

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**ANALISE DA INSTITUIÇÃO DE UM COLEGIADO
GESTOR NO ENFRENTAMENTO EM UMA
SITUAÇÃO DE DESASTRE**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Maristhey Silveira Pujol de Almeida

Santa Maria, RS, Brasil

2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão

– modalidade artigo publicável -

**ANALISE DA INSTITUIÇÃO DE UM COLEGIADO
GESTOR NO ENFRENTAMENTO Á UMA
SITUAÇÃO DE DESASTRE**

Elaborado por

Maristhey Silveira Pujol de Almeida

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Sistema Público de Saúde

Comissão Examinadora:

**Profª. Drª. Vânia Fighera
Olivo (UFSM)
Presidente**

**Me. Bernadete Pereira
(4ª CRS/SES-RS)**

**Me. Mirna Moreira
(4ª CRS/ SES- RS)**

Santa Maria, 07 de agosto de 2014.

ANALISE DA INSTITUIÇÃO DE UM COLEGIADO GESTOR NO ENFRENTAMENTO Á UMA SITUAÇÃO DE DESASTRE

Maristhey S. Pujol de Almeida ¹

Isabel Cristina Reinheimer ²

Larissa Llaguno Pereira³

Vânia Maria Fighera Olivo⁴

¹Enfermeira, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da UFSM com ênfase em Vigilância em Saúde.

²Farmacêutica, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da UFSM com ênfase em Vigilância em Saúde e Mestranda em Ciências da Saúde (UFSM).

³ Fonoaudióloga, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) com ênfase em Vigilância em Saúde.

⁴Enfermeira, Doutora em Administração (UFRGS) e docente da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

RESUMO

Realizou-se um estudo exploratório de abordagem qualitativa, com o objetivo de analisar a finalidade, função e dinâmica operacional de um Colegiado Gestor denominado Grupo Gestor do Cuidado as Vítimas (GGCV), instituído no enfrentamento a uma situação de desastre diante do ocorrido em janeiro de 2013 na cidade de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, Estado membro da Federação Brasileira. Os sujeitos do estudo compreenderam profissionais do campo da gestão em saúde pública. A coleta de dados ocorreu no mês de novembro a dezembro de 2013. As categorias temáticas que emergiram após análise foram: (1) As demandas por um Colegiado Gestor; (2) A formação de significado de um colegiado gestor ; (3) A intersetorialidade e a cooperação técnica; (4) Os mutirões assistenciais em saúde; (5) Aprendendo a trabalhar em rede assistencial e linhas de cuidado; (6) A dinâmica operacional do colegiado gestor. O contexto deste estudo envolve o papel da Coordenadoria Regional de Saúde e do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) no enfrentamento do desastre, justificando assim, o estudo nesta produção de conhecimento técnico científico e sua correlação ensino-serviço. Estes fatos assumiram um significado de maior relevância para as pesquisadoras deste estudo, pois se trata de residentes de um Programa de Residência Multiprofissional com ênfase em Vigilância em Saúde com seu processo de formação e atuação no campo de uma CRS. A análise do conteúdo permitiu inferir que o Colegiado Gestor utilizado como dispositivo de gestão visando operacionalizar a continuidade do cuidado as vítimas se aproxima das orientações da Política Nacional de Humanização, da relevância do trabalho intersetorial e interinstitucional, das redes de produção de saúde.

Palavras Chave: Colegiado Gestor, Desastre, Política Nacional de Humanização.

ABSTRACT

We conducted an exploratory qualitative study, aiming to examine the purpose, function and operational dynamics of a manager named Collegiate Management Group Care Victims (GGCV), established in coping with a disaster situation before occurred in January 2013 in the town of Santa Maria, Rio Grande do Sul, a member state of the Brazilian Federation. The study subjects comprised professionals from the field of public health management. Data collection took place in the month of November-December 2013. The thematic categories that emerged after analysis were: (1) The demand for a Management Board; (2) The formation of meaning of an Administration Committee; (3) The intersectoral and technical cooperation; (4) The task force in health care; (5) Learning to work in care network and lines of care; (6) The operating dynamics of the Administration Committee. The context of this study involves the role of the Regional Health and the State Center for Health Surveillance (CEVS) in facing the disaster, thus justifying the study in this production of scientific knowledge and its correlation teaching and service. These facts have taken on a meaning of greater relevance to the researchers of this study, because it is resident of a Multidisciplinary Residency Program with emphasis in Health Surveillance in the process of training and performance in the field of a CRS. The content analysis allowed us to infer that the Manager Board used as a management device aimed operationalize continuity of care victims nears the guidelines of National Policy of Humanization, the relevance of intersectoral and interagency working, production networks of health.

KEYWORDS: Collegiate Manager, Disaster, National Humanization Policy

INTRODUÇÃO

A gestão do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), é ferramenta essencial no intuito de viabilizar serviços de saúde que garantam a qualidade de vida a todo cidadão brasileiro. Orienta-se por ações e serviços públicos de saúde integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo no SUS direção única em cada esfera de governo conforme o art. 198 da Constituição Federal do Brasil de 1988¹, com o objetivo de atender de modo integral e igualitário a população, pautado nas necessidades e demandas loco-regionais.

No Rio Grande do Sul, Estado membro da Federação Brasileira, conforme disposto no Regimento Interno da SES/RS, Decreto Nº 44.050 de 05 de outubro de 2005², a viabilização destes processos de gestão loco-regionais é de responsabilidade das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), que tem a função de prestar assessoria técnica aos municípios de sua área de abrangência. Salienta-se que no enfrentamento de situações de desastre, alvo de investigação deste estudo, as Coordenadorias Regionais bem como os Centros Estaduais de Vigilância em Saúde assumem maior relevância, pois, exige ações inesperadas, eficazes e resolutivas.

