, uma técnica de enfermagem e um policial militar, caso seja necessário o uso de força coercitiva. O paciente é encaminhado ao serviço de saúde mental disponível ou referenciado, onde o médico psiquiatra faz a avaliação e redige um laudo solicitando a internação. Munidos desse laudo, a equipe e o paciente se dirigem ao hospital referenciado com leitos destinados à área de saúde mental e, após avaliação do médico local, procede à internação. Na tabela 3 estão detalhados os mandados de internação compulsória encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde de Portão no biênio em estudo. Observa-se que, do total de 40 mandados, 29 envolviam abuso de drogas e álcool.

Tabela 3: Descrição dos mandados judiciais de internação compulsória – Portão, 2013-2014.

Motivo	n	Observações dos casos ¹
2013		
Por abuso de drogas	9	Crack e cocaína
Por abuso de álcool	5	Alguns casos com associação de outras substâncias psicoativas
Outros	6	Por transtornos mentais, alguns casos com utilização de substâncias psicoativas
2014		
Por abuso de drogas	9	Incluindo casos de uso de entorpecentes
Por abuso de álcool	6	-
Outros	5	Por depressão, surtos psicóticos e distúrbios psiquiátricos, alguns casos com utilização de substâncias psicoativas

¹ Alguns são novos mandados de internação compulsória emitidos para um mesmo usuário em épocas e situações diferentes.

Fonte: processos judiciais ajuizados contra o município de Portão nos anos de 2013 e 2014.

As cirurgias e procedimentos fazem parte dos níveis de média e alta complexidade do SUS e não se configuram como atribuição de um município que possui apenas atenção básica (Portaria GM/MS 399/06), caso de Portão. Porém, muitas vezes os usuários aguardam muito tempo por um procedimento cirúrgico configurado como eletivo por um médico do SUS ou recebem a indicação cirúrgica de um médico particular e referem hipossuficiência de recursos para financiar o procedimento. Esses casos geram as demandas judiciais em cirurgia.

Após o envio da inicial do processo, em que consta a descrição da situação do paciente, doença, riscos e procedimento solicitado, o município - quando aplicável - envia a defesa anexando o comprovante de cadastramento do paciente para o referido procedimento na central de regulação do estado. Mesmo não configurada pela legislação infraconstitucional e pelas pactuações regionais como de responsabilidade do município, os mandados de cirurgia foram expedidos colocando-o como réu, solidariamente junto ao estado do RS.

Em 2013 foram ajuizadas 13 ações solicitando procedimentos cirúrgicos (9 por motivos traumato-ortopédicos), passando a 17 (sendo 3 oftalmológicas e duas cardiovasculares) em 2014. Outras 20 solicitações (13 em 2013 e 7 em 2014) demandaram consulta e tratamento com especialista (7 casos), compra de equipamentos para uso individual em domicílio e internação em leito de Unidade de Tratamento Intensivo (3 casos, cada), internação por pré-natal de risco (2 casos), próteses e exames especializados. Houve situações de urgência com risco de piora e até mesmo de morte, como retirada de cálculo renal, ressecção de tumor e cirurgia em aneurisma da aorta, porém a maioria se enquadrava em situações de dor, desconforto, diminuição da qualidade de vida, causadas principalmente por transtornos traumatológicos e ortopédicos.

A documentação referente a esses processos judiciais estava bem confusa. Alguns procedimentos constantes nos mandados divergiam dos descritos na inicial do processo ou não tinham relação com a doença relatada. Em outros processos não havia justificativa ou detalhamento da doença em questão.

O cumprimento do mandado de cirurgias ocorre, na prática, quase sempre da mesma forma. A não ser que o paciente já esteja internado em uma instituição credenciada pelo SUS, é realizado o bloqueio de valores do primeiro ente a ser notificado, isto é, o município. O usuário recebe o montante e é responsável por realizar o pagamento do procedimento executado de modo particular e após isso prestar contas à justiça. Em seguida, o município executa judicialmente o estado para que seja reembolsado o valor referente, no máximo, a 50% do que foi desembolsado pelo mesmo, já que a responsabilidade é entendida como solidária pelo judiciário. No entanto, esse reembolso tem demorado mais de dois anos para se efetivar. No ano de 2013, o valor bloqueado judicialmente das contas municipais para o pagamento, principalmente, de cirurgias e de outras solicitações, foi R\$ 31.398,11. Em 2014, o valor aumentou para R\$ 219.939,26.

As consultas com cardiologista, ginecologista e psicólogo foram disponibilizadas por profissionais integrantes da equipe de atenção à saúde municipal. As consultas especializadas e exames foram pagas aos serviços já conveniados com o município, através de chamamento público, liberadas à população do município no caso de morosidade no atendimento do encaminhamento através da central de regulação. No caso dos pré-natais de alto risco solicitados, assim que saiu o mandado, coincidentemente, foi liberada a consulta pela central de regulação. Para os leitos de UTI, os pacientes já internados nos hospitais são transferidos através do contato médico entre setores/serviços, mediante disponibilização do leito pelo serviço SUS contatado.

Os equipamentos e procedimentos solicitados que não compõem a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) foram adquiridos pelo município ou pagos através dos bloqueios de valores.

Saliente-se que o financiamento de procedimentos, serviços e equipamentos de média e alta complexidade não envolve nenhum tipo de repasse ao ente municipal, responsável apenas pela gestão básica em saúde (CONASS, 2011). Portanto, é oneroso ao município arcar solidariamente ao estado com estas despesas e cujo desembolso não está previsto na regulamentação do SUS, nem nas leis orçamentárias municipais. Já as internações compulsórias, regulamentadas em lei federal, não geraram custos de cumprimento de mandado além dos já programados pelos entes. No entanto, elas podem ser consideradas resultantes da inexistência de uma rede de saúde mental consolidada, com instituições que acolhem e tratam usuários diariamente, visando minimizar a necessidade de internação (SILVA, 2011).

O município de Portão recebe da União e do estado apenas recursos relacionados à gestão da assistência básica à saúde e, nesta, ao componente básico da assistência farmacêutica (Portaria nº 1555/13). Conforme Portaria nº 1555/13, o valor que deve ser aplicado pelos três entes soma R\$ 9,82/habitante/ano. De acordo com o IBGE, a população do município está estimada em 33.615 habitantes em 2014, resultando

em um valor mensal disponível para aquisição de medicamentos de R\$ 27.508,27. Valor inferior aos R\$ 40.621,40 mensais necessários para arcar com o fornecimento de todos os medicamentos contínuos solicitados em 2013 e 2014, sem levar em consideração as solicitações judiciais de medicamentos contínuos referentes aos anos anteriores.

CONCLUSÃO

Foram descritos os processos judiciais na área da saúde ajuizados em 2013 e 2014, os quais citam o município de Portão como réu. Houve um total de 114 ações: 24 em medicamentos, 40 em internações compulsórias, 30 em cirurgias e 20 em equipamentos, consultas, leitos e outros.

Com relação aos processos judiciais de medicamentos, os mesmos eram destinados ao tratamento de doenças crônicas, com predominância de doenças pulmonares, depressão, intolerâncias alimentares e, portanto, com a necessidade de contínuo fornecimento. O cálculo do custo dos mandados, ou seja, o custo de fornecimento mensal desses medicamentos de uso contínuo, totalizou R\$ 40.621,40 no biênio 2013 e 2014, um valor superior ao aplicado na aquisição dos medicamentos essenciais pelo município. Simultaneamente, houve bloqueio das contas municipais no valor de R\$ 251.337,37, utilizado para fomentar os objetos de diversos mandados judiciais, envolvendo realização de procedimentos cirúrgicos, solicitação de exames e consultas especializadas, compra de equipamentos não fornecidos pelo SUS e internação em leitos hospitalares, situações nas quais o município não recebe qualquer verba estadual ou federal, nem foi pactuada qualquer aplicação de verba própria.

REFERÊNCIAS

- Barbosa PR. Organização e funcionamento do SUS. Brasília: CAPES: UAB, 2010.
- Cardoso VV. A judicialização do acesso à saúde. Ijuí, 2014.
- Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade. 1. ed. Brasília, 2011.

Diniz D. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n.2, p. 591-598, 2014.

Gomes D. Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 139-156, 2014.

Gonçalves JB. Redução da judicialização e efetivação das políticas públicas sob o enfoque do planejamento e gestão sistêmicos. *In: Scortegagna F, Costa MD, Hermany R. Espaço local, cidadania e políticas públicas. Porto Alegre: Corag, 2010. p. 43-62.*

Machado MAA. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 3, p. 590-598, 2011.

Medrado RG. SOS SUS: Muita Justiça, Pouca Gestão? Estudo sobre a judicialização da saúde. *In: Encontro da Anpad, XXXVII, 2013, Rio de Janeiro. XXXVII Encontro da Anpad. Rio de Janeiro.*

Oliveira CC. A gestão local e a redução da judicialização na área da saúde. *In: Scortegagna F, Costa MD, Hermany R. Espaço local, cidadania e políticas públicas. Porto Alegre: Corag, 2010. p. 79-101.*

Organização Mundial da Saúde. CID-10. 9. ed. São Paulo, 2003.

Pepe VLE. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010.


Silva LC. Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, v. XVI, n. 112, maio 2013.

Silva PF. Saúde mental e os planos de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4653-4664, 2011.

Teixeira TC. A judicialização do direito à saúde e o princípio da reversa do possível: necessidade de uma interpretação sistemática da Constituição. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, v. XIV, n. 85, fevereiro 2011.

Travassos DV. Judicialização da saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3419-3429, 2013.

Ventura M. Judicialização da saúde, acesso à justiça e efetividade do direito a saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.



MORBIDADE HOSPITALAR POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS EM IDOSOS PRÉ E PÓS-CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA NO MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ/RS

PATRÍCIA SILVA DA SILVA ROSA
CAMILA GUARANHA
MARIZA MACHADO KLÜCK

INTRODUÇÃO

O envelhecimento deixou de ser um fenômeno e passou a fazer parte da realidade da maioria das sociedades. Estima-se que para o ano de 2050 existirão cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (BRASIL, 2007).

No Brasil, o processo de envelhecimento populacional começou em 1960, com o declínio das taxas de fecundidade inicialmente nas regiões mais industrializadas. O índice de envelhecimento da população, ou seja, a relação existente entre o número de idosos e a população jovem, passou de 6,4 em 1960, para 13,9 em 1991. No início do século XX, aproximadamente 25% das pessoas alcançavam os 60 anos; em 1990, ultrapassava 78% entre as mulheres e 65% entre os homens, com a esperança de vida ao nascer superando os 65 anos (LIMA, 2008).

Diante disso, surge a necessidade de políticas públicas voltadas para a prevenção e tratamento de doenças e suas complicações desde grupo etário, assegurando qualidade de vida aos mesmos. Dentre as doenças infecciosas, o vírus da *Influenza* e o *Streptococcus pneumoniae*, destacam-se pela capacidade de causar quadro de doenças severas, culminando com elevado número de internações hospitalares e óbito na população idosa (GOMES, 2001).

As epidemias de *influenza* ocorrem com maior frequência durante os meses de inverno. Os surtos de gripe associam-se ao aumento de internações e mortes, grande parte atribuídas às suas complicações e a enfermidades crônicas subjacentes. A vacinação tem sido o principal método para prevenir a *influenza* e suas complicações nos indivíduos mais vulneráveis, e a conseqüente redução da mortalidade por gripe. É importante destacar que quando a composição da vacina é coincidente com as cepas de vírus circulantes, a sua eficácia em adultos saudáveis varia de 70 a 90%, cai para 30 a 40% em indivíduos maiores de 60 anos (FRANCISCO, DONALISIO e LATTORRE, 2005).

A introdução da vacina contra a *influenza* no calendário nacional de imunização no Brasil foi inspirada nas iniciativas do município e do Estado de São Paulo, que tornaram lei a vacinação contra gripe em 1997 e 1998, respectivamente. Essas experiências originaram-se do Centro de Estudos do Envelhecimento da Universidade Federal de São Paulo (ARANDA, 2000).

A partir de 1999, o Ministério da Saúde iniciou uma nova estratégia de vacinação, criando a campanha de vacinação contra a *influenza* em todo o território nacional, com o objetivo de proteger os grupos de maior risco contra as complicações desta doença, ou seja, os idosos e os portadores de doenças crônicas, pacientes imunocomprometidos e transplantados, profissionais de saúde (para proteção individual e evitar a transmissão dos vírus aos pacientes de alto risco), dentre outros (BRASIL, 2005, 2014).

Até o ano de 2007, a meta estabelecida para a vacinação em idosos era de 70%. Em 2008, mediante atualizações das estimativas populacio-

nais pelo IBGE, que evidenciaram um aumento da população idosa, a meta foi ampliada para 80% (FRANCISCO, BARROS & CORDEIRO, 2011).

De 1999 a 2013, as coberturas vacinais para os idosos oscilaram entre 64,78% (2000) e 87,93% (2013), com registro crescente do número de doses aplicadas, elevando-se de 7,5 milhões (1999) para 18,5 milhões de doses (2013), variando em função da adesão da população à vacinação e do crescimento populacional deste grupo etário (BRASIL, 2014).

Neste contexto, é objetivo deste estudo comparar o comportamento da morbidade hospitalar por doenças respiratórias na população com 60 anos e mais no município de Gravataí/RS, no período anterior (1992–1998) e posterior (1999-2006) ao início da campanha nacional de vacinação contra influenza.

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, com população de idosos residentes no município de Gravataí/RS e que foram internados por doenças respiratórias em dois períodos: os anos que antecedem (1992 a 1998) e os que sucedem (1999 a 2006) o início da campanha nacional de vacinação contra influenza no Brasil.

Gravataí é um município integrante da Região Metropolitana de Porto Alegre, distando 29 km da capital estadual, com uma população estimada de 272.257 habitantes em 2015 (Censo, 2010).

Foi utilizado como fonte de coleta de dados de morbidade hospitalar o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), sendo coletadas as seguintes variáveis: diagnóstico principal, sexo e população com 60 anos ou mais residentes no município de Gravataí/RS que foi internada por doença respiratória no período de 1992 a 2006. Para o cálculo das taxas de internações para cada ano de investigação utilizaram-se os dados populacionais do censo 2010 (para este ano) e as projeções intercensitárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os indicadores construídos foram:

- a) Coeficiente de internação hospitalar por doenças respiratórias selecionadas = número de internações de ≥ 60 anos por doenças respiratórias selecionadas/número de habitantes ≥ 60 anos x 10000;
- b) Proporção de internações por doença respiratórias selecionadas = número de internações de ≥ 60 anos por doença respiratória selecionada/número de internações de ≥ 60 anos por doença respiratória x 100.

As doenças respiratórias selecionadas foram Pneumonia e *influenza*, diagnósticos que refletem o impacto da *influenza* na comunidade (FRANCISCO, MARGOLIS e LATTORRE, 2004). Considerando o período verificado nesse estudo de 1992 a 2006, os diagnósticos estudados constam das 9ª e 10ª revisões da Classificações Internacional de Doenças (CID).

Os cálculos das taxas de internações hospitalar e proporções de internação foram realizados através de planilha eletrônica, empregando estatísticas descritivas (média e desvio padrão das variáveis quantitativas), além de pacote estatístico para medidas de associação (qui-quadrado, com intervalo de confiança de 95% com $p < 0,05$ estatisticamente significativo).

Não foi necessária aprovação de Comitês de Ética e de Pesquisa, visto que o estudo envolveu coleta das variáveis em bases de dados de acesso público.

RESULTADOS

Este estudo teve como objetivo descrever a morbidade hospitalar por doenças respiratórias em idosos pré e pós-campanhas de vacinação contra influenza no município de Gravataí/RS. O número de pessoas com 60 anos ou mais em Gravataí era de 11.195 em 1992, passando a 19.537 de idosos em 2006, um aumento de 74% em uma década e meia. Em todo este período, com uma maior proporção de mulheres.

No período de 1992 a 1998, anterior ao início da campanha nacional de vacinação contra a influenza, foram internados por doença do aparelho respiratório 2.863 pessoas com idade maior que 60 anos (Tabela 1) no município de Gravataí, com média de 409 internações/ano e desvio padrão (DP) 84,83. Dentre estas internações, 932 (32%) foram por gripe ou pneumonia, tendo média anual de 66,57 e DP de 78,20.

Já entre 1999 e 2006, após início da campanha da vacinação, 3.278 idosos estiveram internados por doença respiratória no mesmo município, e a média anual neste período foi de 410 internações e o desvio padrão de 63,69. Do total dessas internações, verificou-se que 573 (17%) idosos internaram por gripe ou pneumonia, com média de 71,63 e desvio padrão de 27,6 (Tabela 1).

Tabela1- Número, coeficientes e proporção de internação por doenças respiratórias na população de 60 anos ou mais no município de Gravataí/RS - 1992 a 2006.

Ano	Nº População maior de 60 anos	Nº de internações por doença do aparelho respiratório	Nº de internações por pneumonia ou influenza	Coeficiente de internação por gripe ou pneumonia/100.000 habitantes	Proporção de internação por pneumonia ou influenza
1992	11.195	438	133	118,80	0,30
1993	11.460	520	186	162,30	0,36
1994	11.589	409	153	132,02	0,37
1995	11.715	501	202	172,43	0,40
1996	13.478	342	126	93,49	0,37
1997	13.885	285	82	59,06	0,29
1998	14.230	368	50	35,14	0,14
1992-1998	-	2.863	932	-	-
1999	14.589	333	43	29,47	0,13
2000	16.786	381	72	42,89	0,19
2001	17.228	477	76	44,11	0,16
2002	17.570	399	63	35,86	0,16
2003	17.934	353	115	64,12	0,33
2004	18.295	404	98	53,57	0,24
2005	19.118	404	29	15,17	0,07
2006	19.537	527	77	39,41	0,15
1999-2006	-	3.278	573	-	-

Fonte: SIH/SUS.

Conforme Tabela 2, o número de internações por gripe ou pneumonia diminuiu no período posterior (1999-2006) ao início da campanha de vacinação contra influenza, apresentando, resultado estatisticamente significativo ($p < 0,000$) entre o número de internações por gripe ou pneumonia anterior e posterior ao início da campanha de vacinação contra influenza no município de Gravataí/RS.

Tabela 2 – Internações por doenças do aparelho respiratório na população idosa do município de Gravataí/RS no período pré (1992 a 1998) e pós (1998 a 2006) vacinação contra a Influenza.

Período	Nº de internação por doença do aparelho respiratório (exceto gripe e pneumonia)	Nº de internação por pneumonia ou influenza	Total
1992-1998	1.931	932	2.863
1999-2006	2.705	573	3.278
1992-2006	4.636	1.505	6.141

Fonte: DATASUS

Há estudos que evidenciaram a efetividade da vacinação contra a influenza na população idosa (NICHOL, et al., 2007). Uma meta-análise concluiu que para os indivíduos asilados a vacina foi efetiva na prevenção de pneumonia (46%) e reduziu em 60% a mortalidade por todas as causas. Essa mesma pesquisa identificou que para os idosos da comunidade a vacina mostrou pequena efetividade (27%) na redução das internações por gripe ou pneumonia (JEFFERSON et al., 2006).

Estudo referente à estratégia de vacinação contra a *influenza* no Brasil verificou que estas campanhas vêm produzindo impacto positivo nas Regiões Sul e Sudeste do país, onde o clima é temperado, todavia o mesmo impacto não ocorreu em outras Regiões de clima tropical, como Norte e Nordeste (CUNHA et al., 2005). Após a introdução da vacina contra influenza observou-se uma discreta diminuição na proporção de internações por gripe ou pneumonia. Os números

oscilam entre 7% a 33%. Antes da vacina, essa proporção variou de 14% a 40%.

Em um estudo realizado no Paraná, referente à proporção das internações por doenças respiratórias selecionadas entre o total de internações por doença respiratória, foi identificado que, após o início da intervenção vacinal, houve tendência à queda, chegando a 34,12% em 2002, mas voltando a subir nos três anos seguintes, atingindo o percentual de 40,56%, em 2005 (FERRER, 2008). No estado de São Paulo, no período de 1995 a 2002, a proporção de internação por gripe ou pneumonia foi menor do que a encontrada no estado do Paraná. Entretanto, esse indicador demonstrou comportamento semelhante entre São Paulo e Paraná com elevação nos primeiros anos e tendência a queda a partir da intervenção vacinal (FRANCISCO, 2004). Essa queda na proporção de internações por pneumonia, em relação ao total de internações por doenças respiratórias foi constatada também em idosos residentes em Porto Alegre (VILARINO, 2002).

Quanto ao coeficiente de internação por gripe ou pneumonia na população idosa do município de Gravataí, observou-se que houve oscilação nos períodos estudados, com tendência a diminuição. Ainda, os coeficientes de internação pelas doenças respiratórias selecionadas (gripe ou pneumonia) apresentaram diminuição tanto para os homens quanto para as mulheres no período após o início da vacinação.

Há estudos nos quais apontam que a vacina contra *influenza* reduz em 30 a 70% as hospitalizações por pneumonia após intervenção vacinal contra a *influenza* (BUTA, 2005). Estudo realizado em Fortaleza constatou que não houve redução significativa entre os coeficientes de internações anteriores e posteriores ao início da vacinação nem para as doenças do aparelho respiratório em geral, nem para gripe ou pneumonia (FAÇANHA, 2005).

Conforme Donalísio et al., (2006) as possíveis explicações para as oscilações das taxas de internação por gripe poderiam estar associadas à circulação de outros vírus respiratórios, a periodicidade da circulação do

vírus Influenza A, e até mesmo a influencia de fatores ambientais como a baixa temperatura e poluição de uma metrópole. As cepas virais A sofrem alterações a cada três ou dois anos e as cepas B são mais estáveis (FORLEO et al., 2003)

É importante ressaltar que há um aumento da eficácia da vacina após repetidas doses. Um estudo realizado com indivíduos de 16 anos ou mais constatou que o grupo que recebeu a vacina pela primeira vez teve redução da mortalidade em 9%, já aqueles que haviam sido previamente vacinados tiveram redução da mortalidade em 75% (AHMED et al., 1995).

Entre os homens idosos, no município de Gravataí, o número de internação por gripe ou pneumonia na fase pré-intervenção vacinal variou de 26 a 106, com média de 32,6. Já no período pós-vacinação, as internações variaram entre 15 e 68, média de 18,13. No que se refere aos coeficientes de internação hospitalar, no período anterior a vacinação estes oscilaram entre 41,71 e 203,96 /10.000, enquanto na fase pós-vacinação a oscilação nos coeficientes foi de 29,47 a 64,12/10.000 hab. (Tabela 3).

Já entre as mulheres idosas, as internações por gripe ou pneumonia na fase anterior ao início da campanha de vacinação contra influenza variaram de 24 a 96 (Tabela 3), com média de 34. No período pós-vacinação as internações variaram de 14 a 60, com média de 17,69. Nessa mesma população os coeficientes de internação pelas doenças respiratórias selecionadas no período anterior à vacinação variaram de 30,01 a 147,28/10.000 hab. Após a vacinação os coeficientes variaram de 12,76 a 58,31/10.000 hab.

Tabela 3 - Número de internações por gripe ou pneumonia, por sexo, na população de 60 anos ou mais no município de Gravataí 1992 a 2006.

Ano	Nº População maior de 60 anos do sexo masculino	Nº de internações	Nº População maior de 60 anos do sexo feminino	Nº de internações
1992	4.950	61	6.245	72
1993	5.084	92	6.376	94
1994	5.141	73	6.448	80
1995	5.197	106	6.518	96
1996	5.903	57	7.575	69
1997	6.082	41	7.803	41
1998	6.233	26	7.997	24
1999	6.390	15	8.199	27
2000	7.154	36	9.632	36
2001	7.343	36	9.885	40
2002	7.488	26	10.082	37
2003	7.644	55	10.290	60
2004	7.797	68	10.498	36
2005	8.148	15	10.970	14
2006	8.328	44	11.209	33

Fonte: DATASUS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, ao comparar o comportamento da morbidade hospitalar por doenças respiratórias na população com 60 anos e mais no município de Gravataí/RS, no período anterior (1992–1998) e posterior (1999-2006) ao início da campanha nacional de vacinação contra influenza, constatou-se que houve diferença estatisticamente significativa entre o número de internações de idosos por gripe ou pneumonia anterior e posterior ao início da campanha de vacinação contra influenza. Após a introdução da vacina contra influenza observou-se diminuição na proporção de internações por gripe ou pneumonia.

Quanto aos coeficientes de internação por gripe ou pneumonia na população idosa do município de Gravataí identificaram-se oscilações

nos períodos estudados, com tendência a diminuição. Além disso, os coeficientes de internação pelas doenças respiratórias selecionadas (gripe ou pneumonia) apresentaram diminuição tanto para os homens quanto para as mulheres no período após o início da vacinação contra influenza.

Acredita-se que apesar de se tratar de um estudo descritivo, as informações apresentadas podem indicar as tendências nas taxas de internações hospitalares por doenças respiratórias no município de Gravataí.

Ao realizar a pesquisa identificou-se a necessidade de cruzamento das informações contidas nos sistemas de informações assistenciais com as dos sistemas de informações epidemiológicos, a fim de estabelecer diagnósticos de saúde precisos e imprescindíveis para a tomada de decisões desencadeando ações de saúde compatíveis com as necessidades da população.

A continuidade da avaliação dessa tendência nos próximos anos poderá apresentar índices mais consistentes entre o número de internações por gripe ou pneumonia anterior e posterior ao início da vacinação contra influenza.

