

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

Eduardo Estrela Karaim

**EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO LABORATÓRIO
DE APOIO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Porto Alegre

2017

Eduardo Estrela Karaim

**EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO LABORATÓRIO
DE APOIO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva .

Conceito: B

Orientador: Prof^a. Dr^a Adriana Roese

Porto Alegre

2017

Eduardo Estrela Karaim

**EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO LABORATÓRIO
DE APOIO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 25 de Janeiro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Vilma Constância Fioravante dos Santos – FACCAT-RS

Prof^a Dr^a Adriana Roese – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (orientador)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	OBJETIVOS.....	8
2.1	OBJETIVO GERAL	8
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3	A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E NO RIO GRANDE DO SUL..	9
3.1	A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NORIO GRANDE DO SUL.....	11
4	METODOLOGIA	13
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
	REFERÊNCIAS.....	21

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como foco o Relato de Experiência do Estágio Curricular no curso em Saúde Coletiva da UFRGS, no eixo de Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde, sendo o mesmo realizado, no Laboratório de Apoio Integrado em Saúde Coletiva (LAISC), no decorrer do ano de 2016. Optou-se pela escolha do Laboratório (LAISC) como campo de estágio, em razão do interesse em ampliar a visão a cerca da situação de saúde no território nacional, por meio do aprofundamento em seus indicadores em saúde, bem como pelo horário de atuação ser no período noturno. O referido estágio ocorreu em torno da coleta, manipulação e cruzamento de dados epidemiológicos em saúde, por meio do Tabwin, ferramenta tecnológica criada pelo DATASUS (SILVA, 2009; p.15-25), com a qual foram construídos mapas síntese e tabelas dos blocos de indicadores epidemiológicos em saúde, na perspectiva de fornecer subsídios para, avaliação da situação de saúde do território nacional, otimizando o processo da regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

O trabalho realizado pelos estagiários no LAISC é resultado de uma parceria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com instituições e instâncias de gestão pública em Saúde, e os resultados da pesquisa e cruzamento de dados serão disponibilizados para o acesso público em plataforma online, ainda em construção, pelo referido laboratório, o que valoriza ainda mais a experiência neste campo de estágio. O curso de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da UFRGS tem duração de 8 semestres, exige em torno de 700 horas complementares e tem uma carga horária de 600 horas de estágio curricular obrigatório.

O Laboratório de Apoio Integrado em Saúde Coletiva (LAISC), Foi criado em 2010, está vinculado à Escola de Enfermagem da UFRGS, e constitui-se como um espaço de ensino, pesquisa e manipulação de ferramentas tecnológicas, com processos orientados para o apoio e suporte interinstitucional no campo interdisciplinar da Saúde Coletiva, com Secretarias de Saúde, Conselhos de Saúde e organizações de Movimentos Populares, principalmente na área de Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde, e serve como campo de práticas de estágio para os acadêmicos do curso de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da UFRGS. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Neste campo de práticas, as tecnologias de informação são parte fundamental no processo de identificação das especificidades das regiões, e indispensáveis na busca de dados epidemiológicos, com vistas a fornecer dados às necessidades dos gestores em saúde. Vale salientar que existe no Brasil um número incalculável de diferentes Sistemas de Informações em Saúde (SIS), voltados à operação de estabelecimentos assistenciais, à gerência de redes de serviços e à investigação e ao controle de diversas doenças que podem e devem ser usados para o planejamento, por parte do gestor, de intervenções sobre sua realidade sanitária. Por terem uma abrangência nacional, esses Sistemas de Informação são utilizados em todas as esferas de gestão do SUS e, alguns deles, foram destacados como de alimentação obrigatória. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Com relação a Indicadores Epidemiológicos, em termos gerais, são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador e um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer. Se gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Um conjunto de indicadores se destina a produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, como base empírica para identificar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas. Constitui, assim, insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades da população. Além de prover matéria-prima essencial para análise, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes e promover o desenvolvimento de sistemas de informação intercomunicados com vistas a dar suporte à regionalização do SUS. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008).

