



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Signor, Eduarda; Ribeiro, Rodrigo Verzeletti; Gomes, Iris Elizabete Messa; Kessler, Marciane; da Silva, Luiz Anildo Anacleto; Weiller, Teresinha Heck. Os desafios da gestão pública de saúde: alternativas na organização dos serviços de saúde. Biblioteca Lascasas, 2014; 10(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0797.php>

**OS DESAFIOS DA GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE:
ALTERNATIVAS NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS
DE SAÚDE**

Autores:

Eduarda Signor, Rodrigo Verzeletti Ribeiro, Iris Elizabete Messa
Gomes, Marciane Kessler, Luiz Anildo Anacleto da Silva,
Teresinha Heck Weiller

Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul,
Brasil

Correo electrónico: eduardasignor@hotmail.com

Resumo

Neste projeto busca-se compreender quais são os principais desafios na gestão, organização e estruturação dos serviços de saúde em um município do norte do estado do Rio Grande do Sul com população aproximadamente de 21 mil habitantes. O estudo que se pretende realizar se caracteriza como uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, tipo estudo de caso. Os sujeitos da pesquisa serão os trabalhadores atuantes em um Centro de Atendimento em Saúde. Na apreciação dos dados, utilizar-se-á a análise de conteúdo. Consciente do que representa a dimensão ética na pesquisa, o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria e serão tomados todos os cuidados que permeiam esta atividade, será observado rigorosamente o que consta na Resolução 466/12 do Ministério da Saúde. Descritores: Gestão em saúde; Processo de trabalho; Educação permanente em saúde.

Abstract (The challenges of management of public health: alternatives in the organization of health services)

In this project we seek to understand what are the main challenges in the management, organization and structuring of health services in a municipality in the northern state of Rio Grande do Sul with a population of approximately 21,000 inhabitants. The study to be achieved is characterized as a qualitative, descriptive and exploratory, case study. The subjects will be active workers in a Health Care Centre in In assessing the data, content analysis will be used. Aware of what is the ethical dimension of research, the project will be referred to the Ethics Committee of the Federal University of Santa Maria and will be taken every care that permeate this activity, will be strictly adhered to as set out in the Resolution 466/12 of the Ministry of Health.

Key words: Health management; Health education; Primary health care.

INTRODUÇÃO

As unidades básicas de saúde desempenham o papel de atendimento primário à população/usuário, onde são realizados de baixa complexidade. Os principais procedimentos realizados são: verificação de sinais vitais, curativos, atendimento médico, odontológico, consulta de enfermagem e demais atendimentos primários. Já nos hospitais, são atendidos pacientes com necessidades mais abrangentes, tornando-se indispensável à realização de serviços mais especializados.

Por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, os usuários são encaminhados aos atendimentos de média e alta complexidade em hospitais, sendo na maioria das vezes, atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF), desempenham um papel importante no encaminhamento da população para os hospitais, diminuindo as taxas de internações hospitalares com procedimentos que, na maioria das vezes são solucionados na atenção básica.

Presume-se que uma atenção primária de qualidade ofertada de forma adequada, pode evitar ou reduzir a frequência de hospitalizações por algumas condições clínicas/cirúrgicas de baixa complexidade. Assim, níveis elevados de internações nos hospitais, por condições sensíveis a atenção primária podem indicar baixo acesso e uso dos serviços de atenção primária ou oferta de atenção primária de baixa resolutividade/qualidade¹.

Em 1988, é criada, pela Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS), criam-se também Leis Orgânicas da Saúde, com o intuito de modificar a situação de desigualdade na assistência à Saúde, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer pessoa, sendo banido qualquer tipo de cobrança em dinheiro pelo serviço, sob qualquer pretexto (BRASIL, 1990). O SUS é destinado a todos os indivíduos, e é custeado com fundos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal².

O SUS tem como objetivo tornar-se um considerável instrumento de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde dos cidadãos, proporcionando serviços com qualidade apropriada às necessidades, independente do poder aquisitivo do usuário. O SUS se propõe a promover à saúde, dando prioridade as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação, assim como o controle da qualidade da medicação, da alimentação, de exames, sanidade e adequação de instalações que atendem ao público².

O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado, quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região².

