

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO

THAÍS EULÁLIA DOS REIS

**MÉTODO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO CENTRO DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE**

BELO HORIZONTE

2015

THAÍS EULÁLIA DOS REIS

**MÉTODO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO CENTRO DE SAÚDE
DE BELO HORIZONTE**

Monografia apresentada ao programa de Especialização do Núcleo de Informação Tecnológica e Gerencial – NITEG, no curso Gestão Estratégica da Informação da Escola de Ciência da Informação, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do certificado de Especialista em Gestão Estratégica da Informação.

Linha de Pesquisa: Produto Informacional

Orientadora: Prof^a Dra. Terezinha de Fátima Carvalho de Souza

BELO HORIZONTE

2015

R375m Reis, Thaís Eulália dos.

Método de dispensação de medicamentos no centro de saúde de Belo Horizonte [recurso eletrônico] / Thaís Eulália dos Reis. - 2015.

1 recurso online (73 f. : il., color.) : pdf.

Orientadora: Terezinha de Fátima Carvalho de Souza

Monografia (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Ciência da Informação.

Referências: f. 62-64.

Apêndices: f. 65-66.

Anexo: f. 67-73.

Exigências do sistema: Adobe Acrobat Reader.

1. Gestão da qualidade total – Assistência farmacêutica. 2. Serviços de saúde pública – Belo Horizonte (MG). 3. Organização da informação. 4. Gestão do conhecimento. I. Título. II. Souza, Terezinha de Fátima Carvalho de. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Ciência da Informação.

CDU: 658.562

Ficha catalográfica: Rosimeire Silva Campos de Lima CRB:6/3145

Biblioteca Profª Etelvina Lima, Escola de Ciência da Informação da UFMG.



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Ciência da Informação
Núcleo de Informação Tecnológica e Gerencial

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão Estratégica da Informação, intitulado "**Método de dispensação de medicamentos no centro de saúde de Belo Horizonte**" autoria de **Thaís Eulália dos Reis** aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Terezinha de F. C. de Souza

Profa. Dra. Terezinha de Fátima Carvalho de Souza
Escola de Ciência da Informação – UFMG
Orientadora

Jorge Tadeu de Ramos Neves

Prof. Dr. Jorge Tadeu de Ramos Neves
Escola de Ciência da Informação – UFMG

nota = 85 (aprovado e final)

Data da aprovação: Belo Horizonte, 06 de agosto de 2015

DEDICATÓRIA

Aos meus avós, Lucimara, Neida, minha irmã Milena e amigos que sempre com muito amor e carinho me acompanham e incentivam nas realizações dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por está ao meu lado em todos os momentos e me capacitando para realizações nas ações diárias da vida.

Á professora Terezinha de Fátima, pela disponibilidade, carinho e paciência na maneira de acompanhar e orientar, pois seu auxílio foi essencial na elaboração desta pesquisa.

Á minha avó *Maria da Conceição dos Santos* por ser minha base em minha formação pessoal, ao meu avô Gumerçindo Batista dos Santos pelo incentivo na busca do conhecimento, à Neida por me cuidar e dar carinho durante toda minha vida, à Lucimara por estar comigo desde o princípio, Milena pela motivação e sabedoria.

Agradeço a equipe de profissionais do centro de saúde em estudo, por possibilitar a troca de experiência e a oportunidade de conviver na diversidade da realização dos seus trabalhos.

Finalmente, a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Este trabalho apresenta o método alternativo de dispensação de medicamentos em um centro de saúde de Belo Horizonte como estratégia de humanização e da gestão de qualidade e informação do Sistema Único de Saúde - SUS. Trata-se de uma pesquisa descritiva que utilizou o método de investigação bibliográfica, documental e de campo. Apresenta o resultado das entrevistadas com uma amostra de 14 técnicos de enfermagem que utilizam o referido método, após a revisão de literatura sobre o que os autores ressaltam sobre humanização e gestão de qualidade e informação, bem como a atividade de dispensação. Os resultados das entrevistas e as observações realizadas possibilitam concluir a estratégia da gestão de qualidade e da informação, da humanização na instituição atendendo às Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS, a qualidade da atenção à saúde com domínio de tecnologias e de produção de conhecimento para uma sociedade mais justa, equilibrada e saudável. A criatividade da autora em dividir o Kit doado em quatro partes que sinalizam o horário do dia que o paciente deve tomar o medicamento; a utilização dos desenhos para identificar esses horários, bem como a influência das tarefas internas da farmácia e externas da equipe do PSF que determinam uma administração participativa e humanizada.

Palavras-chave: Humanização; Gestão da Qualidade e da Informação; Dispensação de medicamentos; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This paper presents the alternative method of dispensing drugs in a Belo Horizonte health center as humanization strategy and quality of management and information of the Unified Health System - SUS. It is a descriptive research that used the literature search method, documentary and field. Presents the results of the interviewees with a sample of 14 nursing technicians using the above method, after the literature review on which the authors point out on humanization and quality management and reporting as well as the dispensing activity. The results of the interviews and observations enable complete quality management strategy and information, humanization in the institution meeting the guidelines of SUS Labor Development Policy, a health care quality with technology domain and production knowledge to a more just, balanced and healthy society. The creativity of the author to divide the Kit donated into four parts that indicate the time of day that the patient should take the medicine; the use of the drawings to identify these times as well as the influence of internal and external tasks of pharmacy of FHP team that determine a participatory and humane administration.

Keywords: Humanization; Quality Management and Information; Dispensing drugs; Health System.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO ESTADUAL DA PNH	24
FIGURA 2 - O CICLO PDCA	29
FIGURA 3 – GESTÃO DA QUALIDADE.....	30
FIGURA 4 - PLANO NACIONAL DA QUALIDADE	30
FIGURA 5 - DISTRITOS SANITÁRIOS DE BELO HORIZONTE E DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS BÁSICAS DE BELO HORIZONTE	35
FIGURA 6 - ESQUEMA DAS ETAPAS DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS SEGUNDO O MINISTÉRIO DA SAÚDE	42
FIGURA 7 - POLÍTICA DE MEDICAMENTOS.....	44
FIGURAS 8 E 9 - MÉTODO ALTERNATIVO DE DISPENSAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE	57

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - FAIXA ETÁRIA DOS ENTREVISTADOS	54
--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - CONCEITOS DE CUIDADO	27
QUADRO 2 - ALGUMAS IDEIAS DE PETER DRUCKER SOBRE A MUDANÇA DE PARADIGMAS .	33
QUADRO 3 - Os OITOS PONTOS DA QUALIDADE HOSPITALAR	36
QUADRO 4 - DADOS QUE DEVEM ESTAR REGISTRADOS (SMS-BH,2004)	45
QUADRO 5 - ASPECTOS LEGAIS EXIGIDOS EM UMA PRESCRIÇÃO MÉDICA	49
QUADRO 6 - ORIENTAÇÕES BÁSICAS AO PACIENTE	49

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	–	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
CS	–	CENTRO DE SAÚDE
ESF	–	EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
FAMIG	–	FACULDADE MINAS GERIAS
GQ	–	GESTÃO DE QUALIDADE
JUSE	–	JAPANESE UNION OF SCIENTISTS AND ENGINEERS
OMS	–	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
NFS	–	NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA
PBH	–	PREFEITURA DE BELO HORIZONTE
PDCA	–	CICLO PDCA (PLANEJAR, FAZER, VERIFICAR E AGIR)
PE	–	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO
PNAF	–	POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
PNHAH HOSPITALAR	–	PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
PNM	–	POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS
PNQ	–	PLANO NACIONAL DE QUALIDADE
PSF	–	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
QT	–	QUALIDADE TOTAL
SUS	–	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SMSA	–	SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UBS	–	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Problema de Pesquisa	16
1.2 Objetivos	17
1.2.1 Objetivo geral	17
1.2.2 Objetivos específicos.....	17
1.3 Justificativa.....	17
1.4 Estrutura	20
2 REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1 Humanização	21
2.1.1 Considerações sobre a Humanização no mundo organizacional.....	21
2.2 Gestão da Qualidade.....	28
2.2.1 Gestão da Qualidade na Saúde Pública	34
2.3 Gestão da informação.....	37
2.4 Dispensação	41
2.4.1 Assistência Farmacêutica e Política Nacional de Medicamentos.....	41
2.4.2 Conceito de Dispensação.....	43
2.4.3 Objetivos da dispensação	45
2.4.4 Principais Atividades da Dispensação.....	45
2.4.5 Atendimento e arquivamentos das receitas.....	48
2.4.6. Orientações quanto aos procedimentos de dispensação do medicamento ao usuário	49
3 METODOLOGIA	51
3.1 Universo e Amostra	51
3.2 Coleta de Dados	52
3.3 Tratamento dos dados	53
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	54
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS.....	62

1 INTRODUÇÃO

O gerenciamento de informações é elemento fundamental e estratégico para o desenvolvimento adequado e para o aumento da produtividade em praticamente todas as atividades humanas. Informação e conhecimento estão ligados a poder na sociedade: tanto no sentido de poder realizar, de potencialização das ações humanas como no sentido mais político do termo, ou seja, naquele que indica quem decide e as consequências que estas decisões geram. Portanto tanto aspectos técnicos como clareza e linguagem adequadas, infraestrutura informatizada, análise de meios de transmissão, como análises sociológicas e políticas fazem parte desse campo de atuação.

O Sistema Único de Saúde – SUS funciona com uma necessária estratégia regional de atendimento (parceria entre Estado e Municípios) que se denomina referencialização, significando que para cada tipo de enfermidade há um local de referência para o serviço, considerando-se que a entrada ideal do cidadão na rede de saúde é a atenção básica (postos de saúde, equipes da Saúde da Família, etc.)

Por isso, há também a hierarquização da rede nesse sistema, pois se entende que deve haver centros de referência para graus de complexidade de diferentes serviços, ou seja, quanto mais complexos os serviços, eles são organizados na seguinte sequência: unidades de saúde, município, polo e região (MS, 2010).

As questões sobre gestão da qualidade e da informação para profissionais de qualquer área da gestão são fundamentais visto que essas se aplicam ao conjunto de técnicas com objetivos racionais de aperfeiçoar o funcionamento das instituições, que hoje abrange também os ideais de um planejamento estratégico diante do que se quer realizar, ou seja, recursos necessários como financeiros, humanos, tecnológicos, insumos e informações. A previsão da situação geral do ambiente externo e interno da empresa é que vai definir os seus rumos. Para alterar o cenário e mesmo os objetivos gerais da empresa, a retroalimentação baseia-se em como a organização está, quais são os pontos

fortes e fracos e/ou como deveria estar o negócio.

Em relação à gestão da qualidade e à gestão da informação na área da saúde há um sistema denominado Notificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) que contém ferramentas que auxiliam o Sistema de Informação em Saúde (SIS), definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um mecanismo de coleta, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar e avaliar os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação, e inclusive recomendações para a ação. Conhecer os passos de cada uma das etapas de um Sistema de Informação é de fundamental importância para garantir não só a fidedignidade das bases de dados, mas também a permanência e plena utilização das mesmas (PORTAL DA SAÚDE, 2004).

No entanto, o atendimento humanizado é analisado pelos gestores municipais e estaduais que verificam quais instrumentos de atendimento as unidades de saúde possuem (ambulâncias, postos de saúde, hospitais, etc.). Não há hierarquia entre União, estados e municípios, mas há competências para cada um desses três gestores do SUS, pois a estratégica básica é a descentralização: a gestão do sistema de saúde passa para os municípios, com a consequente transferência de recursos financeiros pela União. Além da cooperação técnica, é uma experiência que vem se concretizando no processo de gestão participativa do Governo Federal e fortalecendo, principalmente a solução de problemas e desafios em relação a aspectos críticos na área de saúde para a consolidação de um atendimento SUS com o sucesso pretendido (BRALI, MS, 2010).

Diante dessas considerações, este estudo se reporta ao tema dispensação de medicamentos que tem a proposta de estocar e distribuir os medicamentos de forma organizada e precisa, no horário adequado e sempre de acordo com uma prescrição médica, permitindo um controle racional da utilização dos medicamentos. Para que isso ocorra é fundamental que as informações sejam tratadas e distribuídas de forma adequada e que exista uma gestão prática em seu processo (SANTOS, 2006).

O interesse em criar sempre novos procedimentos tem ocorrido na experiência de profissionais de saúde, como é o caso da equipe de enfermagem de uma Unidade Básica de Saúde – UBS de Belo Horizonte/MG, o objeto desta pesquisa, que devido à falta de controle sobre como o usuário obedece de forma eficaz as recomendações médicas, cria um método alternativo de dispensação de medicamentos para minimizar as notificações negativas de agravos à saúde geradas pelo SINAN.

1.1 Problema de Pesquisa

Com foco numa proposta de ação para as micro áreas no PSF (Programa de Saúde da Família) e na Atenção Primária à Saúde, a pergunta orientadora deste estudo pode ser assim contextualizada: A implantação de um método alternativo de dispensação de medicamentos para atender aos usuários de forma mais eficiente favoreceria o aumento de notificações positivas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) após o uso eficaz das medicações pós recomendações médicas?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Apresentar o método alternativo de dispensação de medicamentos para atender aos usuários de forma mais eficiente com vistas a favorecer o aumento de notificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de forma positiva após o uso eficaz das recomendações médicas.

