UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS- UFAM
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS- ICHS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA- PPGSS

JÉSSICA MARINHO MARTINS SAKUTA

A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: AS IMPLICAÇÕES NO CUIDADO DA POPULAÇÃO IDOSA DO DISTRITO SANITÁRIO LESTE DE MANAUS.

Manaus, AM.
2017.

JÉSSICA MARINHO MARTINS SAKUTA

A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: AS IMPLICAÇÕES NO CUIDADO DA POPULAÇÃO IDOSA DO DISTRITO SANITÁRIO LESTE DE MANAUS.

Dissertação de mestrado apresentada à banca examinadora para defesa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade da Universidade Federal do Amazonas, como pré-requisito para obtenção do título de Mestra em Serviço Social.

ORIENTADORA: PROFA DRA. YOSHIKO SASSAKI.

Manaus, AM.

2017

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S158g

Sakuta, Jéssica Marinho Martins
A gestão do trabalho em saúde : as implicações no cuidado da população idosa do Distrito Sanitário Leste de Manaus / Jéssica Marinho Martins Sakuta. 2017
164 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Yoshiko Sassaki
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Amazonas.

1. gestão do trabalho em saúde. 2. atenção básica. 3. território. 4. população idosa. I. Sassaki, Yoshiko II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

JÉSSICA MARINHO MARTINS SAKUTA

A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: AS IMPLICAÇÕES NO CUIDADO DA POPULAÇÃO IDOSA DO DISTRITO SANITÁRIO LESTE DE MANAUS.

Dissertação de mestrado apresentada à banca examinadora para defesa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade da Universidade Federal do Amazonas, como pré-requisito para obtenção do título de Mestra em Serviço Social.

Aprovada em: 28 / 08 / 2017.

BANCA EXAMINADORA

_____
PROFA DRA. YOSHIKO SASSAKI- Presidente
Universidade Federal do Amazonas

_____
PROFA DRA. MARINEZ GIL NOGUEIRA- Membro
Universidade Federal do Amazonas

_____
PROFA DRA. DÉBORA CRISTINA BANDEIRA RODRIGUES - Membro
Universidade Federal do Amazonas

_____
PROF. DR. RODRIGO TOBIAS DE SOUSA LIMA- Suplente
Fundação Oswaldo Cruz

_____
PROFA DRA. LIDIANY DE LIMA CAVALCANTE- Suplente
Universidade Federal do Amazonas

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Marly e Mauro, por me darem a vida e por toda a dedicação e trabalho para buscarem a melhor educação possível para mim e para minha irmã Vanessa.

Ao meu esposo Ricardo Toshio pelo carinho e pela vida que estamos construindo juntos.

A todos que lutam cotidianamente pelo direito à saúde e em defesa da qualidade, universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde no país.

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus pela fonte de vida, por guiar e iluminar meus caminhos sempre.

À minha orientadora professora Dra. Yoshiko Sassaki por sempre me inspirar a buscar conhecimento no processo da pesquisa e, pelas energias positivas que contribuem não só para o crescimento intelectual, mas também para a vida. Obrigada por acreditar em mim e fazer parte da minha vida desde a graduação. A senhora é uma inspiração de vida.

Aos professores Dr. Rodrigo Tobias e Dra. Marinez Nogueira por participarem da qualificação com contribuições excelentes e reflexões importantes para aprimoramento do projeto de mestrado, bem como por terem aceitado continuar na defesa dessa Dissertação. Aqui também registro agradecimentos às professoras Dra. Lidiany Cavalcante e Dra. Débora Bandeira (membro na defesa), por terem aceitado fazer parte da suplência de banca de qualificação e de defesa.

À professora Dra. Marinez Nogueira, pela contribuição desde a graduação para a minha formação profissional. Obrigada pela oportunidade de realizar estágio docente com a senhora na disciplina Gestão e Planejamento em Serviço Social I. Aprendi muito sobre os compromissos com a qualidade do ensino e os desafios da docência. A experiência foi maravilhosa e única na minha vida profissional.

À professora Dra. Lidiany Cavalcante pela contribuição contínua na minha trajetória profissional e apoio marcante na primeira tentativa em carreira de docência, algo que nunca havia concorrido, mas que foi de muito aprendizado para mim. Agradeço por estar sempre disponível a contribuir seja na formação, seja no trabalho, enfim a senhora é fonte de inspiração também.