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) é uma base de dados, e surgiu em 1991, e tem nas suas competências a responsabilidade de prover os órgãos do SUS, de sistemas de informação e suporte

de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle. Em quase 25 anos de atuação, o DATASUS já desenvolveu mais de 200 sistemas que auxiliam diretamente o Ministério da Saúde no processo de construção e fortalecimento do SUS. Atualmente, o Departamento é um grande provedor de soluções de software para as secretarias estaduais e municipais de saúde, sempre adaptando seus sistemas às necessidades dos gestores e incorporando novas tecnologias, na medida em que a descentralização da gestão torna-se mais concreta. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2017).

Já a regionalização é uma das premissas em que se fundamenta o Sistema Único de Saúde e, é um princípio organizacional do SUS, que necessita ser dinâmico e flexível, deixando para trás antigos métodos e processos centralizadores, rígidos no seu modo de fazer. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2006). Tem um viés político e, portanto sofre tensionamentos entre os três setores públicos de saúde, federal, estadual e municipal, o que dificulta sua resolubilidade, prejudicando a capacidade do setor público de promover a Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira. Por sua proposta de compartilhamento de gestão, a regionalização permite, através da organização de regiões de saúde, um melhor gerenciamento dos recursos e maior alcance dos serviços de assistência à saúde para a população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2006). Ao levar em conta que o Brasil tende a maiores vulnerabilidades, agravadas pela desigualdade social, e sendo ele um país de amplo território e variadas culturas, é importante que a saúde pública tenha meios de alcançar sua capacidade máxima de ação, viabilizando todo o conjunto de práticas em saúde, ao dar conta dessas especificidades e acompanhá-las em sua dinâmica por meio da regionalização, em movimento renovado de integralidade e senso de justiça. (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, RIO GRANDE DO SUL, 2003). Sendo assim a realização de uma mudança estrutural dos fluxos de gestão de forma a fazê-los mais eficientes, transparentes e mais permeáveis ao controle social, faz-se necessária para o contexto de saúde como qualidade de vida.

Vistas estas questões, o texto busca apresentar um relato da experiência construída ao longo do estágio curricular obrigatório realizado no ano de 2016, junto à pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, pesquisa multicêntrica, com o intuito de discorrer sobre os efeitos do mesmo na vida dos acadêmicos que nele atuam. O cumprimento das 300 horas

previstas aconteceu no período de março a julho de 2016, realizado através de 4 horas diárias no período noturno. Atuaram cinco acadêmicos neste período nas análises dos indicadores em saúde de várias regiões de saúde do Brasil. O autor deste trabalho teve como foco a análise do estado do Rio Grande do Sul, a partir de suas 30 Regiões de Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Relatar a experiência de acadêmico da Saúde Coletiva no Estágio Obrigatório no LAISC – Laboratório de Apoio Integrado em Saúde Coletiva.

2.2 Objetivos Específicos

Ressaltar a importância do Estágio Obrigatório no LAISC, para a formação do profissional Sanitarista, na Área de Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde.

3 A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E NO RIO GRANDE DO SUL

Ao se falar em regionalização, é importante primeiro entender que, região é a ocorrência de um fenômeno essencialmente geográfico e existe porque cada lugar tem a sua singularidade, já que nenhum lugar é igual ao outro no mundo. Isso é consequência da diversidade espacial e, portanto, para ser resolutivo, o estudo necessita considerar essas diferenças e como se processam as principais variáveis, sua forma de ser e relacionar-se em cada conjuntura. (ALBUQUERQUE, 2013).