Os municípios desempenham o papel mais importante deste processo, em função das características de descentralização adotadas pelo governo federal e estadual. Cada município da federação é responsável pela gestão, ou seja, o controle, o planejamento bem como a execução da maioria dos serviços em saúde³.

O trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos dentro deste pacto considerou algumas diretrizes que ressaltam o comprometimento entre os gestores do SUS com a estabilidade da Reforma Sanitária Brasileira, evidenciada no amparo dos princípios do Sistema Único de Saúde assegurado na Constituição Federal; elaborar e vincular ações, no seu âmbito de aptidão

e concomitante com os demais gestores, que visem qualificar e garantir o Sistema Único de Saúde como política pública⁴.

Para que os serviços de saúde sejam resolutivos em suas áreas de abrangência necessitam de infraestrutura que contenham em quantidade e qualidade: materiais e equipamentos, trabalhadores, organização para a atenção primária, secundária e terciária de saúde e, principalmente, a configuração do processo de trabalho.

Grande parte dos gestores da saúde pública do Brasil encontra sérias dificuldades em seu processo de trabalho, para tentar solucionar os problemas, sofrimentos e urgências dos usuários do Sistema Único de Saúde. Por muitas vezes, são obrigados a reprimir demandas, pois com um diagnóstico precoce e ações preventivas, evitariam um agravamento da situação, assim priorizando casos com maior urgência e sofrimento, devido à escassez de recursos⁴.

Os serviços de saúde ainda estão centrados no modelo curativo, de atenção a saúde com ênfase na resolução de ‘doenças’. Nestes casos, o processo de trabalho fica concentrado em uma tríade que se concentra nas consultas médicas, exames e medicalização. A prevenção de doenças e agravos, hipertensão, diabetes, acidentes de trabalho, e em sendo uma região agrícola a educação em saúde para o uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual.

Existem diferentes realidades municipais as quais colocam os gestores em saúde frente a vários desafios na busca de garantia da atenção universal, equitativa e integral, como: financiamento aquém do necessário, ausência de redes integradas de serviços, problemas na pactuação dos serviços contratados e conveniados, baixa sustentabilidade política e institucional, problemas na fixação de pessoal. Nessa perspectiva há a necessidade de se fazer avançar as lógicas que orientam os pactos entre os gestores dos serviços de saúde, criticando racionalidades produtivistas e resgatando uma matriz de valores em que o eixo principal seja o compromisso, a responsabilidade solidária e compartilhada⁵.

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade a realização de ações terapêuticas de saúde, na qual aponta como objeto, indivíduos ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos necessitando medidas curativas, assim como a preservação da saúde e prevenção das doenças. Os instrumentos de intervenção utilizados constam do saber em saúde, que se utiliza de processos e formas, equipamentos e instrumentos, na qual o produto final é a própria prestação da assistência de saúde, ao mesmo tempo em que é produzida é consumida⁶.

O processo pensar, planejar e gerenciar resulta da interação e, as estratégias de gestão são ações que criam possibilidades de gerenciar os processos de trabalho em saúde em novo curso, arrojado e democrático, num todo interdependente, interconectado. Assim, a gestão do trabalho em saúde não pode ser conceituada, simplesmente tecnicista, já que envolve modificação nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nos indivíduos⁷.

Nesse contexto os gestores não têm a função de conduzir os indivíduos para realizar mudanças, mas sim de criar espaços organizacionais que influenciem, suportem e alavanquem a imaginação e a iniciativa de todos os níveis e, assim, estimular o método de mudança através da equipe envolvida no seu processo de trabalho⁷.

Em relação aos municípios que fazem parte da 15ª Coordenadoria Estadual de Saúde, estudos desenvolvidos, mostram que os principais desafios encontrados estão relacionados a ‘falta de comprometimento das equipes’; ‘carência de profissionais técnicos’; infraestrutura deficiente na atenção básica’; ‘falta de materiais e

equipamentos'; 'problemas de acesso, acolhimento e humanização na aos usuários'; 'formas de organização da atenção a saúde'⁸.