Tais intervenções complexas no campo da gestão, e que exigem análise investigativa, se justificam pelo fato de que os desastres são definidos com um momento de ruptura no funcionamento normal de um sistema ou comunidade, provocando forte impacto sobre as pessoas, seus trabalhos e ambientes sociais, de tal forma que supera a capacidade de resposta do governo local. Assim, cada desastre é único, no sentido de que seus efeitos não são relacionados com o tipo de evento, mas, sobretudo com as condições econômicas, sanitárias e sociais da área afetada. No entanto, existem semelhanças nestas situações, sendo que a identificação destas características comuns pode ser utilizada para melhorar a gestão da assistência a saúde e a utilização de recursos disponíveis^{3,4}.

Mais especificamente, em janeiro de 2013 em Santa Maria, cidade da região central do Rio Grande do Sul (RS), e sede da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, ocorreu um desastre em forma de incêndio que vitimou

fatalmente 242 pessoas e feriu mais de 500, a maioria vítimas da inalação de fumaça tóxica. Devido a grande proporção do desastre, frentes de trabalho foram estabelecidas no campo da saúde pública entre os três entes federados – União, Estado e Município – a fim de atender da forma mais eficaz possível, as necessidades geradas pelo desastre, fato que desafiou o Sistema Público de Saúde.

Depois de supridas as demandas emergenciais, um mês após o desastre, criou-se um *colegiado gestor* que teve como intuito ser um espaço de discussão, articulação, sistematização e planejamento da continuidade do cuidado às vítimas. Este colegiado foi inicialmente composto por órgãos gestores e serviços de assistência que compuseram o cuidado às vítimas desde o princípio dos atendimentos relacionados ao desastre. Após alguns encontros este colegiado foi nomeado por seus integrantes como Grupo Gestor do Cuidado as Vitimas (GGCV).

Os Colegiados Gestores são dispositivos de gestão organizados em ambiente coletivo, que inclui gestores, trabalhadores de saúde e usuários, para discussão e tomada de decisões no seu campo de ação, de acordo com as diretrizes e contratos definidos entre sujeitos envolvidos na trama do cuidado em saúde⁵.

Em um modelo de gestão participativa, centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva (planeja quem executa), os colegiados gestores garantem o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação (BRASIL, 2010)⁵.

Nesta perspectiva o Colegiado Gestor em questão (GGCV), foi criado de modo a auxiliar a operacionalizar o monitoramento da assistência visando à continuidade do cuidado as vítimas do desastre. Foi um arranjo coletivo diferencial considerando a inexistência de protocolos de gestão que pudessem ser utilizados em situações de desastres, por isso a relevância deste estudo que se propôs a descrever e analisar o processo de constituição deste colegiado gestor. Além disso, existem poucas bibliografias disponíveis que pudessem ser utilizadas na busca pela garantia da integralidade da atenção ao

cuidado e no planejamento e sistematização de ações, em resposta assistencial às vítimas afetadas em situações de desastre.

Estes fatos assumiram um significado de maior relevância para as pesquisadoras deste estudo, pois se trata de residentes de um Programa de Residência Multiprofissional com ênfase em Vigilância em Saúde com seu processo de formação e atuação no campo de uma CRS. Neste cenário, tais profissionais vivenciaram todo o processo de organização de uma CRS no enfrentamento do desastre, participando ativamente na instituição e operacionalização do GGCV, justificando assim, o estudo, a produção de conhecimento técnico científico e sua correlação ensino-serviço.

Como profissionais de saúde que vivenciaram o processo, percebe-se a importância de refletir o vivido, no sentido de resignificar informações sobre a atuação dos administradores da saúde das diferentes instâncias gestoras, tendo como orientação alguns questionamentos: Qual o papel de um Colegiado Gestor frente a uma situação de desastre? Quais os desafios a serem enfrentados visando a integralidade do cuidado? Como os gestores operacionalizam os problemas numa situação de desastre?

Com base no exposto acima o **objetivo** deste estudo, foi descrever e *analisar a instituição, finalidade, função e dinâmica operacional de um Colegiado Gestor utilizado no enfrentamento a uma situação de desastre.*

METODOLOGIA

O estudo em questão tem orientação num **desenho de pesquisa** de caráter exploratório de cunho qualitativo quanto a sua abordagem e descritivo quanto a seu objetivo. De acordo com Minayo⁶ a pesquisa qualitativa possibilita um conhecimento aprofundado da realidade a ser investigada, bem como das comunicações e relações humanas que dela fazem parte e cuja complexidade, muitas vezes, não é contemplada somente por variáveis numéricas. Já o estudo descritivo, tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno⁶.

O **cenário** de investigação da pesquisa deu-se nos seguimentos da gestão e assistência que compõem o GGCV, tais como: 4ª Coordenadoria

Regional de Saúde (4ªCRS); Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (SMSSM- Vigilância em Saúde); Acolhe Saúde (Santa Maria); Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM); Associação das Vitimas e Familiares da Tragédia de Santa Maria (AVFTSM).

A **população** do estudo foi composta por sete sujeitos integrantes do GGCV sendo compreendido por: três representantes da 4ª CRS, dois representantes da SMSSM (Vigilância em Saúde, Acolhe Saúde), um representante do HUSM, um representante da AVFTSM. Como principal critério de inclusão para participação na pesquisa, os integrantes do GGCV foram selecionados por meio da análise das atas do colegiado gestor. Foi verificado os integrantes que possuíam mais de 50% de frequência nas reuniões do grupo até 31 de agosto de 2013, totalizando 24 reuniões, assim sendo, foram selecionados aqueles que tinham participado de 12 reuniões do grupo gestor. Salienta-se que para preservar o anonimato e identificar cada participante, utilizaram-se as letras (A, B, C, D, E, F, G).

A **coleta de dados** foi realizada a partir de entrevista individual, semi-estruturada, composta por 13 questões abertas. A entrevista é definida por Martins⁷ como uma técnica para a coleta de dados que objetiva entender e compreender o significado que os participantes atribuem a questões e situações. De acordo com Triviños⁸, entende-se por entrevista semi-estruturada aquela que parte de questionamentos básicos, apoiado em hipóteses e teorias de interesse da pesquisa, sendo o foco principal definido pelo entrevistador.