1.2.2 Objetivos específicos

- Investigar sobre a gestão da qualidade e a gestão da informação que abrangem ideais de um planejamento estratégico para as organizações.
- Investigar sobre a gestão da qualidade e a gestão da informação na área de saúde que objetiva um atendimento humanizado.

- Investigar sobre as ações da tarefa de dispensação de medicamentos na farmácia da Unidade Básica – UBS.

1.3 Justificativa

Não se pode pensar na dispensação como uma simples função ou como a uma atividade que consiste apenas na entrega de medicamento. De acordo a atividade profissional exercida por farmacêuticos, enfermeiros e assistentes que lidam com a informação ao paciente, a dispensação deve caracterizar um ponto chave no processo operacional que permeia os cuidados de uma gestão prática e estratégica.

Cabe destacar também que a produção e disseminação de informações em saúde vêm se processando em um contexto fragmentado, com vários setores/órgãos/instituições gerindo a informação de modo desarticulado, colocando-se, assim, o desafio de avançar no sentido da intersetorialidade, superando a fragmentação das informações.

Diante disso, a APS tem uma importância significativa nos dias atuais por se constituir em um conjunto integrado de ações básicas que contribuem para o cuidado em saúde de uma forma ampla, incluindo ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento de enfermidades mais comuns e reabilitação.

Os medicamentos são utilizados para a prevenção e tratamentos de doenças, controle ou eliminar sinais sintomas, auxiliar nos diagnósticos e no controle da dor e sofrimentos das pessoas. Essa medida oferecida ao paciente de forma segura, eficaz com ética exigindo dos profissionais conhecimentos, habilidades de uma equipe multidisciplinar. Os pacientes e seus familiares também participar contribui para garantir a segurança do cliente. Os eventos adversos que estão ao uso terapêutico de medicamentos esses erros podem ser encontrados na prescrição, dispensação da farmácia, e administração. Itens que contribuem para ocorrência de eventos adversos, letra ilegível na prescrição, siglas abreviaturas, semelhança no rotulo e embalagens do medicamento, deficiência na padronização de medicamentos no hospital, checagem na prescrição de forma incorreta, ou ausência da checagem, déficit dos conhecimentos dos profissionais de saúde em relação à droga A continuação do cuidado seguro depende muito de uma boa comunicação entre as equipes multiprofissionais para assegurar assistência do paciente. Os familiares também contribuem para que essa comunicação possa aumenta a melhoria e segurança do paciente e torna resultados satisfatórios para ambos (MANUAL ENFERMAGEM, 2013).

Algumas recomendações que deve ser realizada para evitar erros na administração de medicamentos. Os medicamentos devem ser organizados de forma segura em local fácil acesso, com boa iluminação, com baixo nível de ruídos, boa ventilação. A equipe multidisciplinar deve conhecer bem os pontos certos para assegurar a prevenção de eventos adversos na administração de medicamentos, ou seja: medicamento certo, paciente correto, droga e dosagem correta, prescrição e checagem correta, ação certa que permite os efeitos colaterais (se houver) de forme ideal para o paciente. Evidentemente, a

continuação do cuidado seguro depende muito de uma boa comunicação entre os profissionais de saúde para assegurar uma boa assistência do paciente e os familiares também contribuem para que essa comunicação possa aumentar a melhoria e segurança do paciente e tornar resultados satisfatórios para ambos (MANUAL ENFERMAGEM, 2013).

Os pontos apontados acima se relacionam diretamente com a Gestão da Segurança, intimamente ligada à gestão da qualidade e à da Informação, visto que muitas vezes, devido à gravidade dos pacientes os profissionais não têm condições de controlar todos os aspectos que estejamos envolvidos, devido à variedade de intervenções que são submetidos esses pacientes. Os eventos adversos, quando não observados causam danos ao paciente e eles são desconsiderados pela instituição (CANO 2011).

Portanto, a necessidade de constatar esses riscos para a segurança do paciente em qualquer atividade de saúde é importante no sentido de listá-los e entendê-los diante da dinâmica dos profissionais. Cabe destacar que a adesão da melhora do cuidado nasceu a partir da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (RBESP) surgida pela criação da Rede internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente em 25 novembro de 2005 no Chile, ocorrida em reuniões promovida em Programa de Enfermagem em Unidade dos Recursos Humanos para a Saúde da Organização do Pan Americana da Saúde. Nestas reuniões eram discutidas ações prioritárias para o desenvolvimento da enfermagem para a melhoria da Segurança do Paciente. A rede de segurança do paciente no Brasil foi constituída em 14 de maio de 2008, em São Paulo.com meios para aumentar os conhecimentos dos profissionais da saúde. Ela é uma estratégia que aumenta o vínculo interação entre a equipe instituições, organizações e programas que possa interessar na melhoria continua do cuidado e a segurança do cuidado (CANO 2011).

1.4 Estrutura

Este trabalho contém as seguintes partes: referencial teórico para apresentar o que os autores ressaltam sobre gestão da qualidade e da informação com vistas ao processo de humanização, bem como a atividade de dispensação; descrição dos procedimentos metodológicos utilizados para a realização da investigação; a análise e a apresentação dos resultados e considerações finais.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Humanização

A saúde é direito de todos e dever do Estado e é função do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) desenvolver ações para que isso seja estabelecido (BRASIL,2004).

Desta forma, quando se fala em humanização, pensa-se na descentralização do atendimento e remete-se à necessidade de resgate de um atendimento mais humano que seja capaz de focar a dignidade das pessoas em situações de necessidade de cuidados ou atenção. (GALLO; MELLO, 2009).

2.1.1 Considerações sobre a Humanização no mundo organizacional

Vergara; Branco (2001) discutem algumas das questões referentes à humanização das empresas e justificam a premência e a possibilidade de sua viabilização.

Na conclusão desses autores é importante ressaltar a seguinte citação:

[...] parece acertado afirmar que, no século que se inicia, as empresas serão julgadas por seus compromissos éticos, pelo foco nas pessoas (empregados, clientes, fornecedores, concorrentes e cidadãos em geral) [...] se clientes fiéis e empregados talentosos compõem, sem dúvida, um grande diferencial competitivo, empresas humanizadas serão, cada vez mais, necessárias e possíveis (VERGARA; BRANCO, 2001, p. 29).

Pode-se entender que os posicionamentos que uma empresa assume podem ser vistos, cada vez mais, como uma estratégia em busca da diferenciação e da conquista de um mercado ainda mais competitivo, formado por indivíduos que buscam estabelecer uma relação de confiança com a empresa, por meio de vínculos que os façam acreditar naquilo que é dito, seja por meio de sua propaganda ou por meio de sua imagem institucional.

Essa consciência tem forjado uma mudança de foco: à gestão de resultados alia-se agora também a gestão por valor sustentável. Em essência, isso significa um olhar empresarial voltado para a questão da gestão socialmente responsável. Nesse sentido, as empresas se veem impelidas a tomar uma atitude, posto que a adoção de determinadas políticas, dentre as quais se destaca a de responsabilidade social, torna-se um imperativo. O discurso empresarial aponta que essa mudança seria decorrente de uma preocupação para com a população.

Costa (2003) concorda com Vergara e Branco (2001) em suas considerações:

Numa sociedade em que, em geral, valores éticos e morais são vilipendiados, é urgente a necessidade de se humanizarem as organizações. Estas não devem perder de vista a razão maior graças à qual se dá a sua criação: a promoção humana em todos e quaisquer aspectos (não somente os econômico-financeiros e técnico-científicos), até mesmo, principalmente, sob a ótica coletiva (COSTA, 2003, p. 18).

Diante dessa citação, o autor conclui que analisar os termos humanização, ética e relacionamento interpessoal nas organizações permite enfatizar a dignidade das pessoas, explicando que as implicações que decorrem desses conceitos precisam ser refletidas —na escala de valores individuais, organizacionais e sociais, de sorte que a cidadania no âmbito das organizações não seja vilipendiada, mas preservada, estimulada e promovida (COSTA, 2003, p. 20).

Todos os trabalhadores desejam exercer as atividades em organizações que ofereçam condições de Qualidade de Vida no Trabalho (QTV), entendida como a busca pela satisfação e humanização do trabalho. As empresas estão investindo em programas de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) para modificar aspectos do ambiente ocupacional, para dar perspectiva de crescimento aos indivíduos, maior reconhecimento e compensação, participação nas tomadas de decisão, modos de liberar a criatividade. A principal finalidade desses programas oferecidos aos funcionários é a satisfação no trabalho que proporciona benefícios para todos os envolvidos.

Limongi-França (2004, p. 43) apresenta a questão humana dizendo que: “Os investimentos em qualidade de vida no trabalho são inevitáveis, mas que as empresas devem se preocupar com a participação dos trabalhadores no processo de implantação de programas de Qualidade Total (QT)” Essa correlação é uma constatação frequente na gestão de empresas e negócios, por ser uma busca contínua da melhoria dos processos de trabalho e mesmo um investimento seguro para que as empresas adquiram a competitividade no mercado. Alguns exemplos de ações relacionadas ao bem estar do trabalhador dentro das organizações citados por Limongi-França (2004) são: palestras ou propostas de prevenção contra drogas, contra a AIDS; esclarecimentos sobre as doenças; lazer e incentivo a tratamentos psicológicos oferecidos pelos convênios da empresa; preocupações com o meio ambiente tais como reciclagem, violência, cidadania (filantropia, voluntariado, responsabilidade social); lazer interno (TV, biblioteca, sala de jogos, etc.), ambiente físico (decoração, ergonomia e iluminação, higiene, etc.) e alguns arranjos flexíveis tais como não trabalhar no dia do aniversário ou extinção do ponto, por exemplo.

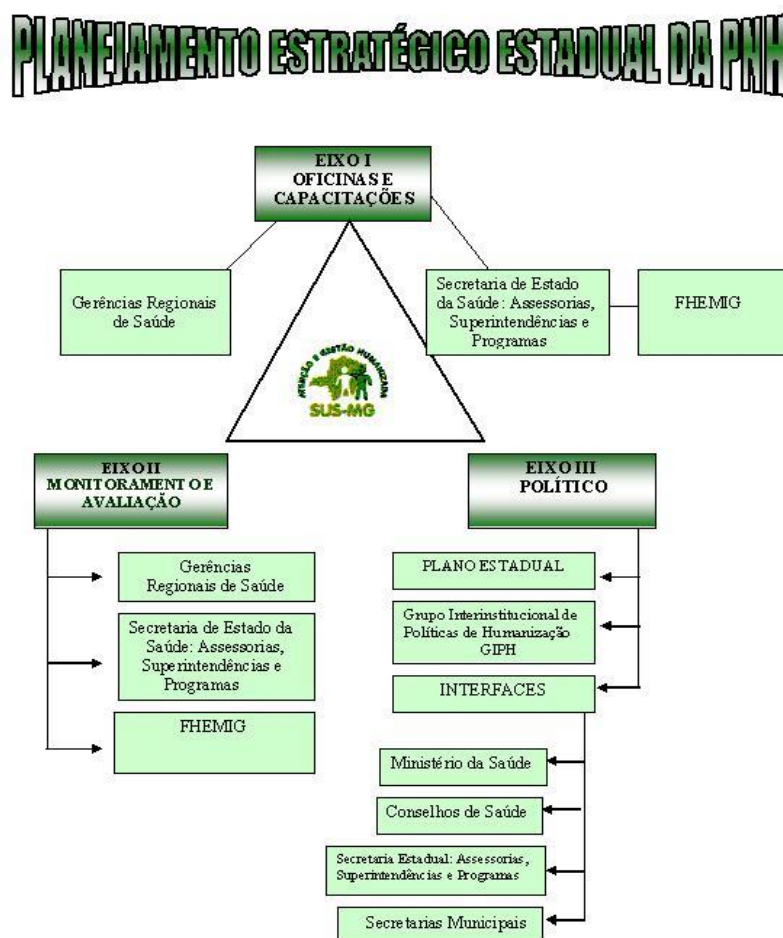
No entanto, a principal reflexão sobre o ser humano dentro das organizações é sobre o exercício da liberdade de pensar, perceber ou sentir os sistemas organizacionais da sociedade moderna como fruto também do trabalho individual. A literatura pesquisada ainda ressalta que as soluções sobre a humanização no trabalho muitas vezes podem ser vistas como modelos de controle do homem no trabalho e se referem aos sistemas de recompensa direta e indireta.

Humanizar a atenção e a gestão da saúde no SUS é o meio para qualificação das práticas de saúde, acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo (PNHAH, 2010; MS, 2010).

A Política Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar - PNHAH foi implantada para aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, o que implica mudança na cultura da atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho. O objetivo da PNHAH é conduzir um processo de mudanças de atendimento à saúde; promover o respeito à dignidade humana; sensibilizar profissionais e usuários para a importância e os benefícios do atendimento e do trabalho humanizado; garantir à instituição hospitalar ser o protagonista do processo de humanização de atenção à saúde (PNHAH, 2010; MS, 2010).