Destaca-se ainda que se faz necessária a realização de estudos direcionados para a realidade local abrangendo as particularidades da população a quem se destina a intervenção vacinal, como clima, aspectos socioeconômicos, culturais, oferta, e acesso aos serviços de saúde, gerando assim subsídios para o planejamento e para a formulação de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

Ahmed AH, Nicholson KG, Nguyen-Van-Tam JS. Reduction in mortality associated with influenza vaccine during 1989-90 epidemic. *Lancet* 1995; 346:591-5

Aranda C. Modelo para o mundo. Notícias VigiGripe [monografia na Internet]. 2000 Disponível em: <http://www.vigivirus.com.br> Acesso em: 13 mai 2014

Camarano AA, Beltrão KI, Pascom ARP, Medeiros M, Goldani AM. Como Vive o Idoso Brasileiro? In: Camarano AA (org). Muito Além dos 60: os novos Idosos Brasileiros. Rio de Janeiro, IPEA, p. 19-71, 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Cadernos de Atenção Básica n. 19.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 6ª ed. Brasília: 2005.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1994.

_____. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1996

_____. Portaria nº1.395, de 10 de novembro de 1999. Aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante. Diário Oficial da União. Brasília, 1999.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 2003.

_____. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União. Brasília, 2006a.

_____. Portaria nº 399/ GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Campanha Nacional de Vacinação: informe técnico 2014. Brasília, DF.

Buta RO, Correia RLJ, Canto-Neri RCF, Sifuentes VN, Felix TAA, Tauil PL. Avaliação do impacto da vacinação contra influenza nas internações e na mortalidade por doenças respiratórias em idosos no Distrito Federal. In: 8ª Jornada Científica do HUB; 2005, setembro 14 a 16; Brasília, Distrito Federal. Brasília; 2005

Callegari-Jacques SM. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2003.

Cunha SS, Camacho LAB, Santos AC, Dourado I. Imunização contra influenza no Brasil: racionalidade e desafios. Rev Saúde Pública 2005 janeiro; 39(1): 129-36.

Donalisio MR, Francisco PMSB, Latorre MRSDO. Tendência da mortalidade por doenças respiratórias em idosos antes e depois das campanhas de vacinação contra influenza no Estado de São Paulo – 1980 a 2004. Rev Bras Epidemiol. 2006;9:32-41

Francisco PMSB, Donalisio MRC, Latorre MRD. O. Impacto da vacinação contra influenza na mortalidade por doenças respiratórias em idosos. Rev. Saúde Pública 2005; 39(1): 75-81.

Francisco PMSB, Barros MBA, Cordeiro MRD. Vacinação contra influenza em idosos: prevalência, fatores associados e motivos da não-adesão em Campinas, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.27, n.3, p.417-426. Rio de Janeiro. 2011.

_____. Internações por doenças respiratórias em idosos e a intervenção vacinal contra influenza no Estado de São Paulo. Rev. Brasileira de Epidemiologia 2004 jun; 7(2):220-7

Façanha MC. Impacto da vacinação de maiores de 60 anos para influenza sobre as internações e óbitos por doenças respiratórias e circulatórias em Fortaleza - CE - Brasil. *J. bras. pneumol.* [online]. 2005, vol.31, n.5, pp. 415-420. ISSN 1806-3713. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132005000500009>.

Fernandes MGM & Santos RS. Políticas públicas e direitos do idoso: desafios da agenda social do Brasil contemporâneo. *Achegas.net*, Ed. 34, 2007. Disponível em: < http://www.achegas.net/numero/34/idoso_34.pdf>. Acesso em: 12 Set. 2014

Ferrer ALM, Marcon SS, Santana RG. Hospital morbidity among elderly patients, before and after influenza vaccination in the state of Paraná. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2008; 16(5): 832-837.

Forleo NE, Halker E, Santos VJ, Paiva TM, Toniolo-Neto J. Influenza. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2003; 36:267-74

Gomes L. Fatores de risco e medidas profiláticas nas pneumonias adquiridas na comunidade. *J Pneumol.* 2001; 27(2): 97-114

Godoy DV, Zotto C, Bellicanta J, Weschenfelder F, Nacif SB. Doenças respiratórias como causa de internações hospitalares de pacientes do Sistema Único de Saúde num serviço terciário de clínica médica na região nordeste do Rio Grande do Sul. *J Pneumol.* 2001 julho/agosto; 27(4):193-8.

Jefferson TRD et al., Efficacy and effectiveness of influenza vaccines in elderly people: a systematic review. *Lancet* 2005; 366: 1165-74. [Errata: *Lancet* 2006; 367:986.]

Lima FSS. Impacto da Vacinação Anti-Influenza sobre a Morbidade e Mortalidade por doença respiratória na população de idosos do Distrito Federal. [dissertação]. Brasília: UnB, Faculdade de Ciências da Saúde; 2008.

Oliveira JF, Sá JPO, Cruz MM. Identificação e monitorização do vírus Influenza A e B, na população de Maceió. *Cienc Saúde Colet.* 2004 janeiro; 9(1): 241-6.

Nichol KL et al., Effectiveness of influenza vaccine in the community-dwelling elderly. *N Engl J Med.* 2007; 357:1373-81.

Szklo MJNF. Basic study designs in analytical epidemiology. In: Szklo M, Javier Nieto F. *Epidemiology: beyond the basics.* Gaithersburg: Aspen Publishers Inc; 2000. p.3-51.

Santos DEM, Cardias CAS, Mello WA. Inquérito soro epidemiológico para os vírus influenza em Belém, Pará, Brasil, 1992-1993. *Cad Saúde Pública* 1997 janeiro; 13(1):119-25.

Veras R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad Saúde Publica*, 2007; 23(10):2463-2466.

Vilarino MAM. A(re)volta da vacina da vacina: eficácia da credibilidade social da vacina contra influenza entre idosos de Porto Alegre. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem/Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.



ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO: O CASO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

TAIZE OLIVEIRA CADORE
GÍMERSON ERICK FERREIRA
GUILHERME DORNELAS CAMARA

INTRODUÇÃO

As relações de trabalho são marcadas por situações que interferem de diversas maneiras no processo saúde-doença dos trabalhadores. No Brasil, em específico, o trabalho caracteriza-se por muitos vínculos precários, pela sua desregulamentação, pela perda de direitos trabalhistas e sociais, assim como pela legalização dos trabalhos informais e temporários, o que traz como consequências o aumento do número de trabalhadores autônomos, empreendedores individuais, subempregados e a fragilização dos sindicatos. Destaca-se ainda a terceirização que intensifica a exploração do trabalho, aumenta sua jornada, determina o acúmulo de tarefas e, ainda, implica maior exposição a fatores de riscos para a saúde. O barateamento do trabalho nesse contexto leva ao descumprimento de medidas de proteção à saúde e segurança, baixos salários e instabilidade no emprego (BRASIL, 2001).

A atividade laboral apresenta uma estreita relação com o processo saúde-doença devido aos inúmeros riscos a que os trabalhadores estão

constantemente expostos. Os acidentes de trabalho (AT) são definidos, nos termos da legislação vigente, como acidentes que ocorrem pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou, ainda, pelo exercício do trabalho dos segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou, sejam permanentes ou temporárias, a perda ou a redução da capacidade para o trabalho (BRASIL, 1976).

Os acidentes de trabalho, tradicionalmente, são classificados em: acidentes tipo ou típicos (os ocorridos no ambiente de trabalho e/ou durante a jornada de trabalho), acidentes de trajeto (os ocorridos no trajeto da residência para o trabalho e do trabalho para a residência) e as doenças relacionadas ao trabalho (Ex.: Lesão por Esforços Repetitivos – LER; Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT, doenças psicossociais).

Os profissionais da área da saúde estão expostos a vários riscos peculiaridades das atividades realizadas na assistência ao ser humano, entre os quais a violência ocupacional (COSTA, 2005) e os fatores físicos (LAURELL; NORIEGA, 1989), químicos, biológicos, psicossociais (MARZIALE, 1998) e ergonômicos (MARZIALE; ROZESTRATEN, 1995). Como agravante, o fato de que os trabalhadores em saúde adotam comportamentos e condutas diferenciadas em um mesmo tipo de acidente que ocorre nas mesmas condições (DAMASCENO et al., 2006).

O risco biológico, representado por agentes tais como bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários e vírus (MARZIALE, 1998), passíveis de presença no sangue, líquidos corporais (peritoneal, pleural, do pericárdio, líquido articular), suor, saliva, vômitos, fezes, urina e secreções nasais (CANINI et al., 2002), é o de maior relevância para essa população devido à possibilidade de transmissão de patógenos. O sangue é o agente biológico que mais oferece risco aos profissionais que realizam técnicas ou manuseiam materiais que entram em contato direto com esse fluido e é, também, o agente mais importante na transmissão de patógenos infecciosos, tais como Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV), Vírus da Hepatite B (HVB) e Vírus da Hepatite C (HCV) (VALENZUELA, 1999; NISCHIDE; BENATTI, ALEXANDRE, 2004).

O risco de contaminação relaciona-se com o grau de exposição e a quantidade de sangue do paciente-fonte (CANINI et al., 2002). Essa contaminação ocorre mais frequentemente por via cutânea em decorrência de AT com materiais perfurocortantes. Neste contexto, o risco de aquisição de HIV, após exposição percutânea e de mucosa à sangue contaminado, é, respectivamente, de aproximadamente 0,3% e 0,9%. No caso do HBV, o risco varia de 6% a 30%, podendo chegar a até 40% quando nenhuma medida profilática é adotada. O risco para o vírus da hepatite C (HCV), quando o paciente-fonte é HCV positivo, é de aproximadamente 1,8%, podendo variar de 0 a 7% (BRASIL, 2001).

As consequências da exposição ocupacional aos patógenos podem afetar diretamente os trabalhadores, atingindo-os física e psicologicamente (SARQUIS e FELLI, 2009), podendo extrapolar a dimensão individual e ter repercussão nas relações familiares e sociais.

É importante frisar que, no Brasil, inexistem dados sistematizados a respeito da ocorrência de acidentes com instrumentos perfurocortantes, que podem trazer sérias implicações para a saúde dos trabalhadores. Aliado a isso, há o fato de o risco de acidentes dessa natureza ser uma realidade nas atividades práticas dos profissionais da saúde atuantes em estabelecimentos de saúde, em que a ausência de registros e de programas de acompanhamento do profissional acidentado é quase que uma regra (MARZIALE, 2015).

A existência provável de subnotificação de AT entre trabalhadores da saúde tem sido apontada (MARZIALE; NISHIMURA; FERREIRA, 2004), com o possível aumento das mesmas vinculado ao medo do desemprego ocasionado pela recessão econômica, o que contribuiria para agravar ainda mais a situação de saúde desses trabalhadores (NAPOLEÃO, 1999).

Neste contexto, é objetivo deste estudo caracterizar os acidentes de trabalho (AT) com material biológico entre profissionais da saúde no município de Alegrete, Rio Grande do Sul (RS), ocorridos no biênio 2013-2014.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Realizou-se um estudo de caráter descritivo, no município de Alegrete, Rio Grande do Sul (RS), com base em informações contidas no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS) (DATASUS), através do TABNET. Também foram coletados dados contidos nas fichas de notificação do SINAN, encaminhadas à Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Alegrete.

A população estudada foram os médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário, odontólogos, farmacêuticos e auxiliares de laboratório que atuam no município.

Foram obtidos dados quanto ao quantitativo de acidentes registrados, categoria profissional, sexo, idade e escolaridade dos acidentados; o tipo de exposição, o material orgânico presente e o agente causador dos AT. Os dados foram digitados em uma planilha eletrônica e, posteriormente, examinados por meio de estatística descritiva.

O território em análise foi o município de Alegrete, localizado no oeste do RS, a 506 quilômetros de distância da capital Porto Alegre. O município possui uma população estimada de 78.768 habitantes (IBGE, 2014). O período de estudo foi o biênio 2013-2014.

Por empregar dados de acesso público, não houve necessidade de encaminhamento a comitê de ética em pesquisa.

CARACTERIZAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE - ALEGRETE (RS)

A partir dos dados obtidos por meio do banco de dados do Sistema Nacional de Notificação de Agravos (SINAN) e das Fichas de Notificação, houve um total de 24 notificações de acidentes de trabalho (AT) com material biológico entre profissionais da saúde em 2013, e 20 em 2014, totalizando 44 notificações no biênio. No ano de 2013, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) notificou 4 (17%) AT com material biológico, au-

mentando para 10 (50%) ocorrências em 2014. Em 2013 houve apenas uma notificação registrada em consultório particular, nenhuma em 2014.

A Secretaria Municipal de Saúde do Alegrete apresenta cerca de 640 servidores alocados em seus estabelecimentos de saúde. Caso se some o número de profissionais atuantes em consultórios particulares e no hospital da cidade, os dados encontrados sugerem a ocorrência de subnotificação de AT quando considerado o número de trabalhadores expostos em relação à quantidade de registros realizados. Potencial fator para esta situação estaria vinculado ao fato do trabalhador considerar a lesão ocasionada pelo acidente como pequena e sem importância e desconhecimento da necessidade da notificação do acidente (Napoleão, 1999), a falta de tempo do trabalhador para notificar o acidente (Figueiredo, 1992; Silva, 1996; Jansen, 1997), às dificuldades burocráticas geralmente envolvidas no processo de notificação (Figueiredo, 1992; Leme et al., 1994; Benatti, 1997; Jansen, 1997).

Na tabela 1 encontram-se as variáveis de caracterização dos acidentes notificados.

Tabela 1 - Variáveis de caracterização dos acidentes de trabalho com material biológico notificados.

Variável	2013 (n=24)	2014 (n=20)	Total (n=44)
Sexo			
Feminino	19	15	34
Masculino	5	5	10
Escolaridade			
Ensino médio completo	20	14	33
Ensino superior completo	3	5	8
Categoria profissional			
Técnico em enfermagem	14	11	25
Estagiário em enfermagem	4	1	5
Enfermeiro	1	3	4
Acidente com material biológico			
Tipo: Exposição percutânea	21	17	38
Agente: agulha com lúmen	14	14	28
Material: sangue	18	16	34

Observa-se que, quanto aos 44 registros referentes ao biênio 2013-2014, a maioria dos acidentes ocorreu em profissionais do sexo feminino (77%), com escolaridade de ensino médio completo (11 anos de estudo, 75%) e técnicos ou estagiários de enfermagem (68%). Tais dados são consistentes com o fato da força de trabalho em saúde ser majoritariamente feminina, sendo a profissão de enfermagem a que ocupa o maior número de postos de trabalho (em 88% dos casos mulheres) e se encontrar contato direto com o paciente, administrando medicamentos e realizando curativos e entre outros procedimentos invasivos que os mantêm em constante risco de acidente envolvendo material biológico (CAETANO et al., 2006; CARDOSO; FIGUEIREDO, 2010).

Enquanto faixa etária de ocorrência, 13 casos de 20 a 29 anos e 5 casos de 30 a 39 anos em 2013. Já no ano de 2014, houve 13 casos (65%) na faixa etária de 30 a 39 anos e três casos em indivíduos de 50 a 59 anos. Ao considerar o tempo de trabalho na ocupação, tanto em 2013 quanto em 2014, houve prevalência dos AT entre profissionais com menos de 2 anos de experiência na ocupação.

O profissional da área da enfermagem, diferentemente das demais categorias profissionais da saúde, permanece a maior parte do tempo junto ao paciente, executando o “cuidar” na perspectiva do “fazer” e, conseqüentemente, expondo-se a diversos riscos, podendo, assim, adquirir doenças ocupacionais e lesões em decorrência do trabalho (SÊCCO; ROBAZZI, 2007). Cabe ressaltar, também, como fator agravante aos acidentes dessa categoria profissional, a dupla jornada de trabalho, conduzindo, diversas vezes, a quadros de fadiga mental, de falta de atenção e de estresse (MONTEIRO; BENATTI; RODRIGUES, 2009).

Especificamente quanto aos acidentes com material biológico registrados no biênio 2013-2014:

a) a maioria se deu via exposição percutânea (86%), dentro do esperado, já que os acidentes causados por perfuração com agulhas ocasionam entre 80% e 90% das transmissões de doenças infecciosas (MARZIALE; NISHIMURA; FERREIRA, 2004);

b) agulha com lúmen foi o principal agente, com um total de 28 (64%) ocorrências, corroborando resultados de outros estudos (MARZIALE; NISHIMURA; FERREIRA, 2004; MARZIALE; RODRIGUES, 2002; OSÓRIO; MACHADO; GOMEZ, 2005);

c) material orgânico envolvido predominante foi o sangue, com 34 (77%) casos, seguido de 8 (18%) registros de fluído com sangue. Ou seja, 42 (95%) acidentes envolveram contaminação com sangue.

Os critérios indicadores de gravidade na avaliação do risco do acidente levam em consideração o volume de sangue, assim como a quantidade de vírus presente (FONSECA, 2004). Os acidentes mais graves são aqueles que envolvem maior volume de sangue, cujos marcadores são: lesões profundas, provocadas por material perfurocortante; presença de sangue visível no dispositivo invasivo; acidentes com agulhas previamente utilizadas em veia ou artéria do paciente-fonte; acidentes com agulhas de grosso calibre; e aqueles casos em que há maior inóculo viral envolvendo paciente-fonte HIV positivo (BRASIL, 2004).

Dessa maneira, o mais importante é evitar tais acidentes por meio de ações educativas permanentes, que familiarizem os trabalhadores quanto à adoção das precauções básicas e os conscientizem da necessidade de empregá-las apropriadamente. Essa indica ser a medida mais eficaz para a redução do risco de infecção por doenças transmissíveis pelo sangue, uma vez que medidas profiláticas pós-exposição não são totalmente eficazes (TOLEDO et al., 2007).

CONCLUSÃO

O objetivo geral desse trabalho foi caracterizar os AT com material biológico entre profissionais da saúde no município de Alegrete (RS), no biênio 2013-2014. Os resultados encontrados de predominância em profissionais do sexo feminino, integrantes da equipe de enfermagem, envolvendo acidentes percutâneos e contaminação por sangue são consistentes ao descrito na literatura. Tais resultados não devem ser com-

preendidos isoladamente, mas no contexto da fragilidade a que esses profissionais estão expostos face à crescente precarização das relações de trabalho no País.

REFERÊNCIAS

Benatti MCC. Acidentes de trabalho de um hospital universitário: um estudo sobre as ocorrências e os fatores de risco entre os trabalhadores de enfermagem. 1997. 239f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

Brandi S, Benatti MCC, Alexandre NMC. Ocorrências de acidentes de trabalho por material perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário da cidade de Campinas, estado de São Paulo. Revista Escola de Enfermagem USP, v. 32, n. 2, p. 124-133, 1998.

Brasil. Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Lei n.º 8213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos e benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, DF, 14 ago. 1991.

_____. Lei n.º 6367, de 19 de outubro de 1976. Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho a cargo do INPS e dá outras providências. Brasília, 1976. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6367.htm>. Acesso em: 22 mar. 2015.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Manual de Instruções para Preenchimento da Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT. 1999. 27p.

_____. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças Relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. 580p.

_____. Ministério da Saúde. Legislação em saúde: Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador. 2 ed. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília: MS, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C. Brasília: MS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Saúde do Trabalhador: Cadernos de Atenção Básica. n. 5. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Saúde do trabalhador: cadernos de atenção básica -nº 5. Brasília: MS, 2002.

_____. Portaria nº 939, de 19 de novembro de 2008. Publica o cronograma previsto no item 32.2.4.16 da Norma Regulamentadora nº 32, aprovada pela Portaria MTE nº 485, de 11 de novembro de 2005, que dispõe sobre Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. 2008.

_____. Protocolo de Acidente de Trabalho Grave/Fatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32p.

Brevidelli MM & Cianciarullo TI. Análise dos acidentes com agulhas em um hospital universitário: situações de ocorrência e tendências. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 10, n. 6, p. 780-786, nov./dez. 2002.

Bulhões I. Risco do Trabalho em Enfermagem. Rio de Janeiro: Lima, 1994. 221p.

Caetano JA et al. Acidentes de trabalho com material biológico no cotidiano da enfermagem em unidade de alta complexidade. Enfermería Global, v. 9, p. 1-10, 2006.

Canini SRMS et al. Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 10, n. 2, p. 172-178, mar./Apr. 2002.

_____. Percutaneous injuries correlates in the nursing team of a Brazilian tertiary-care university hospital. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 16, n. 5, p. 818-823, 2008.

Cardoso ACM & Figueiredo RM. Situações de risco biológico presentes na assistência de enfermagem nas unidades de saúde da família (USF). Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 18, n. 3, p. 73-78, 2010.

Center for Disease Control (CDC). Recommendations for prevention of HIV transmission in health-care settings. MMWR, v. 36, p. 3-17, 1998.

Costa ALRC. As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica de um hospital público. 2005. 268f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Damasceno AP et al. Acidentes ocupacionais com material biológico: a percepção do profissional acidentado. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 59, n. 1, p. 72-77, fev. 2006..

Figueiredo RM. Opinião dos servidores de um hospital escola a respeito de acidentes com material perfuro-cortante na cidade de Campinas-SP. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 20, n. 76, p. 26-33, 1992.

Fonseca MMR. Profilaxia pós-exposição a material biológico para profissionais da saúde. In: Mello HRL. *Conduta em doenças infecciosas*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004. p. 758-765.

Garner JS. Guideline for isolation precautions in hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, v. 17, n. 1. p. 54-80, 1996.

Gir E. et al. Biossegurança em DST/AIDS: condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às precauções. *Revista Escola Enfermagem USP*, v. 38, n. 3, p. 245-253, 2004.

Hennington EA, Cordeiro R, Moreira Filho DC. Trabalho, violência e morte em Campinas. São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 610-617, abr. 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico*. 2014.

Jansen AC. Um novo olhar para os acidentes de trabalho na enfermagem: a questão do ensino. 1997. 175f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

Laurell AC & Noriega M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: HUCITEC, 1989. 333p.

Leme AMT et al. Aspectos epidemiológicos dos acidentes de trabalho em um hospital geral. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 22, n. 84, p. 29-39, 1994.

Lopes LKO et al. Atendimento aos profissionais vítimas de acidente com material biológico em um hospital de doenças infecto-contagiosas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 6, p. 324-329, 2004.

MAENO, M.; CARMO, J. C. *Saúde do Trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro*. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2005. 372p.

Malaguti SE. Crenças de enfermeiros com cargo de chefia de um hospital universitário sobre os riscos ocupacionais com material biológico. 2006. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Marziale MHP. Condições ergonômicas da situação do pessoal de enfermagem em uma unidade de internação de cardiologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 10, n. 1, p. 99-117, jan. 1998.

_____. *REPAT: Rede de Prevenção de Acidentes de Trabalho*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2015.

Marziale MHP, Nishimura KYN, Ferreira MM. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 1, p. 36-42, jan./fev. 2004.

Marziale MHP & Rodrigues CM. A produção científica sobre os acidentes com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 10, p. 571-577, 2002.

Marziale MHP & Rozestraten RJA. Turnos alternantes: fadiga mental de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 3, n. 1, p. 59-78, jan. 1995.

Monteiro CM, Benatti MCC, Rodrigues RCM. Acidente do trabalho e qualidade e vida relacionada à saúde: um estudo em três hospitais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 17, n. 1, p. 101-107, jan./fev. 2009.

Napoleão AA. Causas de subnotificação de acidentes de trabalho: visão dos trabalhadores de enfermagem de um hospital do interior paulista. 1999. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

Nicolete MGP. Acidentes de trabalho: um estudo de conhecimentos e ocorrências acidentaria entre os trabalhadores de enfermagem de um hospital geral do Rio Grande do Norte. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

Nischide VM, Benatti MCC, Alexandre NMC. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 2, p. 204-211, mar./abr. 2004.

Oliveira BRG & Murfose NT. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador dos riscos à saúde de seu trabalho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 9, n. 1, p. 109-115, jan. 2001.

Osório C, Machado JMH, Gomez CM. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, 517-524, 2005.

Rapparini C. Características das exposições a material biológico: precauções padrão ou básicas, 2002.

Ribeiro LMC et al. Influência da exposição a material biológico na adesão ao uso de equipamentos de proteção individual. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 2, p. 325-333, 2010.

Sarquis LMM & Felli VEA. Os sentimentos vivenciados após exposição ocupacional entre trabalhadores de saúde: fulcro para repensar o trabalho em instituições de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, n. 5, p.701-704, out. 2009.

Disponível em: Sêcco IAO & Robazzi MLCC. Accidentes de trabajo en el equipo de enfermería de un hospital de enseñanza de Paraná - Brasil. *Ciencia y Enfermería*, v. 13, p. 65-78, 2007.

Silva VEF. Estudos sobre acidentes de trabalho ocorridos com trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino. 1988. 176f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

_____. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. 1996. 236f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

Souza M. Acidentes ocupacionais e situações de risco para equipes de enfermagem: um estudo em cinco hospitais do município de São Paulo. 1999. 163f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

Tanaka OU & Melo C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLM & Mercado FJ. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes, 2004.


Teixeira P & Valle S. Biossegurança: Uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

Toledo ACC et al. Conhecimento, atitudes e comportamentos frente ao risco ocupacional de exposição ao HIV entre estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 32, n. 5, p. 509-515, 2007.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

Valenzuela SV. Contribuição ao estudo sobre acidentes do trabalho que acometem os trabalhadores de enfermagem em hospitais chilenos. 1999. 184f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

Vieira M, Padilha MICS. O HIV e o trabalhador de enfermagem frente ao acidente com material perfuro-cortante. *Revista Escola Enfermagem USP*, v. 42, n. 4, p. 804-810, 2008.