À Universidade Federal do Amazonas, instituição que faz parte da minha vida, uma vez que sou formada em Serviço Social por essa instituição em que pude realizar ensino, pesquisa e extensão. Aqui extensivos os agradecimentos aos professores que fizeram parte da minha formação: Antônio Pereira; Benedito; Daniel Carvalho; Elenise Scherer; Heloísa Helena; Kátia Vallina; Lidiany Cavalcante; Lucilene Ferreira; Marcelo Vallina; Márcia Irene, Marinez Nogueira e Rita de Cássia *(in memoriam*); Yoshiko Sassaki, dentre outros.

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas que me proporcionou aprendizado e rotina intensa de leituras e estudos. Fiquei muito feliz com a oportunidade que foi fruto de muito estudo. Extensivo os agradecimentos aos professores doutores: Socorro Chaves; Débora Rodrigues, Iraildes Caldas

Torres; Noval Benayon; Heloísa Helena; Simone Baçal; Amélia Regina Nogueira e Yoshiko Sassaki. Extensivos também à turma de discentes de 2015 e demais discentes que estudaram juntos com essa turma, pela convivência harmônica e pelos debates em sala de aula que proporcionaram amadurecimento intelectual.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- CAPES pela oportunidade de ter sido bolsista durante o mestrado.

Aos participantes dessa pesquisa nas Unidades de Saúde selecionadas: pessoas idosas usuárias do Sistema Único de Saúde; trabalhadores dessas Unidades e gerentes das Unidades. Meus sinceros agradecimentos por terem prontamente aceitado participar da pesquisa de mestrado e compartilhar o seu cotidiano.

À amiga do coração, Helena, que esteve comigo como apoiadora de organização de horários para pesquisa com as pessoas idosas na Unidade Ivone Lima.

À Secretaria Municipal de Saúde, SEMSA- Manaus, em especial gerência de gestão da educação em saúde, pela anuência e autorização dessa pesquisa e também ao setor de ouvidoria pelas respostas dos requerimentos quanto ao fornecimento de relatório de gestão de 2015, mapas das unidades de saúde e de quadro de servidores.

Ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE/Amazonas, na pessoa do senhor Adjalma que foi solicito e respondeu sobre dúvidas, dados sobre questão da geografia e dados de Manaus.

À Edlamar Teixeira, técnica do CEP/UFAM por todo o apoio na resolução do problema técnico da plataforma Brasil, meus sinceros agradecimentos.

Ao Conselho Regional de Serviço Social, 15ª Região/ Amazonas- Roraima, pelo crescimento profissional, enquanto dimensão ético-política, em compromisso com a qualidade dos serviços e de aprimoramentos intelectuais preconizados em Código de Ética profissional, participar como membro de base (2015-2017) da Comissão de Seguridade Social da gestão Ajuri, foi uma ótima experiência.

À Secretaria de Estado de Educação e Qualidade de Ensino- SEDUC, mais especificamente à Gerência de Programas, Projetos e Atendimento Escolar- GEPPAE, onde atualmente assumi o cargo de assistente social em 20 de Fevereiro de 2017, pelo acolhimento e pela permuta de horários quando foi necessário para a pesquisa de campo.

Aos meus pais, Marly e Mauro pela vida e por tudo que fizeram por mim e pela minha irmã Vanessa. Amo muito vocês três.

À tia Mariza, amiga Ana, Alcione e demais colegas por terem ido à minha qualificação, demonstrando carinho, mesmo tendo a agenda corrida da vida.

Ao meu esposo, Ricardo Toshio pela vida e amor compartilhados, por acreditar junto comigo na minha qualificação profissional, pois nosso casamento já começou comigo em mestrado. Obrigada por fortalecer meus sonhos e sonhar comigo também.

Mãe e Toshio, obrigada pela presença carinhosa e por me incentivarem, acreditarem no meu sonho de ser mestre e principalmente por me darem força nesse momento trabalhadora-pesquisadora. Amo muito vocês.