No SUS, a PNHAH estende-se a todos os Estados. Como exemplo, Minas Gerais apresenta o seguinte planejamento estratégico:

FIGURA 1 - Planejamento Estratégico Estadual da PNH



Os profissionais da saúde, atualmente, possuem novos e grandes desafios, em virtude da rápida transformação por que passa a sociedade, com novos problemas sociais, econômicos e políticos, exigindo do profissional, maneiras renovadas de prestar e promover assistência médica e de cuidados. Para que o profissional atenda às necessidades deste contexto, precisa reconhecer que cuidado deve ser integral, pois o homem é o todo. Sendo assim, a enfermagem precisa se conscientizar da necessidade urgente de retomar e reincorporar, com responsabilidade, o cuidado na prática assistencial, como forma de cuidar (MS, 2010).

Dentre as várias preocupações do Ministério da Saúde, está a importância do trabalho e a necessidade da valorização dos profissionais na implantação de modelos assistenciais. Deste modo, para atender às necessidades de desenvolvimento do trabalhador do SUS, o Ministério da Saúde estabeleceu Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS, considerando que a qualidade da atenção à saúde exige a formação de pessoal específico, com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva, pois os novos enfoques teóricos e de produção tecnológica da saúde passam a exigir novos perfis profissionais. Este novo desafio assumido pelo Ministério da Saúde tem como objetivo promover a atualização dos profissionais que atuam no serviço público de saúde, através da implantação de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEP, articulando necessidades e possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde (MS, 2010).

Importante ressaltar ainda a humanização vista por profissionais da área de saúde. Como exemplo, enquanto função cuidadora, o enfermeiro ajuda outra pessoa a obter autoconhecimento, controle e auto cura e tem como escolha profissional respeitar as razões morais de cada cidadão, conviver com dores e alegrias advindas da relação interpessoal em suas múltiplas atividades. O cuidado em enfermagem aproxima-se dos ideais do humanismo latino ao identificar os seres humanos pela sua capacidade de colaboração e de solidariedade para com o próximo. É uma virtude que integra os valores

identificadores da profissão. No entanto, nesta relação de respeito ao outro, é preciso considerar o conceito de mutualidade como meio-termo ou equilíbrio entre duas posições extremas: o paternalismo e a autonomia. O primeiro centralizado na provedoria, e o segundo, assentado extremamente no cliente. Os atributos da mutualidade caracterizam-se por sentimento de intimidade, conexão e compreensão, com objetivo de satisfação de ambos intervenientes (ATKINSON; MURRAY, 1989; WALDOW; MEYER, 1998).

Schunemann (2010, p. 1) ao relatar sobre o resgate histórico da enfermagem e a arte do cuidar ressalta que antes do período da emergência da medicina científica, o hospital era basicamente um local que se destinava ao abrigo de pobres e doentes que não tinham condições de tratamento domiciliar, o que cabia apenas aos doentes ricos. O atendimento era normalmente prestado por religiosas e leigas, buscando suas próprias salvagens.

Como os hospitais tinham condições precárias, até o século XVII, a figura de Florence, convidada pelo Ministro da Inglaterra para trabalhar junto aos soldados feridos em combate na Guerra da Criméia é a personagem marcante na elevação do significado da atividade de Enfermagem. Foi uma verdadeira criadora da profissão da enfermagem diante de sua maior preocupação: o bem-estar do paciente no hospital, criando novos paradigmas acerca do binômio saúde-doença, pois implantou um ambiente de atenção em saúde com enfoque às resoluções de agravos e cura dentro dos hospitais. A partir de suas orientações a enfermagem gradativamente se profissionaliza, instituindo distinções entre enfermeiras auxiliares e técnicas e as de curso universitário (SCHUNEMANN, 2010).

A profissão ganhou reconhecimento por sua presença institucional e pela importância de seu trabalho na sociedade. Schunemann (2010) diz que:

[...] o objetivo da atenção de enfermagem é cuidar, oferecer condições para que o paciente consiga enfrentar mudanças no seu cotidiano, além de contribuir para uma transição saudável, considerando-o como um ser integral com múltiplas necessidades e potencialidades (SCHUNEMANN, 2010, p.1).

essa transição saudável trouxe várias reflexões sobre o cuidar da enfermagem. O (QUADRO 1) apresenta alguns conceitos de cuidar.

QUADRO 1 - Conceitos de cuidado

Autores	Conceitos
Campos (1994, p. 138)	—A relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e os serviços, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários que a eles aportam.
Senna (2000, p. 545)	—O cuidado abrange muito mais que uma técnica ou momento de atenção, de zelo. É uma atitude de ocupação, preocupação de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.
Crossetti (2000, p.46)	—Cuidar é um verbo que se refere à ação de assistir, ajudar ou facilitar ao outro indivíduo, com necessidades evidentes ou que podem ser antecipadas, que levam a melhorar ou aperfeiçoar uma condição humana ou modo de vida.
Costenaro & Lacerda (2001)	O profissional não pode limitar a sua atenção ao atendimento daquilo que é visível no corpo. Ampliar a sua visão para o todo é uma necessidade.
Baggio (2006)	É preciso perceber o 'outro' como ele se apresenta, nos seus gestos e falas, na sua dor e limitação, pois, por trás de cada situação física de doença, há uma história de vida que pode ser percebida em muitos detalhes. Seguramente, o corpo físico revela muitas informações saudáveis e doentias armazenadas.

Fonte: SCHUNEMANN, 2010, p. 1. Organização e elaboração pela autora da monografia/2015.

Assim, o termo cuidado tem um significado de desvelo, solicitude, diligência, zelo e colocar o cuidado de enfermagem dentro do âmbito humano, não é apenas uma questão da ética profissional, mas, sobretudo uma questão instrumental e operacional para quem trabalha com o reconhecimento dessa profissão para a vida humana.

2.2 Gestão da Qualidade

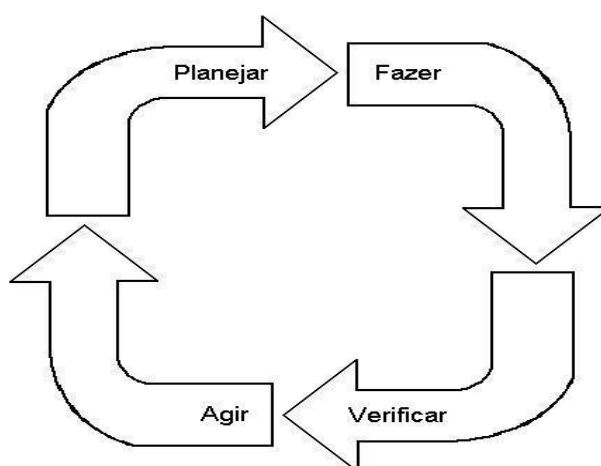
No Dicionário da Língua Portuguesa, o termo qualidade significa, no sentido absoluto, —característica superior ou atributo distintivo positivo que faz alguém ou algo sobressair em relação a outros; virtude ou propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas, capaz de destingi-las uma das outras (HOUAISS, 2002).

Também é vista como uma ideologia, um sistema de ideias, dogmaticamente organizado como instrumento de luta político-social, que reivindica a produção de bens e serviços voltados exclusivamente para o atendimento das necessidades do ser humano em sua luta pela sobrevivência (HOUAISS, 2002).

A evolução dessa ideologia é apresentada na história da administração de empresas como se vê a seguir.

De acordo com Longo (2010) a evolução do conceito de qualidade nas organizações começou com W.A. Shewhart, estatístico norte-americano na década de 1920, ao questionar a variabilidade encontrada na produção de bens e serviços. Ele desenvolveu um sistema de mensuração dessas variabilidades que passou a ser conhecido como Controle Estatístico de Processo (CEP). Criou ainda o Ciclo Deming da Qualidade ou Ciclo PDCA, sigla de *Plan, Do, Check e Action* (Planejar, Fazer, Verificar e Agir), método essencial da gestão da qualidade (FIG. 2).

FIGURA 2 - O CICLO PDCA



Fonte: Organização e elaboração pela autora da monografia/2015

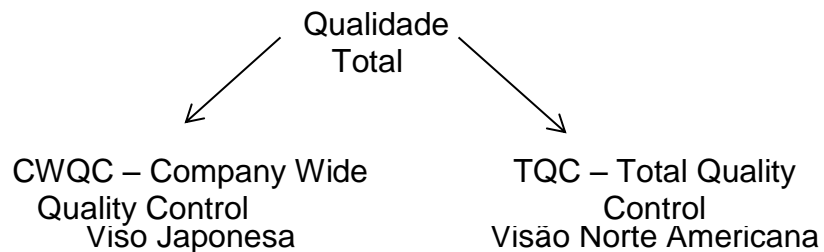
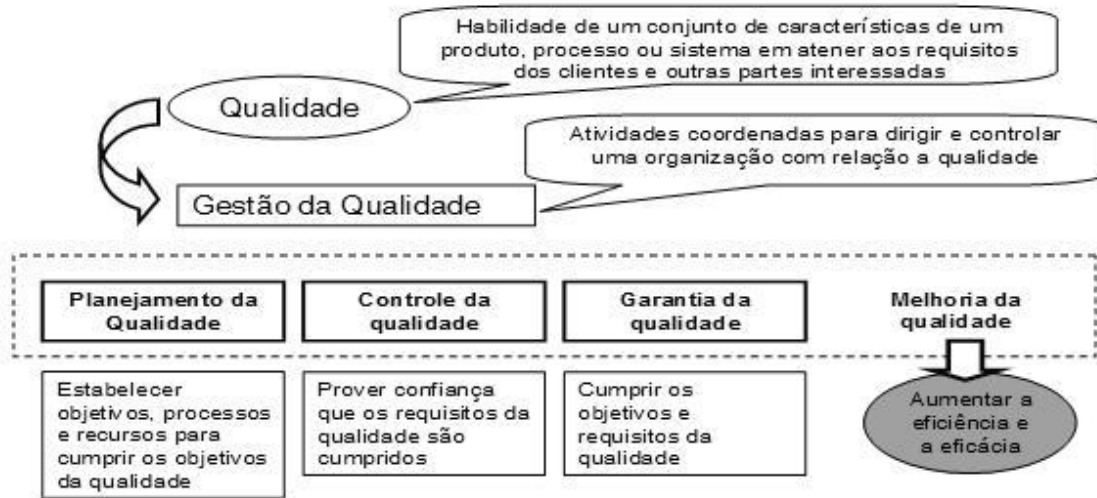
Nos anos pós Guerra Mundial, após ter dado início a esse conhecimento, Deming treinou empresários e industriais sobre controle estatístico de processo e sobre gestão da qualidade na *Japanese Union of Scientists and Engineers* (JUSE), empresa japonesa, fato que levou esse país a iniciar uma revolução gerencial específica, centrada em um planejamento empresarial (LONGO, 2010).

Na década de 1970 a importância da disseminação de informações passou a ser fundamental e o estilo gerencial dos japoneses foi reconhecido mundialmente no mundo dos negócios com um sentido de estratégia. (LONGO, 2010)

Assim nascem os termos Planejamento Estratégico - PE, Qualidade Total - QT, Gestão de Qualidade - GQ, Plano Nacional de Qualidade - PNQ que são largamente utilizados até os dias de hoje.

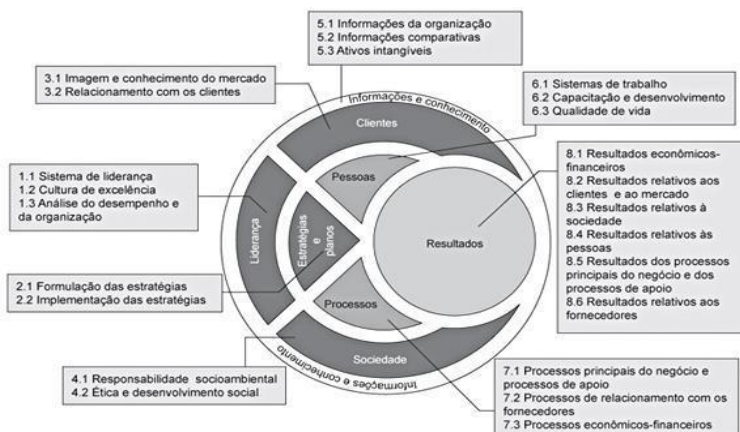
FIGURA 3 – Gestão da Qualidade

A partir do desenvolvimento da Norma ISO 8402:1994, a gestão da qualidade consiste no conjunto de atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização com relação a qualidade, englobando o planejamento, o controle, a garantia e a melhoria da qualidade.



Fonte: OLIVEIRA, 2010, Slide 3.

FIGURA 4 - Plano Nacional da Qualidade



Fonte: OLIVEIRA, 2000, *Slide 5*.

Nota-se a partir das figuras 3 e 4 que a gestão da Qualidade está diretamente associada aos novos desafios da Administração de Empresas em suas diversas áreas de conhecimento: gestão de pessoas, administração financeira, gestão de processos, gestão de projetos, dentre outras.

Isso é verificado na literatura principalmente através da profusão de teorias relacionadas aos recursos destinados à sobrevivência e crescimento das organizações que foram incorporando novas tecnologias.