A lógica da sociedade capitalista, na qual predominam as políticas neoliberais de mercado, define que os trabalhadores sejam cada vez mais qualificados, mais produtivos e gerem mais-valia às instituições. Nestas, a configuração da organização dos serviços destina-se a estabelecer formas de controle dos trabalhadores, onde o processo de trabalho é concebido a partir das atividades a serem realizadas, em que se busca produtividade com qualidade, economia e segurança. Após 2003, no Brasil, foi instituída como política pública, a qual é compreendida como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”. Sua concretização depende que os processos educativos dos trabalhadores da saúde tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo que pode ser considerada como orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos sujeitos-trabalhadores e das estratégias de transformação das práticas de saúde⁸.

As formas de organização dos processos de trabalho ultrapassam o gerenciamento por áreas (produtos, serviços) e atendimento à demanda espontânea. São mais integras na medida em que promovem a integração setorial e ações intersetoriais orientadas por políticas públicas saudáveis⁹.

Complementarmente, entende-se que a padronização dos procedimentos, seja uma das formas de qualificar a atenção e a gestão, constituindo-se em um importante instrumento gerencial de apoio a tomada de decisão do enfermeiro, indica como acontece à organização do serviço de enfermagem. Para os sujeitos, o Procedimento Operacional Padrão (POP) permite que todos os trabalhadores prestem cuidados padronizados para os usuários dentro dos princípios técnicos e científicos e ainda contribui para dirimir distorções adquiridas na prática e, paralelamente, constituindo-se em uma importante estratégia de educação em saúde. A utilização dos POP mostra a organização do serviço de enfermagem através de diretrizes detalhadas que apresentam o atendimento indicado para situações específicas, que resultarão em melhoria de seus processos e resultados¹⁰.

Em 9 de junho de 2003, é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, pelo Decreto nº 4.726, e reformulada pelo Decreto Presidencial nº. 5841 de 13/07/06, a Secretaria de Gestão Participativa (SGEP), responde pela gestão federal SUS, no que se refere à formulação de políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores da saúde¹¹.

A natureza política e descentralizada do SUS exige do governo políticas específicas que garantam o acesso à melhoria da qualidade das ações de saúde. Nessa direção, equacionar as questões de recursos humanos é fundamental. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETES) desenvolve ações para o fomento de políticas para a formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho no SUS¹².

A SGETES desenvolve políticas e programas que buscam assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, impondo à função da gestão do trabalho e da educação a responsabilidade pela qualificação dos trabalhadores e pela organização do trabalho em saúde, constituindo novos perfis profissionais com condições de responder às necessidades de saúde da população, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS¹².

A SGETES tem como principais finalidades, dentre outras: promover a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; elaborar e propor

políticas de formação e de desenvolvimento profissional para essa área; planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área da saúde; promover a articulação com órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e os movimentos sociais, tendo em vista a formação, o desenvolvimento profissional e o trabalho no setor Saúde; promover a integração dos setores da Saúde e da Educação para fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área; planejar e coordenar ações, visando à integração e ao aperfeiçoamento da relação entre as gestões federal, estaduais e municipais do SUS, relativos a planos de formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área da saúde; planejar e coordenar ações destinadas a promover a participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços e a regulação das profissões de saúde; planejar e coordenar ações visando à promoção da educação em saúde, ao fortalecimento das iniciativas próprias do movimento popular no campo da educação em saúde e da gestão das políticas públicas de saúde¹¹.

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) também são órgãos integrantes da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde¹¹.

O DEGES é o responsável pela proposição e formulação de políticas relativas: à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade; à capacitação de profissionais de outras áreas da saúde, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor Saúde; à interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre saúde para formação da consciência sanitária. Esse departamento responsabiliza-se, da mesma forma, pela cooperação técnica, financeira e operacional com estados e municípios, com instituições formadoras, com organizações de educação popular em saúde dos movimentos sociais e com outras entidades envolvidas com formação, desenvolvimento profissional, educação permanente e educação popular¹¹.

O DEGERTS é o responsável, fundamentalmente, pela proposição, pelo incentivo, pelo acompanhamento e pela elaboração de políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde. É do âmbito também desse departamento a negociação do trabalho em saúde junto aos segmentos do governo e dos trabalhadores no que se refere à gestão, à regulação e à regulamentação do trabalho, a fim de estruturar uma efetiva política de gestão do trabalho nas esferas federal, estadual e municipal, envolvendo os setores público e privado que compõem o sistema e, assim, contribuir para a promoção da melhoria e humanização do atendimento ao usuário¹¹.