“Eu tropeço no possível, e não desisto de fazer a descoberta do que tem dentro da casca do impossível”.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

A gestão do trabalho em saúde é estratégica para a gestão do próprio Sistema Único de Saúde- SUS com vistas ao cumprimento do que preconiza a Carta Magna de 1988, através de atendimento integral, descentralizado político-administrativamente e com participação social. Ouverney e Noronha (2009) apontam o desafio de uma gestão participativa e que contemple as reais necessidades de saúde da população, desde o campo do micro trabalho perpassado no cotidiano do trabalho até ao macro trabalho dos arranjos de regionalização. No contexto da atenção básica, Castanheira (2000) discorre que a gerência das unidades pode ser estratégica para que as políticas sejam traduzidas concretamente nas ações e serviços. O estudo proposto tem por objetivo geral avaliar a gestão do trabalho em saúde e suas implicações no cuidado de saúde da população idosa nas unidades básicas do distrito sanitário leste em Manaus, Amazonas. Os objetivos específicos foram: descrever os serviços e programas voltados às pessoas idosas nas unidades de saúde dos bairros do distrito leste; identificar como está organizada a gestão do trabalho em saúde voltada à pessoa idosa nessas unidades selecionadas; caracterizar o trabalho multiprofissional da equipe de saúde que se volta o cuidado de saúde da pessoa idosa nas unidades selecionadas; desvelar as implicações dessa gestão do trabalho sobre as condições de cuidado à saúde das pessoas idosas usuárias dos serviços dessas unidades de saúde selecionadas. O delineamento metodológico responde a seguinte questão: Quais as implicações da gestão do trabalho sobre o cuidado de saúde da população idosa nas unidades básicas do distrito sanitário leste (DISAL) em Manaus, Amazonas? A metodologia utilizada foi de natureza qualitativa de levantamento de dados e informações por meio de estudo de caso. E de dados de fonte secundárias quantitativos da Secretaria Municipal de Saúde, Ministério da Saúde, IBGE dentre outros sobre o tema. O estudo de caso foi realizado por meio dos seguintes levantamentos de dados e informações: Bibliográfico, Documental e Campo. Sobre universo e amostra, o DISAL possui 58 unidades, sendo dessas 16 unidades básicas tradicionais, selecionamos uma amostragem intencional de 03 dessas unidades com base de que tenham serviços voltados às pessoas idosas e que tenha conselho gestor local (Unidade Básica de Saúde Dr. José Amazonas Palhano, localizada no bairro São Jose; e Unidade Básica João Nogueira da Matta, localizada no bairro Zumbi) e uma unidade básica de saúde convertida em NASF (Unidade Básica de Saúde enfermeira Ivone Lima dos Santos, localizada no bairro Coroado III). Sobre a amostra intencional dos sujeitos da pesquisa, temos informantes centrais das 03 unidades: 03 médicos, 03 assistentes sociais, 03 enfermeiros, 03 técnicos de enfermagem, sendo um profissional de cada unidade. Também temos 02 profissionais de direção de unidades. Das pessoas idosas, 30 idosos (10 de cada unidade). Como técnicas, utilizamos: observação sistemática, entrevistas semi-estruturadas e aplicação de formulários. Resultados: constatamos que embora haja um relativo avanço nos processos de gestão participativa, na esfera do micro trabalho ainda detectamos o desafio de pautar práticas integrais, interdisciplinares e necessita de mais estudos das necessidades de saúde do território. Aponta a necessidade de fortalecer os Conselhos Gestores Locais nas unidades para maior controle das ações de saúde sobre a sua necessidade por parte da população, incluso as pessoas idosas. A questão da cogestão de trabalho nas unidades abarcando gerentes, trabalhadores e usuários em alguns é precário e outras razoável mas ainda é um desafio. Quando há mudança na gestão, identificamos a necessidade de uma política de transição de gestão para que haja continuidade nas ações. Frente à avaliação realizada nessa pesquisa, propomos que a gestão do trabalho deve ser crítico-propositiva com estratégias de cogestão e participação ativa dos atores para melhorias da qualidade dos serviços prestados à população.

Palavras-chave: gestão do trabalho em saúde, atenção básica, território e população idosa.