A **análise dos dados** foi feita a partir do conceito de análise de conteúdo proposta por Minayo⁶. Conforme a autora, esse procedimento faz relação entre as estruturas semânticas e as estruturas sociológicas dos enunciados. Os textos descritos são articulados e analisados com os fatores que determinam suas características, dentre eles, as variáveis, contexto cultural e processo de produção da mensagem⁶.

Este estudo atendeu todos os preceitos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, obedecendo seus principais requisitos⁹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do conteúdo possibilitou identificar e categorizar unidades e significados surgindo seis categorias temáticas, quais sejam:

(1) As demandas por um Colegiado Gestor; (2) A formação de significado de um colegiado gestor ; (3) A intersetorialidade e a cooperação técnica; (4) Os mutirões assistenciais em saúde; (5) Aprendendo a trabalhar em rede assistencial e linhas de cuidado; (6) A dinâmica operacional do colegiado gestor.

As unidades supracitadas possibilitaram os resultados apresentados explicando a análise da finalidade, função e dinâmica operacional de um Colegiado Gestor utilizado no enfrentamento a uma situação de desastre.

As demandas por um Colegiado Gestor

Percebendo a gravidade e complexidade da situação, foi a partir de uma reunião que surgiu a ideia da criação de um grupo com encontros periódicos visando realizar o acompanhamento e dar os encaminhamentos necessários à continuidade do cuidado às vítimas do desastre. A situação instalada, a necessidade de organizar, planejar, monitorar e ofertar uma assistência integral centrada no cuidado às vítimas diretas e indiretas do desastre foram os subsídios para a instituição do GGCV.

Conforme a Cartilha da Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS (PNH)¹⁰ denomina-se Gestão em Saúde a habilidade de trabalhar com problemas, apresentando maneiras de resolvê-los.

Os fragmentos das falas abaixo comprovam o modo como surgiu o colegiado e o comprometimento dos gestores neste processo de organização:

“[...] surgiu no susto, tinha a necessidade de organizar algumas ações que não poderiam ser realizadas somente num ente federado [...], e surgiu assim, [...], tem que se juntar para conversar, para organizar [...], de modo responsável”.(G)

"[...] o grupo surgiu à partir de uma reunião que a gente identificou a necessidade de monitoramento, de se estabelecer de modo concreto a relação entre os diferentes entes envolvidos no comando desse evento, desse acidente, dessa tragédia".(E)

A criação do colegiado como ferramenta de gestão em saúde teve a finalidade de auxiliar a reduzir os problemas gerados com o desastre. Este dispositivo num primeiro momento proporcionou operacionalizar o monitoramento da assistência prestada as vítimas ao integrar os serviços e construir estratégias para o cuidado integral as vítimas.

Como pode ser visto no recorte de fala abaixo:

"[...] no começo, a Força Nacional do SUS emitia diariamente dois relatórios constando as condições de saúde das vítimas internadas. Estes eram enviados para o Município, para o Estado e Ministério. Havia um painel com o desenho da situação de tudo que estava acontecendo; em Porto Alegre também havia um gabinete de crise". (F)

As ações desencadeadas pelo GGCV, foram de modo coletivo e democrata, co-responsabilizando os membros integrantes do grupo numa ótica de gestão compartilhada. Assim, o gerenciamento desta prática organizacional da gestão em saúde exigiu competências no modo de agir e interagir dos integrantes do GGCV, co-responsabilizando-os pela produção da saúde de maneira coletiva.

Como evidenciado nos recortes de falas abaixo:

"[...] penso que é possível em qualquer espaço social à gente fazer gestões colegiadas e compartilhadas, porque os atores, as pessoas que se envolveram nessa crise, também são pessoas que a gente conviveu nesses tempos anteriores, nesses modelos de gestão [...]. Alçar mão numa experiência [...], altamente positiva na questão de prover, promover a participação de todos que estão envolvidos, reconhecer-se nesse processo e poder dar conta no meu entendimento das necessidades, das demandas do momento [...], faz parte das novas teorias preconizada pela administração pós-moderna". (E)

A partir dos extratos das falas dos entrevistados é possível perceber a ideia de uma gestão compartilhada, e que todos os participantes do GGCV, seriam atores das decisões acerca da continuidade do cuidado das vítimas.

Para Campos¹¹, a cogestão é uma maneira diferente de tornar público as instituições de saúde, pois age de modo contrário a dominação das práticas

administrativas. A cogestão busca o compartilhamento da administração da saúde e da importância da construção coletiva democratizando o poder de maneira ética “a base da cogestão, ninguém governa sozinho”¹¹. O mesmo autor sugere que cogestão é o compartilhamento de poder formando uma rede de diferentes espaços e instâncias de poder, sujeito a pressões, mas não estabelecida pela mesma¹¹.

A gestão participativa é um importante instrumento para disparar mudanças nos modos de gestão e de práticas em saúde, colaborando para que o atendimento aos usuários se torne mais efetivo e possa assim, motivar as equipes de trabalho¹². Esta forma de gestão, a “cogestão” objetiva democratizar as relações no campo da saúde, visando o pensar e o fazer de modo coletivo¹².

No entanto, Velasques¹³ comenta que no mundo real o das políticas públicas muitas vezes permeiam os interesses de grupos particulares nestas esferas de poder prejudicando deste modo os interesses coletivos. Porém, o que se verificou nos extratos de falas dos entrevistados foi que a “cogestão” do GGCV, proporcionou uma soma de atividades conjuntas, desmistificando a teoria de Velasques.

A formação de significado de um colegiado gestor

A partir desta ideia de gestão partilhada o grupo foi se organizando e dando vida a este rearranjo organizacional como pode ser visto neste recorte de fala:

“[...] fomos elaborando que aquilo ali era um grupo gestor que [...] tínhamos que transformar num grupo continuado que iria discutir as questões, [...] era uma coisa de ir fazendo e depois olhando como um processo terapêutico depois que tu vive que tu se dá conta das coisas e elabora assim, enquanto gestora a gente teve a noção que ele era um grupo gestor depois de que ele já existia”. (G)

Corroborando com este extrato de fala a PNH¹⁴ cita que a transversalidade da política implica essencialmente um construir coletivo nestes processos de gestão. O delineamento de objetivos e a definição de estratégias de ação utilizando um canal de dialogo permanente é primordial nestas experiências transversais e assim poder afirmar a humanização como eixo norteador das práticas em saúde¹⁴.