Como exemplo, a Teoria das Relações Humanas introduz temas relativos à motivação humana, a liderança, à comunicação e a dinâmica de grupo, deixando como base a Teoria X e Y de Douglas McGregor (1906)¹ citado por Robbins (2002) como reflexões significativas para a gestão nas organizações.

Na Teoria Comportamentalista a preocupação transferiu-se para o processo e para a dinâmica organizacional, com a ênfase mantida na motivação da pessoa em relação ao trabalho. Como isto é muito relativo, a forma bipolar de se conceber uma organização atrapalha a hierarquização (CATTANI, 1997).

A Escola comportamentalista da Administração foi a que se preocupou com a análise do processo decisório e dos limites racionalistas, preocupando-se com o comportamento organizacional que inclui motivações humanas, os estilos de liderança, os sistemas de administração. Nas palavras de Cattani (1997, p. 104) as organizações passaram a serem vistas —como um sistema social cooperativo e racional, no qual cada participante tinha um papel definido a desempenhar e deveres e tarefas a executar.

¹ A teoria X supõe que necessidades de baixa ordem dominam os indivíduos. A teoria Y supõe que as necessidades de alta ordem dominam os indivíduos. Conseqüentemente, as propostas seriam a tomada de decisão participativa, cargos de responsabilidade e desafiadores e boas relações de grupo como abordagens que maximizariam a motivação de um empregado no trabalho. Como não há provas que confirme nenhum dos conjuntos de pressuposições como válido, tanto as pressuposições da teoria X quanto as da teoria Y podem ser aceitas em uma

situação diferente das comuns (ROBBINS, 2002).

No entanto, teve um caráter dividido o que deixou de considerar os processos dinâmicos e ao legitimar uma ordem social na qual uma elite relativamente pequena deteria o poder com seus valores.

A teoria holística de administração surgiu dos erros e acertos da humanidade e que, no princípio do século XX visa encontrar mais uma vez a proposta de internacionalização das organizações, pela globalização de ideais e do compromisso de um futuro melhor (CATTANI, 1997).

Peter Drucker citado por Maximiano (2002, p.485) ao discorrer sobre as mudanças organizacionais e novos modelos de gestão aponta as premissas desatualizadas em relação aos novos conceitos de organizar e gerir uma organização. Veja-se:

QUADRO 2 - Algumas ideias de Peter Drucker sobre a mudança de paradigmas

PREMISSAS DESATUALIZADAS	NOVOS CONCEITOS
Há uma única forma correta de organizar uma empresa.	Não há forma única de organizar nada. Há apenas estruturas, cada uma das quais com potencialidades e vulnerabilidade e aplicações específicas. A organização não é um valor absoluto. É apenas uma ferramenta para fazer as pessoas trabalharem bem juntas. Cada estrutura serve para determinadas tarefas, em certas condições e em certos momentos.
Os princípios da administração aplicam-se apenas a organizações de negócios (empresas privadas).	
Há uma única forma de administrar pessoas.	Administração não é apenas administração de empresas. Quebrar essa distinção é importante porque os setores que mais crescem nas sociedades desenvolvidas são o governo, as profissões liberais e áreas como saúde e educação, não as organizações de negócios.
Essa forma é o controle de cima para baixo, centralização.	
Tecnologias, mercados e utilidades são fixos e dificilmente se sobrepõem.	Muitas pessoas não são mais empregados diretos que trabalham em tempo integral para um único empregador. Muitas pessoas usam seu conhecimento, não as habilidades manuais, para trabalhar. É preciso administrar as pessoas como se elas fossem sócias da empresa.
Cada ramo de negócios tem tecnologia e mercado específicos.	
Legalmente, o âmbito da administração cobre apenas os ativos e os empregados da organização.	Há diversas maneiras de satisfazer às necessidades dos mercados. Aço, alumínio e plástico concorrem entre si. Os computadores começaram como
A tarefa da administração é “tocar a empresa”, em um lugar de se concentrar no que ocorre fora dela.	
A administração tem foco interno, não externo.	

<p>As fronteiras nacionais definem a ecologia da empresa e da administração.</p>	<p>ferramentas de engenharia e armazenagem de dados e hoje afetam o negócio das telecomunicações. Não há fronteiras tecnológicas. A administração precisa abranger todo o processo do qual seus produtos e serviços dependem. Isso inclui recursos que estão fora da influência legal dos administradores. Para isso, é preciso fazer parcerias.</p> <p>As forças que mais afetam a empresa vêm de fora, não de dentro. A administração deve focalizar o exterior, não o interior.</p> <p>Motores são feitos em um país, carrocerias em outro. Administrar uma empresa é administrar uma rede de fornecedores mundiais.</p>
--	---

Fonte: MAXIMIANO, 2002, p.485.

O novo paradigma da sustentabilidade/insustentabilidade das empresas se liga ao modelo do que hoje é politicamente correto: participar com o sentimento de ajudar em todos os níveis e em todas as situações da vida humana.

2.2.1 Gestão da Qualidade na Saúde Pública

De acordo com as circunstâncias que envolvem a área de saúde, descritas na Constituição Federal de 1988, artigo 196², a saúde requer cuidados que transcendem a esfera pública.

O compromisso com a qualidade exige uma série de condicionamentos a serem superados. O primeiro passo há de ser a busca da instrumentação indispensável. Importante referenciar os instrumentos como equipamentos, mas não desconsiderando o desenvolvimento de mentalidade de busca do melhor. O essencial é a busca da qualidade, desejada como sinal definitivo de qualquer empreendimento humano, mais significativo quando gerado pela inteligência do homem e por ele colocado ao alcance de todos. (GONÇALVES, 2006).

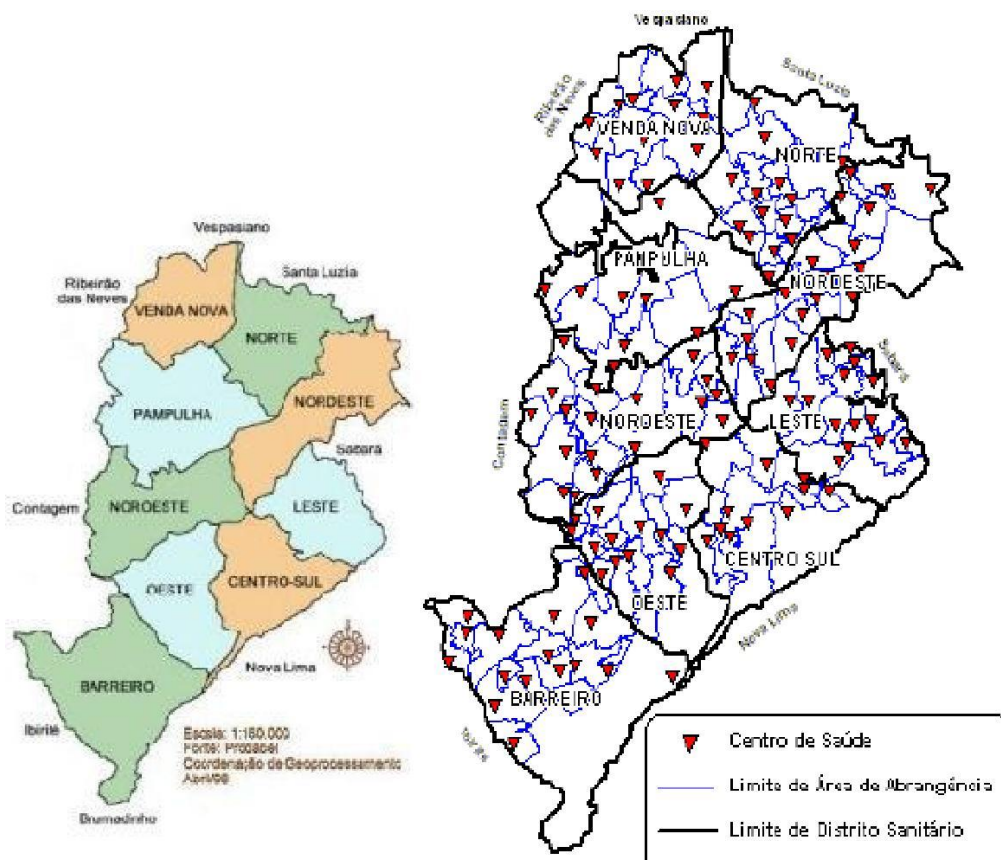
O Ministério da Saúde (2010) ainda afirma que, a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS deve ser uma propriedade na gestão do sistema, porque, quando funciona adequadamente, a comunidade consegue resolver, com qualidade, a maioria dos seus problemas de saúde.

No Sistema Único de Saúde - SUS o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, que são de básica e de média complexidade. Não se deve, porém, considerar, que esses níveis de atenção são mais relevantes que outros, porque atenção à saúde deve ser integral.

A estratégia prioritária adotada pelo SUS para a organização da atenção básica é o Programa de Saúde da Família (PSF), cuja organização está relacionada às Equipes de Saúde da Família (ESF). (MS, 2010)

Em Belo Horizonte, o modelo assistencial privilegia PSF e a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) conta, hoje, com aproximadamente 513 ESF inseridas em 145 UBS, as quais estão distribuídas por nove distritos sanitários. (FIG 5).

FIGURA 5 - Distritos sanitários de Belo Horizonte e distribuição das unidades assistenciais básicas de Belo Horizonte



Fonte: D'ÁVILA, 2009, p. 18.

Foi definida uma série de políticas públicas de saúde que deslocaram o eixo de alocação dos recursos públicos para ampliação da cobertura da atenção à saúde e da busca da equidade. Essa nova lógica admitia que a história da formação da cidade de Belo Horizonte havia criado espaços onde existiam grupos sociais com diferenças importantes no acesso aos serviços de saúde, configurando perfis epidemiológicos e problemas de saúde diferentes (D'ÁVILA, 2009).

QUADRO 3 - Os oito pontos da qualidade hospitalar

Pontos	Explicação
1 Gestão Estratégia	Definição clara de propósitos; diretrizes precisas, metas bem estabelecidas de sobrevivência e competitividade, emanadas da alta administração; adesão e implementação por todos os níveis da hierarquia, dando sentido ao trabalho das pessoas e enorme sinergia nas ações cotidianas.
2 Gesta da Informação	Utilização sistemática e racional de bancos de dados, livros, planilhas, tabelas etc. (que geralmente são produzidos, mas não usados), para a tomada de decisões gerenciais. Destaque-se a importância da gestão de informação do paciente acerca da sua doença, para corrigir noções populares falsas e torná-lo capaz de colaborar conscientemente no processo de cura.
3 Gestão de Pessoas	O investimento no desenvolvimento dos colaboradores mediante treinamento, educação continuada, seminários, reuniões de grupo de trabalho etc., é fundamental para quem quiser produzir qualidade.
4 Gestão de Infraestrutura	Todas as obras, reformas, adaptações, modificações devem ser previstas em um plano global coerente com as diretrizes da instituição. O mesmo pode ser dito em relação aos equipamentos, cada vez mais caros e sofisticados, tanto no que diz respeito a sua aquisição quanto à forma e grau de utilização.
5 Gestão de Materiais	Esse importantíssimo componente dos custos na assistência médico-hospitalar tem seu gerenciamento, muitas vezes, fragmentado e deficiente.
6 Gestão Financeira	Contabilidade, faturamento, folha de pagamento,

	custos precisam estar interligados e funcionando sob as premissas do CQT para haver um alinhamento de ações com resultados significativos.
7 Gestão Clínico – Cirurgia e Paramédica	Os cuidados médicos-assistenciais são uma atividade multidisciplinar que requer interações dos profissionais de saúde e dos pacientes, sob a liderança do médico, a fim de que possa ser obtido o máximo de efetividade.
8 Foco no Cliente	Entre todos os clientes do hospital, o mais importante é o paciente. Ele é a razão da existência do serviço de saúde.

Fonte: ZANON (2001, p.15).

2.3 Gestão da informação

A tecnologia não deixou a área da saúde aquém aos seus avanços, atendendo assim os procedimentos padrões de uma função administrativa, realizados dentro das organizações, como nas áreas de recursos humanos, financeiros, fiscais, contabilidade dentre outros, que são papéis fundamentais a realização de atendimento a um paciente ou cliente dependendo da organização na utilização de sistemas.

E podemos ver atualmente que os sistemas de informação estão sendo mais utilizados como apoio a saúde da população como um todo, bem como no controle de doenças, promoção de bem estar e saúde, etc. Também como um benefício de reduzir custos e aumentar a produtividade e eficiência no trabalho, que é o ponto alvo de qualquer empresa.

A saúde pública do Brasil requer um olhar diferenciado, diante das dificuldades para equilibrar as contas dos cofres públicos, pois há desperdícios e gastos em determinados investimentos em alta tecnologia.

Sejam na saúde pública (SUS), ou em instituições privadas, hoje as empresas operadoras de planos de saúde, demonstram e reclamam das perdas financeiras, pois é uma oportunidade e é preciso rever os processos operacionais e investir cada vez mais em tecnologia, para melhoria da qualidade da assistência em saúde e o que a permeia.

Hoje é visto nos ambientes hospitalares diferentes softwares de informatização hospitalar, geralmente de custos altíssimos devido a sua complexidade e demanda de vários recursos para a sua implementação.