ANÁLISE DA GESTÃO DO SISTEMA DE RESÍDUOS SÓLIDOS – MEDICAMENTOS – NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA DO INCRA – RS

DIEISSON MORGAN
LUÍS FERNANDO KRANZ
CLEZIO SALDANHA DOS SANTOS

INTRODUÇÃO

A disposição final imprópria dos diversos tipos de resíduos urbanos é um dos principais fatores responsáveis pelos impactos negativos que envolvem questões ambientais, econômicas, sociais e de saúde pública, e se configura em um desafio importante aos países no século XXI. Sob o aspecto econômico, constatam-se grandes perdas decorrentes do desperdício de material. Do ponto de vista sanitário e ambiental, a adoção de medidas inadequadas para gestão e gerenciamento dos resíduos sólidos gera, gradativamente, efeitos negativos que se agravam levando a riscos de contaminação do solo, do ar, e da água (SANTAELLA et al., 2014).

O Brasil é um grande consumidor de medicamentos. Estima-se que cerca de 20% dos medicamentos vendidos seja posteriormente lançado na rede de esgotamento sanitário ou no lixo doméstico (SERAFIM et al., 2007). A gravidade é vista em casos como o dos antibióticos que, dispostos inadvertidamente na natureza, são responsáveis pelo desenvol-

vimento de bactérias resistentes à terapêutica atual. Também merecem destaque os estrogênios pelo seu potencial de afetar adversamente o sistema reprodutivo de organismos aquáticos e a feminilização de peixes machos presentes em rios contaminados com descarte de efluentes de estação de tratamento de esgoto (BILA; DEZOTTI, 2005).

A Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), Lei nº 12.305/2010, discrimina as diretrizes relativas à gestão integrada e ao gerenciamento de resíduos sólidos no Brasil, incluindo critérios de gerenciamento dos mesmos e as responsabilidades dos geradores e do poder público, além dos instrumentos econômicos aplicáveis.

Entende-se, por Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), aqueles procedentes de qualquer unidade que execute procedimentos de natureza médico-assistencial humana ou animal, centros de pesquisa, experimentos na área farmacológica e saúde, medicamentos e imunoterápicos vencidos ou deteriorados e os provenientes de barreiras sanitárias (ANVISA, 2011).

O termo RSS compreende os resíduos gerados na fonte, com segregação adequada por tipo, além do manejo apropriado nos serviços de saúde. No caso dos RSS, a responsabilidade é do estabelecimento gerador já que estes materiais apresentam maior risco de contaminação que resíduos de outra natureza, principalmente quando são manuseados e descartados de forma inadequada no ambiente (CUSSIOL et al., 2003). Entretanto, inexistente regulamento técnico pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) sobre o descarte de medicamentos feito pela população, assim como não há qualquer exigência ou obrigatoriedade para o registro de medicamentos com a apresentação de um estudo que avalie o impacto ambiental. Assim, “os serviços de saúde não são obrigados a receberem da população os medicamentos vencidos, mas podem fazer caso seja a política determinada pelo estabelecimento” (SINOTI et al., 2009).

Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 306/2004 da Anvisa e a Resolução nº 358/2005 do Conselho Nacional do Meio

Ambiente (Conama), os medicamentos são classificados como pertencentes ao Grupo B – Químicos: “resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade”. Exemplos: produtos hormonais e antimicrobianos, citostáticos, imunossuppressores descartados por serviços de saúde; resíduos de saneantes, desinfetantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório; efluentes de equipamentos de análises clínicas; entre outros.

A minimização de resíduos é uma estratégia particularmente importante nos países em desenvolvimento, incluindo qualquer tipo de redução, reciclagem ou tratamento que leve à diminuição tanto do volume quanto da toxicidade do resíduo (FANHANI et al., 2006).

Sendo o descarte indevido de medicamentos uma importante causa da contaminação do ambiente, torna-se necessária uma gestão de resíduos de medicamentos que vise diminuir o descarte inadequado. Ações como a promoção do uso racional e o fracionamento de medicamentos são importantes, pois ambas têm função de coibir o alto e desnecessário consumo destes produtos. Além disso, são necessárias medidas para recolhimento e tratamento dos medicamentos vencidos ou danificados em posse dos usuários para que não sejam lançados no lixo ou esgoto sanitário (FALQUETO; KLIGERMAN, 2013).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem na descentralização dos serviços de saúde um dos princípios fundamentais para sua organização e gestão do SUS, sendo a Assistência Farmacêutica (AF) um dos desafios a ser enfrentado.

A aquisição de medicamentos é uma das principais atividades da Gestão da Assistência Farmacêutica (GAF) e deve estar estreitamente vinculada às ofertas de serviços e à cobertura assistencial dos programas de saúde. Uma boa aquisição de medicamentos deve considerar primeiro o que e como comprar (seleção); quando e quanto comprar (programação); e como comprar. Neste contexto, este estudo objetiva comparar o

gasto financeiro do município de Boa Vista do Incra (RS) com o descarte de medicamentos vencidos antes e depois da implantação de um sistema de controle de resíduos, período 2010-2014.

MÉTODOS

Este trabalho consiste em um levantamento de dados que aborda de forma quantitativa o tema gestão financeira e ambiental do sistema de resíduos sólidos a partir do descarte impróprio de medicamentos em Boa Vista do Incra – RS. O município de Boa Vista do Incra está localizado na região Noroeste do estado do Rio Grande do Sul (RS), contando com uma população de 2.425 habitantes, área territorial de 503,471 km², densidade demográfica de 4,82 hab./km² e distante 385 km da capital do estado, Porto Alegre (IBGE, 2010).

A farmácia pública se localiza dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS) Felice Trenhago, com uma média de 1.400 receitas dispensadas por mês. A farmácia possui, além da lista básica de medicamentos que consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), outros que foram selecionados conforme os dados epidemiológicos da região, totalizando quase 300 itens na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).

A compra dos medicamentos é realizada por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (CISA), uma associação pública sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito público e de natureza autárquica intermunicipal. O CISA é constituído por aproximadamente 60 municípios e atua na compra e distribuição de medicamentos aos municípios consorciados por meio de Pregão Eletrônico.

A UBS não apresentava coleta sistemática de resíduos sólidos do Grupo B (medicamentos vencidos) até junho de 2012, quando foi implantado o sistema de gestão destes itens. Neste documento ficou estabelecido que os medicamentos vencidos ou não na unidade de saúde, trazidos pela própria comunidade e pelos agentes comunitários de saúde, seriam arma-

zenados para posterior registro em forma de lista e separação individual de cada tipo específico de medicamento a partir da descrição da sua apresentação, quantidade, lote e princípio ativo. Após realização destes procedimentos, os medicamentos armazenados em caixas lacradas passaram a ser recolhidos por empresa terceirizada para seu destino final em local licenciado e adequado conforme demanda ou, aproximadamente, a cada seis meses. O período de estudo foi do ano de 2010 a 2014.

A coleta de dados foi realizada junto ao sistema informatizado da própria farmácia, buscando dados sobre a saída de medicamentos vencidos e os dados contábeis da empresa responsável pelo destino final dado a estes itens, com o objetivo de quantificar o volume de recursos gastos com esses procedimentos no período do estudo.

Para determinar a quantidade de medicamentos descartados pelo município no período do estudo, foram utilizados dados quantitativos, a partir da análise das planilhas de saídas de medicamentos vencidos do software implantado na farmácia pública municipal. Foram utilizados dados quantitativos também para analisar o gasto financeiro do município com o descarte dos medicamentos vencidos entre os anos de 2010 a 2014, a partir da verificação, junto ao setor de contabilidade da Prefeitura Municipal de Boa Vista do Incra, dos dados contábeis referentes aos pagamentos realizados à empresa coletora dos resíduos do grupo B.

O estudo apresentou aceite institucional e, por empregar dados secundários, não demandou encaminhamento a comitê de ética e pesquisa.

RESULTADOS

O município de Boa Vista do Incra, mais especificamente a UBS Felice Trenhago, não possuía um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos (PGRS) até o primeiro semestre de 2012. Esse fato, aliado a falta do profissional farmacêutico responsável pela farmácia pública municipal, gerou vários problemas como a compra exagerada e sem critérios de medicamentos, a falta de observância de um prazo de validade mínimo quando das compras e a falta de um controle rígido de estoque. Esses

fatos, além do impacto ambiental causado pelo grande volume de medicamentos descartados, ocasionaram a falta de alguns medicamentos, contrastando com o estoque exacerbado de outros. Esse cenário levou à perda do prazo de validade dos medicamentos e ao consequente prejuízo clínico e financeiro ao município.

Conforme a Resolução do CONAMA nº 358/2005, um PGRS permite planejamento do gerenciamento dos resíduos de forma integrada, de modo a abranger um sistema adequado de coleta, segregação, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos, além do planejamento de redução dos resíduos atualmente gerados.

De acordo com o manual de orientação do Ministério do Meio Ambiente, que aborda a elaboração de PGRS, é desejável que os municípios procurem se articular considerando algumas diretrizes contempladas neste documento, conforme a seguir:

- a) A promoção de ações socioambientais para viabilizar a mobilização e participação social: estratégia de envolvimento da população nos encontros públicos e disponibilização das informações por meio de materiais informativos apropriados para a educação ambiental.
- b) É fundamental promover, de forma indissociável, a valorização do conhecimento técnico (peculiaridades, histórico de investimentos com resíduos sólidos) e do envolvimento participativo (cenários futuros). Para isto, deve-se elaborar o diagnóstico atual e futuro.
- c) Deve-se elaborar o plano de gestão com a previsão de estratégias/diretrizes futuras que contribuam para a minimização da geração de resíduos sólidos, bem como o reuso e reciclagem destes materiais, considerando, sobretudo, a redução da geração de gases, iniciativas de logística reversa, priorização dos resíduos sólidos mais significativos quanto ao potencial de contaminação e à geração de impactos ambientais adversos aos recursos naturais (BRASIL, 2012).

Com o diagnóstico feito e seguindo as orientações acima, em julho de 2012, a partir da farmácia pública municipal, capitaneado pelo farmacêutico responsável, foi elaborado o PGRS da UBS Felice Trenhago, o qual tinha como objetivos, além de dar a destinação correta aos itens vencidos, também implantar um rígido controle de estoque na farmácia pública, implantar uma lista municipal básica de medicamentos (REMU-ME), interagir com os prescritores a fim de padronizar as dispensações e conscientizar profissionais de saúde e pacientes quanto ao descarte correto dos medicamentos.

O município possuía um contrato com uma empresa terceirizada responsável pela coleta e destinação final dos resíduos de saúde da UBS, mas antes da implantação do PGRS os medicamentos vencidos, pertencentes ao Grupo B, não eram segregados dos demais resíduos de saúde. Isso posto, esclarece-se que os dados referentes aos anos de 2010 e 2011 da Tabela 1 não representam apenas os resíduos do Grupo B. Desta forma, ao analisar os valores gastos a partir da implantação do PGRS (2012 a 2014), fica clara a diminuição nos valores gastos com a coleta e destinação final dos resíduos referentes apenas aos medicamentos com prazo de validade expirado.

Tabela 1: Gasto em R\$ por ano com a Destinação Final dos Medicamentos

Ano	R\$
2010	6.000,00
2011	2.000,00
2012	3.410,00
2013	1.000,00
2014	840,00
Total	13.250,00

Da mesma forma, quando se trata da quantidade de medicamentos vencidos por unidade (comprimidos, frascos, ampolas e pomadas) só é possível à análise a partir do ano de 2012 (Tabela 2).

Tabela 2: Unidades de medicamentos descartadas (comprimidos, frascos, ampolas e pomadas)

Ano	Unidade
2012/1	53.960
2012/2	47.095
2013/1	26.785
2013/2	51.423
2014/1	46.759
2014/2	9.549
Total	235.571

A Tabela 2 mostra o desperdício de unidades de medicamentos durante os primeiros anos de implantação do PGRS, isso é explicado pelo fato de grande parte dos medicamentos possuírem em torno de 2 anos de prazo de validade. Portanto, mesmo depois da implantação de um rígido controle de estoque, da padronização da lista básica e da racionalização na compra dos medicamentos, os itens adquiridos anteriormente a este processo e não utilizados são os responsáveis por estes números vultuosos. O vencimento de apenas 9.549 itens no segundo semestre de 2014 corrobora esta constatação e indica o sucesso mesmo que a longo prazo do plano de gerenciamento de resíduos sólidos implantado.

Quando analisadas as formas farmacêuticas mais prevalentes quanto à expiração do prazo de validade, como já era de se esperar, os comprimidos aparecem em primeiro lugar com 228.342 (96,5%) unidades descartadas. Os quantitativos de frascos, ampolas e pomadas somam 7.229 unidades, sendo 2.101 (1%) unidades de ampolas, 4.692 (2,3%) unidades de frascos e 436 (0,2%) unidades de pomadas.

Ao analisar o gasto financeiro do município com o descarte dos medicamentos vencidos entre os anos de 2012 a 2014, é notório o impacto causado com a implantação do PGRS na farmácia pública municipal. O valor correspondente a medicamentos descartados por expiração do prazo de validade caiu semestre a semestre e, se comparado o primeiro semestre de 2012 (antes do plano ser implementado) com o segundo

semestre de 2014 (plano de gestão já totalmente estruturado), tem-se uma redução de aproximadamente 90% – ou de R\$ 15.881,00 para R\$ 1.527,00 – no desperdício de dinheiro público com descarte de medicamentos vencidos no município.

Para que se possa estimar o gasto total do município com o descarte dos medicamentos vencidos por ano, é necessário que se tenha o valor dos medicamentos vencidos naquele ano e os valores gastos com a destinação final destes produtos. Conforme os dados pesquisados, o valor dos medicamentos vencidos somado aos gastos com a destinação final foi de R\$ 30.534,00 em 2012 e reduzido a R\$ 6.652,00 em 2014. Levando-se em conta que o orçamento anual da farmácia pública municipal para aquisição de medicamentos é de 100 mil reais, observa-se um desperdício de 30% no ano de 2012 (início do plano) e de apenas 6% no ano de 2014.

DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 50% de todos os medicamentos prescritos e dispensados são usados inadequadamente e apenas 15% da população mundial consome mais de 90% da produção farmacêutica (OMS, 2002). Outrossim, somente nos países em desenvolvimento os gastos com medicamentos representam de 25 a 70% do orçamento em saúde. No Brasil, em 2002, aproximadamente 41% da população não tinha acesso a medicamentos. Logo, a falta de planejamento na produção e distribuição dos mesmos ainda constitui um desafio ao sistema público de saúde (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

O desperdício de medicamentos tem várias causas, dentre as quais se destacam: a dispensação de medicamentos além da quantidade exata para o tratamento do paciente, a interrupção ou mudança de tratamento, a distribuição aleatória de amostras grátis e o gerenciamento inadequado de estoques de medicamentos por parte das empresas e dos estabelecimentos de saúde (ANVISA, 2011).

São ainda poucos, apesar de crescentes, os estudos sobre o conhecimento do desempenho desses serviços de saúde, sobretudo em nível nacional. Pesquisa realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em parceria com o MS (Opas, 2005), apontou para deficiências na gestão dos mecanismos de financiamento e da integração de ações de saúde, deixando clara a necessidade de investir para qualificação dos serviços. Outro estudo realizado em nível nacional foi o de Vieira (2008), no qual foram utilizados os relatórios das auditorias da Controladoria Geral da União (CGU), no período compreendido entre agosto de 2004 e julho de 2006, cujo foco era a qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil.

Os primeiros estudos acerca da AF na atenção básica de saúde datam do final dos anos 1990, sendo os Estados do Paraná, São Paulo e Minas Gerais os primeiros a implantar os modelos descentralizados de AF, quando ainda existia uma cultura e prática centralizadora ditada pelo Sistema da Central de Medicamentos (CEME), sendo, portanto, uma iniciativa pioneira e voltada para a proposta atual de política de medicamentos do país. O Paraná foi o primeiro estado brasileiro a propor uma política de medicamentos destinada aos cuidados primários de saúde. O governo do estado conferiu prioridade, dentre os projetos estratégicos a serem desenvolvidos na área de saúde, à organização da AF na rede de serviços públicos. No estado de São Paulo, o Programa de Assistência Farmacêutica (PAF) passou por um período de planejamento que durou cerca de oito meses. Nesta fase, foi feito o diagnóstico das necessidades de medicamentos em nível de atenção primária e selecionado o elenco de medicamentos essenciais que fariam parte do PAF. Minas Gerais foi o terceiro estado brasileiro a implementar uma política de medicamentos para o nível primário de saúde pelo Projeto Farmácia Essencial (PFE) (COSENDEY et al., 2000).

Os resultados positivos obtidos a partir da implantação do PGRS no município, como diminuição do gasto com medicamentos vencidos, aumento do número de medicamentos ofertados a população e descarte

correto dos medicamentos com prazo de validade expirado se devem em grande parte a contratação do profissional farmacêutico no ano de 2012, pois assim como nesse estudo muitos outros correlacionam os avanços/retrocessos na logística do medicamento com a presença/ausência deste profissional tão importante na saúde pública brasileira.

A falta do farmacêutico responsável e os problemas que isto gera não são exclusivos do município estudado. Conforme pesquisa realizada por Bernardi (2006) para avaliar a Assistência Farmacêutica Básica, por meio de indicadores, nos vinte municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul mostrou que apenas 25% dos municípios tinham farmacêutico responsável pela farmácia. Outros estudos corroboram estes achados, como os realizados por Naves e Silver (2005) no Distrito Federal, onde somente dois Centros de Saúde, dentre os 15 estudados, possuíam farmacêuticos e o estudo de Bruns (2014) no município de João Pessoa, capital do estado estudado, onde apenas duas Unidades de Saúde da Família, das 32 pesquisadas, contavam com o profissional farmacêutico de forma permanente.

Estudo semelhante foi realizado por Mestriner (2003) no município de Ribeirão Preto, pertencente ao Estado de São Paulo, que conclui que ocorreram mudanças significativas após a contratação de farmacêuticos ao alterar a maneira de selecionar, adquirir, distribuir, dispensar e controlar os medicamentos, assegurando eficiência na aplicação de recursos públicos.

Cabe assinalar que a ausência do farmacêutico é um dos dificultadores da implementação e da prestação de uma AF de qualidade ao cidadão, além de configurar descumprimento da Lei nº 5.991/1973, que determina a obrigatoriedade da presença do farmacêutico em locais de dispensação de medicamentos.

Adicionalmente, o MS e vários autores vêm reforçando a importância da inserção plena da AF na atenção primária de saúde, bem como a inclusão e a integração do profissional farmacêutico à equipe de saúde (OLIVEIRA, BERMUDEZ E OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

Segundo Vieira (2008), em um estudo realizado pelo MS em parceria com a OPAS mostrou que ainda é preciso investir em melhorias. De acordo com esse estudo, a disponibilidade em estoque dos medicamentos principais foi de 73% nas unidades de saúde, 76% nas centrais de abastecimento farmacêutico municipais (CAF-M) e 77% nas estaduais (CAF-E). Esse resultado mostrou que mesmo os medicamentos considerados imprescindíveis não estavam disponíveis nos serviços. Outro dado importante obtido diz respeito à porcentagem de medicamentos prescritos, dispensados ou administrados, que foi de 66% nas unidades de saúde, indicando duas situações: ou os medicamentos prescritos não foram dispensados ou administrados porque não estavam disponíveis, ou os prescritores não aderiram às relações de medicamentos selecionados para os serviços de saúde. Ainda, segundo o estudo, o tempo de desabastecimento dos medicamentos principais, medido por meio de fichas de controle de estoque, foi em média de 84 dias nas unidades de saúde, 74 dias nas CAF-M e 128 dias nas CAF-E. A existência de registros de estoque foi de 32% nas unidades de saúde, 32% nas CAF-M e 61% nas CAF-E, revelando a precariedade do controle de estoque nesses serviços (VIEIRA, 2008).

Corroborando esses achados, o Banco Mundial realizou um estudo sobre a governança no SUS e afirmou, em seu relatório publicado em 2007, que o gerenciamento da logística de medicamentos absorve cerca de 20% dos recursos financeiros da saúde, podendo ser a causa principal de ineficiência e perda. O relatório também aponta que há deficiência na qualidade dos serviços, que é atribuída a problemas de gestão e à ineficiência no uso dos recursos (VIEIRA, 2008).

Este trabalho citado anteriormente é um dos mais representativos neste quesito já realizado no País, pois procurou apontar aspectos inconclusos da agenda do SUS para a qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil. Foram realizadas 660 fiscalizações e analisados 659 relatórios (um não estava disponível). Em 62 municípios, os recursos da AF não foram auditados, o que resultou em uma amostra final de 597 municí-

pios (10,7% dos municípios brasileiros). Desses, 90,3% apresentaram problemas na gestão de recursos ou serviços. Em 71% dos municípios foi constatada a falta de controle de estoque ou sua deficiência e em 39% condições inadequadas de armazenamento. Verificou-se falta de medicamentos em 24% dos municípios (VIEIRA, 2008).

Um dos pontos críticos observados quando da implantação do PGRS, foi falta de observância de um prazo de validade mínimo quando das compras e recebimento de medicamentos. Este quadro é semelhante na maioria dos municípios brasileiros que não possuem o profissional farmacêutico em seu quadro de servidores. No estudo desenvolvido por Rissi (2011), que avaliou a gestão de desvios técnicos no recebimento de medicamentos na Central de Abastecimento Farmacêutico no município de Botucatu/SP, foi possível verificar uma média mensal de 10,19% de desvios técnicos no recebimento de medicamentos, sendo que dos desvios analisados mais frequentes foram: prazo de validade abaixo do estabelecido (47,8%), divergência de lote e validade entre nota fiscal e produto (35,8%) e medicamento divergente com as especificações solicitadas (10,3%).

Embora no município estudado a colaboração dos médicos prescritores tenha sido um fator determinante para o sucesso do plano de gerenciamento, resultando em prescrições em conformidade com os itens presentes na REMUME, isso infelizmente, ainda parece ser um caso isolado. Ao recorrer à literatura, são muitos os exemplos de profissionais médicos com pouco ou nenhum conhecimento da Lista de Medicamentos Essenciais (LME), como no estudo realizado por Torres et al. (2014), no qual foram ouvidos 58 médicos brasileiros no SUS, sendo: 11 do Nordeste, 11 do Centro-Oeste, 12 do Sudeste, 12 do Norte e 12 do Sul. Destes 22 trabalhavam nas capitais (37,9%) e 36 no interior (62,1%). O tempo de atuação no SUS variou de menos de um ano (5% dos prescritores) a mais de 30 anos (10%), sendo o desvio padrão de 9,8 e a mediana ao redor de 15 anos, na capital, e de 11 anos, no interior.

Quanto ao contato com a lista de medicamentos essenciais apenas 17 (29,3%) dos 58 médicos entrevistados informaram contato prévio com uma LME, mesmo sendo tão ampla a definição adotada. Destes, 6 mencionaram a RENAME, 8 (13,7%) a LME municipal (REMUME) e 3 a LME do hospital onde atuavam. Dada a posição que as LME possuem na estruturação da AF no Brasil e a contribuição da AF para a consolidação do SUS, estes resultados causam preocupação. A seleção de medicamentos, com os padrões de qualidade enunciados pela OMS é reconhecida, na Política Nacional de Medicamentos (PNM), como uma diretriz prioritária na ampliação do acesso e na promoção do uso racional de medicamentos.

Quando perguntados se utilizavam a RENAME/REMUME em sua prática clínica, todos os médicos entrevistados responderam que não. Dentre os motivos apresentados, surgiram vários: (i) indisponibilidade dos medicamentos (da lista) no momento requerido; (ii) falta de orientação necessária ao uso; (iii) impressão de que a composição da lista é inadequada à demanda clínica. Esses motivos mostram que, na percepção do prescritor, a “orientação” quanto ao uso da lista deve ser “fornecida” e não buscada pelo próprio médico como parte da necessária a atualização profissional. Não houve propensão a se adequar à prescrição de medicamentos da lista, mas, sim, de forma recorrente nas falas, o entendimento da lista como limitada e inadequada à “sua” prática.

Um dos principais problemas encontrados durante o estudo foi em relação à destinação final dos medicamentos com prazo de validade expirado. Conforme verificado anteriormente, o município possuía um contrato de recolhimento dos materiais vencidos na UBS, mas até a implantação do PGRS em 2012 os medicamentos eram descartados de forma incorreta, ou seja, junto com os demais resíduos produzidos pela UBS. Este fato, aliado ao grande volume de medicamentos descartados erroneamente durante todos estes anos pode ter causado danos ambientais inestimáveis.

A destinação final dos medicamentos é tema relevante na saúde pública devido às diferentes propriedades farmacológicas dos medicamentos, que, inevitavelmente, se tornarão resíduos e não poderão mais ser utilizados. Soma-se a isso o fato dos resíduos de medicamentos pertencerem à classe I (perigosos), segundo a norma NBR 10004 da ABNT, apresentando riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde pública. Dessa forma, eles demandam segregação, tratamento, transporte e disposição final correta (FALQUETO; KLIGERMAN; ASSUMPCÃO, 2006).

É preciso ressaltar que, no Brasil, o descarte de medicamentos em desuso, vencidos ou sobras é feito por grande parte da população em lixo comum ou em rede pública de esgoto. Atitudes como essas geram agressão ao meio ambiente, contaminação da água, do solo e de animais, além do risco à saúde de pessoas que possam reutilizá-los por acidente ou mesmo, intencionalmente, devido a fatores sociais ou circunstanciais diversos (ANVISA, 2014).

Pesquisas realizadas têm apontado a presença de fármacos residuais nas águas que causam efeitos adversos na saúde, seja humana ou de outros animais, como os peixes (BILA; DEZOTTI, 2003). Stumpf et al. (1999), em 1997, detectaram a presença de antilipêmicos, anti-inflamatórios e alguns metabólicos em esgoto, em efluente de estação de tratamento e em águas de rios no estado do Rio de Janeiro. Ternes (1998), identificou a presença de 36 fármacos diferentes em diversos rios na Alemanha, dentre os quais estão antilipidêmicos, analgésicos-antipiréticos, antiinflamatórios e anti-hipertensivos.