Salienta-se que antes da ocorrência do desastre, as relações de poder se davam de forma muito fragmentada, pois cada órgão e instituição prestadora de serviços desenvolvia suas ações em seus espaços de trabalho, inexistindo uma co-reponsabilização, buscando realizar apenas o que era de sua competência, havendo pouca abertura para trocas de diálogos, de saber, de aproximação dos gestores da administração da saúde, enfim da interface em saúde pública.

Diante do ocorrido, houve uma maior integração dos gestores, trabalhadores e usuários, alterando o modo de interagir entre os mesmos, o que proporcionou melhores condições para realizarem um trabalho mais participativo e mais humanizado. Como pode ser constatada neste fragmento de fala:

“[...] quando todos se despiram de todo e qualquer outro interesse que não dar conta de algo que a gente nem em sonho imaginou, [...] o fato de estarmos todos neste processo, nesta tragédia, permitiu que nós em diferentes níveis de envolvimento com o sistema pudéssemos conversar com tamanha afinação e dar conta em tempo tão curto de tantas ações que o sistema no seu cotidiano não consegue levar adiante”. (E)

Desta forma, superar a fragmentação do sistema como um todo é um grande desafio da gestão e do GGCV. Apesar das dificuldades, o grupo foi um disparador de mudanças no campo da gestão e nas práticas em saúde, tornando mais efetivo e resolutivo o atendimento as vítimas do desastre.

Nesse espaço de gestão, o acolhimento e a construção de vínculos foram primordiais para a interação do colegiado, logo aprender a escutar as dificuldades e necessidades apresentadas pelos gestores foi uma priori a fim de melhorar as relações interinstitucionais e ações que seriam posteriormente desencadeadas.

Como pode ser constatado neste recorte de fala abaixo:

“[...] no momento em que se consegue que as pessoas sentem e as instituições que estão envolvidas tenham a liberdade de poder falar de suas dificuldades, eu acho que isto atende em parte as necessidades, mas eu sinto falta de mais resoluções, eu acho que o grupo, como um grupo de cuidado gestor, ele precisaria ter mais posições, frente algumas coisas que não se limita, que não está na governabilidade, precisaria de outros atores para dar respostas mais efetivas”. (A)
“[...] todos nós admitimos as nossas fragilidades, as nossas dificuldades, os nossos problemas institucionais, até de relação interinstitucional que foram muito

atenuados pelo fato da convivência. Então, acho que a particularidade desse grupo é o foco, ele se mantém assim, muito rigoroso no foco da sua criação. [...] é um espaço exclusivo para se trabalhar o que de fato o grupo se propõem que é a gestão do cuidado as vítimas do desastre".(E)

Considerando os recortes das falas acima expostas Merhy¹⁵ afirma, que o trabalho em saúde deve ter início a partir do vivido, considerando as tecnologias das relações, da subjetividade e não apenas do trabalho morto explicitado nos equipamentos e conhecimentos técnicos.

Desta forma, o GGCV buscou num primeiro momento se organizar de modo responsável, comprometido, sem abrir mão da subjetividade de seus integrantes no intuito de produzir saúde tendo a intersetorialidade como estratégia para aprimorar as ações conjuntas, compartilhando responsabilidades e tarefas.

A intersetorialidade e a cooperação técnica

A gestão do Sistema Público de Saúde ainda trabalha de maneira muito fragmentada, buscando enfrentar este problema o GGCV, buscou ser um facilitador das questões burocráticas de gestão articulando ações em saúde de modo integrado aos demais órgãos e instituições prestadoras de serviços com o intuito de proporcionar uma assistência mais resolutiva e eficaz.

No início contaram com a força de trabalho da Força Nacional do SUS, entretanto necessitavam respaldar juridicamente a divisão de competências, então, construíram em conjunto um esboço de um plano de ação delineando as ações necessárias, visando garantir a continuidade do cuidado de modo integral. Neste processo a CEVS/RS, teve papel de extrema relevância, pois realizou no dia vinte e dois de fevereiro de dois mil e treze por intermédio da SES/RS uma WEB palestra no município de Santa Maria, sobre Pneumonite Química e outras possíveis lesões inalatórias, bem como condutas necessárias neste evento em saúde pública. Cabe destacar, que evento em saúde pública segundo a Portaria MS/GM Nº 104/11 é toda manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença¹⁶.

A partir disto, no intuito de garantir um atendimento integral com qualidade e eficaz as vítimas do desastre, os gestores celebraram um contrato de gestão no dia vinte e dois de fevereiro de dois mil e treze, através de um termo de compromisso cujo objetivo foi delinear as principais ações de acompanhamento com as competências estabelecidas para cada ente federado, num período de cinco anos. Contemplando a realização de procedimentos técnicos e operacionais para a continuidade da atenção a saúde das vítimas, de familiares e de profissionais envolvidos no incêndio, envolvendo ações de vigilância à saúde, atenção básica, especializada e psicossocial.

O Contrato ou Termo de Compromisso, foi assinado pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, as Secretarias de Saúde e Gestão e Modernização Administrativa do Município de Santa Maria e Universidade Federal de Santa Maria.