ABSTRACT

The management of health work is strategic for the management of the Unified Health System - SUS, with a view to complying with what the 1988 Constitution calls for, through integral care, politically and administratively decentralized and with social participation. Ouverney and Noronha (2009) point out the challenge of a participative management that contemplates the real health needs of the population, from the field of micro-work pervaded in the daily work to the macro work of the regionalization arrangements. In the context of basic care, Castanheira (2000) argues that the management of units can be strategic for policies to be concretely translated into actions and services. The objective of this study is to evaluate the management of health work and its implications for the health care of the elderly population in the basic units of the eastern sanitary district in Manaus, Amazonas. The specific objectives were: to describe the services and programs directed to the elderly in the health units of the districts of the eastern district; To identify how the management of elderly-oriented health work in these selected units is organized; Characterize the multiprofessional work of the health team that turns the health care of the elderly person in the selected units; To unveil the implications of this work management on the health care conditions of elderly people who use the services of these selected health units. The methodological design responds to the following question: What are the implications of work management on the health care of the elderly population in the basic units of the eastern sanitary district (DISAL) in Manaus, Amazonas? The methodology used was qualitative in nature to collect data and information through a case study. And quantitative secondary data from the Municipal Health Department, Ministry of Health, IBGE among others on the subject. The case study was carried out through the following data and information surveys: Bibliographic, Documentary and Field. Regarding the universe and the sample, DISAL has 58 units, of which 16 are the traditional basic units, we selected an intentional sampling of 03 of these units on the basis that they have services for the elderly and have local management council (Basic health Unit Dr. José Amazonas Palhano, located in the São Jose; and Basic health Unit João Nogueira da Matta, located in Zumbi) And a basic health unit converted into NASF (Basic health Unit nurse Ivone Lima dos Santos, located in Coroado III). Regarding the intentional sample of the research subjects, we have central informants of the 03 units: 03 physicians, 03 social workers, 03 nurses, 03 nursing technicians, being one professional from each unit. We also have 02 unit management professionals. Of the elderly, 30 elderly (10 of each unit). As techniques, we use: systematic observation, semi-structured interviews and application of forms. Results: we found that although there is a relative progress in participatory management processes, in the field of micro-work we still detect the challenge of guiding integral, interdisciplinary practices and needs more studies of the health needs of the territory. It points out the need to strengthen the Local Management Councils in the units for greater control of health actions on their need by the population, including the elderly. The issue of co-management of work in units encompassing managers, workers and users in some is precarious and others reasonable but it is still a challenge. When there is a change in management, we identify the need for a management transition policy so that there is continuity in the actions. n view of the evaluation carried out in this research, we propose that work management should be critical-propositive with strategies of co-management and active participation of the actors to improve the quality of services provided to the population.

Key-words: management of work in health; basic attention; territory; and elderly population.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Estabelecimentos assistenciais de saúde de Manaus.....36
Figura 2: Mapa das Unidades de Saúde do Distrito Sanitário Leste de Manaus- Secretaria Municipal de Saúde 37

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Sexo das pessoas idosas da pesquisa, sem especificação de Unidades.....47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. População residente por grupo de idade, segundo os municípios e o sexo. Estado do Amazonas 24
Tabela 2. População residente por grupo de idade, segundo os municípios e o sexo. Município de Manaus 25
Tabela 3. Pessoas de 10 anos ou mais de idade por situação de ocupação na semana de referência e a situação do domicílio, segundo o sexo, a frequência à escola e os grupos de idades.....30
Tabela 4. Pessoas de 5 anos ou mais de idade, por situação do domicílio, condição de alfabetização e sexo, segundo a idade 31