No Reino Unido, estudos realizados por Waggott (1981) e Richardson e Bowron (1985) revelaram a presença de fármacos em concentrações maiores que um micrograma por litro ($\mu\text{g/L}$) no meio aquático. Na Itália, Calamari et al. (2003) detectaram a presença de 18 fármacos em 8 estações de tratamento de esgoto ao longo dos rios Po e Lombo; e Zucatto et al., (2006), observaram em 9 estações de tratamento de esgoto, fármacos como ofloxacino, furosemida, atenolol, hidroclorotiazidi-

da, carbamazepina, ibuprofeno, benzafibrato, eritromicina, lincomicina e claritromicina.

Alguns grupos de fármacos merecem uma atenção especial. Dentre eles estão os antibióticos devido ao desenvolvimento de bactérias resistentes e os estrogênios devido ao seu potencial de afetar adversamente o sistema reprodutivo de organismos aquáticos como, por exemplo, a feminilização de peixes machos presentes em rios contaminados com descarte de efluentes de Estações de Tratamento de Esgoto. Outros produtos que requerem atenção especial são os antineoplásicos e imunossuppressores utilizados em quimioterapia, os quais são conhecidos como potentes agentes mutagênicos (BILA, DEZOTTI, 2003; PONEZI et al., 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação de um sistema de gerenciamento de resíduos provenientes de serviços de saúde e da comunidade, que objetive a redução de riscos à saúde imediata e ao ambiente, parece ser de grande importância. A legislação em relação aos resíduos sólidos em saúde avançou significativamente nos últimos anos, caminhando para uma futura implementação de uma logística reversa no setor de medicamentos, assim como já ocorre com outros produtos como defensivos agrícolas e pneus.

Cabe assinalar que a base de informações se mostrou adequada para a análise pretendida, exceção feita aos anos de 2010 e 2011, quando o município possuía um contrato com uma empresa terceirizada responsável pela coleta e destinação final dos resíduos de saúde da UBS, mas antes da implantação do PGRS os medicamentos vencidos, pertencentes ao Grupo B, não eram segregados dos demais resíduos de saúde, impossibilitando assim sua análise individual.

O presente estudo teve como objetivo, além de verificar a quantidade de medicamentos descartados entre os anos de 2010 a 2014, comparar o gasto financeiro do município com o descarte de medicamentos ven-

cidos antes e depois da implantação do sistema de controle de resíduos no município estudado.

A situação do gerenciamento de resíduos e da AF no município de Boa Vista do Incra, quando da implementação do plano de gerenciamento em 2012, guardadas as devidas proporções, apresentava problemas e dificuldades semelhantes à realidade nacional, constatados nas referidas pesquisas. Dentre os principais problemas pode-se destacar a falta do profissional farmacêutico, compra exagerada e sem critérios de medicamentos, falta de observância de um prazo de validade mínimo quando das compras, falta de um controle rígido de estoque, medicamentos sendo descartados junto com outros resíduos de saúde e inexistência de uma lista básica de medicamentos.

Observou-se que com a implementação do plano de gerenciamento de resíduos sólidos foram atacados os pontos apontados como críticos e os fatores responsáveis pela grande perda de medicamentos por expiração do prazo de validade foram solucionados. Pode-se afirmar que as principais ações que levaram ao sucesso do plano de gerenciamento foram à implantação de um rigoroso controle de estoque, com a exigência de um prazo de validade mínimo quando da compra dos medicamentos, a compra de medicamentos para períodos menores de consumo (3 a 4 meses) e a definição de uma lista básica de medicamentos municipal, além da conscientização de profissionais e pacientes acerca da importância do correto gerenciamento e descarte dos medicamentos.

Sendo assim é notório o impacto causado com a implementação do PGRS na farmácia pública municipal, pois tanto o número de medicamentos sendo descartados por expiração do prazo de validade, quanto o valor gasto para a destinação final destes produtos vem caindo semestre a semestre de forma vertiginosa e, se comparar o primeiro semestre de 2012 (antes do plano ser implementado) e o segundo semestre de 2014 com o plano de gestão já totalmente estruturado, tem-se uma redução de aproximadamente 90% no desperdício de dinheiro público com descarte de medicamentos vencidos no município.

Este estudo contribuiu para preencher uma lacuna em razão da escassa literatura disponível no Brasil sobre o tema, principalmente quando se trata de gestão financeira e ambiental de resíduos sólidos em saúde – medicamentos, dentro da esfera pública.

A gestão do ciclo do medicamento, desde a compra, armazenamento, dispensação e por ventura destinação final de seus resíduos, se constitui em um dos maiores desafios de governo, na área da saúde, devido ao seu alto custo e grau de complexidade, que envolve aspectos assistenciais, técnicos, logísticos e tecnológicos, aspectos culturais, políticos, econômicos e sociais.

A implementação de uma logística adequada proporcionou impactos positivos em termos de acesso e qualidade dos serviços prestados, refletindo-se na melhoria de eficiência e de controle de gastos no serviço público. Desse modo, indubitavelmente, uma gestão estratégica eficiente pode otimizar os escassos recursos destinados à saúde, além de contribuir para a conservação ambiental.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 306, de 07 dezembro de 2004. Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: 2004.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medicamentos: venda de medicamentos sem prescrição médica. Brasília: 2011.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Descarte de medicamentos: responsabilidade compartilhada. Disponível em: <<http://189.28.128.179:8080/descartemedicamentos/apresentacao-1>>.

Bernardi CLB. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Saúde e Sociedade. v. 15, p.73-83, 2006.

Bila DM & Dezotti M. Fármacos no meio ambiente. Química Nova, Rio de Janeiro, v. 26, p. 523-530, 2003.

_____. Identificação de Fármacos e Estrogênios Residuais e Suas Consequências no Meio Ambiente. In: Programa de Engenharia Química/ COPPE-UFRJ. Fronteiras da Engenharia Química. 1ª Edição. Rio de Janeiro: E-papers, 2005.

Brasil. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. Brasília: 1973.

_____. Lei nº 10.520 de 17 de julho de 2002. Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. Brasília: 2002.

_____. CONAMA. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução RDC nº 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2005.

_____. Lei nº 12.305, de 02 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 2010.

_____. Ministério do Meio Ambiente. Planos de Gestão de Resíduos Sólidos: manual de orientação. Brasília: MMA, 2012.

Bruns SF. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. Revista da Administração Pública. Rio de Janeiro, v. 48, p.745-765, 2014.

Calamari D et al. Strategic survey of therapeutic drugs in the rivers Po e Lombo in northern Italy. International Journal of Environmental Science and Technology. v. 37, p. 1241-1248, 2003.

Cosendey MAE et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 16, p. 171-182, 2000.

Cussiol N, Lange, LC, Ferreira JA. Resíduos de serviços de saúde. In: Couto RC, Pedrosa TMG, Nogueira JM. (Org). Infecção hospitalar e outras complicações não-infecciosas da doença: epidemiologia, controle e tratamento. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 2003.

Falqueto E, Kligerman DC, Assumpção RF. Como realizar o correto descarte de resíduos de medicamentos? Revista Ciência & Saúde Coletiva. v. 15, p. 3283-3293, 2006.

Falqueto E & kligerman DC. Diretrizes para um Programa de Recolhimento de Medicamentos Vencidos no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. v. 18, p. 883-892, 2013.

Fanhani HR et al. Avaliação domiciliar da utilização de medicamentos por moradores do Jardim Tarumã, município de Umuarama, PR. Arquivos de Ciência da Saúde Unipar. v. 10, p. 127-131, 2006.

Mestriner DCP. O Farmacêutico no Serviço Público de Saúde: a experiência do Município de Ribeirão Preto – SP. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto, 2003.

NAVES, JOS; SILVER, LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 39, p. 223-230, 2005.

OLIVEIRA, MA; BERMUDEZ, JAZ; OSORIO-DE-CASTRO, CGS. Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales, 2002.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília: Organização Mundial da Saúde; Ministério da Saúde, 2005.

Ponezi NA, Duarte MCT, Claudino MC. Fármacos em matrizes ambientais - revisão. Campinas: Centro Pluridisciplinar de Pesquisas Químicas, Biológicas e Agrícolas (CPQBAUNICAMP), 2008.

Prefeitura Municipal de Boa Vista do Incra – RS. Disponível em: < <http://www.boavistadoincra.rs.gov.br/portal1/municipio/historia.asp?ildMun=100143472> >

Richardson ML & Bowron JM. The fate of pharmaceutical chemicals in the aquatic environment. Journal of Pharmacy and Pharmacology. v. 37, p. 1-12, 1985.

Rissi NMN. Gestão de desvios técnicos no recebimento de medicamentos na Central de Abastecimento Farmacêutico. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2011.

Santaella ST et al. Resíduos sólidos e a atual política ambiental brasileira. Fortaleza: UFC / LABOMAR / NAVE, 2014.

Serafim EOP et al. Qualidade dos medicamentos contendo dipirona encontrados nas residências de Araraquara e sua relação com a atenção farmacêutica. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. v. 43, p. 127-135. 2007.

Sinoti ALL, Falco Jr I, Souza SB. O descarte de medicamentos: um estudo comparativo da problemática no Brasil, EUA e Europa. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Toxicologia Aplicada à Vigilância Sanitária, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2009.

Stumpf M et al. Polar drugs residues in sewage and natural water in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *The Science of the Total Environment*. v. 225, p. 135-141, 1999.

Ternes TA. Occurrence of drugs in German sewage treatment plants and rivers. *Water Research Journal*. v. 32, p. 3245-3260, 1998.

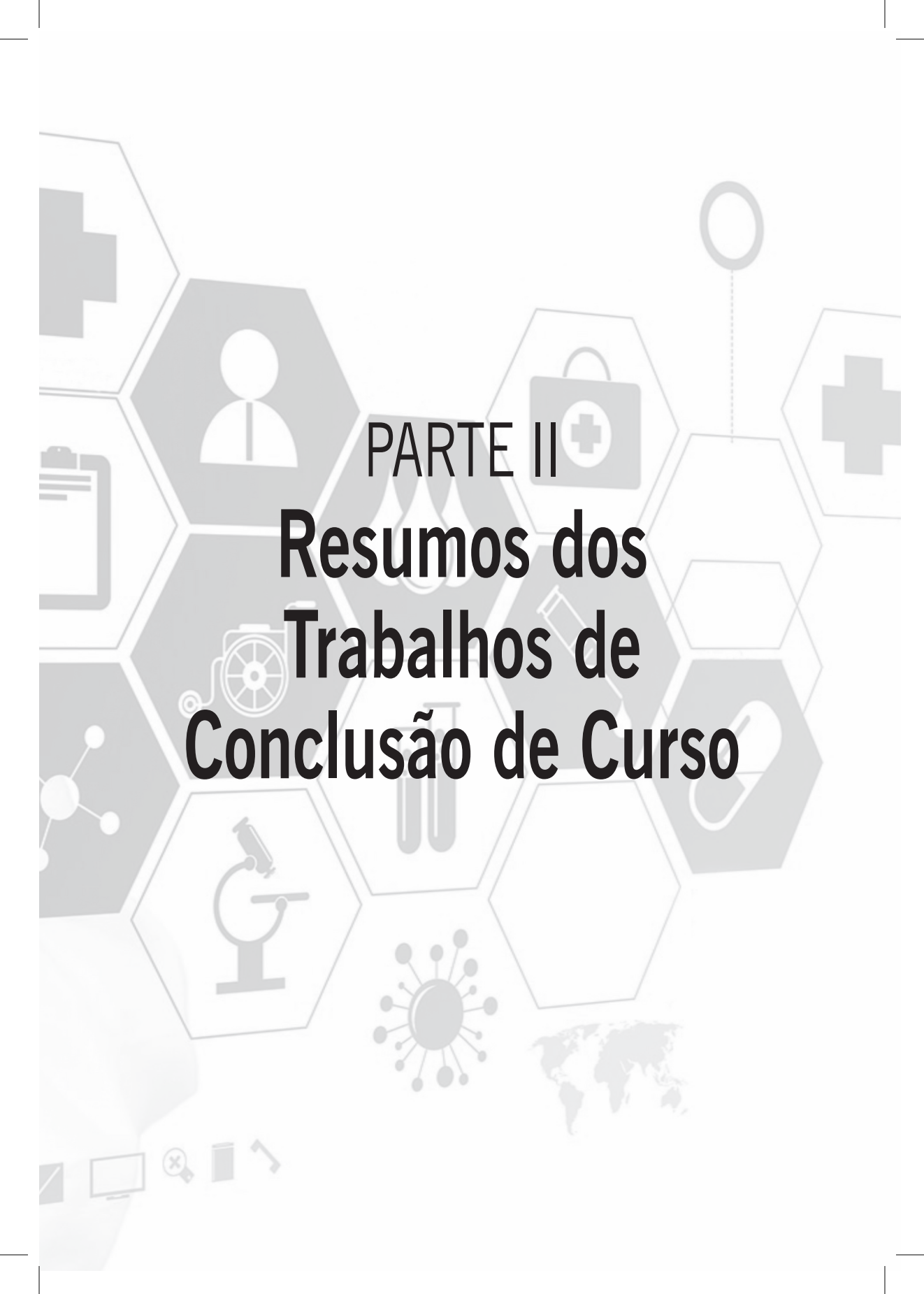
Torres RM et al. Adesão de médicos às listas de medicamentos essenciais. *Revista Brasileira de Educação Médica*. v. 38, p. 323-330, 2014.

Waggot A. Trace organic substances in the River Lee. *Chemical Water Reuse*. v. 2, p. 55-99, 1981.

Vieira FS & ZUCCHI P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. v. 41, p. 214-222, 2007.

Vieira FS. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*. v. 24, p. 91-100, 2008.



The background features a grid of hexagonal icons in various shades of gray. The icons include a medical cross, a person silhouette, a first aid kit, a wheelchair, a microscope, test tubes, a pill, a virus/cell, a world map, a clipboard, a magnifying glass, a computer monitor, and a smartphone. A large, faint watermark of a university crest is visible behind the text.

PARTE II

Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso



ALESSANDRA DA ROSA SANTOS

CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO SUL (RS), 2009-2013

ORIENTADOR: Prof Dr Paul Douglas Fisher

INTRODUÇÃO: O Programa Bolsa Família (PBF) é o principal programa social brasileiro de redução da pobreza a partir da transferência de renda para as famílias com maiores dificuldades financeiras. Objetivo: descrever as condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família no município de Sapucaia do Sul (RS) no período de 2009 a 2013. Métodos A base de dados utilizada para o levantamento das informações obtidas foi através dos sítios do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e Ministério da Saúde (MS). A população alvo foram as famílias, gestantes e crianças acompanhadas pelo programa, no período referido. Resultados: houve uma redução de 30% na proporção de famílias acompanhadas do ano de 2009 [61,7% (n=1.015)] em comparação a 2013 [31,7% (n=1.058)], diferentemente de Porto Alegre (40,3%), do RS (12,1%) e do Brasil (9,8%) onde aumentaram os acompanhamentos. Resultado semelhante foi evidenciado para as condicionalidades referentes às crianças acompanhadas e gestantes com pré-natal em dia. Em conformidade, somente a condicionalidade de crianças com vacinação em dia, que apresentou pouca variação, atingindo as metas pré-estabelecidas. Conclusão: apesar de aumentar o número das famílias beneficiárias do PBF os acompanhamentos no município diminuíram.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Pobreza, Política Social, Políticas Públicas e Programas Governamentais.

ALEXANDRE TARRAGO CARVALHO

RASTREAMENTO DE CÂNCER DE PRÓSTATA NO MUNICÍPIO DE URUGUAIANA/RS DURANTE O ANO DE 2013

ORIENTADOR: Prof Dr Paul Douglas Fisher

INTRODUÇÃO: O câncer de próstata é considerado um grave problema de saúde pública. Objetivo: comparar a incidência de metástase prostática baseado em casos alterados de antígeno prostático específico total PSA(t), toque retal (TR) e biópsias de próstata de usuários do Sistema Único de Saúde do município de Uruguaiana/RS participantes da Campanha Novembro Azul, realizada em novembro de 2013, frente à incidência estadual, regional e nacional. E, por objetivos específicos, calcular e comparar a taxa de incidência de metástase prostática baseado nos casos de homens com idade entre 40 e 60 anos que apresentaram PSA total, toque retal e biópsias alterados, com a incidência baseada em comprovável morbidade no nível municipal, estadual e nacional. Resultados: O Brasil apresentou em 2013, 24.938 casos de câncer de próstata. O município de Uruguaiana-RS apresentou uma taxa de incidência por câncer de próstata em homens com idade entre 40 e 60 anos, em 2013, de 0,42 casos para cada 100.000 homens avaliados. O estado do Rio Grande do Sul teve uma média de incidência de 30,82 casos para cada 100.000 homens avaliados e o Brasil de 26,25 casos de câncer de próstata para cada 100.000 homens avaliados.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Incidência, Neoplasias da Próstata, Saúde do Homem.

ALINE DE SOUZA MOSCARDINI

INCENTIVOS FINANCEIROS ESTADUAIS À SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO NAS 30 REGIÕES DE SAÚDE, RS, 2013-2014

ORIENTADOR: Prof Dr Roger dos Santos Rosa

INTRODUÇÃO: O campo prático da gestão pública de saúde perpassa pela responsabilidade compartilhada dos entes federados no contexto do financiamento com a perspectiva de garantir recursos financeiros para atender aos preceitos legais de saúde. O estudo aborda as adesões aos incentivos financeiros estaduais da Resolução Nº 503/13 – CIB/RS com o objetivo de analisar a distribuição das adesões aos incentivos financeiros estaduais da Resolução Nº 503/13 – CIB/RS, especificadamente a inserção do 2º Enfermeiro, Médico de Família e Comunidade e Técnico em Saúde Bucal modalidade I, nas 30 regiões de saúde do Rio Grande do Sul. Método: Dados coletados das adesões aos incentivos financeiros estaduais acessados por meio do Formulário Online SUS/FORMSUS. Resultados: No ano de 2013 nenhuma região de saúde teve adesão e em 2014 somente quatro regiões não aderiram, totalizando 126 adesões. A Região Capital/Vale Gravataí teve o maior quantitativo de adesões de Médico de Família e Comunidade e Técnico em Saúde Bucal. Conclusão: Ainda há pouca adesão aos incentivos previstos na Resolução Nº 503/2013, tendo em vista o curto período da publicação, pouca divulgação desse incentivo e desconhecimento pela a maioria dos gestores. Recomenda-se estudos que possam analisar os impactos das adesões com a produção de ações em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde, Gestão em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família.

ANDIARA LUVISON

ANÁLISE DOS PROCESSOS DE TRABALHO NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DA SECRETARIA DA SAÚDE DE VERANÓPOLIS-RS, 2014

ORIENTADOR: Prof Dr Clézio Saldanha dos Santos

INTRODUÇÃO: A estruturação da Assistência Farmacêutica é um dos grandes desafios que se apresenta aos gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetivo: descrever os processos de trabalho da Assistência Farmacêutica do Município de Veranópolis-RS, bem como identificar as etapas e objetivos dos processos de trabalho da Assistência Farmacêutica do Municipal e elaborar um fluxograma de trabalho para qualificação e fortalecimento do setor. Método: coleta de dados secundários da farmácia da SMS de Veranópolis-RS. Resultado: foram elaborados Procedimentos Operacionais Padrão para cada atividade possibilitando que as mesmas possam ser feitas de uma forma padronizada entre todos os funcionários. Elaborou-se fluxogramas de trabalho que auxiliam a visualização das etapas do processo permitindo a visualização ampla de todos os processos desenvolvidos na farmácia. Verificou-se que algumas etapas devem ser ampliadas e qualificadas, enquanto para outras deve-se investir em educação do funcionário. Conclusão: é importante a presença de técnicos motivados e capacitados e, faz parte disso a padronização dos processos de trabalho, bem como sua melhor visualização pelos colaboradores através dos fluxogramas.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Assistência Farmacêutica, Fluxo de Trabalho.

ANDREA SALES SALAZAR

PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UM ESTUDO DO ANTES E DO DEPOIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DA UNIDADE DE SAÚDE AUGUSTA MENEQUINE NO MUNICÍPIO DE VIAMÃO

ORIENTADOR: Prof^a Dr^a Mariza Machado Klück

OBJETIVO: analisar o acréscimo do número de consultas com o “Programa Mais Médicos” na Estratégia Saúde da Família da unidade de saúde Augusta Meneguine do município de Viamão/RS, identificando e quantificando o aumento do número de consultas ofertadas a partir da implantação do referido programa no município. Método: emprego de dados primários obtidos na Secretaria Municipal de Saúde de Viamão. Resultados: Observou-se, a partir da análise dos dados, uma ampliação de 164,58% no número de consultas médicas entre os meses de julho e dezembro de 2013. Além disso, a carga horária semanal médica na unidade, que em julho de 2013 era de 30 horas/semana, em dezembro de 2013 aumentou para 111 horas/semana. Conclusão: Houve uma melhora no atendimento prestado pela Estratégia da Saúde no município de Viamão. Ainda, o trabalho mostrou como o “Programa Mais Médicos” pode contribuir para a melhora do processo de trabalho da atenção básica nos municípios, pois, com a implementação do programa na unidade básica Augusta Meneguine foi possível a expansão e aprimoramento dos atendimentos dos usuários do Sistema Único de Saúde nessa localidade.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Política de Saúde, Atenção Primária à Saúde.

ANDRÉIA LISANDRA BAUER

GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: APLICAÇÃO DA CURVA ABC PARA GESTÃO DE MEDICAMENTOS EM UMA FARMÁCIA HOSPITALAR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ORIENTADOR: Prof Dr Clézio Saldanha dos Santos

INTRODUÇÃO: Os gastos com medicamentos representam uma parcela importante do total de gastos do Sistema Único de Saúde (SUS). A curva ABC de Pareto é uma ferramenta fundamental para a gestão dos estoques, baseando-se na importância dos itens, quantidades utilizadas e valores. Objetivo: demonstrar a aplicação da curva ABC para a gestão de medicamentos em uma farmácia hospitalar do Sistema Único de Saúde de Novo Hamburgo/RS. Dos 372 itens padronizados pelo hospital, 23 (6,2%) pertencem à curva A e são responsáveis por 75,9% do total de recursos gastos com medicamentos. A curva B é composta de 12,9% dos itens padronizados que representam 17,2% dos custos e a curva C 80,9% dos itens, representando 6,9% do total gasto pela instituição com medicamentos. Conclusão: Os resultados obtidos nos percentuais de número de itens e nos percentuais de custos que representam na classificação ABC no presente estudo, são semelhantes a outros estudos descritos na literatura.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Serviço de Farmácia Hospitalar, Farmacoeconomia, Assistência Farmacêutica, Aplicação da curva ABC.

ANDRESSA KRAMMER SICORRA

POLÍTICA DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: O PRECONIZADO E O EXISTENTE NO RS (2014)

ORIENTADOR: Prof Dr Ronaldo Bordin

OBJETIVO: identificar se os estabelecimentos de saúde e as ações desenvolvidas estão em conformidade com a Política de Saúde do Sistema Prisional no Estado do Rio Grande do Sul (RS), em 2014. Método: estudo quantitativo com coleta de dados realizada no Sistema Geopresídios, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES). Também foram coletados dados referentes às ações desenvolvidas no site da Superintendência de Serviços Penitenciários (Susepe) e da Secretaria Estadual de Saúde do RS. Resultados: o RS possui 97 estabelecimentos penais, com 32 Equipes de Saúde Prisional identificadas no CNES. Dados do sistema Geopresídios apontam para 32 estabelecimentos com gabinete odontológico e 37 com enfermaria, 28 destes com ambos. Foi identificada uma articulação entre as áreas de segurança pública e saúde para ações em torno da Política de Saúde no Sistema Prisional, entre elas, capacitação das equipes para a realização de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatite B e C; exames de colo do útero; vacinação contra a gripe A; palestras sobre doenças sexualmente transmissíveis; e distribuição de kits preventivos. Conclusão: Nem todas as instituições penais contam com Equipes de Saúde Prisional ou desenvolvimento de ações em saúde prisional. Neste sentido não existe o cumprimento pleno do preconizado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Administração e Planejamento em Saúde, Saúde Prisional, Segurança Pública, Política Pública.

BÁRBARA ANTONINA DÁVILA

DEMANDA E CUSTO MUNICIPAL NO TRIÊNIO 2012-2014 DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SERVIÇOS DO VALE DO RIO PARDO – CISVALE

ORIENTADOR: Prof Dr Celmar Corrêa de Oliveira

INTRODUÇÃO: Consórcios intermunicipais de saúde trazem uma nova forma de gestão das ações de saúde. Objetivo: apresentar a receita e a quantidade de procedimentos realizados pelo Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Rio Pardo - CISVALE no triênio 2012-2014, identificar os tipos de procedimentos mais utilizados pela população atendida no triênio 2012-2014, destacar os municípios com maior repasse financeiro ao CISVALE no mesmo período. Métodos: dados obtidos por meio de relatórios produzidos pelo CISVALE, referente ao triênio 2012-2014, distribuídos em ano, valores investidos por cada município e tipo de procedimentos realizados pelo consórcio no mesmo período. Resultados: nota-se que o CISVALE teve crescimento de 7,66% nos valores investidos pelos entes consorciados no período de 2012 para 2014, tendo como principais serviços utilizados as sessões de fisioterapia e radiografias. Conclui-se que os municípios de maior porte são os que mais investem e utilizam os serviços do consórcio e que os serviços oferecidos atendem as demandas da sua população. PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Assistência Integral à Saúde, Serviços de Saúde, Consórcios de Saúde, Regionalização.