Com o objetivo primordial de implantação do SUS, o Governo Federal, vem propondo uma série de estratégias de qualificação a atenção em saúde, tais como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, O Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada; Política Nacional de Humanização, acolhimento com avaliação de risco^{13,14}.

Presentemente no Brasil, a assistência em saúde aos sujeitos-usuários desenvolvem-se em uma diversidade de ações, de acordo com as políticas/programas, a atenção a estes ocorre em diferentes níveis de complexidade em distintas instituições/locais, sejam estas públicas ou privadas, com estruturas e diferentes níveis de complexidade a qual busca ser resolutivo nos problemas de saúde, com o estabelecimento de inter-relações entre as diversas áreas e profissões, o qual se caracteriza por ser um trabalho que se constrói coletivamente.

A partir desta década, a Educação Permanente em Saúde, passa ser política de estado, a qual visa entre tantos objetivos à qualificação dos sujeitos trabalhadores como forma de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta, prevê-se que além de projetar as formas de cuidar preconiza-se também a mudanças nas formas de ensinar e aprender¹³.

Parte-se da concepção que a educação permanente em saúde possa contribuir para melhorar a formação e, conseqüentemente, fortalecer o SUS, o desenvolvimento dos sujeitos-trabalhadores, o fortalecimento e desenvolvimento das instituições de saúde, assim como contribuir na gestão dos sistemas, e complementarmente potencializar outras políticas de saúde, como acolhimento, humanização, clínica ampliada¹³. Embora, não suficientemente clara, na EPS propõe-se a utilização de teorias educativas que possam sustentar ações educativas nos espaços de trabalho, ou seja, no processo de trabalho, vale dizer, que este, se constrói a partir dos problemas encontrados na realidade do trabalho, porquanto, se preconiza que as ações do processo de trabalho, de gestão, atenção e educação possam ser articuladamente desenvolvidas e que, desta forma projetada e executada, possam ser reciprocamente fortalecidos, gerando o empoderamento pessoal, institucional e comunitário^{15,16}.

Na perspectiva da EPS, aproximar a educação do cotidiano de trabalho é potencialmente profícuo pois o ambiente de trabalho, é também um espaço de aprendizado. Entende-se que as ações diárias de trabalho e as situações vivenciadas ao serem analisadas de forma crítica e reflexiva possam valorizar o processo de trabalho. A introdução ou a modificação de uma prática organizativa nos serviços de saúde implica em trabalhar não apenas no desenvolvimento de novas habilidades específicas, mas, sobretudo, os contextos que mantêm e alimenta as práticas de saúde^{17,14}.

Para se produzir mudança nas práticas e, sobretudo, para modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática via arcabouço teórico, ou seja, a teoria é experimentada nas práticas e as práticas são aperfeiçoadas nas teorias. Desta forma, projeta-se que a Educação Permanente seja uma das alternativas para produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão e avaliação dos processos de trabalho. A avaliação acompanha cada fase, do monitoramento do processo, a análise dos resultados e do alcance dos propósitos formulados¹⁴.

Prevê-se com a política de EPS, ações educativas descentralizadas, ascendentes, descendentes e transdisciplinares, isto é, envolvem sujeitos, locais, concepções, estratégias e diferentes saberes. Portanto, busca-se via EPS democratizar os espaços de trabalho, ao inserir/interagir novos conceitos de gestão e atenção.

A proposta ministerial busca mudanças significativas e profundas, pois tem uma política nacional de formação de profissionais, principalmente a partir da constituição dos Pólos de Educação Permanente em educação para a consolidação do SUS, com elaboração de projetos de mudanças em educação técnica, na graduação, pós-graduação, programas de residências, entre outras. Como se pode perceber, a proposta ministerial é ampla e busca mudanças significativas no ensino formal e não formal¹³.

Preconiza-se, também, a articulação e a coordenação de estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde. Assim como também, o incentivo a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao

desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação^{17,14}.

Em relação a objeto de estudo desta pesquisa, neste procurar-se-á conhecer as especificidades locais do serviço de saúde e quais são os principais desafios na gestão pública desses serviços e como as ações educativas podem contribuir no processo de gestão e atenção a saúde. A questão de pesquisa busca responder: quais são os principais desafios na gestão, organização e estruturação dos serviços de saúde e, sobretudo, no processo de trabalho.