Assim se faz necessário nas instituições, que assuma um posicionamento estratégico na área da saúde, para tratamento informacional, como forma de trazer rentabilidade e qualidade às instituições como um todo.

Como forma empresarial para tomada de decisões o tratamento das informações, sua veracidade são de extrema importância.

A adequada gestão das informações constitui pontos e fatores às vezes complicados para o bom retorno e alcance do sucesso para as organizações. Pois no momento atual, a informação traz aspectos e fatores fundamentais da gestão de processos e é também um diferencial para sair na frente de outras empresas, que vêm se preocupando cada vez mais com isso na inter-relação com as áreas da empresa.

Os sistemas de informação para saúde no Brasil obedecem a dispositivos legais que regulamentam o SUS. Fazem parte deste arcabouço legal a Lei 8.080 no seu Capítulo II, Artigo 7, inciso VII que versa sobre “a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática”. No capítulo IV: Da Competência e das atribuições, na Seção I Artigo 15, inciso IV, da mesma Lei estabelece: “a organização e coordenação do sistema de informação em saúde”. Portanto, cabe ao Ministério da Saúde a organização e a coordenação dos Sistemas de Informação para a Saúde que deveria estar sob um comando único nos diferentes níveis de gestão do SUS. Esta orientação encontra-se ratificada na Norma Operacional Básica – NOB01/96.

O SINAN, de acordo com a Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011 é alimentado com notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. Criado para que os estados e municípios incluíssem também outros problemas de saúde importantes em cada região do país.

A portaria GM/MS Nº 201, de 3 de novembro de 2010 foi estabelecida com o intuito de apresentar parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação do referido sistema e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), para fins de manutenção do repasse de recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde do Bloco de Vigilância em Saúde que também legaliza o objetivo do Ministério da Saúde que é a O SINAN_foi implantado, de forma gradual a partir de 1993. A partir de 1998, seu uso foi regulamentado (PORTAL DA SAÚDE, 2012), tornando obrigatória a alimentação regular de dados nacional pelos municípios, estados e distrito Federal. Isso ocorre pela notificação de casos de doença e agravos que constam da lista de doenças de notificação compulsória, mas é facultado a estados e municípios que inclui outros problemas de saúde importantes em sua região.

O material recolhido e arquivado, manualmente com o crescimento do número de equipes e das famílias acompanhadas, mostrou-se insuficiente para o aproveitamento dos dados coletados.

Por esta razão, a equipe da Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, solicitou ao DATASUS¹ o desenvolvimento do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB) que produz relatórios que auxiliarão as próprias equipes, as unidades básicas de saúde às quais estão ligadas e os gestores municipais a acompanharem o trabalho e avaliarem a sua qualidade (BRASIL/SIAB, 2003).

Os relatórios do SIAB permitem conhecer a realidade sócio sanitária da população acompanhada, avaliam a adequação dos serviços de saúde oferecidos com o propósito de readequá-los quando necessário (BRASIL/SIAB, 2003).

¹ Esse sistema faculta aos Conselhos de Saúde e a sociedade em geral a consolidação das informações sobre gastos em saúde no país, sendo uma iniciativa que vem proporcionando a toda à população, especialmente à parcela que de alguma forma têm vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SIAB aprofunda e aprimora pontos fundamentais do Sistema de Informação do *Picture Archiving and Communication System* - Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens PACS, Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), mas mantém a lógica central de seu funcionamento, que tem como referência uma determinada base populacional. O SIAB amplia o leque de informações, com novos instrumentos de coleta e de consolidação que permitirão sua utilização por toda a equipe de saúde da unidade básica (BRASIL, 2003).

No PACS, deve-se registrar a unidade de referência na qual estão cadastrados os agentes comunitários e o instrutor/supervisor. E ainda: definir as micros áreas de atuação dos agentes comunitários de saúde e atribuindo códigos sequenciais com dois algarismos para cada uma delas, dentro de cada área; cadastrar as famílias de cada micro área, atribuindo a cada uma delas, códigos sequenciais com três algarismos, dentro de cada micro área; definir os segmentos territoriais, indicando quais são urbanos ou rurais, e atribuir-lhes códigos sequenciais de dois algarismos; definir as áreas de abrangência de cada equipe (PACS ou PSF) e atribuir-lhes códigos sequenciais com três algarismos; identificar o modelo de atenção à saúde existente em cada área: PACS e PSF ou outro (atendimento à demanda espontânea, oferta organizada etc.); identificar a Unidade de Saúde a qual está vinculada a equipe de saúde, registrando o código utilizado no Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS. No PSF e em outros modelos de atenção, a unidade a ser registrada é a de atuação da equipe de saúde (BRASIL/SIAB, 2003).

Existem instrumentos de coleta de dados que são as fichas de cadastramento e de acompanhamento para serem analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados. São elas: cadastramento das famílias - Ficha A; acompanhamento de gestantes - Ficha B-GES; acompanhamento de hipertensos - Ficha B-HA; acompanhamento de diabéticos - Ficha B-DIA; acompanhamento de pacientes com tuberculose - Ficha B-TB; acompanhamento de pacientes com hanseníase - Ficha B-HAN; acompanhamento de crianças - Ficha C (Cartão da Criança); registro de atividades, procedimentos e notificações - Ficha D (BRASIL, 2003).

As fichas de consolidação dos dados são: relatórios de consolidado anual das famílias cadastradas - Relatórios A1, A2, A3 e A4; relatório de situação de saúde e

acompanhamento das famílias - Relatório SSA2 e SSA4; relatórios de produção e marcadores para avaliação - Relatório PMA2 e PMA4. Os números 1, 2, 3 e 4 nos relatórios indicam os níveis de agregação correspondentes: micro área (1), área (2), segmento (3) e município (4) (BRASIL, 2003).

No entanto, não existe uma ficha para a notificação

2.4 Dispensação

2.4.1 Assistência Farmacêutica e Política Nacional de Medicamentos

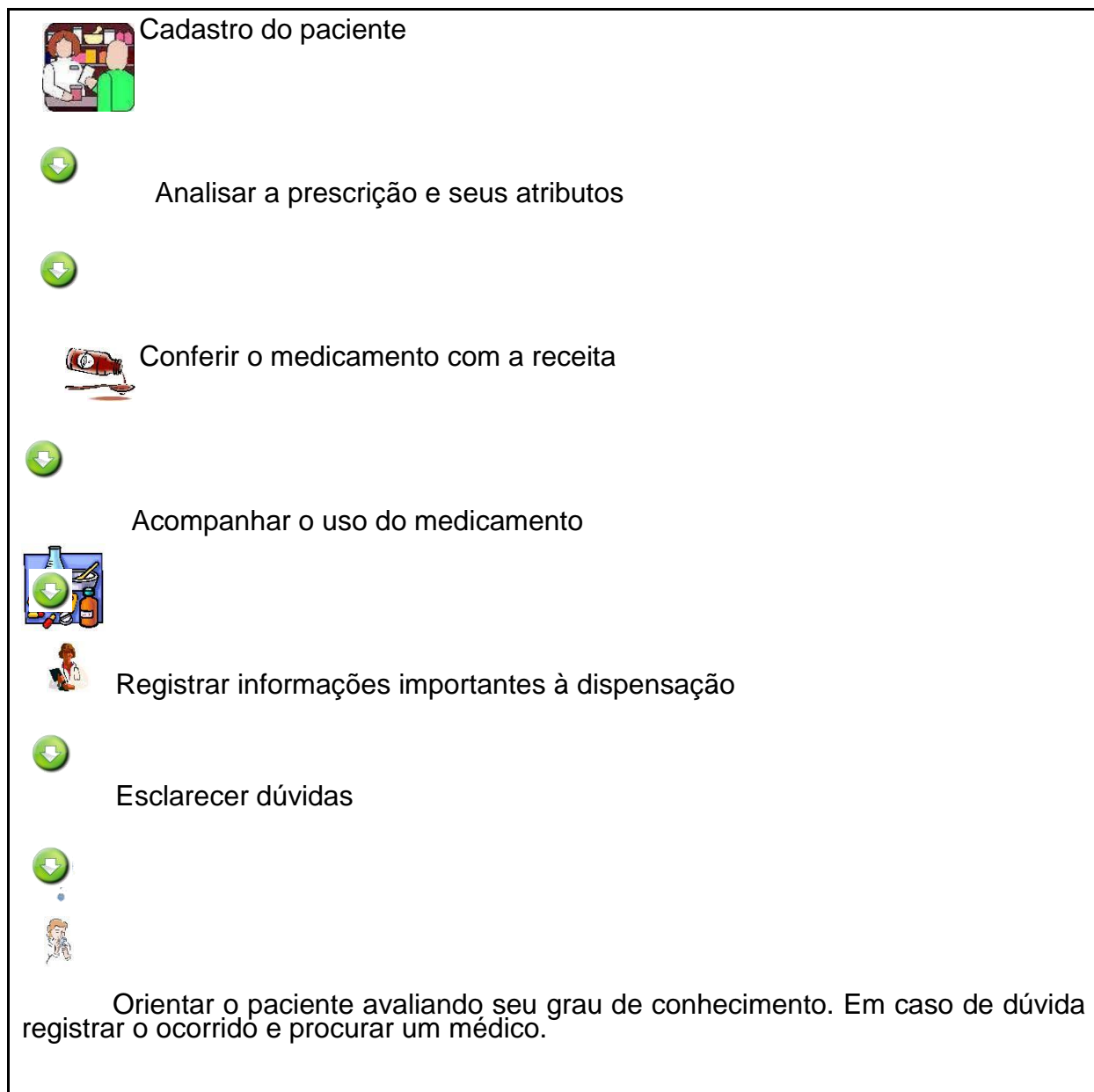
A Lei n. 8080/90 dispõe, como campo de atuação do SUS, a formulação da política de medicamentos e atribui ao setor saúde, a responsabilidade pela execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (SES – MG, 2010).

A Assistência Farmacêutica é um importante componente da assistência à saúde, sendo o medicamento, um instrumento fundamental para várias ações voltadas para a melhoria da saúde de uma população. De acordo com a PMN, assistência farmacêutica é definida como:

Um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma das etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção, e a difusão de informações sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (SES – MG, 2010).

No município de Belo Horizonte, essa assistência está estruturada de uma forma hierarquizada. No nível central da Secretária Municipal de Saúde funciona a Gerência de Assistência Terapêutica (GEMED), responsável por determinar as diretrizes e gerenciar as ações da Assistência Farmacêutica no município. As farmácias distritais, localizadas uma em cada distrito sanitário, são gerenciadas por um profissional farmacêutico, que é responsável pela supervisão das farmácias das unidades locais e de todas as questões referentes aos medicamentos no âmbito do distrito. Em cada unidade de saúde existe uma farmácia local responsável pelo fornecimento dos medicamentos ao paciente (FIG 6) (SES – MG, 2010).

FIGURA 6 - Esquema das etapas da dispensação de medicamentos segundo o Ministério da Saúde



Fonte: Organização e elaboração pela autora da monografia 2015.

O Ministério da Saúde define como assistência farmacêutica um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo os medicamentos como insumos essenciais e visando à viabilização do acesso aos mesmos, assim como de seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

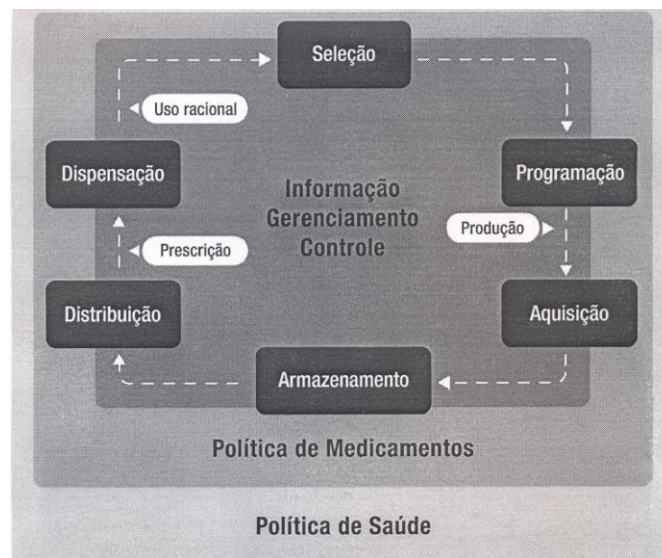
Políticas configuram decisões de caráter geral e apontam os rumos e as linhas estratégicas de atuação de uma determinada gestão. Dentro desse conceito foi aprovada em 30/10/1998, por Portaria do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Medicamentos, como parte integrante da Política Nacional de Saúde. Esta política determina, além das diretrizes básicas, as propriedades a serem conferidas na sua implementação e as responsabilidades dos três gestores do Sistema Único de Saúde- SUS. O seu objetivo principal é garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do seu uso racional e ao acesso da população aqueles considerados essenciais (SES – MG, 2010).

Para a Organização Mundial da Saúde - OMS (2003), uma política nacional de medicamentos é um compromisso com um objetivo e um guia de ação. Expressa e prioriza as metas estabelecidas pelo governo, a médio e longo prazo, para o setor farmacêutico e identifica as estratégias principais a serem alcançadas. Delimita os limites dentro dos quais se pode coordenar as atividades do setor farmacêutico. Abrange os setores tanto públicos quanto privados e implica a todos os protagonistas no âmbito farmacêutico.