CAMILA CARNEVALLI

GRAU DE CONCORDÂNCIA ENTRE OS DADOS PRESENTES NO SIAB E AS RESPECTIVAS PLANILHAS DE PRODUÇÃO – NOVA ARAÇÁ, 2013/2014

ORIENTADOR: Prof Dr Ronaldo Bordin

INTRODUÇÃO: O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é um instrumento de planejamento e orientação para a gestão das equipes de saúde da família, constituindo uma ferramenta de monitoramento e avaliação da Atenção Básica (AB) à saúde. Objetivo: Identificar o grau de concordância entre os dados presentes no SIAB e as respectivas planilhas de produção – Nova Araçá, 2013/2014. Métodos: Estudo descritivo, com base em dados secundários coletados a partir do banco de dados do SIAB em 2013 e 2014 no município de Nova Araçá. Resultados: Há discrepância nos dados referentes ao número de crianças de 0 a 12 anos incompletos, número de nascidos vivos e puericultura. Dentre as patologias, é possível verificar irregularidades na alimentação de dados referentes aos portadores de Diabetes mellitus (DM), Hipertensão Arterial (HA), tuberculose, alcoolismo e distúrbio mental. Além disso, gestantes cadastradas e acompanhadas, total de famílias e visitas domiciliares (VD), número e tipo de consulta médica e prevenção de câncer uterino com coleta de exame citopatológico (CP). Conclusão: Tornaram-se evidentes as disparidades na alimentação dos dados inseridos no SIAB e, com isso, o prejuízo no diagnóstico da situação de saúde do município e o desenvolvimento de ações para a população.

PALAVRAS-CHAVE: Administração e Planejamento em Saúde, Gestão em Saúde, Sistemas de Informação em Saúde.

CAMILA SIMON

DESEMPENHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SANTA ROSA – RS NO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) E A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

ORIENTADOR: Prof Dr Celmar Corrêa de Oliveira

INTRODUÇÃO: O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído em 2011, com objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da Atenção Básica (AB) do Sistema Único de Saúde. O primeiro ciclo foi iniciado em 2012 e, neste, quinze Equipes de Saúde da Família (ESF) do município de Santa Rosa – RS aderiram ao programa. Objetivo: Descrever o desempenho das ESF de Santa Rosa no primeiro ciclo do PMAQ-AB. Resultados: no que tange aos Indicadores, boa parte das equipes apresentou resultados acima da média, com exceção do indicador Diabetes e Hipertensão. Na Avaliação Externa, os resultados alcançados pelo município também foram satisfatórios, de modo geral. O único item no qual todas as equipes ficaram abaixo da média foi na satisfação do usuário. No Desempenho Geral todas as equipes apresentaram resultados acima da média. Não foi observado um padrão de desempenho entre equipes, tampouco nos diferentes critérios de avaliação na mesma equipe. Conclusão: ainda que o desempenho do município tenha sido satisfatório, a satisfação do usuário deve ser levada em consideração pelos gestores e profissionais dos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Comportamento do consumidor, Gestão em Saúde, Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

CAMILA DALACORT TOFFOLI

PROGRAMA HIPERDIA - COMPARAÇÃO ENTRE OS DADOS DO MUNICÍPIO DE MONTAURI E MUNICÍPIOS DE ATÉ 2.000 HABITANTES DA REGIÃO DE SAÚDE DE PASSO FUNDO (RS)

ORIENTADOR: Prof Dr Ronaldo Bordin

INTRODUÇÃO: A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes mellitus são doenças crônicas degenerativas de prevalência mundial, representando, de forma mútua, uma das principais causas de óbito no Brasil. Objetivos: descrever o perfil epidemiológico, gerenciamento de ações e fatores associados à hipertensão e diabetes nos pacientes cadastrados no Sistema Hiperdia do município de Montauri em comparação com os municípios com população até 2.000 habitantes da Região de Saúde de Passo Fundo (RS). Método: Foram incluídos no estudo todos os pacientes diabéticos tipo I e tipo II, hipertensos e/ou ambos, cadastrados no Sistema Hiperdia no período de 01/1999 a 01/2015 dos municípios de Gentil, Nicolau Vergueiro, Muliterno e Montauri. As variáveis estudadas foram: nº de diabéticos, hipertensos e diabéticos com hipertensão relacionando com sexo e fatores de risco presentes (sobrepeso, tabagismo e sedentarismo). Resultados: Nenhum dos fatores de risco estudados apresentou associação significativa quando comparado o município de Montauri aos demais. A única exceção foi o município de Gentil, com um número menor de indivíduos com sobrepeso hipertensos e diabéticos quando comparado com Montauri ($p < 0,003$). Conclusão: Os municípios estudados apresentam homogeneidade entre si.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial Sistêmica, Gestão em Saúde, Administração e Planejamento em Saúde, Sistema de Informações em Saúde.

CARLA WEBER PETERS

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB): UMA COMPARAÇÃO DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS EM ÁREAS URBANA E RURAL DE SÃO LOURENÇO DO SUL, RS, 2012-2014

ORIENTADOR: Prof Dr Ronaldo Bordin

OBJETIVO: Comparar variáveis presentes no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) referentes às unidades com Estratégia de Saúde da Família (ESF) de São Lourenço do Sul, triênio 2012-2014, segundo as áreas urbana e rural. Resultados: As famílias rurais cadastradas apresentavam como principal destino do lixo ser queimado ou enterrado (79,2%), consumindo água sem tratamento (89%), proveniente de poço ou nascente (94,3%), sendo o emprego de fossa (75,7%) o destino das fezes e urina. Do total de famílias cadastradas, 70,6%, em área rural, e 61%, em área urbana, eram acompanhadas e 49,3% e 43,7%, respectivamente, receberam visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde. O total geral de consultas médicas foi maior na área rural, com menor proporção de encaminhamentos médicos (5,75%) e maior de atendimentos de puericultura, prevenção do câncer cérvico-uterino e atendimentos em grupos para a realização de ações de educação em saúde. Na área urbana, os atendimentos de pré-natal, hipertensos e diabéticos foram superiores. Conclusão: O estudo permitiu a conhecer a realidade sócio-sanitária das famílias cadastradas e o perfil da atenção básica, de acordo com as especificidades dos territórios.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Sistema de Informação em Saúde, Administração e Planejamento em Saúde, Gestão em Saúde.

CAROLINE VANZIN HOFFMANN

O MATRICIAMENTO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO EM SAÚDE: POSSIBILIDADES DE CUIDADO AOS USUÁRIOS DEPENDENTES QUÍMICOS NO MUNICÍPIO DE NOVO HAMBURGO

ORIENTADOR: Prof Dr Guilherme Dornelas Câmara

INTRODUÇÃO: A dependência química é um tema que incorre nos círculos da atenção as políticas públicas desde meados do ano 2000, bem como sua endemia nacional, tem ocupado a atenção do Ministério da Saúde estabelecendo os Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPS AD II) para o enfrentamento ao uso das drogas. Objetivo: Caracterizar a organização das redes de cuidado, sob a ótica da Gestão do Matriciamento no município de Novo Hamburgo (RS), a partir de observação realizada aos atendimentos junto ao CAPS AD. Métodos: pesquisa qualitativa, exploratória, com análise interpretativa dos dados. Resultados: Percebeu-se que o modelo assistencial não rompe de fato como o modelo biomédico de forma plena, comprometendo assim as diversas formas de práticas de cuidado, baseadas na articulação de redes. Existe a necessidade de incluir nas práticas de matriciamento as dimensões sociopolíticas e culturais da saúde mental o que introduziria importantes desafios para algumas profissões, tanto no que diz respeito à sua participação quanto a sua eventual ação.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias Químicas, Saúde Mental, Gestão em Saúde.

CÁTIA REGINA LOUREIRO BORTOLUZZI

TUBERCULOSE - ESTUDO COMPARATIVO ENTRE AS AÇÕES REALIZADAS E AS PRECONIZADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM SANTA MARIA, RS, 2013

ORIENTADOR: Prof Dr Ronaldo Bordin

INTRODUÇÃO: o município de Santa Maria está entre os 15 municípios prioritários para as ações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose no RS, responsáveis pela notificação de 68% dos casos de tuberculose. Objetivo: comparar as ações desenvolvidas pelo município de Santa Maria/RS para a promoção da saúde e prevenção da tuberculose, e o preconizado pelo Ministério da Saúde. Métodos: foi realizada uma comparação entre o Plano Municipal de Saúde do Município de Santa Maria/RS e o Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015. Resultados: O município de Santa Maria teve um índice de cura de 71,6% dos casos, inferior aos 85% preconizado pelo MS e uma taxa de abandono de 7,4%, superior aos 2% preconizados. O Plano Municipal de Saúde 2013-2016 não cita a tuberculose de forma específica. Conclusão: O município não consegue atingir as metas preconizadas, portanto, existe uma falha no interesse dos gestores públicos em articular, executar e manter ações de controle da tuberculose, buscando reduzir os casos, incentivar o tratamento e a qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Administração e Planejamento em Saúde, Gestão em Saúde, Políticas de Saúde, Tuberculose.

CHARLINE LOVIZON

INTERNAÇÕES NO SUS POR CÂNCER DE PULMÃO NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL NO PERÍODO DE 2008 A 2012

ORIENTADOR: Prof Dr Roger dos Santos Rosa

OBJETIVO: descrever as características das internações no SUS por câncer de pulmão no Rio Grande do Sul no período de 2008 a 2012. Método: Estudo epidemiológico de base populacional, observacional e transversal, e como fonte dados os arquivos públicos do SIH/SUS do tipo “reduzidos” (prefixo RD) correspondentes aos períodos de competência entre 2008 a 2012 cujas hospitalizações apresentavam o diagnóstico principal CID-10 C34. Resultados: O maior número de internações foi referente ao código C34.9 (neoplasia de brônquios ou pulmões), que somou 6.713 (51%), com predominância em homens e na faixa etária entre 60-64 anos. A letalidade hospitalar correspondeu a 2.966 óbitos (22,5%) do total de internações, das quais 1.902 (64%) foram de homens e 1.064 (36%) de mulheres. A faixa etária que apresentou o maior número de óbitos foi a entre 60-64 anos. Do total de 13.160 internações, 1510 (11%) precisaram utilizar UTI e a duração média de hospitalização foi de aproximadamente 10 dias. O valor médio gasto por internação foi de R\$ 1.362,47. Conclusão: ressalta-se a importância e necessidade de que gestores em saúde promovam atividades de prevenção e cessação ao uso de tabaco.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de Pulmão, Tabagismo, Neoplasia, Gestão em Saúde.

CRISTIANE BAGGIO

DILEMAS NA GESTÃO PARTICIPATIVA EM CONSELHOS DE SAÚDE DA CIDADE DE SERAFINA CORRÊA

ORIENTADOR: Prof Dr Rafael Kruter Flores

INTRODUÇÃO: Os Conselhos de Saúde existem desde 1990 e estão presentes em todos os municípios do país, possibilitando a participação da sociedade na operação, gestão e construção das políticas públicas na área da saúde. Objetivo: descrever a dinâmica do Conselho Municipal de Saúde de Serafina Corrêa, no estado do Rio Grande do Sul, identificando o funcionamento, a organização e as prioridades apresentadas nas reuniões do CMS. Resultados: O CMS em questão é constituído de forma paritária, conforme prevê o Regimento Interno. A equipe de trabalho direto é constituída por presidente, vice-presidente, membros do governo, trabalhadores da sociedade civil, integrantes da área da saúde, população geral e membros sindicais. Sua dinâmica de trabalho compreende uma reunião ordinária mensal para tratar de assuntos como as necessidades da população e de interesse do governo, políticas de saúde e formulação de estratégias, diretrizes e instrumentos da gestão do SUS, execução financeira e orçamentária, dentre outros. Os temas relacionados às necessidades da população são os mais discutidos nas reuniões do presente conselho, mas os conselheiros não eram convidados a participar do planejamento e formulação de políticas públicas juntamente com os membros do governo. Conclusão: Embora a organização do CMS encontre-se dentro dos parâmetros estabelecidos pelas legislações federais, há deficiência na sua dinâmica de funcionamento relacionada com as funções que lhe são atribuídas.

PALAVRAS-CHAVE: Conselhos de saúde, Gestão em saúde, Políticas de saúde.

DAIANE OLSSON DE SOUZA

VANTAGENS E DESVANTAGENS DE COMPRAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS EM UM HOSPITAL DE CAPACIDADE EXTRA

ORIENTADOR: Prof Dr Roger dos Santos Rosa

INTRODUÇÃO: Com a globalização houve aumento do comércio exterior e consequentemente uma maior complexidade na cadeia de suprimentos das organizações. Objetivo: Descrever o impacto do comércio exterior em um hospital de capacidade extra, via uma análise comparativa de vantagens e desvantagens de compras nacionais e internacionais no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Método: observação direta dos processos de trabalho e análise documental dos processos administrativos de compra (PAC) no Serviço de Compras e na Seção de Importação do hospital em estudo. Resultados: foi possível identificar os grupos de compras do hospital e descrever o processo de compra nacional e internacional, comparando-os quanto a suas vantagens e desvantagens. Conclusão: foi verificado que se tratando de produtos de alto custo, alta tecnologia e sem urgência, há maior vantagem para os hospitais públicos a realização de compras internacionais, por algumas isenções fiscais de impostos de importação e potencial aumento de qualidade em comparação a produtos nacionais. No caso de produtos com baixa tecnologia agregada, baixo custo e em caráter de urgência, sugere-se compras nacionais, uma vez que os custos de um processo de importação podem ser altos, não levando a economicidade das compras públicas, e a sua entrega ser mais rápida em comparação a compra internacional.

PALAVRAS-CHAVE: Administração e Planejamento em Saúde, Gestão em Saúde, Gestão de Suprimentos, Compras Nacionais e Internacionais, Compras Públicas.

DAIANE VIECZOREK

IMPACTO DA VACINAÇÃO CONTRA A INFLUENZA PARA A POPULAÇÃO IDOSA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2010 A 2014

ORIENTADOR: Prof^a Dr^a Mariza Machado Klück

INTRODUÇÃO: Medidas preventivas foram tomadas para reduzir o número de casos de internações e mortes relacionados ao sistema respiratório (capítulo X da CID-10), sendo a vacinação contra a Influenza a que mais apresentou destaque. Objetivo: Descrever a taxa de cobertura vacinal, o número de internações hospitalares e a taxa de mortalidade por doenças do sistema respiratório durante o período de 2010 a 2014, com a finalidade de verificar se a vacinação sazonal previne contra doenças respiratórias a ponto de reduzir as internações hospitalares e óbitos da população acima de 60 anos de idade no Rio Grande do Sul (RS). Resultados: As taxas de cobertura vacinal de 2010 a 2014 tiveram um acréscimo no decorrer dos anos analisados, bem como que a meta estipulada pelo Ministério da Saúde (80% de cobertura) foi atingida. Já os dados referentes a internações, óbitos e taxas de mortalidade de idosos por doenças do sistema respiratório, de modo geral, se mantiveram estáveis. Conclusão: a vacinação contra a Influenza ocasiona impacto na prevenção contra doenças respiratórias, mas ainda não ao ponto de reduzir as internações hospitalares e óbitos da população acima de 60 anos de idade no RS. PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Cobertura vacinal, Mortalidade, Vacinas contra Influenza.

DANIEL TASSINARI FELBER

ATUAÇÃO FISIOTERÁPICA NA REDUÇÃO DE CUSTOS POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES: ESTIMATIVA BASEADA EM DADOS SECUNDÁRIOS

ORIENTADOR: Prof Dr Paul Douglas Fisher

INTRODUÇÃO: A carga econômica de doenças crônicas não transmissíveis produz elevados custos para os sistemas de saúde e previdência social devido à mortalidade e invalidez precoces e, sobretudo para a sociedade, famílias e as pessoas portadoras dessas doenças. A Fisioterapia, por meio da Reabilitação Cardiovascular, pode realizar o controle não medicamentoso da hipertensão e diabetes mellitus reduzindo níveis pressóricos e glicêmicos. Objetivo: Descrever a contratualização em saúde para serviços de fisioterapia realizados no município de Uruguaiana, em especial a demanda de pacientes portadores de doenças cardiovasculares. Métodos: Emprego de dados secundários referente ao município de Uruguaiana (RS) no período 2011-2014. Resultados: o município atende à demanda em fisioterapia cardiovascular em sua totalidade, porém a razão média de atendimentos corresponde a menos de 1% da população, distante da média nacional (17,25%) e estadual (17,5%). Esta baixa frequência se reflete nos valores per capita dos procedimentos, onde os custos com internação hospitalar excedem em média 450 vezes o custo com fisioterapia cardiovascular ambulatorial. Conclusão: Uruguaiana atende a totalidade da demanda estimada, porém, apresenta atendimentos abaixo da necessidade.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças Cardiovasculares, Reabilitação, Atenção Primária à Saúde, Fisioterapia, Gestão em Saúde.

DENISE FRANCO BRAVO PERAZZOLO

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE ALEGRETE (CEMA) - DEMANDA ESTIMADA E ATENDIMENTOS REALIZADOS, 2012 – 2013

ORIENTADOR: Prof Dr Paul Douglas Fisher

INTRODUÇÃO: O SUS preconiza a articulação de ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde, através de redes integradas e horizontais de atenção à saúde. Objetivo: descrever a demanda de atendimentos do Centro de Especialidades Médicas de Alegrete (CEMA), no biênio de 2012 - 2013. Métodos: caracterização da rede de atenção básica no município e cálculo das taxas de consultas disponibilizadas, encaminhamentos médicos e consultas realizadas, comparando-as com os parâmetros de consultas especializadas determinados pelo MS. Dados secundários coletados do sistema de agendamento/produzividade eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Resultados: foi identificada uma rede municipal de atenção em saúde fragmentada, com carência de um sistema de fluxos e contrafluxos. Foi inviável calcular a taxa real de consultas disponibilizadas, o número de encaminhamentos médicos e o número de usuários que não conseguiram atendimento no serviço e foram referenciados a outros municípios, visto que não havia relatórios de gestão do serviço, bem como não existia um sistema de controle efetivo. O número de consultas disponibilizadas é superior ao de realizadas. Conclusão: existe uma assimetria entre recursos e demanda, bem como o número de consultas que o MS emprega como parâmetro assistencial. PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Serviços de Saúde, Atenção Secundária à Saúde.

DIEGO ELIAS RODRIGUES DOS SANTOS

REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): UMA ANÁLISE DO MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DO SUL

ORIENTADOR: Prof Dr Guilherme Dornelas Câmara

OBJETIVO: Descrever o processo de mudança no modelo de atenção, considerando a ampliação da cobertura da rede de atenção básica no Município de São Lourenço do Sul (RS). Em especial, o impacto da ampliação nos indicadores de saúde, incluindo a capacidade instalada de serviços da Atenção Básica, os principais indicadores de saúde entre 2005 e 2014 e a relação entre a implementação desta política com desempenho dos principais indicadores de saúde. Método; Pesquisa documental descritiva, fazendo uso de dados secundários dos sistemas de informação em saúde. Resultado: constatou-se que a ampliação da rede está intimamente ligada na melhoria dos indicadores de saúde. Conclusão: a ampliação da cobertura populacional de serviços desse segmento impactou favoravelmente na melhoria dos indicadores de saúde, possuindo serviços adequados para o porte do município. Com a evolução desses indicadores de saúde da população elucidou-se que o investimento nesse setor possibilitou a qualificação e consolidação da Atenção Básica como importante componente da rede de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária a Saúde, Sistema Único de Saúde, Indicadores, Gestão em Saúde.

DIEISSON MORGAN

UMA ANÁLISE DA GESTÃO DO SISTEMA DE RESÍDUOS SÓLIDOS – MEDICAMENTOS – NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA DO INCRA – RS

ORIENTADOR: Prof Dr Clézio Saldanha dos Santos

INTRODUÇÃO: Os resíduos de medicamentos podem provocar efeitos negativos para o ambiente e saúde pública quando indevidamente depositados. A Gestão de Resíduos Sólidos – medicamentos é um fator determinante para que ocorra a destinação final correta destes dejetos químicos, evitando a contaminação do meio ambiente local e a preservação da saúde. Objetivo: Comparar o gasto financeiro do município com o descarte de medicamentos vencidos antes e depois da implantação do sistema de controle de resíduos, além de verificar a quantidade de medicamentos descartados entre os anos de 2010 a 2014. Método: Análise dos dados do sistema informatizado da Farmácia Pública da Unidade Básica de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do município de Boa Vista do Incra quanto à saída de medicamentos vencidos, dados contábeis do setor de contabilidade da prefeitura municipal e os relatórios de recolhimento dos medicamentos vencidos da empresa responsável pelo destino final destes itens. Resultados: os dados da implantação do plano de gestão foram excelentes, pois tanto o número de medicamentos sendo descartados por expiração do prazo de validade, quanto o valor gasto para a destinação final destes produtos apresentaram queda durante o estudo. Conclusão: A implementação de uma logística adequada proporcionou impactos positivos em termos de acesso e qualidade dos serviços prestados, refletindo-se na melhoria de eficiência e de controle de gastos no serviço público.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Resíduos Sólidos, Medicamentos.

DIOGO JARDEL CIGANA

UTILIZAÇÃO DE LEITOS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2012-2013

ORIENTADOR: Prof Dr Ronaldo Bordin

INTRODUÇÃO: A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é a área mais complexa do ambiente hospitalar e, de certa forma, um espaço decisivo ao paciente. Objetivo: Descrever indicadores de utilização de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto em um hospital de grande porte do noroeste do Rio Grande do Sul (RS), biênio 2012-2013. Método: Foram consolidados os dados referentes à taxa de ocupação, média de permanência, número de pacientes internados, média de paciente/dia e taxa de mortalidade/ano, empregando sistema informatizado do hospital. Resultados: A média da taxa de ocupação foi de 84,9% e 86,7%; taxa de permanência de 3,6 e 3,4 dias e uma mortalidade anual de 21,3% e 20,6%, em 2012 e 2013, respectivamente. A taxa de ocupação de leitos manteve-se acima de 75%. A média de permanência/dia e a taxa de mortalidade foram inferiores a outros estudos semelhantes. Conclusão: Os indicadores da referida unidade se mantiveram dentro do preconizado pelos órgãos responsáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Administração e Planejamento em Saúde, Qualidade em Saúde, Qualidade Assistencial.

ELISIANE HARTGE FERST

A QUALIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO ENQUANTO GESTOR

ORIENTADOR: Prof Dr Rafael Kruter Flores

INTRODUÇÃO: A área da enfermagem está diretamente associada aos processos de gestão dos serviços hospitalares. Objetivo: relacionar a formação dos enfermeiros com a prática de gestão desenvolvida na Associação Hospital de Caridade Ijuí, bem como descrever a atuação da enfermagem nesse processo; detalhar a formação em gestão de cada um dos enfermeiros que possuem qualificação profissional nesta área, considerando cursos de especialização completos ou em andamento; comparar os conceitos, práticas e conteúdos mobilizados na formação de cada enfermeiro pós-graduado na área de gestão. Método: Pesquisa descritiva, tendo como fontes os documentos institucionais da Associação Hospital de Caridade Ijuí oriundos do Departamento de Pessoal. Resultados: nas unidades com locação de enfermeiros sem especialização na área de gestão os processos ocorrem de forma desorganizada, sem planejamento ou cronograma. Em contrapartida, nas unidades com profissionais de enfermagem capacitados em gestão, os procedimentos seguem uma lógica essencial que garante segurança na prática das atividades profissionais, permitindo ao enfermeiro coordenar, assessorar e educar sua equipe de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Enfermagem, Gerenciamento dos Serviços de Enfermagem, Gestão em Saúde.

ELIZANDRO SERGIO HOLZ TASSO

CUSTOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM NOVO XINGU – RS, 2014

ORIENTADOR: Prof Dr Roger dos Santos Rosa

INTRODUÇÃO: Com a escassez de recursos para a saúde, exigem-se maiores esforços dos gestores em custear os serviços prestados com a maior eficiência possível. Objetivo: aferir os custos na Estratégia de Saúde da Família, na Unidade de Saúde do município de Novo Xingu – RS, no exercício de 2014. Método: foi mensurado o custo de manutenção da Unidade de Saúde e quanto o mesmo necessitava desembolsar de seus recursos próprios para manter o atendimento à população naquele serviço. Resultados: O gasto em saúde anual per capita foi de R\$ 1.439,83 no município, sendo que o custo da Estratégia de Saúde da Família - ESF representa um gasto, por paciente atendido, de R\$ 154,32. O custo anual de manutenção da ESF ampliada com gabinete odontológico (R\$ 1.468.988,47) correspondeu a 56,7% dos gastos totais em saúde do município. Considerando os valores recebidos, fundo a fundo, a título de financiamento das ações em saúde desses custos, 11,7% são financiados pelo Governo Federal, 4,4% pelo Governo Estadual e 83,9% pelo município. Conclusão: Dos custos totais da ESF, os recursos humanos representam 84,8% do total gasto para a manutenção das atividades. Os resultados deste estudo não puderam ser comparados com os de outros municípios, pois não foram encontrados dados semelhantes.

PALAVRA-CHAVE: Custos de Cuidados de Saúde, Gastos em Saúde, Gestão em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Planos e Programas de Saúde.