Nos primeiros anos de implantação do Sistema Único de Saúde, havia uma preocupação dos gestores, prioritariamente com a municipalização e com o financiamento devido a uma luta com a histórica centralização dos recursos em Brasília e no Ministério da Saúde. Dentre os muitos obstáculos encontrados na implementação integral da regionalização no SUS, destaca-se a falta de cooperação dos níveis regionais de saúde, que se intensifica em razão da centralização a nível federal e a polarização entre ele, o Ministério da Saúde e os municípios. Neste caso, para alcançar seu objetivo principal, que é oferecer a integralidade, universalidade e equidade à população, princípios esses que fundamentam o SUS, se fazia necessária a cogestão entre estados e municípios, para viabilizar e fortalecer a efetividade na implementação integral da regionalização no SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2006) A regionalização veio como um legado da municipalização da saúde, e para compreender esse processo, apresenta-se um breve histórico, bem como a formação das redes de serviços em saúde.

A discussão sobre a regionalização da saúde como estratégia organizativa da descentralização e organização das redes de atenção à saúde no Brasil, surgiu em meio aos debates sobre as dificuldades enfrentadas pela implementação da municipalização da saúde no Brasil. Dentre as dificuldades decorrentes da municipalização estão a desigualdade de condições políticas, administrativas, técnicas, financeiras e de necessidades de saúde identificadas nos municípios brasileiros e o tensionamento entre governo federal e municípios, que não receberam a real autonomia municipal, nem na gestão dos equipamentos existentes nos seus limites territoriais, nem nos recursos financeiros disponibilizados. Outra questão que pesou neste contexto foi a falta de cultura participativa da sociedade que não transformou os conselhos de saúde municipais em legítimos condutores da

política de saúde local e a herança da lógica de organização do sistema antes existente. (DUARTE et al.; 2015).

A regionalização, por sua proposta de compartilhamento de gestão, permite, através da organização de regiões de saúde, um melhor gerenciamento dos recursos e maior alcance dos serviços de assistência à saúde para a população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2006). Ao levar em conta que o Brasil tende a maiores vulnerabilidades, agravadas pela desigualdade social, e sendo ele um país de amplo território e variadas culturas, é importante que a saúde pública tenha meios de alcançar sua capacidade máxima de ação, viabilizando todo o conjunto de práticas em saúde, ao dar conta dessas especificidades e acompanhá-las em sua dinâmica, por meio da regionalização, em movimento renovado de integralidade e senso de justiça. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2010).

É neste contexto, que a regionalização do SUS mostra-se como ação imprescindível ao possibilitar a Integralidade, Universalidade e Equidade, princípios esses que fundamentam o SUS, sendo também de suma importância a integração das ações e serviços de redes de saúde, de forma organizada. (ABUQUERQUE, 2013). Seguindo a mesma lógica, Santos e Campos (2015), defendem a regionalização como potente alternativa para integrar as ações e serviços, bem como para que sejam concentrados os recursos de saúde nas regiões, conforme suas especificidades e demandas em saúde, sendo fundamental para integrar as ações dos serviços, e qualificar a gestão do SUS a partir do debate interfederativo:

(...) por isso, (a região de saúde) deve ser constituída sob a ótica sanitária e não meramente administrativa, devendo, ainda, para ser qualitativa, não ser concebida e tida como mera divisão administrativa do Estado, mas sim como o lócus da integralidade. Ela precisa ser capaz de resolver, se não a totalidade, a quase totalidade das necessidades de saúde da população regional; ser parte de um sistema nacional, estadual e intermunicipal que encontra na região de saúde o espaço de sua atuação para o usuário (SANTOS; CAMPOS, 2015, p. 441).

Embora a Regionalização no Brasil tenha sido oficializada no dia 22 de fevereiro de 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2006), somente em 2011 ocorreu a regulamentação do decreto 7.508, que estabelece os critérios para a articulação interfederativa, objetivando unicamente, garantir uma rede regional, estadual e interestadual de ações e serviços de saúde capaz de garantir o direito à saúde. Este decreto teve como propósito viabilizar o planejamento em saúde, entre

outras providências, o que foi um marco importante para impulsionar o processo de regionalização no país. Entretanto, o decreto não foi suficiente para avançar de forma mais ampla na concreta implantação do modelo organizativo das regiões de saúde em todos os estados. Hoje, ainda poucos estados utilizam o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) que trata da organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde. Sua finalidade é a de garantir a integralidade da assistência aos usuários, sendo o mesmo um importante instrumento de organização interfederativa. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2014, p. 9).