LISTA DE QUADROS

Quadro1: Comparativo de principais causas de mortalidade e de morbidade hospitalar em Manaus/2015 42
Quadro 2: Detalhamento de cronograma direcionado às pessoas idosas usuárias das unidades selecionadas 43
Quadro 3: Faixa etária das pessoas idosas da pesquisa de campo, sem especificação de Unidades... 47
Quadro 4: Serviços utilizados nas unidades selecionadas pelas pessoas idosas da pesquisa de campo 49
Quadro 5: Dificuldades para acessar algum serviço nas unidades selecionadas pelas pessoas idosas 50
Quadro 6: Participação em atividades como palestras, programa de saúde do idoso, grupos de idosos e reuniões/ contribuição para a saúde.....53
Quadro 7: Se a forma como é organizado o trabalho em equipe dessa unidade facilita o atendimento 55
Quadro 8: Forma de organização do trabalho, pontos positivos e o que precisa melhorar no trabalho e nos serviços. UBS Amazonas Palhano 56
Quadro 9: Forma de organização do trabalho, pontos positivos e o que precisa melhorar no trabalho e nos serviços. UBS Ivone Lima 58
Quadro 10: Forma de organização do trabalho, pontos positivos e o que precisa melhorar no trabalho e nos serviços. UBS João Nogueira.....60
Quadro 11: Escuta e participação de alguma forma para avaliar o atendimento dos serviços profissionais dessa unidade e modo da unidade registrá-las 61
Quadro 12: Sugestão ou reclamação de melhoria em serviço/atendimento de saúde e modo de realizá-las 62
Quadro 13: Conhecimento sobre Conselho de Saúde e/ou Conselho Gestor Local na unidade e participação 63
Quadro 14: Consideração em participar de alguma forma no planejamento dos serviços e do atendimento dessa unidade 64
Quadro 15: Trajetória histórica da saúde (a partir do período Brasil República) 75

Quadro 16: Tópicos inscritos na NOB-RH-SUS de 2005 sobre princípios e diretrizes de trabalho, sistematizados pela pesquisadora 91
Quadro 17. Quantidade de Servidores da Secretaria Municipal de Saúde- SEMSA em 2015. 96
Quadro 18: Sobre a questão da localização e das Unidades e Missão 97
Quadro 19: Sobre os serviços e Programas Listados em RAG/2016 das Unidades.....98
Quadro 20: Quadro de funcionários- Extraído do RAG da Unidade Ivone Lima.....100
Quadro 21: Quadro de funcionários/ Dados da UBS Amazonas Palhano.....101
Quadro 22: Quadro de funcionários/ Dados da UBS João Nogueira 101
Quadro 23: Metodologia de planejamento da direção da unidade e desenvolvimento dos serviços 104
Quadro 24: Canais de Participação dos usuários, segundo as direções das unidades. 106
Quadro 25: Dificuldades e Desafios de Gestão, segundo as direções das unidades 107
Quadro 26: Avanços, segundo as direções das unidades 109
Quadro 27: Modos de soluções da direção sobre demandas conflituosas entre os atores, segundo as direções das unidades. 109
Quadro 28: Existência e modo de funcionamentos dos Conselhos Locais, segundo as direções das unidades. 111
Quadro 29: Direcionamento das demandas dos trabalhadores e dos usuários para o Distrito Sanitário Leste e/ou Conselho Municipal de Saúde, segundo as direções das unidades 112
Quadro 30: : Avaliação do trabalho em equipe voltado à população idosa, segundo trabalhadores das unidades. 113
Quadro 31: Dificuldades existentes tanto para trabalho individual quanto em equipe, segundo trabalhadores das unidades. 116
Quadro 32: : Detalhamento sobre dificuldades na vivência cotidiana do trabalho em equipe, segundo trabalhadores das unidades. 118
Quadro 33: : Detalhamento sobre condições de trabalho, segundo trabalhadores das unidades. 120

LISTA DE SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

CF- Constituição Federal

CMS- Conselho Municipal de Saúde

DISA – Distrito de Saúde

DISAL – Distrito de Saúde Leste

ESF- Estratégia de Saúde da Família

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOS- Lei Orgânica da Saúde

MS - Ministério da Saúde

NOAS- Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB- Norma Operacional Básica

NOB/RH- SUS- Norma Operacional de princípios e de diretrizes da Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde

PIBEX - Programa Institucional de Bolsas de extensão

PIBIC - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PMS- Plano Municipal de Saúde

PNPS- Política Nacional de Promoção da Saúde

PNS- Política Nacional de Saúde

PPGSS- Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade

RAG- Relatório Anual de Gestão

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde de Manaus

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS- Sistema Único de Saúde

SUSAM – Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

UFAM- Universidade Federal do Amazonas

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 18

CAPÍTULO I – VELHICE E SAÚDE DA PESSOA IDOSA: As interfaces entre saúde, território e serviços de saúde direcionados à população idosa da Zona Leste de Manaus 22