2.4.2 Conceito de Dispensação

De acordo com apresentação do Comitê Estadual de Desenvolvimento da Política Nacional de Humanização. SES – MG (2010), um ciclo da assistência farmacêutica, o que inclui a atividade de dispensação, pode ser visualizado da seguinte forma (FIG 7).

FIGURA 7 - Política de Medicamentos



Fonte: Adaptado da apresentação do Comitê Estadual de Desenvolvimento da Política Nacional de Humanização. SES – MG (2014)

Atendo-se à fase que é objeto deste estudo, a dispensação, pode-se defini-la como o ato do profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento.

São elementos importantes da orientação, dentre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos. Além do aconselhamento, a dispensação tem como finalidade assegurar a integralidade e adequação da prescrição ao problema do usuário, com a documentação das ações profissionais, inserindo a atividade em um grupo multiprofissional. Outros aspectos importantes consistem na verificação do prazo de validade dos medicamentos e na garantia da movimentação prioritária do produto com data de vencimento mais próxima (SES – MG, 2010).

2.4.3 Objetivos da dispensação

- Garantia do cumprimento da prescrição;
- Melhora da adesão diminuindo o abandono;
- Educação do paciente visando mudar o hábito e o estilo de vida;
- Garantia da resolutividade terapêutica.

A dispensação deve assegurar que o medicamento seja entregue ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada e que ele receba informações necessárias para assegurar o uso correto do medicamento. O profissional deve verificar cuidadosamente os dados registrados na receita: nome do medicamento, forma farmacêutica, concentração e quantidade. Ao entregar os medicamentos é importante conferi-los e identificá-los para o paciente, orientando-o quanto a correta administração (PBH, 2004).

2.4.4 Principais Atividades da Dispensação

Todas as atividades envolvendo medicamentos, desde a sua produção até a dispensação, são regulamentadas por diversas leis específicas, seja no âmbito do serviço público ou do serviço privado. De um modo geral, essas leis visam garantir que o paciente receba um medicamento de qualidade e de acordo com a prescrição médica. Dentre as leis, vamos destacar aquelas que dispõem diretamente sobre a dispensação de medicamentos especialmente a Lei Federal nº 5991/73 e a Portaria nº 344 do Ministério da Saúde. (MANUAL, Orientações Básicas sobre medicamentos, SMS – BH, 2004)

Segundo a Lei nº 5991/73, a receita representa um documento legal que autoriza o profissional da farmácia a fornecer o medicamento para o paciente e é o instrumento empregado para orientá-lo sobre o seu tratamento. Portanto, a receita deve conter todos os dados determinados pela legislação específica e deve ser claramente entendida por todos os profissionais de saúde e pelo paciente, devendo ser escrita de forma legível (QUADRO 4).

QUADRO 4 - Dados que devem estar registrados (SMS-BH,2004)

Aspecto	Dados	Observação
Identificador do prescrito	<ul style="list-style-type: none"> - Nome -Endereço - Número de registro no Conselho Regional - Telefone de contato - Data de emissão da receita 	<p>É fundamental a identificação do prescrito na receita para permitir contato com o profissional quando houver qualquer dúvida em relação aos medicamentos prescritos. Nas instituições, deverá ser registrado de forma legível o nome, CRM/CRO, preferencialmente por meio de carimbo, além da identificação da unidade de saúde. Pode conter especialidade e título profissional.</p>
Identificação do paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Nome - Endereço - RG e CPF 	<p>Pode se acrescentar o sexo, peso e idade do paciente, principalmente quando se tratar de crianças e idosos, já que estas informações são importantes para cálculo da dose e evitar os erros de dosificação.</p>
Identificação do medicamento e da posologia	<ul style="list-style-type: none"> - Nome genérico -Concentração - Forma farmacêutica - Via de administração - Dose 	<p>A prescrição de medicamentos pelo nome genérico hoje deve se constituir em uma realidade, já que traz</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -Intervalo posológico - Tempo de tratamento para cada medicamento 	<p>vantagens para o paciente e está regulamentada. O registro de forma legível e adequada dos dados do medicamento previne erros, propiciando o uso correto do mesmo e o sucesso do tratamento.</p>
Instruções ao paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados especiais - Dieta - Como utilizar os medicamentos 	<p>As instruções ao paciente constituem parte fundamental da receita. Estas informações devem ser repassadas verbalmente e escritas de forma clara, legível, objetiva e precisa.</p>

Fonte: Organização e elaboração pela autora da monografia/2015.

A Portaria nº 344/98 resulta de uma convenção internacional sobre o controle de medicamentos que causam dependência. Atualmente, ela controla a prescrição e dispensação dos seguintes grupos de medicamentos: psicofármacos, anti-retrovirais, retinóides de uso sistêmico, imunossupressores e anabolizantes. A quantidade de medicamentos que pode ser prescrita para este grupo de medicamentos sujeitos a controle especial está regulamentada pela Portaria nº 344 do Ministério da Saúde de 12/05/1998, podendo variar conforme o tipo de medicamento.

2.4.5 Atendimento e arquivamentos das receitas

Para o atendimento nas farmácias das unidades de saúde da SMSA/BH, o paciente deverá apresentar sempre a receita em duas vias (original + cópia), no primeiro atendimento. Após o registro de atendimento, a cópia será retida na farmácia local, de forma organizada, por três meses. Após este período, as cópias serão enviadas para a farmácia distrital (PBH, 2004).

Para as receitas de medicamentos sob controle especial é obrigatória a apresentação das duas vias da receita no primeiro atendimento. Após o registro de atendimento, a original deverá ser retida na farmácia local, de forma organizada, por dois anos. O campo relativo ao responsável pelo recebimento deve ser sempre preenchido com os dados de que recebeu o (s) medicamento (s) (PBH, 2004).

Além das determinações da legislação federal, aspectos importantes para a organização da Assistência Farmacêutica podem ser normalizados pelo município. Em Belo Horizonte, a Portaria SMSA/BH nº 038/98 determina as normas para o fornecimento de medicamentos no município (PBH, 2004).

O fornecimento de medicamentos nas unidades de saúde da SMSA/BH é realizado somente mediante apresentação da receita médica, devidamente preenchida e de acordo com as normas vigentes (Lei Federal nº 5991/73, Portaria MS nº 344/98, Portaria SMSA/BH nº 038/98) (PBH, 2004).

Para os medicamentos de uso em patologias crônicas, a receita é válida por 30 dias a partir da data de sua emissão. Após o primeiro atendimento, o medicamento é fornecido mensalmente, durante o período de tratamento registrado pelo médico na receita. Caso o médico não tenha registrado na receita a data de retorno ou a duração do tratamento, o atendimento deve ser feito até completar a quantidade prescrita. Prescrições que contenham apenas a expressão —uso contínuo, sem definição do período de tratamento, não podem ser atendidas. As prescrições de medicamentos de uso em patologias agudas têm validade 15 dias para efeito de dispensação, a partir da data de sua emissão. As prescrições de medicamentos sujeitos a controle especial devem obedecer a Portaria SVS/MS nº 344 de 12/05/1998 (PBH, 2004).

2.4.6. Orientações quanto aos procedimentos de dispensação do medicamento ao usuário

A prescrição médica ou receita médica é uma ordem expressa de medicamentos feita pelos médicos, dentistas ou outro profissional licenciado na ciência da saúde ao paciente, sendo a garantia de que o tratamento indicado será claramente entendido e rigorosamente seguido pelo usuário, e a medicação devidamente dispensada pelo responsável pela farmácia da unidade de saúde (PBH, 2004).

O documento deve seguir normas básicas, impostas pela legislação específica QUADROS 5 e 6.

QUADRO 5 - Aspectos legais exigidos em uma prescrição médica

- Análise dos aspectos legais exigidos em uma prescrição médica:
- Se a prescrição está legível
- Se a nomenclatura e o sistema de peso e medida estão de acordo
- Se contém o nome e o endereço do paciente
- Se contém a data e a assinatura do profissional, endereço do seu consultório ou residência, e o número de seu registro no respectivo Conselho Regional.
- Se, quando medicamento de controle especial, está de acordo com a legislação específica (Portaria nº 344/98).

Fonte: Organização e elaboração pela autora da monografia 2015.

QUADRO 6 - Orientações básicas ao paciente

- As orientações básicas ao paciente:
- Em casa, guarde os medicamentos em lugar longe do calor, ao abrigo da luz e fora do alcance das crianças.
- Não deixe os medicamentos em cima do fogão, da geladeira, de freezers.
- Ao dispensar insulinas oriente o paciente para, em casa, armazená-la na porta da geladeira. Na ausência desta colocá-la próxima ao filtro. Quando for usá-la, retirar da geladeira em tempo suficiente para atingir a temperatura ambiente.
- Mantenha sempre os medicamentos em suas embalagens originais, onde está registrado o seu prazo de validade entre outros.

Fonte: Organização e elaboração pela autora da monografia 2015.

Na maioria das vezes, o último contato do paciente na unidade de saúde ocorre na farmácia quando ele vai buscar o medicamento, portanto é também o momento de se certificar se o paciente entendeu completamente a sua receita e como irá utilizar os medicamentos prescritos. O profissional da farmácia pode contribuir de forma fundamental para o sucesso do tratamento do paciente, orientando-o adequadamente, e para promover o uso racional dos medicamentos, que compreende o uso consentido e correto, seguro e efetivo do medicamento, a partir de um diagnóstico preciso, resultando no menor risco de aparecimento de efeitos adversos para o usuário, e ao menor custo possível. Todos os profissionais de saúde são responsáveis pela promoção do uso racional do medicamento e aquele que atende o paciente na farmácia tem um papel fundamental nesta tarefa, contribuindo de forma significativa para o cuidado integral do paciente e para melhoria da saúde da população (PBH, 2004).

Portanto, a atividade de dispensação de medicamentos merece um cuidado especial para que se possa atingir a efetividade de um tratamento médico, sendo a gestão da informação indispensável para um bom resultado.

3 METODOLOGIA

Este estudo pode ser considerado uma pesquisa exploratória descritiva e um estudo de caso com um caráter qualitativo e quantitativo.

.A pesquisa descritiva, segundo Michel (2005, p. 36) tem o “propósito de analisar, com maior precisão possível, fatos ou fenômenos em sua natureza e características, procurando observar, registrar e analisar suas relações, conexões e interferências”.

O caráter qualitativo é explicado por Michel (2005, p.33) como aquilo que não se comprova “numérica ou estatisticamente”, mas “de forma detalhada, abrangente, consistente e coerente”, com uma “argumentação lógica das ideias”.

Quanto ao estudo de caso Yin (2005) registra que esse método permite uma coleta de dados diversificada, de forma a permitir ao pesquisador um estudo profundo e exaustivo do objeto de pesquisa, através da combinação das técnicas de coleta de informações, viabilizando um grau de detalhamento e profundidade praticamente impossível mediante outros delineamentos. Por isso, neste trabalho recorreu-se a técnicas de coleta de dados tais como variadas: pesquisa bibliográfica, observações, formulários e pesquisa, entrevistas, documentos. Os relatórios de análise são informais e narrativos, podendo ser ilustrados com citações dos entrevistados e/ou representado em gráfico com as porcentagens obtidas da amostra dos indivíduos entrevistados, possibilitando a sua compreensão mesmo por leigos. A flexibilidade do planejamento desta pesquisa exploratória assume a forma de estudo de caso, o que está detalhado a seguir.

3.1 Universo e Amostra

As atividades da farmácia da unidade em estudo têm a colaboração de um universo de 14 funcionários. A amostra da pesquisa de campo foi à equipe de seis técnicos de enfermagem, representando 42,8% do universo. Essa escolha se deu ao fato de que a pesquisadora se envolveu com os entrevistados em duas visitas técnicas, sendo esses encontros em diferentes horários (manhã e tarde), onde estavam presentes os técnicos de enfermagem definidos pela coordenação do centro de saúde para a atividade nesses dias. Uma das técnicas entrevistadas é a autora do método alternativo de dispensação de medicamento, objetivo geral da pesquisa.

3.2 Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de:

a- Pesquisas em livros , artigos, manuais sobre os temas humanização , gestão da informação e gestão de qualidade.

b- Pesquisa documental em documentos internos do centro de saúde (fichas, prontuários e protocolos de rotina) e o manual do Ministério da Saúde sobre a dispensação de medicamentos.

c- Pesquisa de campo para o levantamento sobre a implantação do método alternativo. Foi realizada uma entrevista semiestruturada com os técnicos de enfermagem, uma especificamente com a autora do método e ao mesmo tempo uma observação sistemática.

Os dados foram colhidos em outubro de 2014, durante a visita técnica da pesquisadora à farmácia do centro de saúde, momento que pode questionar e observar como a implantação e o desempenho do método alternativo de distribuição de medicamentos podem ser considerados como uma estratégia de humanização e gestão da qualidade.