3.1 A Regionalização no Rio Grande do Sul

A Regionalização no Rio Grande do Sul foi sancionada no dia 19 de setembro de 2012 (RIO GRANDE DO SUL, 2002), e desde então segue na busca de novas parcerias e formas de articulação entre os gestores, com o intuito de construir uma gestão mais solidária entre as esferas de governo, buscando a superação das barreiras da centralização do poder, recursos financeiros, gerenciamento e controle de ações e serviços. Essa nova forma de organização da saúde, portanto, configura uma nova forma de gestão servindo de modelo de organização e gestão. (RIO GRANDE DO SUL, 2002, p.13).

Um dos principais problemas enfrentados para a efetiva implantação da regionalização no Rio Grande do Sul tem sido a dificuldade de aceitação desta mudança institucional, bem como a falta de conhecimento e compreensão, sobre os problemas de saúde e acesso aos serviços por parte da população. Outro entrave é o não entendimento quanto funcionamento da gestão neste novo formato e a necessidades de ações mais resolutivas por parte dos serviços de saúde que devem ser produzidos para implementar e viabilizar o texto constitucional conquistado pela população brasileira na elaboração da legislação.

Nesse sentido, mudar a configuração formal das instâncias e dos fluxos de gestão de forma a torná-los mais eficientes, transparentes e mais permeáveis ao controle social, é de extrema necessidade para o contexto de saúde como qualidade de vida. (SECRETARIA DA SAÚDE, 2002, P.3)

As redes de serviços de saúde no Rio Grande do Sul, a partir do Decreto 7508/2011, foram divididas em 30 regiões, em atendimento à legislação federal que trata da organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Cada uma dessas áreas foi definida de acordo com a infraestrutura e características dos locais com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Cada Região de Saúde contempla ações e serviços de atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde. Também conta com uma Comissão Intergestores Regional, responsável pelo planejamento e pactuação regional. Os territórios, em seu novo formato no Estado, resultaram de um trabalho em conjunto entre os municípios, representados pelo Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS), e o Governo do Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Cada Região de Saúde conta com uma Comissão Intergestores Regional e a definição das novas Regiões de Saúde entrou em vigor a partir da publicação da resolução. (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descrito, do tipo relato de experiência do autor, baseado em atividades realizadas por cinco acadêmicos em estágio obrigatório de quatro horas diárias, ocorridas no Laboratório de Apoio Integrado em Saúde Coletiva (LAISC), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, de março a julho de 2016, na cidade de Porto Alegre/RS.

