

# **PRÁTICAS DE GESTÃO EM SAÚDE**

## **INTRODUÇÃO**

A prática em Gestão de Saúde é uma atividade realizada pelos alunos de Graduação dos cursos de CST em Gestão Hospitalar, CST em Saúde Pública e CST em Gestão em Vigilância em Saúde e tem o intuito de estimular a pesquisa científica entre este público.

A proposta está baseada na realização de atividades de extensão ao longo de todo o curso de graduação, favorecendo a aprendizagem e a aplicação prática de conteúdos considerando a necessária interdisciplinaridade.

O objetivo da ação, portanto, é favorecer o processo de ensino-aprendizagem, a partir da aplicação prática dos conteúdos estudados ao longo da graduação por meio de atividades acadêmicas que envolvem leitura de textos, visitas em campo, elaboração de relatórios e de artigos científicos.

## **Procedimentos Metodológicos**

As atividades desenvolvidas podem ser elaboradas de forma descritiva ou em formato de questionário, sendo assim, essa seção se apresentará em diferentes formatos.

**PRÁTICAS DE GESTÃO EM SAÚDE:  
FUNDAMENTOS DE SAÚDE**

**Ana Lúcia Cavalcanti Inácio**

Brasília – Distrito Federal  
CST em Gestão em Vigilância em saúde

**INTRODUÇÃO**

Precedendo a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil, a assistência em saúde era destinada apenas a um pequeno grupo da população, composta pela parte das classes trabalhadoras do país para usufruir dos serviços em saúde, sendo o mesmo controlado de forma centralizada. Efeitos positivos na melhora da mortalidade materno infantil foram evidenciados com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990, arquitetado de forma descentralizada originou grandes resultados na expansão do acesso aos serviços de saúde, notavelmente na Atenção Básica. Essa mudança levou ao aumento expressivo da cobertura de serviços em saúde voltados à saúde materna e infantil no país.

A implantação da Saúde da Família poderá contemplar as modalidades com Saúde Bucal e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). O Pacs foi implantado em 1991 pela Fundação Nacional de Saúde em áreas rurais e periurbanas. A implantação do PACS teve caráter emergencial e visou dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica, possibilitando a intervenção em grupos mais vulneráveis e desta forma contribuem para que os indicadores de saúde assumam patamares cada vez mais favoráveis em relação ao óbito materno e infantil. Um dos principais programas instituído com objetivo de melhorar essa cobertura foi o Programa Saúde da Família (PSF) inicialmente como um programa vertical, que oferecia especialmente serviços de saúde materna e infantil às populações mais carentes

ou de alto risco. Atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), foi a principal estratégia de estruturação da Atenção Básica dos sistemas locais de saúde e contribuiu para o declínio da mortalidade infantil no Brasil. As equipes de Estratégia Saúde da Família representam a porta de entrada do sistema de saúde local, buscando coordenar a atenção à saúde integrando com os serviços de apoio diagnósticos, assistência especializada e hospitalar. O uso dos serviços da ESF está associado a progressos de vários indicadores em saúde, dentre eles a diminuição da mortalidade materna e infantil.

### **A importância do processo de territorialização na saúde**

Ao se buscar definir a ‘territorialização em saúde’, precede explicitar a historicidade dos conceitos de território e territorialidade, suas significações e as formas de apropriação no campo da saúde pública e da saúde coletiva. Pretende-se com isso, situar os diferentes usos do termo territorialização (teórico, prático e metodológico) pelo setor saúde, destacando sua importância no cenário atual da reorganização da atenção, da rede de serviços e das práticas sanitárias locais.

No setor saúde os territórios estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania. Sua organização e operacionalização no espaço geográfico nacional pautam-se pelo pacto federativo e por instrumentos normativos, que asseguram os princípios e as diretrizes do Sistema de Saúde, definidos pela Constituição Federal de 1988. Não obstante os avanços na saúde nos últimos 20 anos, alicerçados em bases teóricas sólidas da Reforma Sanitária, o setor padece de problemas organizacionais, gerenciais e operacionais, demandando uma nova reorganização de seu processo de trabalho e de suas estruturas gerenciais nas três esferas de gestão do sistema, de modo a enfrentar as desigualdades e iniquidades sociais em saúde, delineadas pela tríade econômico-política globalização, mundialização e neoliberalismo.

No cenário da crise de legitimidade do Estado, o ponto de partida para a reorganização do sistema local de saúde brasileiro foi redesenhar suas bases

territoriais para assegurar a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade da atenção. Nesse contexto, a territorialização em saúde se coloca como uma metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, desenhando novas configurações loco-regional, baseando-se no reconhecimento e esquadramento do território segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde.

A saúde pública recorre a territorialização de informações, há alguns anos, como ferramenta para localização de eventos de saúde-doença, de unidades de saúde e demarcação de áreas de atuação. Essa forma restrita de territorialização é vista com algumas restrições, principalmente entre os geógrafos. Alegam ser um equívoco falar em territorialização da saúde, pois seria uma tautologia já que o território usado é algo que se impõe a tudo e a todos, e que todas as coisas estão necessariamente territorialidades. Essa crítica é bem-vinda, enriquece o debate teórico e revela os usos limitados da metodologia, constituindo-se apenas como análise de informações geradas pelo setor saúde e simples espacialização e distribuição de doenças, doentes e serviços circunscritos à atuação do Estado. Nessa perspectiva, a territorialização se articula fortemente com o planejamento estratégico situacional (PES), e juntos, se constituem como suporte teórico e prático da Vigilância em Saúde. O PES, proposto por Matus (1993), coloca-se no campo da saúde como possibilidade de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica. Contempla a formulação de políticas, o pensar e agir estratégicos e a programação dentro de um esquema teórico-metodológico de planificação situacional para o desenvolvimento dos Sistemas Locais de Saúde. Tem por base a teoria da produção social, na qual a realidade é indivisível, e tudo o que existe em sociedade é produzido pelo homem. A análise social do território deve contribuir para construir identidades; revelar subjetividades; coletar informações; identificar problemas, necessidades e positivities dos lugares; tomar decisão e definir estratégias de ação nas múltiplas dimensões do processo de saúde-doença-cuidado.