1.1. Alguns aspectos teóricos sobre envelhecimento, velhice e população idosa 22

1.2. O território, os serviços de saúde e os indicadores de morbimortalidade em Manaus 32

1.3. Os serviços de saúde e a gestão do trabalho em saúde segundo a população idosa das unidades selecionadas 43

CAPÍTULO II- POLÍTICA DE SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA 67

2.1. Estado e política de saúde: relação com os modelos sociais de proteção e com o controle social na saúde 67

2.2. A Saúde antes da Constituição de 1988: visão flexneriana centrada na doença 73

2.3. A saúde pós 1988 e o Sistema único da saúde na atenção básica 77

CAPÍTULO III GESTÃO DE TRABALHO NAS UNIDADES SELECIONADAS: Entre avanços, limites e desafios 86

3.1. Gestão do Trabalho: alguns fundamentos e estratégias 86

3.2 Unidades de Pesquisa selecionadas: algumas considerações e proposições 96

3.3. Os serviços de saúde e a gestão trabalho em saúde segundo os profissionais e os gerentes das unidades selecionadas da Zona Leste de Manaus 103

CONCLUSÃO 122

REFERÊNCIAS 125

APÊNDICES 132

ANEXOS 148

INTRODUÇÃO

A questão da gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) em conformidade com os princípios e diretrizes da Carta Magna de 1988 ainda é um desafio. Dentro do panorama desse desafio, a Norma Operacional de Recursos Humanos para o SUS, NOB-RH-SUS(2005), na gestão menciona quatro eixos são chaves para a implementação do SUS: a descentralização, o financiamento, o controle social e a gestão do trabalho.

No contexto de reformas trabalhistas e em meio à gestão compartilhada, com traços neoliberais de corte de orçamentos, retrocessos em direitos sociais e outros, temos o desafio mais que redobrado para a defesa do SUS enquanto direito universal, integral, regionalizado e descentralizado.

Sobre a gestão social, Carvalho (1999) aponta que é correlata à gestão das ações sociais públicas e deve levar em consideração as demandas e necessidades dos cidadãos, abarcando as políticas, programas e projetos.

A gestão do trabalho no SUS, também considera diretrizes para o fortalecimento do trabalhador, do controle social e do acesso e qualidade dos serviços prestados à população.

Ao reportarmo-nos para a gestão do trabalho em saúde em contexto de micropolítica (unidades básicas), verificamos que essas intencionalidades e disputas dos atores envolvidos é intensa. Conforme Feuerwerker (2014), os serviços de saúde são uma arena dessa disputa e micropoliticamente apresentam essas intencionalidades, dando multiplicidade ao cotidiano e a maneira de usos do território.

O tema dessa pesquisa está relacionado à Gestão do trabalho em saúde, cujo objeto de estudo são as ações da gestão do trabalho no SUS em unidades básicas do DISA-Leste como estratégia da gestão do próprio SUS, bem como quais são os contrapontos dessa gestão nos serviços voltados à população idosa.

A delimitação do tema é direcionada para o estudo da *gestão do trabalho em saúde* e as suas implicações no cuidado de saúde da população idosa, tendo como lócus as unidades básicas do Distrito Sanitário Leste de Manaus (DISAL).

A escolha desse tema foi fruto de indagações de trajetória que começou desde quando fomos bolsista de Iniciação científica (PIBIC), e extensionista, com participação em Programa

Atividade Curricular (PACE) e em Programa Institucional de Bolsas de extensão (PIBEX) aos quais pudemos conhecer um pouco a realidade da saúde pública, estudar e debater sobre a Política de Saúde.

Nesse sentido, levamos em consideração as sugestões de melhorias elencadas pelos membros da banca no Exame de Qualificação e chegamos na conclusão da dissertação.

O delineamento metodológico procurou responder a questão norteadora central: Quais as implicações da gestão do trabalho sobre o cuidado de saúde da população idosa nas unidades básicas do distrito sanitário leste (DISAL) em Manaus, Amazonas? Como desdobramentos: Quais os serviços e programas voltados às pessoas idosas que são ofertados nas unidades de saúde selecionadas dos bairros do distrito zona leste? Como está organizada a gestão de trabalho em saúde nas unidades básicas de saúde do DISAL selecionadas pela pesquisa? Como está organizado o trabalho multiprofissional da equipe de saúde que se volta para atenção à pessoa idosa nas unidades selecionadas?