Utilizou-se o método qualitativo de análise na elaboração do relato tendo como base anotações em diário de campo e algumas ferramentas como os relatórios de colegas e supervisoras, bem como o Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. O diário de campo viabilizou a descrição das atividades, anotação das observações e as reflexões do pesquisador (ROESE et al, 2005). A análise dos dados foi realizada por meio de análise temática de conteúdo, proposta por Minayo (2011) que se desdobra em três etapas, quais sejam pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Por se tratar de um relato de experiência deste autor, não necessitou ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, porém se respeitou todos os preceitos éticos propostos pela Resolução 466/2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atuação dos acadêmicos nesta pesquisa teve foco na geração e análise de informações e indicadores de saúde a partir das Regiões de Saúde do Brasil. Foram produzidos 92 indicadores divididos em blocos temáticos de análise: demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos, de oferta e cobertura de recursos (financeiro, físicos e tecnológicos) e de trabalho profissional, a partir do qual devem ser realizadas análises e informes sobre a situação de saúde no Brasil e suas tendências. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer. No caso desta pesquisa, os critérios de seleção dos indicadores foram: a relevância, facilidade de obtenção dos dados a partir de fontes secundárias e, a facilidade e praticidade de cálculo. Foram trabalhadas as mais de 435 regiões de saúde do Brasil, podendo existir outros arranjos territoriais, envolvendo mais de uma Região de Saúde, de um mesmo Estado ou de Estados diferentes, considerando o processo de pactuação entre elas, de modo a atender a integralidade da atenção à saúde e que configuram o espaço da Rede de Atenção à Saúde. Os Parâmetros que orientaram a configuração das regiões o critério populacional, critérios de escala e escopo, fluxos assistenciais, contiguidade territorial (proximidade), malha viária (rede de transporte), rede de comunicação, acessibilidade, suficiência da atenção básica e realização de parte da média complexidade, perfil socioeconômico e cultural e perfil epidemiológico. O número de regiões pesquisadas pelo autor foram 30, localizadas dentro do estado do Rio Grande do Sul.

A coleta de dados se deu município por município e por meio de pesquisa na base de dados DATASUS. O cruzamento desses dados ocorreu por meio do Tabwin, o que resultou na produção de planilhas, tabelas e mapas síntese. Foi possível observar a distribuição e utilização dos recursos financeiros nos mais de 497 municípios localizados nas 30 regiões do Rio Grande do Sul e a maneira como foram empregados esses recursos no ano de 2015. A capacidade de manejo destes recursos facilitadores e imprescindíveis no dia a dia de um profissional de saúde,

especialmente o Sanitarista, requer constante exercício, o que foi proporcionado por este estágio com excelência.

O estágio iniciou com a satisfação de ter como objeto de pesquisa do autor, os indicadores em saúde das 30 regiões localizadas no Estado do Rio Grande do Sul, fato que despertou o interesse em entender melhor como se dava a regionalização e como estava a situação de saúde nessas regiões. À medida que os dias passaram a capacidade de coletar e calcular dados tornou-se cada vez mais rápida e mais precisa. Esta habilidade exigida do Bacharel em Saúde Coletiva é um grande diferencial, pois os dados coletados nesses sistemas de informações, combinadas com uma análise mais apurada, são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação em saúde, neste caso, para oferecer subsídios com vistas a potencializar a regionalização na saúde pública do Brasil. No decorrer das análises realizadas e comentários entre colegas, bem como a comparação do perfil epidemiológico de suas áreas de pesquisa, as disparidades entre os indicadores em saúde foram aparecendo, observando-se na prática a teoria aprendida durante a graduação. A desigualdade na oferta, de acesso aos serviços e recursos entre os diferentes municípios em cada região de saúde, desperta no Sanitarista um desejo de se colocar nos espaços de atuação, utilizando os dados analisados como base para pensar e planejar diferente a gestão da saúde. Pensando nesses indicadores, faz-se necessário enaltecer a importância do referido estágio ao exigir do acadêmico o desenvolvimento da habilidade de pesquisa na base de dados DATASUS, bem como a prática no uso do programa tabwin, sendo essas, ferramentas fundamentais para se mudar a situação de saúde de um lugar, visto que somente por meio de resultados de pesquisas é possível identificar o ponto chave a ser enfrentado, pois não adianta saber que existe um número "X" de mulheres em determinado município para planejar ações voltadas para elas. É necessário saber o número de agravos relacionados ao sexo feminino, se existem profissionais específicos para atender essa demanda, serviços adequados, equipamentos para exames que identifiquem os problemas de saúde dessa população, em fim, são muitas variáveis a serem consideradas.