Conforme relatado nestes recortes de falas:

“[...] quando a Força Nacional do SUS foi embora, [...] no dia vinte e oito de fevereiro de dois mil e treze, foi o último dia que eles ficaram, [...] já tinham conversado, [...] se reunido conosco aqui em Santa Maria [...]. [...], apresentaram mais ou menos o esboço do que seria o projeto da atenção psicossocial e o atendimento na assistência especializada (hospitalar)”. (F)

“[...] foi então elaborado o contrato [...], os segmentos do contrato, com as competências de cada ente. O município cuidava então, da parte psicossocial e o Estado cuidava da assistência especializada no âmbito hospitalar da parte clínica de atendimento de fisioterapia”.(F)

Percebe-se que a intersetorialidade foi utilizada como estratégia de operacionalização e efetivação do trabalho desencadeado consolidando o Sistema Único de Saúde como política pública efetiva, resolutiva e eficaz. Reafirmado no recorte de fala abaixo:

“[...] o sistema organizado do SUS, hierárquico deu conta da necessidade [...], foi como se colocasse o SUS a prova [...], me convenceu profundamente e não tenho mais nenhuma dúvida da perfeição que é a proposta do Sistema Único de Saúde por conta dessa experiência [...], fica essa lição da integração e interação entre os diferentes níveis hierárquicos do sistema para dar conta das demandas”. (E)

Corroborando com os recortes das falas acima citados, entende-se a intersetorialidade como um conjunto de serviços e órgãos de saúde que

integram as políticas e programas de saúde independente de fazerem parte ou não do SUS, otimizando assim, recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos prevenindo desta forma a duplicidade de meios para os mesmos fins¹⁰.

Conforme Inojosa¹⁷ a interdisciplinaridade é vista como intersectorialidade. O autor refere a intersectorialidade como o conjunto de conhecimentos adquiridos e vividos, estes contribuem para o planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação de metas e resultados em circunstâncias difíceis.

Os Contratos de Gestão segundo a PNH¹⁰, são firmados entre as unidades de saúde e as instâncias hierárquicas de gestão, visam a pactuação de metas no intuito de ampliar o acesso a saúde numa ótica mais humanizada, qualificada valorizando o trabalhador bem como sua participação na gestão.

Concebe-se que para avançar e atingir as metas pactuadas no termo de compromisso de gestão o GGCV, organizou e sistematizou todo um processo de trabalho necessário visando contribuir para com esta assistência as vítimas.

Como pode ser visto nos extratos de falas das entrevistas abaixo que enfatizam o objetivo do colegiado gestor:

“[...] o objetivo do GGCV é proporcionar acesso e cuidado integral as pessoas envolvidas com o incêndio [...], mas o objetivo meio é como que a gente faz para conseguir proporcionar isso para as pessoas, é encarar o desafio da comunicação, é sentar em diferentes espaços, com diferentes concepções, diferentes pessoas para conversar, para ver como a gente pode fazer esta rede ser mais fluida, estabelecendo os limites de ação de cada um, então eu acho que o objetivo final dele é garantir o cuidado integral da melhor forma possível [...], encarando os desafios da comunicação [...], e aprender como é que se faz redes”. (G)

“[...] objetivo do GGCV, é compartilhar tanto as dificuldades como os avanços discutindo a melhor forma de atender as pessoas”. (C)

No sentido de construir e alcançar os objetivos traçados pelo GGCV, o colegiado instituiu um canal de comunicação como parte do processo de organização do trabalho, pois, a comunicação intersectorial como estratégia de mobilização e empoderamento proporcionou melhoria na qualidade da atenção em saúde nas tomadas de decisões coletivas no campo da saúde pública.

Como citado neste recorte de fala abaixo exposto:

“[...] havia a necessidade de um canal de comunicação entre as instituições que estão prestando um cuidado a essas vítimas para que não ficasse um atendimento isolado”. (C)

De acordo com Oliveira¹⁸, a comunicação horizontal auxilia na participação de todos por igual em prol do atingimento de metas.

Abarcando o conjunto de ações desencadeadas, foi à partir da web palestra e assinatura do termo de compromisso de gestão e as várias reuniões realizadas que o GGCV, organizou-se para realizar os mutirões da saúde este considerado uma de suas principais ações.

Os mutirões assistenciais em saúde

Os mutirões assistenciais em saúde visavam prestar assistência a todas as vítimas diretas e indiretas envolvidas no desastre que tiveram de alguma forma contato com a fumaça tóxica. Para a realização desta ação e atendimentos à nível ambulatorial em distintas especialidades incluindo a atenção psicossocial foi necessário o envolvimento dos entes federados, órgãos e instituições de saúde e educação a saber: Ministério da Saúde (Força Nacional do SUS); Secretaria Estadual de Saúde do RS (4ª CRS/SES-RS/CEVS); Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (Vigilância em Saúde); Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis –PRAE/UFSM; Programa de Residência Multiprofissional Integrada/UFSM e Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM. Os dois mutirões ocorreram no HUSM em dois finais de semana, mais precisamente nos dias (09) nove e (10) dez e também (16) dezesseis e (17) dezessete de março. Pensado de modo a ofertar acesso e uma assistência com maior agilidade neste monitoramento, optou-se pelos atendimentos nos dois finais de semana, neste cuidado e acompanhamento por longo período.

Como exposto como uma das principais tarefas do GGCV, neste extrato de fala:

"[...] depois que a Força Nacional do SUS saiu de Santa Maria , instituiu-se o GGCV, num primeiro momento a principal tarefa foi organizar os mutirões [...] de atendimentos para as pessoas que estavam cadastradas no FormSUS". (C).

Para Luft¹⁹, mutirão denomina-se uma reunião de pessoas que gratuitamente prestam seu auxílio, seu trabalho para executar ou concluir um serviço.

Neste processo de organização foi necessário a utilização de ferramentas de gestão visando sistematizar todo um planejamento assistencial neste monitoramento, partindo do pressuposto que se desconhecia o número de pessoas atingidas pelo desastre. A busca ativa de todos os pacientes expostos a fumaça teve o intuito de notificar estes dados epidemiológicos, bem como rastrear todos os pacientes. Então, o Ministério da Saúde disponibilizou formulário de cadastramento no sítio eletrônico do próprio Ministério, SES-RS e ouvidoria do SUS, denominado FormSUS.

Segundo Brasil²⁰, dentre os serviços oferecidos pelo DATASUS encontra-se o FormSUS cuja finalidade é criar formulários na WEB para atividades de interesse público aos órgãos e instituições públicas e parceiras do Sistema Único de Saúde.