Os auxiliares de enfermagem foram observados em situação real de trabalho. Realizaram-se ainda entrevistas abertas e análise documental das fichas, prontuários e protocolos de rotina. Entrevistas semiestruturadas com 6 profissionais auxiliares de enfermagem do setor de enfermagem (APÊNDICE A para entender a variável sobre a rotina da gestão da informação quanto à dispensação de medicamentos no PSF. e uma auxiliar técnica de enfermagem que elaborou e implantou o método alternativo de dispensação de medicamentos para investigar a questão da melhoria no atendimento humanizado conjugado com informação e qualidade (APÊNDICE B)².

² Nessas entrevistas buscaram-se informações quanto ao funcionamento e à organização do setor, controle do estoque, programa de computador utilizado, comunicação interna, qualidade do ambiente, atendimento e distribuição de medicamentos.

3.3 Tratamento dos dados

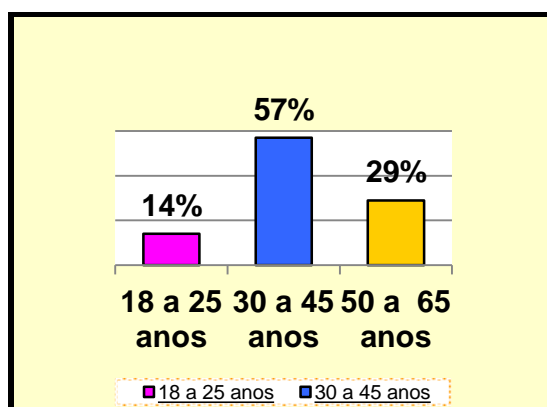
Para a análise dos dados das entrevistas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo que permite o estudo de material de tipo qualitativo, ao qual não se pode aplicar técnicas aritméticas (ROESCH, 1999). A coleta deve ser rigorosa, eficaz e precisa, pois, trata-se de compreender melhor um discurso, de aprofundar suas características e extrair os momentos mais importantes.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

De acordo com as informações fornecidas durante a visita a farmácia do Centro de Saúde foi possível constatar que lá trabalham 14 funcionários: um farmacêutico e os 13 técnicos de enfermagem que compõem a equipe do posto. A carga horária de trabalho é de oito horas diárias, de segunda a sexta-feira. No entanto, o atendimento diário na dispensação de medicamentos é realizado por dois desses profissionais que revezam o atendimento, sendo uma dupla no período da manhã e tarde.

Nessa amostra, 14% dos entrevistados têm idade entre 18 a 25 anos, 57% entre 30 a 45 anos e 29% entre 50 a 65 anos (GRAF 1).

GRÁFICO 1 - Faixa Etária dos Entrevistados



Fonte: Organização e elaboração pela autora da monografia/2015.

Quando questionados como é a rotina diária da farmácia, a equipe entrevistada revelou em primeiro lugar que a abertura da ficha é realizada na primeira solicitação do medicamento do dia.

Ha restrição ao atendimento de um paciente quando seu cadastro não faz parte da região que o centro de saúde se encontra, com exceções na abertura da ficha no momento solicitação como medicamentos de uso agudo.

O ato de dispensação de medicamentos envolve assim preenchimento de protocolos, cumprimento das normas de validade de medicamentos e das receitas médicas (ANEXO A).

Percebeu-se durante a visita que controle do estoque dos medicamentos é efetuado pelo sistema a partir de uma listagem de medicamentos existente. Após a solicitação, a central de abastecimento farmacêutico do distrito fornece ao centro de saúde os medicamentos que são disponibilizados pela rede.

Durante as atividades os profissionais da farmácia do centro de saúde adaptam o serviço de acordo com a demanda diária e as ações internas no geral de outros setores, e com isso elaborando e usando de estratégias construídas para tentar responder as solicitações.

O centro de saúde utiliza o sistema informatizado para controle de entrada e saída de medicamentos para todas as suas atividades.

Conforme informações de *NFS* para a distribuição dos medicamentos, o SUS tem um software específico para o cadastramento dos usuários de cada posto. Não são fornecidos aos usuários de outra unidade os medicamentos oferecidos por questões de organização de estoque, exceto quando aparecem casos agudos de enfermidades, ou seja, pacientes precisando ser medicados urgentemente, pois apresentam, por exemplo, bronquite, infecção de garganta ou urinária.

A *NFS* ainda afirma que os principais remédios que são disponibilizados para a população estão na lista dos utilizados em doenças crônicas como diabetes, pressão alta, colesterol alto e doenças mentais.

A reposição dos medicamentos da farmácia do centro de saúde é feita de 15 em 15 dias. Os técnicos apresentam um relatório dos medicamentos que deram baixa no estoque. Esse relatório é gerado pelo *software* utilizado pelo SUS e enviado para farmácia central.

O Programa de Saúde da Família é um fator essencial na organização e execução do trabalho. Existe um agente comunitário de saúde (ACS) que é o elo de integração entre a equipe da unidade e a população cadastrada ao centro de saúde. A entrevista apresentou o Manual do Ministério da Saúde (2004), em que se pode verificar as seguintes informações:

Atribuição do PSF

Tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

2 A estratégia

A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do SUS. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve: ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as equipes de Saúde da Família atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de construção de cidadania. (BRASIL.2010).

2 Atribuição do ACS

O ACS utiliza instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural das famílias adscritos em sua base geográfica definida, a micro área. Estes instrumentos são o cadastro atualizado de todas as pessoas de sua micro área e o registro para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde. A partir daí ele é capaz de orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis e de traduzir para as Unidades Básicas de Saúde a dinâmica social da população assistida, suas necessidades, potencialidades e limites, bem como identificar parceiros e recursos existentes que possam ser potencializados pelas equipes. (MANUAL, Ministério da Saúde. O SUS de A a Z garantindo saúde nos municípios; 3ª Edição Brasília - DF, 2009)

Para prevenir e/ou minimizar as dificuldades apresentadas foi criado um método alternativo de dispensação de medicamentos que consideramos de grande valor estratégico.

O método alternativo apresentado é confeccionado em TNT nas cores amarelo, azul, vermelho, verde e lilás (conforme o modelo apresentado nas FIG 8 E 9). A diferença de cores identifica as cinco equipes do PSF que fazem parte do atendimento do centro de saúde que atende de 5.000 a 8.000 pessoas residentes em sua proximidade.

FIGURAS 8 e 9 - Método Alternativo de Dispensação do centro de saúde



Fonte: Organização e elaboração pela autora da monografia/2015.



Fonte: Organização e elaboração pela autora da monografia/2015.

Como o desenho é uma linguagem universal, o fácil entendimento das horas do dia possibilita a compreensão de qualquer paciente, como exemplo, aqueles que não sabem ler e/ou pessoas que têm déficits de atenção ou memória, principalmente os idosos.

Esse é um momento de muita atenção ao paciente pelo enfermeiro e ficou claro o ensinamento dos autores Waldow e Meyer (1998) quando dizem que, enquanto função cuidadora, o enfermeiro ajuda outra pessoa a obter autoconhecimento, controle e auto cura e tem como escolha profissional respeitar as razões morais de cada cidadão, conviver com dores e alegrias advindas da relação interpessoal em suas múltiplas atividades. O cuidado em enfermagem, a partir dessa atividade se aproxima da capacidade de colaboração e de solidariedade para com o próximo visto também no artigo do autor Schunemann (2010).

Constatou-se finalmente que, o trabalho de dispensação é muito mais que o fornecimento de medicamentos e é influenciado pelas tarefas externas específicas do centro de saúde, o que determina assim, o desenvolvimento de estratégias pelos funcionários para atender ao objetivo dado pela gestão.

No espaço aberto para informações que pudessem contribuir para a pesquisa, a autora do método alternativo acrescentou que o único problema que pode implicar na dispensação dos medicamentos é a ausência de um produto no estoque, ficando assim em conflito com os objetivos da atenção básica, levando o paciente a procurar outra alternativa para a realização do tratamento correto, ou até mesmo privar-se por questões sociais, financeiras e outras.

No entanto, a organização das informações é uma exigência da realização do trabalho de dispensação de medicamentos. Os auxiliares calculam a dose, a quantidade e a apresentação da medicação prescrita de acordo com a disponibilidade no estoque.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou que o ato de dispensação de medicamentos envolve assim preenchimento de protocolos, cumprimento das normas de validade de medicamentos e das receitas médicas. O controle do estoque dos medicamentos é efetuado pelo sistema a partir de uma listagem de medicamentos existentes. A reposição dos medicamentos da farmácia do centro de saúde é feita de 15 em 15 dias. Os técnicos apresentam um relatório dos medicamentos doados que baixaram no estoque. Esse relatório é gerado pelo *software* utilizado pelo SUS e enviado para farmácia central da Regional.

Conforme informações de NFS (Nota Fiscal de Serviços Eletrônica) para a distribuição dos medicamentos, o SUS tem um *software* específico para o cadastramento dos usuários de cada posto. Não são fornecidos aos usuários de outra unidade os medicamentos oferecidos por questões de organização de estoque, exceto quando aparecem casos agudos de enfermidades, ou seja, pacientes precisando ser medicados urgentemente, pois se apresentam com uma bronquite, uma infecção de garganta ou urinária ou outras.

Identificar os principais fatores de humanização do atendimento na distribuição de medicamentos, o segundo objetivo deste estudo revelou que a humanização está no atendimento ao paciente na hora da dispensação dos medicamentos, pois foi observada a atenção e a disponibilidade de forma carinhosa com qualquer paciente, principalmente aqueles que não sabem ler e/ou os idosos.

Descrever a atividade de dispensação de medicamentos a partir do método alternativo revelou que o método alternativo, com certeza é uma estratégia da gestão de qualidade do centro de saúde.

A criatividade da autora em dividir o Kit doado em três partes, que sinalizam o horário do dia que o paciente deve tomar o medicamento; a utilização dos desenhos para identificar esses horários bem como a influência das tarefas internas da farmácia, e externas da equipe do PSF determina uma administração participativa que atende as várias preocupações do Ministério da Saúde: valorização dos profissionais na implantação de modelos assistenciais atendendo às Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS, a qualidade da atenção à

saúde com domínio de tecnologias e de produção de conhecimento para uma sociedade mais justa, equilibrada e saudável.

Portanto, esta pesquisa revela que o método de dispensação é de grande relevância por ser considerado um diferencial que contribui para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS principalmente por ter os princípios que norteiam a gestão baseada na qualidade na área de saúde, que são: o foco no cliente, eficácia, efetividade, eficiência, aceitabilidade, legitimidade e equidade; enfoques que são diretrizes estratégicas tanto do Ciclo PDCA (Planejar, Fazer, Verificar e Agir), quanto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF, da Política Nacional de Medicamentos – PNM e da PNHAH, instituídos pelo Governo Federal, bem como os interesses da Organização Mundial de Saúde – OMS, que entende essas políticas de medicamentos como um compromisso dos órgãos competentes do governo proporcionarem os limites dentro do qual se pode coordenar as atividades do setor farmacêutico em setores tanto públicos quanto privados.

Pode-se concluir ainda que as organizações também estão se desenvolvendo em virtude de mudanças tecnológicas, de leis econômicas e a procura de padrões mais elevados de vida, a divisão do trabalho, do poder e das responsabilidades de comunicação, da presença de um ou mais centros de poder e da substituição de pessoal em função de tarefas diversificadas que levam a necessidade de uma competência central para que a humanização seja também uma inovação para que as pessoas sejam capazes de avaliar seu desempenho.

REFERÊNCIAS

ATKINSON L.D, MURRAY M, E. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.

BAGGIO, M. A.O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p.09 – 16, 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm.

BRASIL. **Lei Federal nº 5991/73, Portaria MS nº 344/98, Portaria SMSA/BH nº 038/98.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – 1. ed., 4.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z. Disponível em <<http://www.gov.saúde.gov.br/susdeaz>>. Acesso em: 20 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (2001), *Política Nacional de Medicamentos*, Ministério da Saúde, Brasília.

CAMPOS, G.W.S. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

CANO, Fabíola Giordani. **Eventos adversos a medicamentos no ambiente hospitalar**. 100 f. : il. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011.

CATTANI, Antônio David. Gestão participativa. IN: CATTANI, Antonio David et. al (ORG). **Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes, 1997, p. 107-113.

CHIAVENATO, Idalberto. **Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações**. São Paulo: Pioneira, 2004.

COSTA, Wellington Soares da. Humanização, relacionamento interpessoal e ética. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 11, n.1, p. 17-21, jan./mar. 2004.

COSTENARO. R.G.S.; LACERDA, M.R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?** Santa Maria. Unifra, 2001.

CROSSETTI, M.G.O. Ações de cuidar na enfermagem da natureza propedêutica e terapêutica e suas interfaces com os atos de outros profissionais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v.21. n.44 – 67, Jan. 2000.

D'ÁVILA, Luciana Souza. **O trabalho de dispensação de medicamentos em uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte**: um estudo da gestão e da atividade de trabalho 2009 78 p. Dissertação Mestrado. Belo Horizonte: (Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG) ,2009.

FERREIRA, Victor Cláudio Padela et al. **Modelos de gestão**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

FRANÇA, Junia Lessa; MAGALHÃES, Maria Helena de. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas**. Belo horizonte: UFMG, 2009.

GONÇALVES. Ernesto Lima. **Gestão hospitalar**: administrando o hospital moderno. São Paulo, Saraiva, 2006, 142p.