Teve como objetivo geral: - Avaliar a gestão do trabalho em saúde e suas implicações no cuidado de saúde da população idosa nas unidades básicas do distrito sanitário leste em Manaus, Amazonas. E objetivos específicos: Descrever os serviços e programas voltados às pessoas idosas nas unidades de saúde dos bairros do distrito leste; Identificar como está organizada a gestão do trabalho em saúde voltada à pessoa idosa nessas unidades selecionadas; Caracterizar o trabalho multiprofissional da equipe de saúde que se volta o cuidado de saúde da pessoa idosa nas unidades selecionadas; Desvelar as implicações dessa gestão do trabalho sobre as condições de cuidado à saúde das pessoas idosas usuárias dos serviços dessas unidades de saúde selecionadas.

O processo metodológico de pesquisa foi estudo de caso, realizado por meio dos seguintes procedimentos de levantamentos de dados e informações: revisão bibliográfica, análise documental e pesquisa de campo. A abordagem teórica foi explicativa crítica com informações qualitativas e dados quantitativos primário, bem como de fonte secundárias da Secretaria Municipal de Saúde e IBGE.

Houve anuência e aprovação do Comitê de Ética, com número de CAAE: 64331117.6.0000.5020, bem como houve autorização da pesquisa por parte da Secretaria Municipal de Saúde(vide anexos) e, ressaltamos que a pesquisa de campo foi realizada somente após estas autorizações e obedecendo aos critérios éticos firmados nos Termos de Consentimento

Livre e Esclarecidos, que foram lidos e entregues em duas vias (uma para o/a participante e outra para a pesquisadora).

No Disa Leste, a Semsa possui 58 unidades de saúde na zona leste: 1 centro de especialidades odontológicas,1 centro de atenção psicossocial infanto-juvenil; 1 laboratório distrital, 16 unidades básicas de saúde tradicionais (sendo 1 unidade básica de saúde convertida), 3 unidades básicas de saúde da família ampliadas, 23 unidades básicas de saúde da família 32mm; 2 unidades básicas de saúde da família 32mm inseridas; 10 Unidades básicas de saúde da família 132mm.

De um universo de 16 unidades básicas tradicionais, selecionaremos uma amostra intencional de 03 unidades, segundo critério de ter serviços voltados às pessoas idosas e que tenha conselho gestor local: duas unidades básicas (Unidade Básica de Saúde Dr. José Amazonas Palhano, localizada no bairro São Jose; e Unidade Básica João Nogueira da Matta, localizada no bairro Zumbi) e uma unidade básica de saúde convertida em NASF (Unidade Básica de Saúde enfermeira Ivone Lima dos Santos, localizada no bairro Coroado III).

A amostra intencional dos sujeitos da pesquisa, configurou em informantes centrais das 03 unidades: 03 médicos, 03 assistentes sociais, 03 enfermeiros, 03 técnicos de enfermagem, sendo um profissional de cada unidade. Sobre os gerentes das unidades, tivemos 02 profissionais de direção de unidade, pois 01 estava com situação de critério de exclusão. Das pessoas idosas, 30 idosos, sendo 10 de cada unidade.

Os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos da pesquisa estiveram em consonância a:

Critério de Inclusão:

- Pessoas Idosas: Terem frequentado a unidade por pelo menos uma vez no último semestre, fazendo uso de algum serviço de saúde da unidade básica selecionadas.

- Profissionais das unidades básicas selecionadas: Profissionais da área Médica, Enfermagem e Serviço Social que atuem nas Unidades básicas selecionadas.

- Gerentes (diretores): Profissional que esteja ligado à gestão do Distrito Sanitário de Saúde Leste atuando como gerente das unidades selecionadas

Critério de Exclusão:

- Pessoas Idosas: não residentes na zona leste e não estarem em condições de autonomia para responder por algum motivo de saúde, ou serem deficientes auditivos (não possuiremos

tradutores em libras) impossibilitando o registro das informações se assim o for o seu estado de saúde.