Neste sentido, o usuário preencheu um formulário eletrônico – FormSUS; as informações contidas no formulário ficavam registradas no Ministério da Saúde, bem como na SES-RS (4º CRS), eram impressas diariamente na regional de saúde. A demanda assistencial oriunda com o cadastramento desencadeou um grande trabalho de organização e agendamentos subsidiando os atendimentos no Centro Integrado de Assistência as Vítimas de Acidentes (CIAVA-HUSM). Assim, todas as vítimas cadastradas receberam uma ligação sendo informadas dia e hora da consulta médica, inclusive intensa busca ativa dos cadastrados. Este trabalho, fez com que surgisse uma enorme demanda assistencial, mudanças nos processos de trabalho e muita criatividade.

A inexistência de uma rede informatizada de gestão, foi um dos fatores que dificultou um pouco o trabalho, levando a equipe de monitoramento a criar uma planilha no google drive, visando compartilhar informações com todos os

envolvidos na assistência e evitando assim, a duplicidade e real necessidades de atendimentos neste monitoramento assistencial neste ato do cuidar.

Relatado nos recortes de falas das entrevistas parte do trabalho desencadeado pelo GGCV considerando o FormSUS:

“[...] ficamos com várias tarefas, com todo agendamento, a questão do FormSUS, tinha que ser verificado, havia muitas pessoas envolvidas neste processo entre eles: funcionários, servidores e residentes”. (C)

“[...] teve toda aquela questão das planilhas, de sistematizar dados [...], o FormSUS, aquelas listas longitudinais, a planilha do Google Drive”. (G)

Como constatado, o FormSUS foi uma ferramenta de gestão necessária para obtermos um desenho da real situação. O mesmo possibilitou verificar as demandas assistenciais e possibilidades de ampliação do acesso aos serviços, necessário nesta terceira fase do cuidado, passado a fase emergencial e hospitalar.

A partir dos mutirões se delineou todo um conjunto de frentes de trabalho gerenciado pelo GGCV, visando atingir as metas e objetivos do colegiado nesta complexa produção do cuidado.

Outro grande desafio do GGCV, no intuito de cumprir o termo de compromisso e efetivar o Sistema Único de Saúde, foi aprender a construir e trabalhar em rede assistencial.

Aprendendo a trabalhar em rede assistencial e linhas de cuidado

Organizar o sistema de saúde exige habilidade dos gestores do SUS, porém em situações de desastre o desafio fica ainda maior devido à fragmentação existente no sistema. Um dos grandes desafios do GGCV, foi iniciar um trabalho em rede assistencial e linhas de cuidado.

Como pode ser constatado no recorte de fala abaixo:

“[...] o grupo enquanto grupo gestor da saúde, [...] tem responsabilidade [...], é muito mais que intervenção clínica discutir protocolo da pneumologia, da saúde mental, dos queimados, da assistência farmacêutica [...], tudo isso é importante”. (G)

Contemplando estas falas define-se Rede de Atenção à Saúde como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”²¹.

Mendes²², refere que nas Redes de Atenção a Saúde existe uma particularidade nos processos de descentralizar os serviços diante aos demais setores sociais. O autor, enfatiza, os distintos pontos de atenção à saúde que formam a rede, suas especificidades, equipamentos, tecnologias e sua distribuição de modo equânime nos distintos níveis de atenção.

Em relação as linhas de cuidado Merhy e Cecílio²³, discorrem que é um processo sistêmico e ativo, pois visa garantir ao usuário um cuidado integral que atenda todas suas necessidades e este cuidado só pode ser proporcionado em rede, seu desenho é comparado a uma linha de produção.

No intuito de atender as demandas e necessidades o GGCV, articulou todo um processo promovendo mecanismos que viessem garantir a integralidade da atenção à saúde em linhas de cuidado. Então, cada serviço ofertado foi repensado no intuito de facilitar o acesso das vítimas a esta assistência a qual necessitavam. Neste processo, algumas linhas de cuidado foram sistematizados em protocolos clínicos (assistência aos queimados, pneumologia, saúde mental e sua interface com a assistência farmacêutica), esta demanda exigiu inúmeras discussões realizadas em fóruns de debates como expresso no recorte de fala acima exposto.

Porém, as dificuldades observadas e sentidas pelos gestores são muitas nesta produção de saúde, na implementação dos serviços e sustentação dos mesmos, desafiando os integrantes do grupo dia após dia. Como pode ser confirmado no recorte de fala abaixo:

“[...] eu acho que a gente ainda tá engatinhando numa discussão do que seria uma transformação e um acolher essa situação da tragédia. Eu acho que a gente tem que pensar em processo [...], uma hora se avança outra hora se recua é assim que as coisas acontecem”.
(G)

Entretanto, a PNH¹⁰, destaca que o grande desafio para a mudança na área da saúde é o uso de metodologias de trabalho estabelecido em objetivos visando o atingimento de metas sustentáveis.

A unidade seguinte aborda a dinâmica operacional do colegiado gestor a fim de contemplar seu objetivo em operacionalizar o monitoramento da assistência às vítimas nesta continuidade do cuidado.

A dinâmica operacional do colegiado gestor

Composto pela Secretaria Estadual de Saúde do RS (SES/RS), representada por técnicos e gestores da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS), representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (SMS/SM – Vigilância em Saúde, Acolhe Saúde), representantes do Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria; representantes da Associação dos Familiares de Vítimas e Sobreviventes da Tragédia de Santa Maria (AVTSM); representantes da coordenação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador-CEREST; representantes do Hospital Universitário de Santa Maria e residentes (do Programa de Residência Multiprofissional Integrada da UFSM na área de atuação de Vigilância em Saúde e campo de atuação na regional de saúde), tendo o Ministério da Saúde como interlocutor e a SES/RS como proponente deste trabalho todos os representantes dispõem de assento no colegiado, sendo constituído pelo quantitativo de doze pessoas envolvidas neste processo de decisão colegiada.

O colegiado desde sua criação utilizou como principal metodologia de trabalho e dinâmica operacional os fóruns de debates. No início de sua criação devido as demandas e necessidades em organizar, sistematizar os processos de gestão, o grupo se reunia semanalmente, passado alguns meses o colegiado passou a encontrar-se quinzenalmente e quando necessário realizam reuniões extraordinárias.