OBJETIVOS

Geral

- Compreender quais são os principais desafios na gestão do serviço de saúde;

Específicos

- Entender como está organizado e estruturado o serviço;
- Compreender como se dá o processo de trabalho.
- Compreender como ocorre a educação na gestão e atenção.

JUSTIFICATIVA

O estudo se justifica pela necessidade de compreender os principais desafios na gestão, organização e estruturação dos serviços de saúde e, sobretudo, no processo de trabalho. A interrelação que se faz com a educação e a gestão deve-se ao fato de que no processo de trabalho é indicativo que se faça atenção, educação e gestão. A educação é uma das formas mais proeminentes de aperfeiçoamento da atenção e da gestão.

Para se realizar aprendizagem no trabalho, onde aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho do serviço de saúde depende de processos educativos aos trabalhadores da saúde para que tenham como foco a mudança nas práticas profissionais e da própria organização do trabalho¹⁸.

MÉTODO

Abrangência do estudo

A 15ª Coordenadoria Regional de Saúde, no norte do estado do Rio Grande do Sul envolve 26 municípios. Destes, apenas uma cidade tem população superior à 30 mil habitantes, outra com aproximadamente 21 mil; três municípios com cerca de 10 mil e os demais, com população inferior à 10 mil habitantes. Assim totalizando uma população regional de aproximadamente 160 mil habitantes¹⁹. Nessa região não se tem serviços de média e alta complexidade, com dois hospitais de médio porte, que não dispõem de serviço de emergência e nenhum leito de terapia intensiva. Seja para pacientes adultos ou serviços de pediatria. Os demais hospitais caracterizam-se pelo seu pequeno porte.

Pretende-se desenvolver o estudo em um município do norte do estado do Rio Grande do Sul, que compreende a 15ª CRS, com população aproximadamente de 21.285 mil habitantes¹⁹. Neste município, existem três Estratégias da Saúde e da Família (ESF) e um Centro de Atendimento Municipal em Saúde, com atendimento 24 horas. Há um

hospital de pequeno porte, onde se atende baixa complexidade e não dispõe de serviço de emergência e nenhum leito de terapia intensiva, seja adulto ou pediátrico.

Tipo de estudo

O estudo que se pretende realizar pode ser caracterizado como uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória²⁰, tipo estudo de caso²¹. Os sujeitos da pesquisa serão os gestores municipais de saúde e trabalhadores atuantes na Unidade Básicas de Saúde e as Estratégias da família (médicos, odontólogos, enfermeiros e técnicos de enfermagem).

Amostra

O número de entrevistados será entendido como saturado, quando suficientemente der conta de responder o objetivo da pesquisa definido, quando o objetivo da pesquisa foi respondido. Na apreciação dos dados, utilizar-se-á a análise de conteúdo²².

Critérios de Inclusão e exclusão

Foram selecionados trabalhadores de saúde atuantes no serviço de saúde pesquisado há pelo menos seis meses, pois se justifica que esse tempo seja adequado para vivenciar questões que envolvam a EPS. E excluídos profissionais que estavam afastados por algum motivo.

Instrumentos de coleta de dados

Pretende-se utilizar-se de entrevista gravada em um sistema digital, com questões semi-estruturadas. A entrevista semi-estruturada²³, constitui-se em dos principais meios a ser utilizado na coleta de dados, em razão que essa técnica valoriza a presença do investigador.

Aspectos éticos

Conscientes do que representa a dimensão ética na pesquisa, neste estudo serão tomados todos os cuidados que permeiam esta atividade. Portanto, será observado rigorosamente o que consta na Resolução 466/12 do Ministério da Saúde, registro do projeto de pesquisa no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa e, posteriormente o encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. O roteiro da entrevista e o questionário foram construídos de forma a preservar os participantes de maneira que não permita a identificação do respectivo respondente. A todos os respondentes será solicitada a assinatura do Termo de Confidencialidade Livre e Esclarecido.