HOUSSAIS, Antônio et. al. **Dicionário eletrônico Houssais da língua portuguesa**. Versão 1.010. São Paulo: Objetiva, 2006.

LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. **Qualidade de vida no trabalho – QVT**: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2004.

LONGO, Rose Mary Juliano **Gestão da Qualidade: Evolução Histórica, Conceitos Básicos e Aplicação na Educação** Trabalho apresentado no seminário —Gestão da Qualidade na Educação: Em Busca da Excelência, dias 9 e 10 de novembro de 1995, no Centro de Tecnologia de Gestão Educacional, SENAC — SP. 1996.

MANUAL ENFERMAGEM. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: Edipucrs; 2013.

MICHEL, Maria Helena. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**: um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos. São Paulo: Atlas, 2005.

MAXIMIANO, Antônio César Amaru. **Teoria Geral da Administração**. Da Escola Científica à Competitividade na Economia Globalizada. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

OLIVEIRA, Elaine Cecília de Lima. **Gestão da Qualidade**. *Power Point* apresentado na Disciplina Gestão de Qualidade. Belo Horizonte: FAMIG, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Guia para Boa prescrição médica. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

PORTAL DA SAÚDE. **O que é o SINAN**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>> Acesso em: 4 de abr.. 2012.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE – PBH. Manual de orientações Básicas sobre medicamentos, farmácias distritais gerência de assistência terapêutica, gerência de assistência Secretaria Municipal de Belo Horizonte: PBH agosto/2004.

PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR – PNHAH. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Ministério

da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>> Acesso em: 3 de nov. 2014.

ROBBINS, Stephen P. **Comportamento organizacional**. Rio de Janeiro: Prentice Hall . 2002.

SANTOS, G. A. A. D. **Gestão de farmácia hospitalar** São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2006.

SAÚDE. **Revista O Mundo da Saúde**. São Paulo, Ap. 2011;35, p.383-385.

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS -SES – MG. Planejamento e Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS. Comitê Estadual de Desenvolvimento da Política Nacional de Humanização. SES – MG. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/comunicacao-e-educaca>>. Acesso em: 12 de out. de 2014.

SILVA, Maria Laura Dias Alves e; MACEDO, Renata Cristina Resende *et al* (Org.) Farmácia de minas Medicamentos Estratégicos 2008. GMEST/SAF/SES-MG/GME Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/farmacia-de-minas-1/gme/Manual_Med_Estrategicos.pdf. Acesso em: 20 de out. de 2014.

SCHUNEMANN, Fabiana. **Enfermagem e a arte do cuidar**. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/4799/resgate-historico-enfermagem-e-a-arte-do-cuidar>> Acesso em 8 de junho. de 2014.

SENNA, R.R. de *et al*. O ser cuidador na internação domiciliar em Betim/MG. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n.4, p.545, 2000.

VERGARA, Sylvia Constant; BRANCO, Paulo Durval Branco. Empresa humanizada: a organização necessária e possível. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.41, n.2, abr./jun. 2001, p. 20-30.

WALDOW V.R.; LOPES MJM, MEYER D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

ZANON, Iriel. **Qualidade da assistência médico-hospitalar**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APENDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Qual a formação do responsável técnico pela farmácia no centro de saúde?

Qual a faixa etária? () 18 a 25 anos () 30 a 45 anos () 50 a 65 anos
quantos funcionários trabalham na farmácia do centro de saúde?

Qual sua carga horária diária?

Como é a rotina diária da farmácia?

O centro de saúde utiliza algum sistema informatizado para controle de entrada e saída de medicamentos?

Como é realizada a reposição dos medicamentos da farmácia do centro de saúde?
Qual período de reposição?

Como funciona o Programa Saúde da Família?

Qual sua principal contribuição para utilização correta dos medicamentos pelos pacientes do centro de saúde?

Como é realizada a distribuição de medicamentos aos pacientes na farmácia do centro de saúde?

Espaço aberto para informações que possa contribuir para a pesquisa. (Opcional).

APENDICE – B ROTEIRO DE ENTREVISTA SOBRE O MÉTODO DE DISPENSAÇÃO UTILIZADO NO CENTRO DE SAÚDE

- 1- Qual a região de abrangência? _____

- 2- Quais são as estratégias utilizadas pelo profissional da farmácia ao atendimento ao paciente?

- 3- No primeiro atendimento ao paciente são dadas informações quanto à maneira de utilização do método e do medicamento em seu domicílio?

- 4- Como a utilização do método ajuda os pacientes no controle de uso do medicamento?

- 5- Quais foram os benefícios da criação e utilização de método para o centro de saúde?

ANEXO A - GLOSSÁRIO DO SUS¹

Agente Comunitário de Saúde

O ACS mora na comunidade em que atua e é um personagem-chave do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), vinculado à Unidade de Saúde da Família (USF). Ele liga a equipe à comunidade, destacando-se pela comunicação com as pessoas e pela liderança natural. É um elo cultural do SUS com a população e seu contato permanente com as famílias facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde.

Alta Complexidade

Procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo. São exemplos de procedimentos de alta complexidade: traumatologia, cardiologia, terapia renal substitutiva e oncologia. As principais áreas estão organizadas em redes, como as de cirurgias cardíacas e de atenção oncológica.

Assistência Farmacêutica

Abrange todas as etapas do abastecimento de medicamentos, do atendimento ambulatorial/hospitalar ao fornecimento dos remédios para tratamento prescrito por médico responsável. A compra dos medicamentos básicos é descentralizada para as secretarias estaduais e municipais de saúde.

Atenção Básica à Saúde

Trata-se do primeiro nível de atenção à saúde, segundo o modelo adotado pelo SUS. É, preferencialmente, a —porta de entrada do sistema de saúde. A população tem acesso a especialidades básicas, que são: clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia. Estudos demonstram que a atenção básica é capaz de resolver cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde.

Câmara Municipal

Deve receber trimestralmente relatório do gestor municipal para análise do Conselho de Saúde. O texto, que deve ter ampla divulgação, precisa conter as informações sobre os recursos disponíveis e os aplicados, auditorias concluídas ou iniciadas e dados sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada. As câmaras municipais também recebem notificação do Fundo Nacional de Saúde (FNS), quando há recurso liberado para os município

Cobertura

Acesso e atendimento de saúde assegurado a uma determinada população. O conceito entende que o cidadão não precisa usar o serviço, embora este esteja pronto para recebê-lo.

Disponível em: <http://www.clinicas-curitiba.com/sus.htm>

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

Integrada por representantes dos estados, municípios, do Distrito Federal e da União, a comissão é um foro de articulação e pactuação na esfera federal. Na comissão, são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. São quinze membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde, cinco pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Para estados e municípios, cada indicado representa uma região do país. As decisões são tomadas por consenso.

Comissão Inter gestores Bipartite (CIB)

Um dos fóruns fundamentais para o processo de descentralização das ações de saúde. Nesse espaço, representantes do governo estadual e dos municípios articulam-se e realizam as suas pactuações. Ela é responsável por organizar a atenção à saúde no estado, além de definir estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS, no âmbito estadual. Vale observar que, antes de

levar um tema para ser discutido na Bipartite, o assunto deve ter sido debatido entre os municípios em outras de suas instâncias representativas. As decisões somente são encaminhadas para a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) se envolverem questões contrárias aos pactos e políticas do SUS ou aquelas que envolvem a União.

Conselho Municipal de Saúde

Constituído por usuários, trabalhadores de saúde e representantes do governo e prestadores de serviço, tem a função deliberativa, consultiva e fiscalizadora das ações e serviços de saúde do município.

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)

É composto por secretários municipais de saúde. Os municípios são entendidos no SUS como os principais responsáveis pelo atendimento à saúde de sua população. O Conasems tem a função de formular e propor políticas, promover o intercâmbio de experiências, apoiar os municípios e representá-los na CIT.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

Composto por secretários de saúde dos estados, o Conass representa os gestores estaduais junto à CIT, onde pode formular e propor políticas. O conselho também serve aos secretários estaduais como um fórum de debate, intercâmbio, trocas de experiências e a discussão para a implementação das políticas e diretrizes constitucionais.

Conselhos Gestores de Unidades de Saúde

Podem ser criados por lei municipal. O conselho fica vinculado ao SUS e tem a finalidade de planejar, acompanhar, fiscalizar, avaliar a execução de políticas públicas, serviços e ações de saúde em cada unidade de saúde.

Consórcios Intermunicipais de Saúde

Têm a finalidade de desenvolver atividades ou implementar projetos comuns

a grupos de municípios, racionalizando a aplicação de recursos financeiros e materiais. Os municípios participantes podem optar pela formação de uma entidade jurídica separada para administrar o objeto consorciado.

Consórcios Públicos

Instrumentos de cooperação federativa, dos quais podem participar União, estados, Distrito Federal e municípios.

Contratualização

Contrato de um estabelecimento de saúde com o gestor (União, estados, DF, municípios), no qual são estabelecidas metas e indicadores de resultado a ser cumpridos pela unidade de saúde, além dos recursos financeiros.

Convênios

São feitos quando há interesse recíproco entre o Ministério da Saúde e o conveniente (entidades federais, estaduais, municipais, ONGs, filantrópicas, empresas, etc.). No convênio, sempre se exige uma contrapartida, que será variável conforme a capacidade de cada parceiro. Podem ser utilizados para a execução de programas, projetos, ações, atividades ou eventos de saúde. São transferências voluntárias de recursos.

Descentralização

Processo de transferência de responsabilidades de gestão para o município, conforme determinações constitucionais e legais do SUS.

Emenda Constitucional nº 29

Estabeleceu os gastos mínimos em saúde dos governos federal (corrigidos pela variação nominal do PIB), estadual (12% de suas receitas) e municipal (15% de suas receitas). Sua regulamentação está em tramitação no Congresso e irá determinar quais tipos de gastos são da área de saúde e quais não são.

Fundos de Saúde

São responsáveis por receber e repassar os recursos financeiros (oriundos da União, estados e municípios) destinados às ações e serviços de saúde.

Hospitais de Ensino e Pesquisa

Credenciados pelos ministérios da Saúde e da Educação para o atendimento à saúde, participam da formação de estudantes de graduação e pós-graduação. A partir de 2004, passaram a ser contratualidades pelo Ministério da Saúde.

Hospitais de Pequeno Porte

Possuem entre cinco e trinta leitos e atuam em serviços de atenção básica e média complexidade. Fazem parte de programa específico do Ministério da Saúde, pelo qual passaram a receber mais recursos financeiros e a assumir maiores responsabilidades.

Média Complexidade

Tem o objetivo de atender os principais agravos de saúde da população, com procedimentos e atendimento especializados. São serviços como consultas hospitalares e ambulatoriais, exames e alguns procedimentos cirúrgicos. É constituída por procedimentos ambulatoriais e hospitalares situados entre a atenção básica e a alta complexidade.

Municipalização

Estratégia adotada no Brasil que reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população. Permitiu transferir aos municípios a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem a gestão sobre as ações e os serviços de saúde prestados em seu território.

Programa Saúde da Família

Estratégia prioritária adotada pelo Ministério da Saúde para a organização da atenção básica, no âmbito do SUS, dispondo de recursos específicos para seu

custeio. É responsável pela atenção básica em saúde de uma área determinada. Cada equipe (médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) deve atender no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas, podendo solucionar 80% dos casos em saúde das pessoas sob sua responsabilidade.

Redes de Atenção

As ações e serviços de saúde estão organizados em redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, de forma a garantir o atendimento integral à população e a evitar a fragmentação das ações em saúde. O acesso à população ocorre preferencialmente pela rede básica de saúde (atenção básica) e os casos de maior complexidade são encaminhados aos serviços especializados, que podem ser organizados de forma municipal ou regional, dependendo do porte e da demanda do município. As principais redes de atenção de alta complexidade do SUS são: • assistência ao paciente portador de doença renal crônica (diálise); • assistência ao paciente portador de oncologia; • cirurgia cardiovascular; • cirurgia vascular; • cirurgia cardiovascular pediátrica; • procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia; procedimentos de neurocirurgia; • assistência em otologia; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); e redes para cirurgia reprodutiva, genética clínica, terapia nutricional, distrofia muscular progressiva, osteogênese imperfecta, fibrose cística e reprodução assistida. Cabe à direção municipal do SUS a gestão da rede de serviços em seu território, estabelecendo parcerias com municípios vizinhos para garantir o atendimento necessário à sua população.

Regionalização

É um dos princípios que orientam a organização do SUS. Representa a articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, garantindo acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. Significa organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento. Quando recebido pelo sistema de saúde, o cidadão será encaminhado para um serviço de saúde de referência daquela região.

Tabela de Procedimentos do SUS

Estabelece a remuneração a cada procedimento ambulatorial e hospitalar no SUS. Para receber por serviços prestados ao SUS, as instituições contratadas ou conveniadas emitem uma fatura com base na Tabela de Procedimentos do SUS.

Teto Financeiro de Assistência

Total de recursos que os estados e municípios podem receber do Ministério da Saúde por procedimentos realizados de média e alta complexidade. O teto é calculado com base nos perfis populacionais e epidemiológicos de cada região e a partir de parâmetros estabelecidos pela Programação Pactuada e Integrada (PPI).