ELIZIANE FERRANTI

GESTÃO DE ESTOQUE DE MEDICAMENTOS UTILIZANDO CLASSIFICAÇÃO ABC EM UM HOSPITAL PÚBLICO

ORIENTADOR: Prof Dr Clézio Saldanha dos Santos

INTRODUÇÃO: O gerenciamento de estoques é um desafio para as organizações hospitalares, considerando a grande variedade dos produtos padronizados. A curva ABC tem se mostrado como um recurso muito utilizado para uma boa gestão dos materiais em estoque. Objetivo: analisar a implantação da curva ABC de medicamentos padronizados em um hospital público de médio porte. Métodos: estudo de caso descritivo e quantitativo realizado através de coleta de dados do software do hospital e da contagem do estoque físico. Para elaboração da curva ABC, buscou-se dados de custo e consumo dos medicamentos no sistema do hospital. Na mensuração da acurácia da curva A, procedeu-se à contagem diárias dos itens, verificando suas quantidades no sistema. Resultados: pode-se perceber que a categorização dos medicamentos por curvas auxiliou o gestor da farmácia hospitalar a controlar os itens da curva A, que corresponde a 75% do gasto mensal com medicamentos. Sugere-se para futuros trabalhos, a implantação da curva ABC para os demais grupos de materiais, a programação de aquisição e reposição dos itens conforme as curvas, a fim de diminuir o valor estocado de medicamentos.

PALAVRAS-CHAVE: Curva ABC, Gerenciamento de estoque, Controle de medicamentos, Acurácia.

EMANUELA BARRETO BRUNONI

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO CUIDADOR DE IDOSOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: UMA REVISÃO DA PRODUÇÃO INDEXADA NA BIBLIOTECA VIRTUAL DA SAÚDE, 2000-2014

ORIENTADOR: Prof Dr Celmar Corrêa de Oliveira

INTRODUÇÃO: O aumento da expectativa de vida e da população idosa no Brasil e no mundo aumenta a demanda por cuidadores de idosos. Objetivo: Caracterizar a produção indexada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) quanto ao tema organização do trabalho do cuidador. Método: revisão das bases da BVS a partir dos descritores “Serviços de Saúde”, “Enfermagem Geriátrica”, “Doenças do Trabalho”, “Gestão em Saúde” e “Saúde do Trabalhador”, publicados no período de 2000 a 2014. Resultados: Foram identificados 1.445 artigos e, após leitura sistemática dos títulos e resumos, restaram 10 artigos, classificados em três categorias: a) conhecimento do cotidiano dos cuidadores de idosos; b) ambiente e condições de trabalho; c) educação continuada. A otimização da organização e do gerenciamento do trabalho podem amenizar e melhorar as condições de quem cuida ou é cuidado. Pequenas intervenções como proporcionar educação continuada, valorização e um ambiente de trabalho em condições adequadas podem trazer benefícios significativos para estes trabalhadores. Estratégias defensivas apontadas pelos cuidadores vêm em direção à parte emocional, ou seja, na felicidade de se fazer o que se gosta tendo como retorno proporcionar o cuidado a uma pessoa mais experiente. PALAVRAS-CHAVE: Cuidadores, Serviços de Saúde para Idosos, Políticas, Planejamento e Administração em Saúde, Gestão em Saúde.

FATIANE CRISTINA RIBAS DE FARIAS

INDICADORES DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: O CASO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE NOVO HAMBURGO

ORIENTADOR: Prof Dr Celmar Corrêa de Oliveira

INTRODUÇÃO: O Hospital Municipal de Novo Hamburgo-HMNH é um hospital geral, com atendimento 100% SUS e 266 leitos, sendo referência em sua região para algumas especialidades médicas. Por tratar-se de hospital público, está implícita a necessidade da transparência preconizada pela Administração Pública, o que é facilitada pelos indicadores assistenciais hospitalares. Objetivo: Calcular os seguintes indicadores assistenciais do HMNH no ano de 2013: tempo de permanência, taxa de mortalidade, taxa de cesariana, média de ocupação de leito, entre outros, capazes de auxiliar nos processos gerenciais. Métodos: informações obtidas de relatórios de gestão e de dados retirados do sistema operacional do próprio hospital, sendo empregado os cálculos realizados segundo o Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar (SIPAGEH). Resultados: Os indicadores que apresentaram resultados dentro dos padrões foram: tempo médio de permanência geral de 6,46 dias, taxa de mortalidade obstétrica de 0% e índice de infecção hospitalar em cirurgias limpas com média de 2,43%. Já as taxas de mortalidade geral e neonatal hospitalar com 7,10% e 5,69% respectivamente, bem como a taxa de cesarianas de 27,84% e de ocupação de 79,03%, são os indicadores que não apresentaram resultados considerados ideais. Conclusão: Dos sete indicadores mensurados, apenas três foram satisfatórios. PALAVRAS-CHAVE: Hospital. Indicadores. Qualidade Assistencial. Gestão em Saúde.

FELIPE CASTELLI DOS SANTOS

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO DA PRODUÇÃO INDEXADA NA BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2005-2014

ORIENTADOR: Prof Dr Ronaldo Bordin

OBJETIVO: identificar como as internações, por condições sensíveis à atenção primária em saúde são abordadas nas publicações científicas. Métodos: busca online nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), selecionando artigos que abordassem o tema, totalizando 27 estudos. Resultados: 26 artigos empregaram uma abordagem quantitativa do tema; publicados, usualmente, na Revista de Saúde Pública e nos Cadernos de Saúde Pública (5 artigos, cada) e no biênio 2012-2013 (7 e 6 artigos, respectivamente). Entre as internações, por condição sensível à atenção primária, abordadas nos artigos, as infecções no rim e no trato urinário, pneumonias bacterianas e insuficiência cardíaca foram as mais prevalentes.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Administração e Planejamento em Saúde e Epidemiologia.

FERNANDA SORDI

ESTUDO DESCRITIVO SOBRE O USO DE MEDICAMENTOS NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SERAFINA CORRÊA/RS

ORIENTADOR: Prof Dr Clézio Saldanha dos Santos

INTRODUÇÃO: Os medicamentos são considerados a principal ferramenta terapêutica para recuperação ou manutenção das condições de saúde da população. A adoção de lista de medicamentos essenciais favorece o acesso e contribui com o uso racional de medicamentos à medida que são incluídos apenas fármacos com comprovada eficácia e segurança. Objetivo: descrever a demanda por medicamentos dispensados pelas farmácias das Unidades Básicas de Saúde do Município de Serafina Corrêa, RS, no período compreendido entre 2010 e 2014, classificando os medicamentos por grupos farmacológicos, identificando quais pertencem a RENAME 2013, e estimando o estoque mínimo daqueles com maior demanda. Método: A coleta dos dados foi realizada por meio do banco de dados presente no sistema informatizado utilizado pelas farmácias das unidades básicas de saúde do município de Serafina Corrêa, sendo que os medicamentos da lista básica do município foram separados por classe farmacológica conforme sua presença ou não na RENAME 2013. Resultado: Dentre os medicamentos com maior demanda pela população, destacam-se o omeprazol 20 mg, enalapril 20 mg, captopril 25 mg, HCTZ 25 mg, sertralina 50 mg, AAS 100 mg, sinvastatina 20 e 40 mg, metformina 850 mg e atenolol 50 mg. O consumo de medicamentos em Serafina Corrêa é elevado e encontra-se dentro dos parâmetros observados nos outros municípios e estados, sendo que cerca de 25% dos medicamentos da lista básica não pertencem a RENAME 2013. Conclusão: O conhecimento do perfil de utilização de medicamentos pela população é fundamental para o delineamento de estratégias de prescrição racional de fármacos, de medidas de contenção de gastos financeiros e melhoria das políticas de assistência à saúde do cidadão.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Farmacêutica, Denominação Comum Brasileira, Gestão em Saúde, Educação em Farmácia, Farmácia.

FRANCIELE DAL FORNO KINALSKI

UTILIZAÇÃO DE INDICADORES DE SAÚDE PARA O PROCESSO AVALIATIVO DE GESTÃO DO MUNICÍPIO DE BOZANO (RS)

ORIENTADOR: Prof^a Dr^a Mariza Machado Klück

INTRODUÇÃO: A utilização de indicadores de saúde possibilita a análise do perfil e da realidade de saúde em um município. Objetivo: Identificar a utilização de indicadores na gestão da saúde do município de Bozano, Rio Grande do Sul, para a coordenação de ações na rede de atenção básica e vigilância em saúde, bem como identificar informações que possibilitem gerir e coordenar o sistema de saúde por meio de informações reais e consistentes e, ainda, verificar se no Plano Municipal da Saúde, eles são utilizados como recurso para o planejamento e gestão. Método: Estudo descritivo com dados secundários (indicadores) disponibilizados pelo DATASUS (Ministério da Saúde) e comparados com os descritos no Plano Municipal da Saúde. Resultados: Destaca-se a utilização de indicadores de saúde no Plano Municipal da Saúde e a possibilidade de desenvolver ações de qualidade que visam promover a saúde de maneira resolutiva, dispondo de indicadores como sugestão eficaz ao planejamento e gestão em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Administração e Planejamento em Saúde, Gestão em Saúde, Indicadores Básicos de Saúde.

FRANCINE DOS REIS PINHEIRO

IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SETOR DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO NO SUL DO BRASIL

ORIENTADOR: Prof Dr Guilherme Dornelas Câmara

OBJETIVO: Descrever a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) em um hospital público de grande porte da região metropolitana de Porto Alegre (RS), utilizando como objeto de estudo o setor de Emergência, bem como demonstrar como este instrumento pode vir a contribuir para a melhoria do fluxo de atendimento/acolhimento dos seus usuários. Métodos: Análise documental, amparada nos documentos institucionais, que envolvem relatórios sociais, material utilizado em apresentações públicas e sistema de informações, que possibilitou identificar informações sobre a realidade da implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) no setor de Emergência deste hospital, identificar eventuais melhorias e gargalos no processo de acolhimento dos pacientes decorrentes da implantação do AACR, e descrever as consequências que a implantação do AACR trouxe para a gestão hospitalar. Resultados: Após a análise dos dados, inferiu-se que o AACR trouxe significativas melhorias no fluxo de atendimento/acolhimento dos usuários, proporcionando maior agilidade no atendimento aos usuários que necessitam conduta imediata, a diminuição do tempo de espera dos usuários para atendimento na Emergência, além do “desafogamento” do setor em comparação com o tempo em que não havia sido implantado o AACR.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização da Assistência, Acolhimento, Hospitais, Serviço Hospitalar de Emergência, Gestão em Saúde.

GABRIELA ASSONI GRECHI

AÇÕES DE ATIVIDADES FÍSICAS EM GRUPOS DE CONVIVÊNCIA DE IDOSOS DE SERAFINA CORRÊA/RS

ORIENTADOR: Prof^a Dr^a Mariza Machado Klück

INTRODUÇÃO: A população de idosos vem crescendo e necessita de políticas de saúde que atendam às suas necessidades. Nesse cenário, os grupos de convivência de idosos são espaços que podem promover atividades de saúde, lazer e bem-estar para essa população. Objetivo: descrever as atividades físicas realizadas pelos grupos de idosos, através da leitura do relatório anual de 2013 sobre o funcionamento dos grupos de convivência de idosos vinculados à Secretaria Municipal de Assistência Social do município de Serafina Corrêa (RS). Métodos: análise documental. Resultados: Nos referidos grupos de convivência de idosos realizam-se atividades físicas e de cunho cognitivo para o desenvolvimento e manutenção de habilidades físicas e mentais destes idosos, além de atividades de lazer, culturais e educativas, sempre privilegiando a vivência em grupo. Conclusão: Manter as pessoas idosas em programas onde se trabalhe a capacidade física e mental é primordial para que possam ter um envelhecimento saudável.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Assistência a Idosos, Atividade Física.

GABRIELA FEIDEN DA SILVA

GESTÃO DE CUSTOS EM SAÚDE: MONITORAMENTO DAS INTERNAÇÕES NA REDE PÚBLICA POR DOENÇA RENAL CRÔNICA NO RS, 2008 A 2012

ORIENTADOR: Prof Dr Roger dos Santos Rosa

INTRODUÇÃO: Entre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), a Doença Renal Crônica (DRC), com todas as suas implicações econômicas e sociais, tornou-se um dos maiores desafios à saúde pública. Objetivo: Descrever as hospitalizações por Doença Renal Crônica (DRC) na rede pública do Rio Grande do Sul (RS) de 2008 a 2012. Métodos: Foram coletados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) dados demográficos (sexo, faixa etária, município de residência e internação) e de desfechos (tempo de permanência, uso de UTI, gasto por internação, e ocorrência ou não de óbito pela doença) e calculados indicadores expressos por coeficientes e médias. Resultados: O número de internações de residentes no RS com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica (CID-10 N18) foi de 31.781, sendo que 99,9% ocorreram no RS e 54,6% no sexo masculino. A faixa etária com maior quantidade de internações no sexo masculino foi a de 55 a 69 (36,2%) e no sexo feminino, a de 50 a 64 (32,2%) anos de idade. A faixa etária que mais utilizou UTI foi de 60 a 64 anos de idade, porém a que mais faleceu e que necessitou de UTI foi a de menores de 20 anos (17,9% utilizaram UTI, dos quais 66,7% vieram a óbito). A média de gasto por internação foi de R\$ 2.342,60, correspondendo ao valor diário de R\$ 244,70. A letalidade geral foi de 7,6%, atingindo 19,7% para 80 anos ou mais. O coeficiente de mortalidade por 100.000 hab./ano foi 24% maior nos homens (5,0) do que nas mulheres (4,1) e para coeficiente de internação por 10.000 hab./ano, os homens (6,7) tiveram 27% a mais de internações que as mulheres (5,2). PALAVRAS-CHAVE: Doença Renal Crônica, Gestão em Saúde, Hospitalização, SUS, Economia da Saúde, Epidemiologia.

GIANNE ROCKENBACH DE AZAMBUJA

DEMANDA DE ATENDIMENTOS DO PROGRAMA MUNICIPAL DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR – SAPIRANGA (RS), 2014

ORIENTADOR: Prof Dr Ronaldo Bordin

OBJETIVO: Descrever a demanda de atendimentos prestados pelo programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar da Secretaria Municipal da Saúde de Sapiranga (RS), no ano de 2014, segundo as variáveis sexo, idade, problema de saúde causador da incapacidade de se alimentar via oral e a prescrição dietética. Métodos: Estudo quantitativo, com coleta de dados secundários junto aos registros em prontuários de pacientes cadastrados no programa, tabelas de atendimentos realizados e relação de usuários de dietas enterais da Farmácia de Medicamentos Especiais. Resultados: Foram encontrados registros de 95 pacientes, 61% do sexo masculino. O agravo de saúde que causou a incapacidade de alimentação via oral mais prevalente foi a doença cerebrovascular e suas sequelas (AVC), principalmente entre as pessoas na faixa etária entre 60-79 anos. Entre os pacientes com idade abaixo de 10 anos a prevalência foi de transtornos mentais e doenças neurológicas, a dieta mais utilizada foi a com teor calórico de 1.700 até 1.999kcal, entretanto para os pacientes entre 60-79 anos prevaleceu a dieta com mais de 2.000kcal. Conclusão: Dados encontrados poderão subsidiar as ações de promoção da saúde, visando à qualidade de vida do paciente e a humanização no atendimento.

PALAVRAS-CHAVE: Administração e Planejamento em Saúde, Gestão em Saúde, Terapia Nutricional.

GISELE ADRIANA SCHNEIDER

O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA EM MARATÁ - RS, 2010-2013

ORIENTADOR: Prof Dr Roger dos Santos Rosa

OBJETIVO: Descrever o financiamento da saúde pública, mais especificamente da Atenção Básica, em Maratá (RS), no período de 2010 a 2013. Método: Quantificou-se o total de recursos transferidos pelas esferas Estadual e Federal, segundo estratégias, para aplicação na subfunção orçamentária Atenção Básica. Avaliou-se o percentual de recursos próprios Estaduais e Federais transferidos para a AB, assim como os valores aplicados por cada esfera governamental, em uma dimensão global e per capita, apurando o grau de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000. Foram utilizados dados extraídos principalmente do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), da Federação das Associações dos Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS) e Balancetes da Despesa do Município de Maratá, para análises e conclusões. Resultados: Os dados obtidos revelam que o Município tem participado com mais de 70% no recurso aplicado na Atenção Primária, enquanto que os demais 30% são divididos entre Estado e União. Da mesma forma, o Município cumpre a Emenda Constitucional nº 29/2000, aplicando neste período um percentual superior a 15% dos recursos próprios em serviços de saúde. Por fim, quanto à evolução do financiamento, percebe-se a ampliação da representatividade da esfera Estadual sobre o total de recursos transferidos, em particular para a Atenção Básica.

PALAVRAS-CHAVE: Financiamento em Saúde, Atenção Básica, Gestão em Saúde, Orçamento Público em Saúde.

HUMBERTO HUGO RECK

CONSÓRCIOS PÚBLICOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: SUCESSOS, FRACASSOS, VANTAGENS E DESVANTAGENS

ORIENTADOR: Prof Dr Celmar Corrêa de Oliveira

INTRODUÇÃO: O estudo agrega as diversas produções sobre os Consórcios Intermunicipais em Saúde, apresentando perspectivas e abordagens da gestão da saúde sobre o assunto. Objetivo: Sistematizar a produção científica de gestão em saúde existente no tema “consórcios públicos intermunicipais de saúde” (CIS), no período compreendido entre 2005 e 2013. Método: revisão da produção existente em bases de referências. Resultados: foram encontrados nos CIS o ganho de escala, os ganhos de custo, um melhor aproveitamento dos recursos financeiros, o aumento do acesso e a satisfação dos usuários. A resolubilidade dos serviços foi aprovada por 80% em um dos estudos. As vantagens geradas nos consórcios consistem na contratação de um maior número de serviços, assim como a viabilidade de desenvolver projetos regionais, de territorialização. Os trabalhos têm origem em diversas áreas. Quanto ao método, os trabalhos são predominantemente qualitativos. Dentre os objetivos dos estudos pesquisados estão: a avaliação de qualidade por parte dos usuários, as relações interfederativas, dentre outros temas. Conclusão: Os consórcios apresentam sucesso quanto ao aumento da oferta de serviços com qualidade, no entanto são necessários ajustes relativos à regionalização e à hierarquização, pois geram maior ganho.

PALAVRAS-CHAVES: Consórcios de Saúde, Descentralização, Regionalização, Gestão em Saúde.

JANETE MADALENA ARCARI

QUALIDADE DA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO DE GESTÃO NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE 29 – VALES E MONTANHAS

ORIENTADOR: Prof Dr Guilherme Dornelas Câmara

INTRODUÇÃO: O Sistema de Planejamento do SUS apresenta três instrumentos fundamentais: o Plano de saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG), que são ferramentas para consolidação do planejamento do SUS e sua institucionalização. Objetivo: Descrever como os municípios pertencentes à Região de Saúde 29 da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (Lajeado, RS) se apropriam dos instrumentos propostos para auxiliar a gestão municipal e também o quanto avançaram na questão da institucionalização do planejamento no SUS. Métodos: Foram analisados os dados registrados no RAG e a qualidade de sua elaboração, bem como, verificação do percentual aplicado com serviços de saúde no ano de 2013. Resultados: Os dados revelaram a deficiência na existência de instrumentos básicos de planejamento financeiro em saúde destes municípios: apenas 14 dos 27 municípios possuem PS; 26 municípios não possuem ou não informaram PAS (sem anexo no RAG). Houve uma variação de 7,79% de recursos aplicados em saúde em relação ao município com menor e o de maior aplicação de recursos em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento em Saúde, Sistema de informação em saúde, Financiamento, Gestão em saúde.

JOÃO HENRIQUE BAMMANN KUHN

CARACTERIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DO SUL – RS

ORIENTADOR: Prof Dr Ronaldo Bordin

OBJETIVO: Caracterizar o modelo de atenção básica em saúde bucal no município de São Lourenço do Sul (RS). Método: Dados obtidos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), período 2004-2013, por corresponder a dez anos de implantação da Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”. Os procedimentos foram classificados em 2 grupos: procedimentos preventivos (ações preventivas e consulta odontológica) e curativos (procedimentos restauradores, cirúrgicos e periodontais). Resultados: Ocorreu um aumento da produção ambulatorial odontológica de 141,9% no período, em sua maioria procedimentos preventivos (56,9%). Entre os procedimentos curativos, 49,9% foram restauradores, 29,5% cirúrgicos e 20,6% periodontais. Conclusão: O modelo de atenção básica à saúde bucal no município de São Lourenço do Sul caracteriza-se como de caráter preventivo. O Sistema de Informações Ambulatoriais mostrou-se uma importante ferramenta na avaliação das políticas de saúde bucal, fornecendo aos gestores, um material indispensável para a tomada de decisões.

PALAVRAS-CHAVES: Administração e Planejamento em Saúde, Gestão em Saúde, Sistema de Informações Ambulatoriais, Saúde Bucal.

JOSÉ RICARDO AGLIARDI SILVEIRA

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE GRAVATAÍ: DESCRIÇÃO DOS ATENDIMENTOS NOS DIAS DE MAIOR DEMANDA NO ANO DE 2013

ORIENTADOR: Prof Dr Celmar Corrêa de Oliveira

INTRODUÇÃO: Os serviços de pronto atendimento certamente existem em muitos municípios brasileiros antes de qualquer ato normativo ou portaria editada pelo Ministério da Saúde. O pronto atendimento exerce um papel fundamental na hoje denominada rede de atenção à saúde. Objetivo: Analisar a necessidade de manter o modelo clínico do atual Pronto Atendimento Municipal após a construção de duas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h. Métodos: Foram consultados 19.517 boletins de atendimento ambulatoriais referentes aos 59 dias de maior procura pelo serviço no ano de 2013. Resultados: Foi constatado que apenas 2,74% dos atendimentos foram gerados por situação de urgência/emergência, sendo observada importante procura por atendimentos de clínico geral (9.563) e pediatria (4.448). Conclusão: Com base na observação dos dados de atendimento realizados em 2013 no Pronto Atendimento Municipal de Gravataí, nas características desse serviço de saúde e das UPAs, e o estabelecido pela Portaria 1101/GM/2002, pode-se inferir que as UPAs em construção contribuirão para reordenar a rede de saúde do município de Gravataí, projetando-se a Rede Municipal de Urgência e Emergência articulada com as esferas estadual e federal.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Saúde, Serviços Ambulatoriais de Saúde, Emergências, Atenção Primária à Saúde, Gestão em Saúde.

JULIANE CABRAL

O PERFIL DAS INTERNAÇÕES NO SUS POR CAUSAS EXTERNAS ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, 2010-2013

ORIENTADOR: Prof Dr Roger dos Santos Rosa

OBJETIVO: Descrever o perfil das internações no Sistema Único de Saúde (SUS) por causas externas entre crianças e adolescentes no município de Porto Alegre/RS, no período de 2010 a 2013. Métodos: Os dados foram extraídos do Banco de Dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Resultados: A amostra alcançada foi de 10.628 internações, sendo 69% do sexo masculino. O coeficiente de morbidade foi de 733,28/100.000 habitantes. Houve predomínio da faixa etária de 15 a 19 anos (33%). As causas mais frequentes foram relacionadas a quedas (29%), seguidas de acidentes de transporte (19%), agressões (9%), queimaduras (8%), entre outras. O tempo médio de permanência foi de 5,7 dias, sendo maior na faixa etária de menores de 1 ano (10,6 dias) e nas causas relacionadas a queimaduras (9,4 dias). A taxa de mortalidade foi de 1,15%, sendo que a relação entre internação e óbito foi de 87,11 crianças internadas para cada 1 óbito. O gasto médio foi de R\$ 1.226,93 e o custo-dia de R\$ 213,90. Conclusão: A análise destas internações, dos custos e das implicações econômicas e sociais se torna um desafio para a gestão em saúde, visto que a população envolvida é totalmente vulnerável. Entretanto, permite aos gestores de saúde, profissionais e até mesmo aos pais, desenvolver ações de prevenção para cada causa e faixa etária, de acordo com os riscos expostos.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Causas Externas, Hospitalização, Crianças, Adolescentes.

JULIANO MÁRCIO SILVEIRA MULLER

SÉRIE HISTÓRICA DE INDICADORES EM SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE SAPIRANGA-RS, 2008-2013

ORIENTADOR: Prof Dr Paul Douglas Fisher

INTRODUÇÃO: Com vistas ao fortalecimento do planejamento do SUS e à implementação do COAP, pactuaram-se premissas que nortearam a seleção das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para o período 2013-2015. Objetivo: Descrever a evolução temporal dos indicadores de saúde bucal para a cidade de Sapiranga-RS, entre os anos de 2008 a 2013. Métodos: As variáveis coletadas foram a cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal, média da ação coletiva de escovação dental supervisionada e proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos. Resultados: Sapiranga ultrapassou os resultados de sua região de saúde e a média do RS em todos os anos estudados, e equiparou o índice em 2012 com o valor para o país quanto ao indicador cobertura estimada. Houve evolução do indicador de média de escovação dental, superando os resultados da média nacional e estadual nos anos de 2009 a 2012. A porcentagem de exodontias teve uma queda regular ao longo dos anos, ainda que elevados. Conclusão: Os índices de cobertura estimada de equipes de saúde bucal e de média de escovação elevaram-se no período de 2008-2013, com redução da proporção de exodontias.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde, Política de Saúde, Gestão em Saúde, Indicadores de Serviços, Saúde Bucal.