Como pode ser constatado nestes fragmentos de falas:

“[...] no início as reuniões eram semanais, nós reuníamos sempre as segundas-feiras, depois a medida que o tempo foi passando, tudo foi se organizando e as demandas foram diminuindo, então as reuniões passaram a ser quinzenais”. (C)

“[...] a ferramenta principal é um fórum onde os representantes atualizam como esta o processo de atuação de cada um dos envolvidos se apropriando do que

esta sendo realizado pelas outras instituições e se debate os impasses que aparecem. Então, entendo que o fórum é o principal recurso de trabalho". (D)

Para Luft¹⁹, o significado de debates está relacionado as discussões, contestações e disputas.

Considerando, tal conceito as “discussões” oportunizaram ao GGCV, conhecer, refletir e ampliar o saber e assim, poder fazer uma cogestão diferenciada pautada na realidade situacional. Neste espaço coletivo e democrata seja concordando ou discordando o que vale é expor opiniões e debate-las visando à construção de novos significados. Assim, permeou os fóruns de debates do colegiado no sentido da construção coletiva, repensando processos de trabalho no intuito de aprimora-los, considerando as necessidades que emergiam a cada momento em busca de um cuidado integral as vítimas.

Para tanto, o GGCV, necessitou estabelecer regras e/ou diretrizes de negociação entre os membros do colegiado, a fim de viabilizar seu processo de trabalho e operacionalizar as ações a serem desencadeadas.

O recorte de fala abaixo, permite conhecer como ocorreu este processo.

“[...] nós estabelecemos no início o que deveríamos tratar e compartilhar, o papel e obrigação de cada um do grupo, porque quem participa tem algum papel neste contexto de administração da crise e do cuidado das vitimas, então os instrumentos que a gente utiliza são ferramentas que facilitem a comunicação, tanto entre as instituições, como com a população, com as vitimas, diretas, indiretas”. (E)

Percebe-se que esta experiência permite uma nova maneira de produzir saúde ao quebrar barreiras já enrijecidos de trabalho e construir à partir da subjetividade, criatividade e autonomia dos sujeitos integrantes do GGCV um nova maneira de trabalhar com coletivos.

A dinâmica de discussão é orientada por uma pauta além de relatórios, visando apresentar os problemas, debatê-los e encontrar a melhor maneira de resolvê-los. Os integrantes participam ativamente dos debates, planejam ações com foco na promoção da saúde e integralidade do cuidado, conformes suas necessidades.

Como pode ser constatado neste recorte de fala:

"[...] a cada encontro, a cada momento desse trabalho a gente vai se deparando com necessidades diferentes. [...]. O grupo utiliza as atas das reuniões, os relatórios, as reuniões ampliadas, os protocolos. São muitos os instrumentos utilizados".(G)

Neste processo de trocas e demandas o GGCV, foi desenrolando um emaranhado de necessidades e ampliando cada vez mais seus saberes a cada experiência vivida. Exposto neste fragmento de fala:

"[...] toda vez que a gente participa das reuniões levamos o relatório do seu serviço à partir deste a gente identificou que a maioria das vítimas avaliadas que precisavam de atendimento em fisioterapia não compareciam[...].

O grupo foi bem habilidoso em estabelecer critérios de classificação das vítimas em primeiro lugar, nós estabelecemos critérios de classificação lá no início e o grupo melhorou esta classificação ao longo de sua existência". (E)

As ações desencadeadas pelo colegiado, relatada neste recorte de fala acima apresentado visam organizar e sistematizar os processos de gestão dando ideia da autonomia do colegiado gestor.

Fortalecendo os relatos, Paulo Freire²⁴, argumenta que autonomia é um processo em construção do homem com os demais, considerando os conhecimentos, o vivido, possibilitando assim novas construções. Para Tushman & Nadler²⁵, cargos detentores de elevada autonomia apresentam participação, motivação e competência. No entanto, cargos com pouca participação e autonomia são desmotivados.

Conforme exposto o GGCV, desempenhou suas funções com elevada autonomia, comprometimento e responsabilidade no desejo de alcançar seus objetivos. Contudo, a falta de governabilidade acerca de alguns problemas exigiu outros atores.

Com relatado nestes recortes de falas:

"[...] acho que uma das questões que mais trazem ansiedade é a governabilidade [...], tu te deparar com alguns problemas que dentro do grupo tu não consegue resolver ou dentro das próprias instituições tu não consegue resolver, que precisa de outros atores que estão em outras instâncias de deliberação e que muitas vezes demoram a dar retorno, como por exemplo [...] as medicações, os equipamentos [...]. [...] você sabe que tem aquela necessidade que aquela pessoa precisa de certos tipos de equipamentos ou de decisões mais rápidas e tu te depara com toda uma burocracia, tu vai até um certo ponto e depois tu depende de outras instâncias gestoras para resolver os problemas". (C)

Segundo Melo²⁶, por governabilidade entende-se as distintas possibilidades do exercício do poder, delimitado dentro de um espaço com uma margem de eficácia para que esse poder possa ser exercido.

Giuliani²⁷, destaca, que a governabilidade não é um fenômeno completo, faz parte de um complexo processo dentro do sistema político.

Percebe-se então, que o mau estar do GGCV, em não conseguir dar conta por completo de seu trabalho devido a falta de governabilidade é o grande nó crítico do Sistema Único de Saúde. A burocracia do sistema, a morosidade com que as coisas acontecem é fator de desmotivação muitas vezes para quem está na liderança e insatisfação e cobrança da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo não pretendeu esgotar aqui, nem chegar a conclusões fechadas acerca da instituição do Colegiado Gestor. A intenção foi, ao detalhar de modo descritivo e analítico, a finalidade, função e dinâmica operacional de um Colegiado Gestor, enquanto dispositivo de gestão em saúde, utilizado no enfrentamento a uma situação de desastre.