Utilizando sua capacidade de análise, para identificar formas de agir nos diferentes territórios e locais de atuação, o sanitarista é capaz de observar com alteridade as especificidades e vulnerabilidades do território, razão pela qual os resultados dessas análises, estando em suas mãos, tem maior probabilidade de se

tornarem ações resolutivas. Essas análises, considerando a conjuntura, articulação política e social, entre outras habilidades, qualificam a escolha de programas a serem implantados no processo de trabalho dos serviços, por meio de ações de promoção e educação em saúde, o que reduzem a incidência e prevalência de doenças da população. Também é possível traçar planos alternativos a nível local, diferentes dos que têm sido aplicados, e promover ações de educação em saúde, e ao convocar a participação social, organizadas e praticadas em parceria com instituições e outras parcerias possíveis, promover mudanças com um alcance ainda maior. Dentro deste mesmo raciocínio, um Bacharel em saúde coletiva, tendo essa visão mais ampliada do Sistema Único de Saúde, munido de conhecimentos sobre as tecnologias da informação, poderia implementar novos programas que sejam mais resolutivos e que poderiam centralizar dados, economizar recursos e também facilitar sua análise. Com isso, ganharíamos mais tempo e as ações de enfrentamento dos agravos na saúde, seriam mais resolutivas e imediatas.

Duarte et al (2015) apontam a questão da municipalização da saúde como ineficiente quanto à incapacidade dos municípios em dar conta das demandas em saúde, bem como do enfrentamento das desigualdades, e que, por meio da regionalização essa disparidade tende a diminuir. Vemos que esse entendimento se intensifica, com a experiência de estágio nesta área de coleta de análise de dados, sendo considerado também, tudo que foi visto e estudado sobre a regionalização. Por outro lado, como já foi dito aqui, é preciso um profissional com um olhar mais singular e preparado para saber utilizar as diversas ferramentas, sejam elas, tecnológicas, de planejamento e gestão, ou de promoção e educação em saúde, razão pela qual é preciso que o Bacharel tenha seu espaço nos serviços de saúde.

Entendendo que a Regionalização é uma das premissas em que se fundamenta o Sistema Único de Saúde e tem como sua função precípua organizar a descentralização das ações considerando as desigualdades territoriais e as especificidades de cada região do país, é necessário portanto fornecer os subsídios necessários à sua ação diante das demandas constadas através dos resultados dessa análise de dados, que potencializem recursos diversos em saúde, e fortaleçam a regionalização no SUS, o que afirma a importância do estágio curricular através do trabalho realizado no Laboratório de Apoio Integrado em Saúde Coletiva (LAISC), não for assim, essas informações de nada servirão.

O Decreto nº 7.508/2011 destaca o planejamento da saúde como prioridade na agenda da gestão e o Bacharel em Saúde Coletiva pode, a partir da identificação do perfil epidemiológico de cada lugar, seja região, estado, município, ou território local, atuar no planejamento regional, bem como na construção de mapas da saúde dessas regiões, municípios, bem como dos territórios locais, mesmo nas Unidades Básicas de Saúde. Essas ferramentas possibilitam que os gestores, cada um em sua esfera de atuação, tenham condições de seguir uma ordem de ações e projetos, para os diferentes problemas identificados. O Bacharel em Saúde Coletiva, é preparado para pensar diferentes formas de fazer, desconstruir concepções ultrapassadas sobre os processos organizacionais, pensando na gestão, ou de produção de saúde, dando lugar a novos olhares sobre a humanidade e seus adoecimentos. Ao identificar os problemas, por meio destes levantamentos de dados, semelhantes ao realizado na referida pesquisa, o Bacharel pode intervir com propostas inovadoras, que é seu perfil mais marcante. Ele pode elaborar propostas de enfrentamento de natureza: financeira, na questão de repasse de verbas que não estão sendo suficientes, aí ele poderia pensar em parcerias institucionais ou junto a comunidade, dependendo da situação; equipamentos, pelo número de determinados equipamentos estarem inferiores ao determinado como sendo ideal, ou mesmo em relação a isso, tentar identificar porque tantas pessoas precisam deste ou aquele exame e elaborar planos de promoção e prevenção; epidemiológica, que poderia ser o caso de algum agravo específico, ou epidemia, exemplo disso foram os casos de febre amarela que começaram a aumentar em Minas Gerais no ano de 2016, pois a preocupação com a doença e a procura por vacinas cresceram e pelo menos oito mortes por febre amarela foram confirmadas no estado. O último boletim epidemiológico sobre febre amarela em Minas contabilizava 184 casos notificados da doença, sendo 37 casos prováveis, além de 53 óbitos suspeitos, sendo 22 óbitos prováveis por febre amarela. Já em Goiás, São Paulo e Amazonas apenas sete casos da doença foram confirmados. Cinco deles levaram à morte os pacientes, segundo o Ministério da Saúde. Essas informações e o boletim epidemiológico só foram possíveis por meio de pesquisas semelhantes à realizada no LAISC. Por meio do cruzamento do número de casos, população e lugar de ocorrência, pode-se chegar a esses resultados. A partir dessas pesquisas e boletins, os gestores de posse dessas informações, podem então elaborar um plano de ação imediato e outro a médio prazo.