- Pesquisa proposta e realizada conforme dados coletados:

## **Caracterizar o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família na IX Região Administrativa - Ceilândia - Distrito Federal no período de 2007 a 2011.**

O intuito desta pesquisa foi o de analisar eventos que já tinham ocorrido utilizando os métodos de pesquisa bibliográfica que tem por objetivo conhecer as diferentes contribuições científicas acerca do tema para assim caracterizar o território e a rede de atenção à saúde na Ceilândia, mapear a condição da ESF e analisar de que forma ela está organizada dentro do território. Para atingir os objetivos deste estudo a coleta dos dados secundários foi feita com base em pesquisa bibliográfica realizada durante o período de maio e junho de 2013, nas bases de dados como Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, Scientific Electronic Library Online –SCIELO e legislações e publicações do Ministério da Saúde (MS). Utilizando como descritores Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde. Na análise documental acerca da constituição sócio histórica da saúde da família em Ceilândia foram utilizados dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O Sistema foi criado em 1998 para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do PSF. Por meio dele obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde.

## **Caracterização do território e da Rede de Atenção à Saúde de Ceilândia**

A Região Administrativa Ceilândia possui cerca de 400 mil habitantes. Criada há mais de quarenta anos para resolver problemas de distribuição populacional a Ceilândia é a localidade do Distrito Federal com maior densidade urbana. A RA IX foi criada pela Lei n.º 49/89 e o Decreto n.º 11.921/89, por desmembramento da RA III - Taguatinga.

De acordo com a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan) de 2011 a Ceilândia possui uma área urbana de 29,10 Km<sup>2</sup> e está subdividida em diversos setores:

Ceilândia Centro, Ceilândia Sul, Ceilândia Norte, P Sul, P Norte, Setor O, Expansão do Setor O, QNQ, QNR, Setores de Indústria e de Materiais de Construção e parte do INCRA (área rural da região administrativa), setor Privê. A taxa de crescimento demográfico entre 2004 e 2010 é de 3,1%, maior que a do DF (2,3%), devido, em grande parte, ao surgimento dos condomínios, ainda em fase de regularização, como o Sol Nascente e Pôr do Sol. A cidade comporta 13.689 habitantes por km<sup>2</sup> (o Distrito Federal comporta 9.701/ km<sup>2</sup>).

Atualmente a Regional de Saúde de Ceilândia conta com um Hospital Regional da Ceilândia (HRC) com especialidades do ambulatório como cardiologia, cirurgia geral, clínica médica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia/obstetrícia, hemoterapia, homeopatia adulto, mastologia, nefrologia, neurologia, odontologia, oftalmologia, oncologia adulto, oncologia cirúrgica, ortopedia, pediatria, pneumologia, proctologia, reumatologia, terapia ocupacional e urologia. Emergência com clínica médica, ginecologia e obstetrícia, ortopedia e pediatria. Clínicas de internação de berçário, centro cirúrgico, centro obstétrico, clínica médica, maternidade, pediatria, pronto-socorro de ginecologia e obstetrícia e UTI.

Com relação às Unidades de Saúde Vinculadas, a Ceilândia conta com 12 unidades de saúde onde são oferecidos diversos tipos de tratamentos com atendimentos em ações básicas.

Aos dados informados pela Gerência de Monitoramento e Avaliação/DIGAPS/SAPS/SES/DF foram acrescentadas, para fins de análise e comentários da realidade de cobertura, três colunas à tabela, nas quais foram inseridas informações sobre o número de equipes, população de referência e cobertura com base nos parâmetros da Política Nacional. Tomando como base o limite máximo de 4500 pessoas a serem atendidas por equipe de saúde família, o quantitativo efetivo de equipes existentes nos anos analisados e a população cadastrada no SIAB, podemos verificar algumas discrepâncias nos dados de cobertura. Isso pode ser verificado em 2007, 2008, 2010 e 2011, quando o número de pessoas cadastradas no Sistema foi inferior ao número de pessoas a serem atendidas pelo número de equipes existentes; e em 2009, quando houve redução no

número de equipes e aumento no número de pessoas cadastradas no Sistema. Essa observação só é possível quando aplicados os parâmetros da Política Nacional, que limita o número de pessoas por equipe, nesse mesmo ano a cobertura seria de 1.08 e não 1.27, o que significaria que cerca de 740 pessoas não estariam contabilizadas como população atendida.

Para uma cobertura de 100% da população, se aplicados os parâmetros da Política Nacional de 4500 habitantes por equipe, no ano de 2007 seriam necessárias aproximadamente 86 equipes, para o ano de 2008 aproximadamente 90 equipes, para os anos de 2009 e 2010 que possuem a mesma quantidade de habitantes aproximadamente 92 equipes e em 2011 aproximadamente 89 equipes. Considerando que os anos de 2009 e 2011 obtiveram o maior número de equipes implantadas percebe-se que ainda são insuficientes para se ter uma cobertura completa de ESF na Ceilândia. A partir desses dados é possível levantar algumas questões que poderiam ser melhores entendidas através de estudos futuros como, por exemplo, o motivo do DF não priorizar a ESF na Ceilândia e quais poderiam ser as dificuldades de implantação dessas equipes.