Com base nos dados descritos e analisados, é possível inferir que o GGCV, foi, apesar das dificuldades um disparador de mudanças no campo da gestão pública e nas práticas em saúde, tornando mais efetivo e resolutivo o atendimento as vítimas do desastre no sentido de garantir a integralidade do cuidado em saúde.

Neste processo, ressalta-se a importância da participação e atuação da Associação das Vítimas e Familiares da Tragédia de Santa Maria (AVFTSM), junto ao Colegiado Gestor, proporcionando ao grupo conhecer as reais necessidades das vítimas e a partir disto o desencadeamento de ações de saúde relevantes no processo assistencial. Outro aspecto importante a destacar foi a articulação que se deu entre a atenção básica (atenção primária) e a média e alta complexidade (atenção secundária), nesta assistência

disponibilizada as vítimas entrelaçando assim, os serviços bem como as densidades tecnológicas.

Cabe ainda, destacar a importância da integração e comprometimento entre os entes federados, e também dos agentes públicos na atuação e busca de soluções resolutivas e eficazes deste problema em saúde pública que foi o desastre. Neste processo outro grande desafio do Colegiado Gestor, foi ser criativo e pró-ativo em relação a criação de ferramentas de gestão que contribuíssem positivamente com o processo de trabalho.

Entretanto, salienta-se as dificuldades evidenciadas pelo grupo neste estudo e que impactaram na qualidade das respostas, tais como: a falta de protocolos clínicos assistenciais; a inexistência de uma rede de informatizada com a disponibilização de informações entre os serviços; a falta de recursos humanos; a burocracia dos processos administrativos, entre outros. Tais situações desafiaram o grupo, e devem servir de alerta para a continuidade deste processo de gestão em torno do acompanhamento destas vítimas que demandaram ações diretas e indiretas a serem desenvolvidas em todos campos por muitos anos.

Operacionalizar o monitoramento da assistência integral visando a continuidade do cuidado requer uma equipe de vários profissionais comprometidos e abertos aos desafios enfrentados no cotidiano da gestão pública em saúde. Num espaço curto de tempo foram abertas muitas frentes de trabalho visando dar conta das demandas oriundas do desastre que no cotidiano não se consegue. Questiona-se: É necessário acontecer um desastre com tamanha magnitude para constatar que é possível realizar um trabalho impactante no campo da gestão pública em saúde? Que os colegiados de gestão são ferramentas fundamentais para a administração pública em saúde proporcionando a construção coletiva pautado nas necessidades e prioridades da saúde então, porque não dispor destes dispositivos no cotidiano do trabalho?

O desastre deixou muitas marcas, muitos ensinamentos, muitos foram os desafios enfrentados pelos gestores e muitos dos problemas vividos e sentidos no cotidiano do SUS emergiram com este evento, possibilitando reflexões, enfrentamentos e desencadeamentos de ações. Muito tem que ser

trabalhado em conjunto no cenário da gestão pública de modo intersetorial, interinstitucional e o desastre mostrou que isto é possível e é urgente.

REFERENCIAS

1. BRASIL. Presidência da Republica. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em fevereiro de 2014.
2. BRASIL. Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. SISTEMA LEGIS. Texto da Norma. **DECRETO Nº 44.050, DE 05 DE OUTUBRO DE 2005. Regimento Interno da Secretaria dá Saúde.** Disponível em: http://www.al.rs.gov.br/Legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXTO&Hid_TodasNormas=49010&hTexto=&Hid_IDNorma=49010 Acesso em: 12 de abr. de 2014.
3. CERUTTI, D.F; OLIVEIRA, L.C. **A aplicação da gestão de risco em desastres no Sistema Único de Saúde (SUS).** Caderno Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 417-24. 2011.
4. CAMPOS, G. W. S. (org.). **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2003.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 4. Ed., 2008.
6. MINAYO, M.C.S. **O deságio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8. Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.269p.
7. MARTINS, G. A. **Estudo de caso:** uma estratégia de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2006.101p.
8. TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais:** A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 145p.
9. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996.** Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/resolucoes.htm Acesso em: ago.2014.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. –

11. CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos. A constituição do sujeito à produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** São Paulo: Hucitec, 2000. 236p.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

13. GAVILENES; Raul. Velasquez. Hacia una nueva definicion del concepto “ política pública”. 2009. Disponível em: <[file:///D:/01-USER%20FILES/Maristey/Downloads/433-1513-1-PB%20\(1\).pdf](file:///D:/01-USER%20FILES/Maristey/Downloads/433-1513-1-PB%20(1).pdf)> Acesso em: 13 de abr. de 2014.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.- Brasília: Ministério da saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf> Acesso em mai. 2014.

15. MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2005. 189p.

16. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 104, de 25 de Janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html > Acesso em: 12 de abr. de 2014.

17. INOJOSA, R.M., **Sinergia em Políticas e Serviços Públicos: Desenvolvimento Social com Intersetorialidade**, São Paulo: Cadernos FUNDAP, No. 22 (1), 2001.

18. OLIVEIRA, V.C. **Comunicação, Informação e Ação Social**. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família. Brasília, 2000.

19. LUFT; C. P. Minidicionário de Língua Portuguesa. Ed. Ática. 1998

20. BRASIL. Ministério da Saúde. **FORMSUS**. DATASUS. Disponibilizado em: <http://siteformsus.datasus.gov.br/FORMSUS/index.php> > Acesso em: 17 de mai. de 2014.

21. BRASIL. Ministério da Saúde. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm Acesso em: fev. 2014.

22. Mendes, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf> > Acesso em: 17 de mai. de 2014.

23. MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp, 2003. (mimeogr).

24. FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

25. TUSHMAN, M.; NADLER, D. Organizando-se para a inovação. in STARKEY, K. **Como as organizações aprendem**. São Paulo: Futura, 1997.

26. MELO, Marcus André B. C. de Melo (In: VALLADARES, Licia; COELHO, Magda Prates (orgs.). Governabilidade e pobreza no Brasil. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1995.

27. GIULIANI, Urbani. In: BOBBIO, Norberto et al. Dicionário de Política. 6.ed., Brasília, UnB, 1994. v. 2.