Os benefícios esperados estão em conhecer de forma mais apropriada os desafios na gestão dos serviços de saúde. O instrumento de pesquisa foi construído de forma que possa minimizar os respondentes de possíveis riscos, sejam físicos, psicológicos ou de exposição social. Convencionou-se assegurar aos participantes, nenhum constrangimento, físico, intelectual ou moral dela decorrente. Embora todo o cuidado adotado entende-se que mesmo mínimos, haja a possibilidades de riscos. Estes podem ser decorrentes da exposição pessoal e/ou institucional, lembranças de situações e/ou fatos e gerarem algum tipo de desconforto. Em casos como estes, o coordenador do projeto, estará à disposição para mediar e dar os devidos encaminhamentos sejam estes de aspectos legais e/ou assistenciais.

CRONORAMA

Atividades	2013/2014												
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Revisão de literatura.	x	x											
Anteprojeto	x		x	x									
Solicitação de autorizações institucionais dos locais de pesquisa.		x		x									
Encaminhamento ao comitê de ética em pesquisa.				x									
Reformulação do projeto de pesquisa				x									
Capacitação dos pesquisadores					x								
Abordagem e aplicação dos instrumentos de pesquisa						x	x	x	x				
Devolução para validação										x			
Codificação, categorização e análise das estruturas de respostas.						x	x						
Análise e discussão dos resultados								x	x	x			
Relatórios parciais											x	x	
Relatório final e de artigos científicos													x
Apresentação e defesa do relatório de pesquisa (TCC)													x
Devolução dos resultados ao município													x

Os dados foram devolvidos ao Secretário de Saúde do Município logo após a finalização do projeto.

ORÇAMENTO

Materiais para consumo	Quantidade	Valor (R\$)
Gravador	01	100,00
Impressão	50	05,00
Caneta	01	03,00
Sub-total (1)		108,00
Desenvolvimento de recursos humanos	Quantidade	Valor
Transporte	20	200
Alimentação	10	200
Subtotal (2)		400
Total: subtotal (1)+ subtotal (2)		508,00

Os custos decorrentes deste estudo serão de responsabilidade do autor do projeto.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

É admitido limitações do estudo, porém não podendo realizar generalizações visto que o presente projeto foi desenvolvido em um único município, com determinada realidade econômica, cultural e com processo de trabalho único. É evidenciado diversas fragilidades de gerenciamento, no que se refere à organização e estruturação do serviço, além do mais, que ações educativas são deixadas em segundo plano.

REFERÊNCIAS

- 1 Boing AF; *et al.* Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. 2011. Rev Saúde Pública 2012;46(2):359-66
- 2 Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.080. Brasília: 1990.
- 3 Souza JS.; Stein AT. Vigilância sanitária de uma cidade metropolitana do sul do Brasil: implantação da gestão plena e efetividade das ações. 2008. Ciência & Saúde Coletiva, 13(2):2225-2238, 2008
- 4 Ministério da Saúde (BR). Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: 2006.
- 5 Ditterich RG.; Moysés ST.; Moysés SJ. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(4):615-627, abr, 2012
- 6 Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: AnnaBlume/CNTSS, 2008.
- 7 Medeiros AC *et al.* Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 jan-fev; 63(1): 38-42.
- 8 Silva LAA, *et al.* Seminários integrativos d educação permanente em saúde: a experiência com os municípios da região norte do Estado do Rio Grande do Sul. In Vial RM.; Plein FB.; Machado ME. A política de educação permanente em saúde: avanços e desafios. Porto Alegre: Floriprint. 2010.
- 9 O'Dwyer G, *et al.* Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. Ciência & Saúde Coletiva, 15(3):3351-3360, 2010.
- 10 Almeida ML, *et al.* Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011; 20 (Esp): 131-7.
- 11 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2012.

- 12 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. SGTES, Políticas e Ações. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2011.
- 13 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. A educação Permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- 14 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- 15 Kleba ME. Descentralização do sistema de saúde no Brasil. Limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó: Argus, 2005.
- 16 Teixeira MB. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.
- 17 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- 18 Silva LAA.; Ferraz F.; Lino MM.; Backes VMS.; Schmidt SMS. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 set;31(3):557-61.
- 19 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): cidades. 2012. Disponível no site: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acessado em 25.05.2014.
- 20 Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1997.
- 21 Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª edição. Porto Alegre: Bookman. 2005.
- 22 Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011.
- 23 Trivinos AN. Introdução á pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas, 1987.