O Bacharel em Saúde Coletiva pode ser este gestor que, além desses dados e boletins epidemiológicos, que também mostram o perfil da população em questão, somar também: o reconhecimento das dinâmicas presentes no território, que sabemos, influenciam na saúde; o levantamento das ofertas que o mesmo tem, pois a participação social é fundamental; o reconhecimento das necessidades de saúde da população em questão; dentre outros. Além dessas informações, o profissional precisa conhecer a estrutura do sistema de saúde, as redes de atenção à saúde, a gestão, as condições sócio sanitárias, os recursos financeiros, a ciência, a tecnologia produção e inovação, o trabalho e educação na saúde, visto que, ao planejar as ações em saúde e elaborar projetos, todos os elementos precisam ser considerados. Só então será possível propor projetos mais resolutivos e específicos e resultando em uma saúde mais permanente. Ao propor mudanças nas formas de atuação em saúde, podemos citar como exemplos genéricos: fomento à cultura de planejamento da saúde; a organização de processos de planejamento da saúde integrado; rever instrumentos de planejamento em gestão usados atualmente; reformular programações de ações e serviços que já estejam desgastadas e distantes da realidade sanitária do Brasil; dentre outros.

Ao introduzir esse tipo de raciocínio e visão mais ampliada da saúde e dos recursos que podemos utilizar, que não são somente aqueles que comumente estão pré definidos, haverá uma mudança, embora gradativa, no perfil das ações em saúde e conseqüentemente, outros profissionais atuarão nesta mesma linha. O Bacharel em saúde coletiva tem todas as ferramentas e capacidade de transformar os problemas e vulnerabilidades sociais e em saúde, em oportunidades de mudança de paradigmas e comportamentos, não só dos trabalhadores da saúde bem como da sociedade, que precisa se sentir parte desta construção. Com isso, podemos alcançar significativas mudanças na estrutura organizativa do SUS, bem como na sua forma de produzir saúde que não somente pela prevenção, mas que prime pela promoção da saúde da população.

Como profissionais sanitaria, em especial os bacharéis, é importante que possamos desconstruir antigas concepções sobre os processos de produção de saúde, dando lugar a novos olhares sobre a humanidade e seus adoecimentos. Para que isso seja possível, é preciso agir com alteridade, pois sem ela não seremos capazes de compreender ou mesmo respeitar o outro em sua integralidade, bem

como de produzir a força que move o ser humano à fazer o bem e promover o cuidado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta experiência, foram adquiridas habilidades para além das expectativas iniciais do estágio, provando que, o acadêmico, é sujeito ativo no processo de aprendizagem, e que, ao se colocar disponível às oportunidades de adquirir maior conhecimento, pode transpor quaisquer barreiras que por ventura venham e se colocar no seu caminho. As práticas diárias com o uso das ferramentas tecnológicas e demais recursos, provam sua relevância para esta formação acadêmica, ao ampliar olhares dando lugar a novas formas de pensar e ver a saúde pública do Brasil, mais especificamente do Rio Grande do Sul. Além dos importantes conhecimentos constituídos neste processo, o referido estágio, despertou maiores reflexões a cerca do papel do Bacharel em Saúde Coletiva e suas ações frente a estes conhecimentos, bem como sua capacidade de mediação dos entraves advindos de, o nosso sistema de saúde ser o maior do mundo, o que requer um profissional melhor qualificado.