JULINHO SANTINI

MONITORAMENTO DO COMBATE AO VETOR DA DENGUE EM CAXIAS DO SUL, RS, 2014

ORIENTADOR: Prof Dr Guilherme Dornelas Câmara

OBJETIVO: Descrever os resultados das ações no monitoramento e controle do vetor da dengue no município de Caxias do Sul, RS. Método: Coleta de dados secundários no Sistema do Programa Nacional do Combate à Dengue (SisPNCD) em 2014. Todos os registros foram coletados pelos agentes de endemias nas atividades de controle vetorial realizados a campo. Resultados: Com a ação dos agentes de endemias no combate ao vetor da dengue, houve uma atualização nos cadastros dos imóveis no município de Caxias do Sul, com 197.309 imóveis, e aproximadamente 294 toneladas de materiais recolhidos nos mutirões de limpeza no ano de 2014. Conclusão: o trabalho realizado na prevenção e no controle do vetor dengue surtiu ações de planejamento para os gestores e metodologias para o trabalho dos agentes de endemias.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Dengue, Políticas de Saúde.

KATIANE MACHADO RAMOS

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA HÓRUS NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

ORIENTADOR: Prof Dr Clézio Saldanha dos Santos

INTRODUÇÃO: O estudo de novas tecnologias e ferramentas de processamento de informações tem contribuído para um melhor desempenho e efetividade das ações e serviços em saúde. Objetivo: Descrever a implantação do sistema Hórus nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul (RS). Métodos: Os dados foram coletados em fontes secundárias, a realização de uma entrevista com gestor da área de assistência farmacêutica. A análise dos dados foi realizada agrupando e identificando os municípios que estão na mesma fase de implantação e os que já contam com o sistema HÓRUS implantado, buscando realizar um levantamento quantitativo dos municípios, assim como verificar o uso do sistema na gestão da Assistência Farmacêutica. Resultados: Os dados foram sistematizados segundo a implantação do sistema HÓRUS nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul, de que forma o sistema HÓRUS apoia e qualifica a tomada de decisão, os municípios do estado do Rio Grande do Sul que implantaram o HÓRUS como sistema de gestão da Assistência Farmacêutica e sugerir melhorias na implantação do sistema HÓRUS na gestão em saúde no Rio Grande do Sul. Conclusão: Verifica-se a tímida introdução do sistema Hórus, visto que muitos municípios não completam a implantação do sistema, renunciando uma ferramenta capaz de alinhar as informações com a realidade farmacêutica do município.

PALAVRAS-CHAVE: Sistemas de Informação em Saúde, Assistência Farmacêutica, Medicamento, Gestão em Saúde.

LARA DINIS DA ROSA MARQUES

SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PANAMBI: AVANÇOS E DESAFIOS PARA A GESTÃO

ORIENTADOR: Prof Dr Celmar Corrêa de Oliveira

INTRODUÇÃO: Conhecer a situação de saúde de determinado município é uma importante ferramenta de gestão e de identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde de determinada população. Objetivo: Caracterizar a situação de saúde do Município de Panambi/RS. Métodos: dados foram coletados na Secretaria Municipal de Saúde e utilizou-se como embasamento o Plano Municipal de Saúde (Gestão 2013-2016) e os indicadores de saúde disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde. Resultados: No período de 2008 até 2012 houve aumento da mortalidade infantil no município e este apresenta alto índice de mortalidade por acidente de trabalho quando comparado a outras causas externas; quanto aos óbitos prematuros por DCNT verifica-se uma tendência de declínio desde o ano de 2011; as taxas de internação hospitalar por causas sensíveis à atenção básica vem diminuindo ao longo dos anos; as internações hospitalares mais prevalentes, por grupo de causas e faixa etária, foram doenças do aparelho circulatório - 14,5%, doenças do aparelho respiratório - 14,3% e gravidez, parto e puerpério - 13,6%. Conclusão: Há fragilidade no processo de planejamento por parte da gestão municipal quando este se refere a indicadores de saúde pois o Plano Municipal de Saúde não está finalizado até o momento.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Planejamento em Saúde, Indicador.

LARIANE DA SILVEIRA MACIAZEKI

A MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA

ORIENTADOR: Prof Dr Paul Douglas Fisher

INTRODUÇÃO: O coeficiente de mortalidade infantil de Santo Antônio da Patrulha, no período de 2000 a 2012, foi de 14,1 óbitos por mil nascidos vivos, superior à 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (12,1), ao estado do Rio Grande do Sul (13,5) e inferior ao Brasil (22,4). Nesse período, o município apresentou tendência linear de crescimento. Objetivo: Descrever a mortalidade infantil nos anos de 2000 a 2012, enfatizando os fatores predisponentes e as causas dos óbitos, através de dados presentes do TABNET-DATASUS. Resultados: Nesse período, nasceram 6.085 crianças filhas de mães residentes no município e morreram 86 crianças com menos de um ano de vida. As causas mais comuns de óbitos foram as afecções originadas no período perinatal (54%), seguidas de más formações, deformidades e anomalias cromossômicas (28%). Os óbitos encontram-se na faixa etária neonatal (63%), com maior incidência na neonatal precoce (42%) e no sexo masculino (52%). A idade gestacional (47%) é de gestações a termo (37 a 41 semanas), a escolaridade materna é de 4 a 7 anos (41%), a idade de 35 anos ou mais (31%), múltíparas e de baixa renda. Conclusão: Tais características sugerem que o município tenha políticas públicas eficientes nas linhas de cuidado materno-infantil, com expansão e qualificação da atenção ao pré-natal e planejamento familiar.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil, Coeficiente de Mortalidade Infantil, Fatores de Risco, Administração e Planejamento em Saúde.

LIKMAYER DA CRUZ

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DIANTE DO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – UMA REVISÃO DA PRODUÇÃO INDEXADA NA BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS), 2004-2014

ORIENTADOR: Prof Dr Ronaldo Bordin

OBJETIVO: Revisar a produção indexada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) quanto ao tema “satisfação do usuário com a aplicação do acolhimento como ferramenta de gestão do acesso a atenção primária” publicados entre 2004 e 2014. Métodos: Emprego das bases de referências presentes na BVS e o catálogo de dissertações e teses da Capes/CNPq e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Resultados: Os estudos se concentraram em sua maioria na região Sudeste (n=15) e Sul (n=13) do país, com tendência ao acolhimento pelo julgamento pessoal e pelas experiências dos trabalhadores, com baixa adesão aos protocolos existentes, sendo muitas vezes não descritos (n=22). A sistematização demonstrou a semelhança entre os níveis de satisfação (n=8) e insatisfação (n=8) do usuário, sendo principal fator gerador de satisfação a organização do fluxo de usuários na entrada da unidade. O profissional mais citado como responsável pelo acolhimento foi o enfermeiro (n=24). Conclusão: O acolhimento não conseguiu influenciar na modificação do modelo médico centrado preconizado pela Política Nacional de Humanização.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento, Atenção Primária em Saúde, Comportamento do Consumidor, Gestão em Saúde, Administração e Planejamento em Saúde.

LIONARA DE CÁSSIA PAIM MARINHO

GESTÃO DO RECURSO FEDERAL DESTINADO AOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA – RS

ORIENTADOR: Prof Dr Roger dos Santos Rosa

INTRODUÇÃO: O financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) é baseado em valores fixos e destinados ao custeio das ações de atenção psicossocial (privilegiando a saúde) a partir da Portaria 3.089/2011. Objetivo: Descrever a aplicação dos recursos destinados pelo governo federal aos CAPS, a fim de verificar se o gerenciamento estava adequado às necessidades dos mesmos em Santa Maria (RS), 2012. Métodos: As fontes dos dados foram os relatórios de gestão financeira do recurso destinado mensalmente aos CAPS e os relatórios de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de 2012, memorandos com solicitações de materiais, o relatório final na III Conferência Municipal de Saúde Mental realizada em 2010, além de consulta ao Fundo Estadual de Saúde para verificar o repasse do recurso ao município. Resultados: As solicitações dos serviços foram atendidas em parte, havendo necessidade de adequação da aplicação deste recurso às ações preconizadas pela política nacional de saúde mental. Observaram-se dificuldades para a aquisição de materiais para oficinas e para o desenvolvimento de atividades no território de abrangência, poucos investimentos em educação permanente, gastos expressivos com pagamento de pessoal, incompletude das equipes necessárias e dificuldades relacionadas a transporte.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Gastos em saúde, Saúde mental.

LISIANE DE SOUZA CABRERA GARCIA

PROGRAMA DE DOADORES FENOTIPADOS NO HEMOCENTRO REGIONAL DE CAXIAS DO SUL: CRITÉRIOS DE SELEÇÃO PARA UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO

ORIENTADOR: Prof^a Dr^a Mariza Machado Klück

INTRODUÇÃO: Os sistemas de informação (SI) permitem uma melhor gestão da informação e, dentro do contexto de imuno-hematologia, a gestão de um banco de doadores fenotipados permite um aumento da eficiência no atendimento da demanda de bolsas fenotipadas dos serviços. Objetivo: Definir os critérios de seleção e componentes essenciais de um SI para o programa de doadores fenotipados do Hemocentro Regional de Caxias do Sul. Métodos: Dados secundários com descrição do processo em funcionamento do banco de doadores fenotipados, a identificação das características dos doadores cadastrados no banco de fenotipados, identificação da demanda de bolsas fenotipadas e a verificação dos requisitos mínimos para a criação e manutenção de um banco de doadores fenotipados. Resultados: o hemocentro conta com 3,84% do total de doadores com os fenótipos cadastrados, mas apenas 0,91% dos doadores fenotipados são doadores de repetição e residentes no município, características importantes para que o doador possa ser convocado para uma doação dirigida. Foi realizada a definição dos critérios essenciais do sistema de informação do programa de doadores fenotipados, baseada em ações sobre doadores, paciente e processo. Conclusão: A definição destes critérios poderá se constituir num diferencial importante para a racionalização e otimização do processo, além de fomentar o SI para gerenciamento do banco de doadores fenotipados.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Gestão da Informação, Serviço de Hemoterapia.

LISIANE PAULA SORDI

DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DA PRODUÇÃO INDEXADA NA BIBLIOTECA VIRTUAL DA SAÚDE 2005-2014

ORIENTADOR: Prof Dr Ronaldo Bordin

INTRODUÇÃO: Através de um quantitativo adequado de pessoas é possível prestar uma assistência de enfermagem focada na qualidade e segurança dos pacientes. Método: revisão da produção indexada na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), no período de 2005 a 2014, com uso da expressão chave “dimensionamento de pessoal de enfermagem”. Resultados: Foram obtidos 28 estudos, sistematizados segundo título, fonte, ano de publicação, autores e descritores presentes nos resumos dos mesmos e, após, segundo tipo de estudo, método, resultados encontrados e conclusão obtida. Resultados: o enfermeiro tem buscado instrumentos objetivos para levantar a carga de trabalho em sua área de atuação, vários sistemas de verificação de carga de trabalho na enfermagem foram criados na tentativa de avaliar o tipo de paciente atendido e, embora os critérios sejam diferentes em alguns aspectos, todos eles trouxeram contribuição para a avaliação dos pacientes e de suas necessidades de cuidados pela equipe de enfermagem. Conclusão: o enfermeiro conhece os métodos de dimensionamento de pessoal, porém nem sempre os utiliza adequadamente.

PALAVRAS-CHAVE: Dimensionamento de Pessoal, Enfermagem, Downsizing, Gestão em Saúde, Administração e Planejamento em Saúde.

LISIANE WASEM FAGUNDES

DEMANDA DE ATENDIMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE AUGUSTA MENEQUINE, VIAMÃO, RS, ANTES E APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ACOLHIMENTO (2013-2014)

ORIENTADOR: Prof^a Dr^a Mariza Machado Klück

INTRODUÇÃO: O acolhimento é um dispositivo que tem sido largamente utilizado na Atenção Básica e propõe a qualificação da escuta e do cuidado no SUS. Objetivo: descrever a implantação do acolhimento na unidade de saúde Augusta Meneguine, localizada no município de Viamão/RS. Métodos: Levantamento do número de atendimentos prestados na referida unidade de janeiro a junho de 2013 e de janeiro a junho de 2014. Foram quantificados os atendimentos referentes aos seguintes procedimentos: acolhimento, consulta médica, consulta de enfermagem e demais procedimentos. Resultados: houve um aumento de 37,8% no nº de atendimentos realizados pela unidade no segundo período avaliado, especialmente no nº de atendimentos descritos como acolhimento. A implantação do acolhimento, além de proporcionar acesso da população à unidade de saúde, permitiu que a triagem fosse substituída pela escuta de usuários nas unidades. Conclusão: a implantação do acolhimento na unidade de saúde Augusta Meneguine, apesar de proporcionar um aumento quantitativo no número de atendimentos, não é a garantia de que houve a qualificação na escuta ou a humanização do atendimento.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Políticas de Saúde, Atenção Primária à saúde, Acolhimento.

LUANA ALVES FIGUEIRÓ

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA NA ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA/NEUROLOGIA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

ORIENTADOR: Prof^a Dr^a Mariza Machado Klück

OBJETIVO: Descrever a produção assistencial dos serviços de Neurocirurgia e/ou Neurologia do estado do Rio Grande do Sul no período de 2009 a 2013, atendendo uma prerrogativa da Portaria GM/MS nº 756/2005, que define as Redes Estaduais e/ou Regionais de Assistência ao Paciente Neurológico na Alta Complexidade. Resultados: quanto aos 20 hospitais habilitados, (a) 40% do total dos hospitais produziram menos de 50% do quantitativo de consultas estabelecidas para os 5 anos estudados; (b) 2 serviços não realizaram nenhum exame eletroencefalograma e eletroneuromiografia no período e, considerando os totais programados na Portaria, encontrou-se uma produção de 34,3% do preconizado para eletroencefalogramas, 76% para eletroneuromiografias e 78,7% para exames de Ecodoppler Arterial; (c) foram realizados 11.678 procedimentos de alta complexidade, ou 77% do estimado. Conclusão: Há grandes vazios assistenciais, pois através da descrição da produção física foi possível identificar os percentuais alcançados por cada um dos serviços e, desse modo, apontar que todos os procedimentos previstos na Portaria precisam de monitoramento pelo gestor.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Neurocirurgia, Neurologia, Assistência à Saúde, Atenção Secundária à Saúde.

LUCIANE ZAMBARDA TODENDI DE BRAGAS

A IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM PARA GESTÃO EM SAÚDE: ESTUDO EM HOSPITAL NA REGIÃO NOROESTE DO RS

ORIENTADOR: Prof Dr Celmar Corrêa de Oliveira

INTRODUÇÃO: O registro das informações dos pacientes nos prontuários é de responsabilidade legal dos profissionais da área da saúde, a avaliação desses registros representa uma ferramenta de gestão. Objetivo: descrever a qualidade nos registros de enfermagem e a identificação de inconformidades que possam existir nos itens de identificação profissional, de checagem de procedimentos e anotações de procedimentos. Método: *Check list* aplicado em 226 prontuários em duas unidades de internação clínica e cirúrgica. Resultados: do total de prontuários, 99,5% estavam com a identificação profissional completamente preenchida, 57% encontravam-se com anotação de procedimento de enfermagem adequada e 69,5% apresentavam a checagem de procedimento de enfermagem anotada. Em contrapartida, quanto aos registros incompletos: 0,5% das identificações profissionais não foram realizadas, 43% das anotações de procedimento de enfermagem não estavam adequadas ou não foram feitas e em 30,5% a checagem de procedimento de enfermagem não estava devidamente preenchida. Conclusão: as falhas evidenciaram a necessidade de monitoramento e avaliação para reformular processos de educação continuada e gestão em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Registros de Enfermagem, Prontuário.

LUCIELE CORADINI DE OLIVEIRA

APOIO MATRICIAL NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) – UMA COMPARAÇÃO ENTRE AS NORMAS TÉCNICAS DE TRABALHO PRECONIZADAS E O EXECUTADO PELOS SERVIÇOS

ORIENTADOR: Prof Dr Ronaldo Bordin

OBJETIVO: Comparar as normas de trabalho preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) e a prática realizada nas equipes constituídas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) existentes na região da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde – Santa Maria/RS. Métodos: Levantamento de presentes nos registros dos relatórios de atividades e de atas de reuniões de planejamento, incluindo o perfil dos profissionais atuantes, as atividades desenvolvidas, o público-alvo atingido e quais práticas indicadas pelo MS foram postas em prática. Resultados: as equipes apresentam o perfil – quadro de profissionais determinada e carga horária, atendendo ao número indicado de Estratégias. Ações se organizam conforme a lógica de trabalho proposto para o Nasf: apoio matricial e educação permanente. Conclusão: as equipes atuam em acordo com as normas de trabalho preconizadas, mas precisam aumentar sua capacidade de ação e de atenção integral ao território.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

LUÍSA RICARDO NETTO

EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO DE ÚTERO: DEMANDA ESTIMADA E REGISTRADA – BAGÉ, RS, 2011-2014

ORIENTADOR: Prof Dr Ronaldo Bordin

INTRODUÇÃO: Estima-se que o câncer do colo do útero seja o terceiro tipo de neoplasia mais comum entre as mulheres, acometendo aproximadamente 14,63 para cada 100.000 mulheres apenas no Rio Grande do Sul. Objetivo: Comparar a frequência anual de exames de coleta de citopatológico com a demanda estimada no município de Bagé/RS, no período 2011-2014.

Métodos: Foram descritos o número de exames citopatológicos realizados e aprovados na rede de atenção básica do município, a razão entre exames estimados e os exames realizados e o número de encaminhamentos realizados para o serviço especializado entre os anos de 2011 e 2014. Resultados: Foi observado uma amplitude diferencial de dados entre as bases do SISCOLO e SIA/SUS entre 21% e 47% na busca por exames citopatológicos. A razão média de exames citopatológicos realizados em mulheres entre 25 e 64 anos foi de 0,22, aquém do 0,33 preconizados pelo Ministério da Saúde. Os dados étnicos e socioculturais não se apresentaram de forma consistente. Conclusão: O município de Bagé/RS não atende à demanda estimada de exames citopatológicos para 1/3 da população-alvo, porém encontra-se no mesmo patamar de municípios que possuam entre 60% e 80% da cobertura de atenção básica por equipes da Estratégia Saúde da Família e municípios gaúchos com mesmo porte populacional. Os dados étnicos e socioculturais são inconsistentes para o traçado de um perfil epidemiológico, limitando as avaliações da Atenção Básica e o Pacto de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Administração e Planejamento em Saúde, Gestão em Saúde, Sistema de Informação em Saúde, Teste de Papanicolaou.

MÁRCIA CARCUCCHINSKI DA SILVA

ATENDIMENTO EM SAÚDE NA COPA DO MUNDO DE FUTEBOL 2014 EM PORTO ALEGRE/RS – UMA COMPARAÇÃO ENTRE O PREVISTO E O OFERTADO

ORIENTADOR: Prof Dr Ronaldo Bordin

OBJETIVO: comparar o atendimento em saúde preconizado e o ofertado aos participantes da Copa do Mundo de Futebol 2014 da cidade de Porto Alegre/RS. Método: análise de uma série de documentos de acesso público, notadamente os padrões recomendados pelo Ministério da Saúde (MS), as atas e os relatórios das reuniões das Câmaras Temáticas Nacional e Estadual de Saúde e os dados disponíveis quanto aos atendimentos em saúde realizados durante o evento. Resultados: o planejamento e o atendimento em saúde disponibilizado atenderam ao preconizado pelo MS (10% dos viajantes necessitariam de atendimento médico em um período de 30 dias) e foram suficientes para a demanda gerada pelo evento (0,001% dos participantes). Conclusão: planejamento e a atuação integrados entre os setores públicos e privados contribuíram para esse resultado e que a experiência contribuiu para a qualificação dos gestores do SUS com relação ao atendimento em saúde nos megaeventos.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Administração e Planejamento em Saúde, Políticas Públicas.

MARCILI ROSANA KLEIN

A UTILIZAÇÃO DA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO NA GESTÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ERVAL GRANDE

ORIENTADOR: Prof Dr Guilherme Dornelas Câmara

INTRODUÇÃO: As mudanças políticas e a evolução tecnológica configuram repercussões em todos os níveis da atenção a saúde, com progressiva diversidade de atores, e os sistemas de informação surgem para dar suporte a este cenário. Objetivo: Identificar os benefícios e as fragilidades da informatização e do uso dos sistemas de informação para a gestão em saúde no município de Erval Grande. Métodos: Estudo observacional descritivo através de uma abordagem qualitativa, para tal acompanhou-se a elaboração do relatório SIAB na UBS do município antes da informatização, e após a implantação e utilização do sistema. Resultados: O sistema de informação adotado apresenta-se como uma metodologia inovadora, um instrumento válido que contribui para a automatização dos processos burocráticos da organização e no fornecimento das informações consolidadas, que também instaurou o Prontuário Eletrônico do Paciente. A fragilidade deu-se em razão da quantidade de profissionais capacitados e da não disponibilidade de manual impresso na implantação.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema de Informação, Gestão em Saúde, Planejamento em Saúde.

MARIA CRISTINA DA ROCHA

A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NA GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL DOS MUNICÍPIOS DA 19ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

ORIENTADOR: Prof Dr Roger dos Santos Rosa

INTRODUÇÃO: Os municípios coordenam e executam ações locais de vigilância sanitária (VISA), conforme seu porte e tipo de habilitação. Objetivo: Descrever as ações de VISA nos Planos Municipais de Saúde (PMS) dos 26 municípios que integram a 19ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) com sede em Frederico Westphalen/RS. Método: emprego de dados secundários presentes nos Planos Municipais de Saúde vigentes. Resultados: Evidenciada a ausência de informações referentes à VISA, recomendadas pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) e pelo Ministério da Saúde (MS), limitando a compreensão da atuação da VISA. Conclusão: Esse processo necessita ser revisto pelo CEVS/SES para que possa ser inscrito na agenda de saúde municipal e se alcance a efetiva execução das ações descentralizadas.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância Sanitária, Descentralização, Políticas de Saúde, Gestão em Saúde, Administração e Planejamento em Saúde.

MARIA GORETE BELINI

MORBIDADE HOSPITALAR POR TRANSTORNOS NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL: PREVALÊNCIA, CUSTO E TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS

ORIENTADOR: Prof Dr Ronaldo Bordin

OBJETIVO: Descrever os motivos de internação hospitalar, e os gastos hospitalares pagos pelo SUS nas internações hospitalares em leitos de hospitais gerais no Rio Grande do Sul (RS), no quadriênio 2010-2013. Métodos: Emprego de dados secundários presentes Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Resultados: O número médio de dias que os pacientes ficaram internados no período 2010 a 2013 foi de 14,45 dias para o sistema público de saúde (SUS), inferior ao observado em hospitais privados, com média de 18,93 dias. A rubrica “uso de outras substâncias psicoativas” aparece como a principal causa de internação psiquiátrica em leitos de saúde mental (30,6% do total do quadriênio) e de internações por transtornos mentais e comportamentais no quadriênio estudado. O valor total pago para as internações por transtornos mentais no período atingiu R\$ 129.933.822,46, 88,2% pagos a serviços hospitalares privados. Conclusão: Os dados encontrados neste trabalho apontam que houve uma pequena variação nos valores pagos às internações por problemas na área da saúde mental no período, de R\$ 29.823.210,93 em 2010 para R\$ 32.668.182,24 em 2013.

PALAVRAS-CHAVE: Administração e Planejamento em Saúde, Gestão em Saúde, Epidemiologia, Economia da Saúde, Saúde Mental.

MARIANA SANTIAGO SIQUEIRA

ONDE INTERNAM OS RESIDENTES DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE COM DOENÇAS RELACIONADAS AO SANEAMENTO AMBIENTAL INADEQUADO? PANORAMA DO SUS EM 2008-2012

ORIENTADOR: Prof Dr Roger dos Santos Rosa

OBJETIVO: Identificar em quais municípios os residentes da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS (RMPA) internam na rede pública por DRSAl, no período de 2008 a 2012. Métodos: Análise das hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) na RMPA, com diagnóstico principal de DRSAl, a partir do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Resultados: Ocorreram 15.593 hospitalizações de residentes na RMPA por DRSAl entre 2008-2012, das quais 15.479 (99,3%) em hospitais da rede pública da RMPA. O maior número de internações (n=3.644; 23%) encontra-se na faixa etária 1-4 anos (36,2/10.000 hab./ano) e o maior coeficiente em menores de 1 ano (85,9/10.000 hab./ano). O sexo masculino predominou (8,6 x 6,9/10.000 hab./ano). As hospitalizações variaram de 1,2 /10.000 hab./ano em Glorinha a 26,6 em Triunfo. Porto Alegre destaca-se com 8.270 (53,4%) internações, das quais 74,9% de residentes do próprio município. Ivoti apresentou 100% das hospitalizações de residentes internados no próprio município. Cachoeirinha atendeu o menor número de hospitalizações de residentes no próprio município, 315 (65,4%). Conclusão: A localização das internações hospitalares do SUS por DRSAl na RMPA entre 2008 a 2012 evidenciou fluxos não equilibrados de deslocamentos entre os residentes da RMPA.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Saneamento Básico, Morbidade Hospitalar.

MARINÊS TERESINHA BARASUOL

ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÕES NA SECRETARIA DE SAÚDE DE AUGUSTO PESTANA/RS

ORIENTADOR: Prof^a Dr^a Mariza Machado Klück

OBJETIVO: Descrever o processo de alimentação dos dados de cobertura vacinal do município de Augusto Pestana (RS). Método: As informações foram coletadas do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), através da observação in loco da operacionalização do sistema, da rotina de trabalho dos trabalhadores da sala de imunizações, bem como o manuseio do sistema SI-PNI, no período de outubro de 2013 a dezembro de 2014. Conclusão: o sistema SI-PNI ainda apresenta falhas com referência à confiabilidade das informações e a transferência dos dados. Conclusão: Observa-se a necessidade de um aprimoramento e uma melhoria na estrutura do banco de dados e na operacionalização deste sistema por parte do órgão gestor do sistema, bem como, a realização de treinamentos e capacitações dos profissionais que operam diariamente o sistema.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Sistemas de Informação em Saúde, Programa Nacional de Imunizações.