Estes conhecimentos somados a habilidades subjetivas como, criatividade, planejamento informal, capacidade de cogestão, e outras capacidades, fomentam o desejo de agir no território promovendo mudanças para além daquelas já pensadas, ficando evidente com isso que, o estágio obrigatório no Laboratório de Apoio Integrado em Saúde Coletiva/LAISC, com foco na pesquisa multicêntrica com base em Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, cumpre seu objetivo ao provocar, nos acadêmicos de saúde Coletiva, uma mudança e ampliação de visão sobre o Sistema Único de Saúde, seus avanços e desafios; sobre a necessidade da regionalização e sua importância para que a saúde esteja ao alcance de toda a população com integralidade, universalidade e equidade, princípios esses que fundamentam o SUS; e sobre tudo, amplia a visão do acadêmico Sanitarista sobre si mesmo e seu papel como agente de mudanças visto que, através desse estágio, estarão melhor preparados para organizar estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde no SUS.

REFERÊNCIAS

_____. Plano Diretor de Regionalização da Saúde. Porto Alegre, 2002.

<<http://www.redehumanizausus.net/92405-processo-de-regionalizacao-e-descentralizacao-do-sus>>

ABUQUERQUE, M. V. de. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros.** 289 f. Tese (Doutorado em ciências) – Faculdade de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo. 2013.

BRASIL, Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990,. Publicada no DOU de 20.9.90.

BRASIL. **Decreto 7.580.** Brasília, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Guia para a elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública : construindo o COAP passo a passo / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 56 p. : il.

BRASIL, Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Oitavo Termo Aditivo ao Acordo Básico nº 4, de 25.07.97, renovado pelo 14º Termo de Cooperação, firmado em 18.12.2000.

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria nº 399/GM, de 22 fevereiro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 23 fev 2006. Seção 1, p.43-51

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pacto pela Saúde.* Brasília: 2006a. de apoio a disseminação das informações em saúde. / Norberto

Diário de campo: construção e utilização em pesquisas científicas. Vol 5, No 3 (2006) > **Roese** <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/598/141>

Disponível: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1382374302_PES%202012-2015%20FINAL.pdf>

DUARTE, L. S. et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva em análise. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485. 2015.

Escola Nacional de Saúde Pública - <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/35859>>

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, SECRETARIA DA SAÚDE, RESOLUÇÃO Nº 555/12 – CIB/RS

HOFFMANN, R. Relações entre pobreza absoluta, renda média e desigualdade da distribuição de renda. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 337-358, 1995.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro1.pdf

LAISC – Laboratório Integrado em Saúde Coletiva, *disponível em*:
<http://www.ufrgs.br/laisc/>

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

MINAYO, Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, 2013.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde - Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2012–2015

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. de S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446. 2015.

Série Pactos na Saúde série 2006. - Regionalização solidária e cooperativa
Orientações para sua implementação no SUS V O L U M E 3 - Ministério da Saúde –
Secretaria Executiva

Silva, N. P.. Rio de Janeiro: s.n., 2009. A utilização dos programas TABWIN e
TABNET como ferramentas de apoio a disseminação das informações em saúde.
Pag 14 e 25

UFRGS–Bacharelado em Saúde Coletiva, disponível em:
<http://www.ufrgs.br/saudecoletiva/index.html>

VIANA, A. L. D. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São
Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106. 2008.