MARINES GUEDES REIS

ÍNDICE DE *TURNOVER* DA FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO, 2013

ORIENTADOR: Prof Dr Guilherme Dornelas Câmara

INTRODUÇÃO: A rotatividade de pessoal, ou *turnover*, tem se tornado assunto relevante para as organizações, por impactar diretamente nos resultados das organizações. Objetivo: verificar os índices de turnover da Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo (FSNH), fundação estatal, com personalidade jurídica de direito privado, e compará-las a outras instituições do segmento saúde. Métodos: pesquisa documental, descritiva, em sites de outras instituições de saúde e nos relatórios produzidos pelo Setor de Recursos Humanos da FSNH. Resultados: no comparativo geral, tendo como norteador o ano de 2012, a FSNH apresentou a taxa de rotatividade média mensal de 2,35%, abaixo do índice do DIEESE (3,98%) e acima do consolidado de hospitais PROAHSA (1,72%). Das principais causas da rotatividade de pessoal identificadas, 70% estão relacionadas à troca de emprego para outro, próximo à residência do funcionário, e 20%, à incompatibilidade de horários. As consequências detectadas pela alta rotatividade, além dos custos financeiros, podem estar relacionadas a problemas de fechamento de escalas, sobrecarga de trabalho, o que interfere ainda mais na satisfação do trabalhador, na qualidade e na quantidade dos serviços prestados. Conclusão: o índice de turnover da FSNH é o segundo mais elevado, demonstrando a necessidade de se adotar novas estratégias gerenciais e políticas internas na Instituição, as quais potencializem as ações em prol de seus colaboradores e favoreçam um clima organizacional favorável a eles.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Recursos Humanos em Saúde, Emprego.

MARTA MIRANDA

O FINANCIAMENTO DO SUS NOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA REGIÃO 25 - VINHEDOS E BASALTO – RS

ORIENTADOR: Prof Dr Roger dos Santos Rosa

INTRODUÇÃO: Desde a descentralização político-administrativa do Sistema Único de Saúde, todos os municípios brasileiros enfrentam dificuldades com o seu financiamento. Objetivo: Descrever o financiamento da assistência à saúde nos municípios de pequeno porte da Região n. 25 – Vinhedos e Basalto do Rio Grande do Sul. Métodos: Coleta de dados secundários através do Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) dos municípios: Boa Vista do Sul, Coronel Pilar, Monte Belo do Sul, Protásio Alves, São Jorge, Santa Tereza e Vista Alegre do Prata. Os gastos foram descritos por Blocos de Financiamento e Subfunções Orçamentárias, assim como os percentuais aplicados com receita própria pelos municípios nos anos de 2011-2013. Resultados: Mesmo tendo havido aumento nos repasses por parte da União e do estado, os municípios da Região 25 estão gastando acima dos 15% da receita própria com saúde. A maior parte dos recursos disponibilizados são para a Atenção Básica, em que a Estratégia Saúde da Família tem o maior aporte dos recursos. Nos relatórios do SIOPS, a maioria dos municípios lança gastos de Assistência Farmacêutica, Média e Alta Complexidade na Subfunção da Atenção Básica, ou seja, as subfunções não estão sendo descritas corretamente de acordo com os Blocos de Financiamento do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em saúde, Financiamento da Assistência à Saúde.

MARTINA KOHL

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS DO PROJETO PESO NA MEDIDA PARA PROMOÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR DO SUL

ORIENTADOR: Profª Drª Mariza Machado Klück

OBJETIVO: descrever o projeto Peso na Medida, desenvolvido no município de Salvador do Sul, RS, no período de 2011 a 2013. O projeto tem como objetivos a orientação alimentar, o apoio psicossocial e a atividade física adaptada para pessoas com excesso de peso, visando mudanças comportamentais que levem ao emagrecimento adequado e sadio. Métodos: Dados coletados nas listas de presença e das fichas de avaliação antropométricas dos participantes, incluindo a frequência nos encontros e a adesão ao programa em cada uma das três edições. Resultados: O número de desistências é bastante elevado, bem como que o número de inscritos diminuiu a cada ano. Em relação à perda de peso, o projeto mostrou-se eficaz: todos os participantes que concluíram o mesmo reduziram de peso. As edições estudadas do projeto não dispõem de ferramentas para monitoramento e avaliação dos resultados, dificultando verificar se o mesmo é eficiente em melhorar a qualidade de vida desta parcela da população e refletir no melhoramento dos indicadores de saúde do município e na diminuição dos gastos com a assistência. Conclusão: É importante a equipe executora avaliar o projeto, buscando propor estratégias para melhorar a motivação da clientela e, conseqüentemente, a adesão ao programa. PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Avaliação de Políticas Públicas, Promoção da Saúde, Obesidade.

MELISE GIRARDELLO

GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE: O CASO DO HEMOCENTRO REGIONAL DE CAXIAS DO SUL – RS

ORIENTADOR: Prof^a Dr^a Mariza Machado Klück

INTRODUÇÃO: A Gestão da Qualidade é a área responsável por desenvolver e implementar ações relacionadas à qualidade. A implantação de um sistema de Gestão da Qualidade visa aumentar o nível de organização interna do serviço, contribuir para o atendimento às especificações, bem como assegurar que os processos e produtos satisfaçam às necessidades dos usuários. Objetivo: Descrever as mudanças ocorridas com a implantação da Gestão da Qualidade no Hemocentro Regional de Caxias do Sul (HEMOCS), demonstrando os documentos elaborados, as ações implementadas e os benefícios alcançados com esta implantação. Métodos: Estudo transversal com abordagem quali-quantitativa, a partir da coleta e análise de dados secundários. Resultados: a implantação da Gestão da Qualidade no HEMOCS gerou resultados positivos, como a criação de documentos da qualidade e a implantação de ações que contribuíram para a padronização dos processos e para o desenvolvimento da garantia da qualidade na instituição. Entende-se que o HEMOCS está mais organizado e bem preparado para garantir a qualidade dos seus serviços e produtos após a efetivação de um setor responsável por desenvolver e implementar a política da qualidade dentro da instituição.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Gestão da Qualidade, Serviço de Hemoterapia.

NADIESDA DE ZORZI GARZÃO

A IMPORTÂNCIA DA FARMACOECONOMIA NO SETOR DE ONCOLOGIA DO MUNICÍPIO DE CARAZINHO/RS

ORIENTADOR: Prof Dr Clézio Saldanha dos Santos

INTRODUÇÃO: O crescimento em ritmo acelerado dos gastos com saúde em âmbito mundial, preocupando governos, usuários e sociedade, demanda uma avaliação econômica para se utilizar os recursos escassos de forma mais eficiente. Objetivo: Avaliar a importância da farmacoeconomia no Setor de Oncologia do Hospital de Caridade de Carazinho. Métodos: Análise de como é realizada a aquisição dos principais materiais e do medicamento Cisplatina 50mg para o Setor de Oncologia em estudo. O planejamento e a programação dos dias da coleta de dados ocorreram no período de maio a agosto de 2013, momento em que o Hospital de Caridade de Carazinho não havia implantado uma plataforma de compras e, no Setor de Oncologia, a organização do agendamento dos pacientes em tratamento para o mesmo dia. Estes dados foram comparados com os obtidos após um ano, ou seja, de maio a agosto de 2014. Conclusão: Os resultados obtidos com a aplicabilidade dos estudos farmacoeconômicos foram relevantes, todavia dados econômicos jamais devem ser utilizados isoladamente como fator de redução de custos, embora sejam indispensáveis como ferramenta auxiliar para valorizar a eficiência da gestão farmacêutica, analisando os custos e os efeitos das opções escolhidas.

PALAVRAS CHAVES: Farmacoeconomia, Assistência Farmacêutica, Gestão em Saúde.

NATÁSSIA SCORTEGAGNA DA CUNHA

APOIO DO TELESSAÚDERS/UFRGS NA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA E-SUS ATENÇÃO BÁSICA NO RIO GRANDE DO SUL, 2014

ORIENTADOR: Prof Dr Erno Harzheim

INTRODUÇÃO: Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e disponibilizou, para as unidades de saúde, a estratégia e-SUS AB. Objetivo: Verificar a associação entre o status de implantação do e-SUS AB nos 497 municípios do Estado e a realização de atividades de apoio do TelessaúdeRS/UFRGS nesses municípios em 2014. Métodos: Foram consideradas as capacitações presenciais e a distância. Na avaliação, foram empregados os critérios utilizados pelo Departamento de Atenção Básica e, para verificar a relação entre o status de implantação e a realização de atividades de apoio foi realizado teste estatístico χ^2 com correção de continuidade, com nível de confiança de 95%. Resultados: Em 2014 foram capacitados presencialmente 436 (87,7%) municípios e 273 (54,9%) a distância. Na modalidade *in loco*, foram feitas 185 capacitações (37,2%). Foram realizadas, ainda, 436 teleconsultorias, 236 de Tecnologia da Informação e 200 de uso do e-SUS. Houve associação ($p \leq 0,05$) entre as atividades de capacitação promovidas, em todas as modalidades e a implantação do e-SUS em Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios gaúchos. Conclusão: Os municípios que mais participaram de atividades de capacitações apresentaram status mais avançado. Em relação ao status implantado, demonstrou-se maior significância em relação às atividades realizadas na modalidade *in loco*.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Saúde Pública, Gestão em Saúde.

NELITA OSWALD

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS NOTIFICADOS DE TUBERCULOSE: UMA COMPARAÇÃO ENTRE A POPULAÇÃO EM GERAL E A PRIVADA DE LIBERDADE – OSÓRIO, 2012-2014

ORIENTADOR: Prof Dr Paul Douglas Fisher

INTRODUÇÃO: A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa de fácil disseminação que, mesmo com a existência do tratamento medicamentoso eficiente, continua como uma enfermidade prevalente e preocupante mundialmente. Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico da tuberculose pulmonar no município de Osório - RS, incluindo a população privada de liberdade (PPL) no período de 2012 a 2014. Métodos: Dados coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), segundo a população geral e a PPL, e o resultado do tratamento (cura, abandono, transferência e óbito) dos portadores da doença. Resultados: Total de 105 portadores de TB notificados durante o triênio 2012-2014. A taxa de cura entre os casos da população geral foi de 61,7%, já entre a PPL foi de 60,3%. Os casos de abandono representam 24,3% da PPL e 8,5% da população geral e os casos de transferência possuem taxas de 2,3% para a população geral e 10,3% para a PPL. Conclusão: O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) no município de Osório foi atuante e possibilitou mudanças significativas se comparado a outros estudos semelhantes realizados em outras regiões do país. PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose, Prisões, Gestão em Saúde.

PATRÍCIA SILVA DA SILVA ROSA

MORBIDADE HOSPITALAR POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS EM IDOSOS PRÉ E PÓS-CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA NO MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ/RS

ORIENTADOR: Prof^a Dr^a Mariza Machado Klück

INTRODUÇÃO: O envelhecimento da população demanda políticas públicas voltadas para a prevenção e tratamento de doenças e suas complicações desde grupo etário, assegurando qualidade de vida aos mesmos. Objetivo: Descrever o comportamento da morbidade hospitalar por doenças respiratórias na população com 60 anos ou mais no município de Gravataí/RS, no período anterior (1992–1998) e posterior (1999–2006) ao início da campanha nacional de vacinação contra influenza. Métodos: Foi utilizado como fonte de coleta de dados de morbidade hospitalar o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATA-SUS), levando-se em conta as seguintes variáveis: diagnóstico principal, sexo e população com 60 anos ou mais residentes no município de Gravataí/RS que foi internada por doenças respiratórias no período de 1992 a 2006. As doenças respiratórias selecionadas foram Pneumonia e influenza. Resultados: Houve diferença estatisticamente significativa entre o número de internações de idosos por gripe e pneumonia nos períodos anterior e posterior ao início da vacinação contra influenza. Conclusão: Após a introdução da vacina contra influenza observou-se diminuição na proporção de internações por gripe ou pneumonia. O coeficiente de internação por gripe ou pneumonia na população oscilou nos períodos estudados, com tendência a diminuição.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Saúde do Idoso, Imunizações.

REJANE FRIES

ESTUDO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO PRÉ-NATAL EM SÃO PEDRO DA SERRA ATRAVÉS DOS INDICADORES DO PHPN

ORIENTADOR: Prof^a Dr^a Mariza Machado Klück

INTRODUÇÃO: Como forma de assegurar a melhoria do acesso, cobertura e qualidade de acompanhamento pré-natal, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o sistema SISPRENATAL. Objetivo: Descrever o processo de produção de dados e informações do SISPRENATAL e a qualidade da assistência de pré-natal no município de São Pedro da Serra, estado do Rio Grande do Sul. Métodos: Foram levados em consideração quatro indicadores do programa: idade gestacional na primeira consulta; primeira consulta realizada até o 120º dia de idade gestacional e número de consultas e exames realizados. Resultados: o pré-natal do município de São Pedro da Serra atende aos parâmetros preconizados pelo PHPN, captando em tempo hábil as gestantes; 100% das puérperas realizaram o número adequado de consultas e exames. Conclusão: O SISPRENATAL permite o planejamento de ações que podem levar ao alcance dos indicadores do PHPN, pois fornece todo o histórico do pré-natal das gestantes cadastradas.

PALAVRAS-CHAVES: Gestão em Saúde. Sistemas de Informação em Saúde. Parto Humanizado. Indicadores de Qualidade de Vida.

RUI SEABRA MACHADO

PERFIL DOS PARTICIPANTES DO PROJETO CHEN TAI CHI CHUAN PARA A SAÚDE E BEMESTAR NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE URUGUAIANA – RS

ORIENTADOR: Prof Dr Guilherme Dornelas Câmara

INTRODUÇÃO: O Chen Tai Chi Chuan é uma prática terapêutica da medicina tradicional chinesa, comprovada cientificamente e reconhecida pelo SUS, e foi oferecida na atenção básica do município de Uruguaiana – RS. Objetivo: Descrever o perfil dos participantes do projeto; a distribuição dos atendimentos por turno e sexo; e os atendimentos positivos para hipertensão arterial sistêmica, pré-diabetes e diabetes. Métodos e resultados: Foram estudados os dados secundários contidos nos relatórios consolidados, gerados a partir das fichas de atendimento ambulatorial. Foram realizados 623 atendimentos, dos quais, 267 foram realizados pela manhã e 356 a noite. Nos atendimentos foram realizadas 1.393 aferições de PA, FC e HgT, sendo detectados 164 atendimentos com mulheres portadoras de hipertensão e 32 atendimentos com homens portadores de hipertensão arterial. No turno matutino 60,31% dos exames acusaram diabetes. Conclusão: A maioria dos participantes eram do sexo feminino, os atendimentos se concentraram mais no turno noturno e o índice de hipertensos era superior às médias de referência nacional.

PALAVRAS CHAVES: Tai Ji, Medicina Tradicional, Gestão em Saúde, Hipertensão, Diabetes Mellitus.

SANDRO CESAR DIAS

A TECNOLOGIA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE GESTÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IJUÍ/RS

ORIENTADOR: Prof Dr Roger dos Santos Rosa

OBJETIVO: descrever a atuação do Conselho Municipal de Saúde de Ijuí – RS (COMUS), sob o ponto de vista de como é utilizada a tecnologia da informação na tomada de decisão. Métodos: Após revisão bibliográfica sobre o assunto, foram examinadas 42 atas das reuniões realizadas entre 2012 e 2014 (ordinárias e extraordinárias) além de participação em 5 reuniões. Posteriormente, houve sistematização das informações obtidas através da leitura das atas das reuniões e da observação das reuniões. Resultados: O COMUS carece de estrutura para o funcionamento adequado, local apropriado para a realização das reuniões e não há uma secretaria. A atuação do COMUS não é definida com a utilização da tecnologia da informação. As decisões são, na sua totalidade, baseadas no conhecimento de cada conselheiro, guiando-se muitas vezes por aspectos subjetivos.

PALAVRAS-CHAVE: Sistemas de Informação, Conselho de Saúde, Controle Social, Gestão em Saúde.

SARAÍ RIVERO DE LIMA

NÚCLEO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DE SANTANA DO LIVRAMENTO: UM ESTUDO DE DEMANDA DO PERÍODO DE NOVEMBRO DE 2013 A AGOSTO DE 2014

ORIENTADOR: Prof^a Dr^a Mariza Machado Klück

INTRODUÇÃO: Os Núcleos de Vigilância em Saúde do Trabalhador (NVST) são dispositivos do Sistema Único de Saúde que visam à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio do desenvolvimento de ações integrais que intervêm nos agravos e seus determinantes decorrentes do processo produtivo. Objetivo: Descrever os agravos registrados junto ao NVST de Santana do Livramento (RS), a forma como está estruturado e quais agravos foram registrados no período de novembro de 2013 a agosto de 2014. Posteriormente, foram comparados os registros deste Núcleo com os registros dos demais municípios da região de saúde. Resultados: o NVST de Santana do Livramento ainda está em fase de implementação, sendo que 75% dos casos foram notificados de forma genérica como “outros acidentes de trabalho”; 68,7% possuíam vínculo empregatício; 85,4% ocorreram no local de trabalho e 68,8% não eram graves. Com relação aos demais municípios, segue a realidade da região, tendo em vista as populações e período de dados analisados. Conclusão: Embora o Núcleo esteja em fase de implantação, já é possível traçar um perfil de adoecimento da população trabalhadora.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Sistema Único de Saúde, Saúde do Trabalhador.

SILVANA APARECIDA FURTADO DE SOUZA SCHONS

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MONTENEGRO/RS 2014-2017 E INTERFACE COM OS RELATÓRIOS QUADRIMESTRAIS DE GESTÃO

ORIENTADOR: Prof Dr Rafael Kruter Flores

INTRODUÇÃO: Dentre os instrumentos fundamentais do planejamento do Sistema Único de Saúde está o Plano Municipal de Saúde (PMS) que apresenta as prioridades, os objetivos, o quadro de metas, a estimativa de recursos e os gastos indispensáveis para o alcance das mesmas no setor da saúde. Objetivo: Identificar os elementos dos Relatórios Quadrimestrais (RQ) que contribuem para o aprimoramento, a elaboração e a execução do Plano Municipal de Saúde 2014-2017 da Secretaria Municipal de Saúde de Montenegro/RS. Métodos: Pesquisa documental e diálogo com os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Montenegro. Resultados: Encontrou-se pontos de fragilidade no tratamento dos dados contidos nos RQ, especialmente em virtude da desproporcionalidade entre o número de profissionais atuantes em processos operacionais em relação aos profissionais dedicados aos processos estratégicos. Como decorrência prática deste trabalho consolidou-se um método didático (semáforo) de descrição dos dados, dando a visibilidade necessária ao cumprimento das prioridades/metastas do PMS. Conclusão: Não foi possível estabelecer com clareza os encaminhamentos realizados por parte da equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde, a partir dos resultados dos Relatórios Quadrimestrais.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Políticas de Saúde, Administração e Planejamento em Saúde.

STEFANIA ANDRADE MACHADO

ANÁLISE DO SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

ORIENTADOR: Prof Dr Clézio Saldanha dos Santos

INTRODUÇÃO: São diversos os tipos de sistemas de distribuição de medicamentos em hospitais, cada um com suas características, vantagens e desvantagens, entre os mais conhecidos destaca-se sistema coletivo, o individualizado direto e indireto e o sistema de dose unitária. Objetivo: Estabelecer um comparativo entre os sistemas de distribuição de medicamentos dos Serviços de Farmácia do Hospital Oncológico da cidade de Jaú/SP e de Farmácia na Fundação Hospital de Caridade de Quaraí. Métodos: Estudo de cunho descritivo-analítico, com abordagem comparativa de análise. Resultados: as diferenças entre o Hospital de Jaú e o de Quaraí são várias, sendo diferentes seus sistemas de distribuição de medicamentos. Conclusão: O sistema de distribuição de medicamentos é um importante componente em toda a assistência à saúde, pois é através dele que se pode ter um melhor aproveitamento dos medicamentos.

PALAVRAS-CHAVES: Serviço de Farmácia Hospitalar; Gestão em Saúde, Medicamentos, Sistema de Distribuição, Dose Unitária.

TÁBITHA DAHMER ROCHA

JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E OUTROS TRATAMENTOS EM PORTÃO, 2013-2014

ORIENTADOR: Prof Dr Celmar Corrêa de Oliveira

OBJETIVO: descrever as demandas judiciais em saúde encaminhadas à Secretaria de Saúde do município de Portão/RS, no período de 2013 a 2014, e os processos utilizados com a finalidade de minimizar essas situações. Métodos: Os processos foram consultados em suas pastas físicas, no setor de assessoria jurídica em saúde. As informações constantes nas iniciais do processo e mandados judiciais sistematizadas segundo sua influência para a gestão municipal, quanto aos aspectos econômicos e operacionais. Resultados: Os usuários dos serviços de saúde do município ingressaram com 114 ações judiciais, sendo 24 dessas solicitando medicamentos, (45 produtos farmacêuticos). Além disso, foram emitidos mandados reivindicando 40 internações psiquiátricas compulsórias, 30 cirurgias e 20 solicitações classificadas como outras, as quais incluíam consultas especializadas, exames, leitos e equipamentos. A descrição dessas ações judiciais possibilitou a avaliação das demandas quanto ao motivo do seu surgimento, interferência nas ações e serviços de saúde voltados à coletividade e também quanto ao comprometimento do orçamento público. Conclusão: Foi possível estruturar uma sugestão de um fluxo aos serviços de saúde e ao judiciário com o propósito de racionalizar o processo de judicialização em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Integralidade em Saúde, Decisões Judiciais, Direito Sanitário.

TAIZE OLIVEIRA CADORE

ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO: O CASO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

ORIENTADOR: Prof Dr Guilherme Dornelas Câmara

OBJETIVO: caracterizar os acidentes de trabalho (AT) com material biológico entre os profissionais da saúde, ocorridos nos anos de 2013 e 2014, no município de Alegrete, Rio Grande do Sul. Métodos: Pesquisa descritiva de dados contidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e nas fichas de notificação encaminhadas à Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Alegrete (RS). Resultados: Dos 44 acidentes notificados, 34 (77,2%) ocorreram em trabalhadores do sexo feminino. A categoria profissional mais exposta foi a enfermagem, com 36 casos (81,8%). A exposição mais frequente foi a percutânea, com 38 casos (86,3%); o sangue foi o material biológico de maior contato, com 34 casos (77,2%); e a agulha com lúmen foi a que mais provocou acidentes, com 28 casos (63,6%). Conclusão: Dados indicam a necessidade de elaboração de estratégias conjuntas, entre os trabalhadores e a gestão dos serviços, visando à melhoria das condições e da organização do trabalho do profissional da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Acidentes de trabalho, Material biológico, Notificação de acidentes de trabalho, Gestão em Saúde.

TATIANE FERREIRA DELA PASE

GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES: IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE GESTÃO DE CUSTOS DO SUS NA FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA SÃO CAMILO DE ESTEIO/RS

ORIENTADOR: Prof Dr Roger dos Santos Rosa

INTRODUÇÃO: O desafio de administrar os escassos recursos de saúde pública afeta diretamente a gestão hospitalar, em que há grandes dificuldades em equilibrar recursos limitados frente à demanda por serviços. Objetivo: Identificar se a utilização da metodologia proposta pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) do Sistema Único de Saúde modifica o controle de uma instituição hospitalar pública e se a sua implantação auxilia na identificação de situações de desperdícios, se produz mudanças nos processos e se auxilia na produção de estratégias de racionalização de recursos. Métodos: Levantamento documental, a fim de analisar o conteúdo, coletar e descrever os dados relevantes referentes à implantação do PNGC na Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio (RS). Resultados: A implantação do PNGC demonstrou graves problemas nos processos de trabalhos e evidenciou situações alarmantes de desorganização e desperdícios. Observou-se que a implantação do PNGC efetivamente impulsiona e induzem mudanças. Conclusão: A utilização do PNGC produz informações que auxiliaram a gestão da instituição estudada na melhoria de controles e estabeleceu, de forma sistemática, um conjunto de informações voltadas para o cuidado com a utilização dos recursos públicos.

PALAVRAS-CHAVE: Controle de Custos, Redução de Custos, Custos Hospitalares, Gestão em Saúde, Economia da Saúde.

VIVIANE MAISA DE ÁVILA GUEZ

O PERFIL DA DEMANDA DE PACIENTES DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DA FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA SÃO CAMILO DE ESTEIO

ORIENTADOR: Prof^a Dr^a Mariza Machado Klück

INTRODUÇÃO: O conhecimento do perfil de saúde da população que procura o serviço de Emergência constitui uma ferramenta importante para o planejamento de ações em saúde, e pode colaborar para uma melhor regulação das portas de entrada do sistema de saúde. Objetivo: Descrever o perfil da população que busca a Emergência da Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio, considerando a triagem realizada pela equipe do Acolhimento com a Classificação de Risco, no período de janeiro a junho de 2014. Métodos: Estudo quantitativo, do tipo transversal e descritivo. Resultados: A procura pelo serviço se deu principalmente por mulheres (74,2%), na faixa etária de 20 a 59 anos (72,2%), que buscam o atendimento de forma espontânea, principalmente no turno da tarde, vítimas de trauma ou com queixas de dores agudas, classificadas com as cores amarela ou verde, tendo a maioria alta hospitalar em menos de 24 horas. Conclusão: O acolhimento com classificação de risco é um diferencial para a melhoria do atendimento como um todo. Portanto, torna-se essencial a necessidade de melhorias quanto à implantação por completo do mesmo, iniciando pelo conhecimento da demanda atendida.

PALAVRAS-CHAVE: Administração de Serviços de Saúde, Enfermagem em Emergência, Gestão em Saúde, Acolhimento.