- Profissionais das unidades básicas selecionadas: Estar a menos de 2 anos no exercício de suas atividades na Secretaria Municipal de Saúde e a menos de 1 ano na unidade selecionada.

- Gerentes (diretores): Estar a menos de 1 ano na unidade selecionada como gerente da unidade selecionada , estar a menos de 2 anos empregado no anos no exercício de suas atividades na Secretaria Municipal de Saúde e não ter participado de nenhuma reunião com o Distrito Sanitário de Saúde Leste.

A apresentação dos resultados da pesquisa está organizada na forma de três capítulos:

O capítulo I, voltado para a categoria velhice, com a discussão sobre velhice e saúde da pessoa idosa na zona leste de Manaus, ao qual analisamos as interfaces entre saúde, território e serviços de saúde direcionados à população idosa, discutindo velhice, envelhecimento e pessoa idosa, analisando o território, os serviços de saúde e os indicadores de morbimortalidade em Manaus e apresentando os resultados de campo sobre os serviços de saúde e a gestão do trabalho em saúde segundo a visão das pessoas idosas das unidades da amostra.

O capítulo II, voltado para a categoria saúde, com a discussão sobre política de saúde do Sistema Único de Saúde na atenção básica, onde buscamos analisar política de saúde, Estado, controle social e Sistema Único da Saúde na atenção básica .

O capítulo III, voltado para a categoria gestão do trabalho, com a discussão sobre fundamentos e estratégias sobre gestão do trabalho e resultados de campo sobre os serviços de saúde e a gestão do trabalho em saúde segundo os profissionais e os gerentes das unidades selecionadas da Zona Leste de Manaus.

E finalizamos tecendo algumas considerações.

CAPÍTULO I – VELHICE E SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ZONA LESTE DE MANAUS: As interfaces entre saúde, território e serviços de saúde direcionados à população idosa.

Manaus é única, uma metrópole na floresta amazônica onde se tem um território diversificado, com disparidades socioeconômicas, geográficas e climáticas, próprio de trópicos. No meio da floresta, mas uma cidade pouco arborizada e pouco planificada. Há intensas demandas sociais por serviços públicos, dentre elas, por saúde.

O processo de envelhecimento em Manaus leva em considerações aspectos desse território. Os indicadores do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam o crescimento da população idosa, que mesmo sem grandes proporções comparadas às outras regiões do país é relevante estudar esse segmento, principalmente pela sua demanda à saúde.

Nesse sentido, neste capítulo estamos direcionando a discussão da temática em alguns aspectos teóricos sobre envelhecimento, velhice e população idosa, aos quais reportamo-nos a Veras, Goldman, Beauvoir, dentre outros.

Também direcionamos a questão do território de saúde, os serviços, os programas de saúde e os indicadores de morbimortalidade em Manaus, especificamos alguns dados importantes de saúde no Distrito de Saúde Leste, *lócus* desta pesquisa. Reportamos aos dados do Relatório Anual de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de 2015, Relatório Anual de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas de 2013 e a autores como Barata, Gondim, dentre outros.

Por fim, iniciamos a apresentação da parte da pesquisa de campo sobre os serviços e o trabalho em saúde em conformidade com as pessoas idosas das unidades de saúde selecionadas no Distrito de Saúde Leste.

1.1. Alguns aspectos teóricos sobre envelhecimento, velhice e população idosa.

O envelhecimento humano é uma realidade processual e ocorre desde a fecundação e, é direito inerente ao ser humano e para qualidade de vida está relacionado a acesso aos bens e serviços existentes em dada sociedade. Principalmente para a maioria das pessoas idosas que dependem deles para sua qualidade de vida e condição de vida.

A velhice é condição de ser pessoa idosa que é a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos que de acordo com o Estatuto do Idoso (Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003) e da ONU (2002) que designa 60 anos nos países em desenvolvimento e 65 anos em países desenvolvidos.

No Brasil o envelhecimento sofre impactos das transformações socioeconômicas e políticas, bem como se beneficia dos avanços científicos e tecnológicos, redução da taxa de fecundidade e natalidade na área da saúde, que contribuem no aumento da expectativa de vida, do número de idosos o que nos permite refletir que caminhamos a um processo de transição da pirâmide etária mais estreita, no sentido de diminuição do número de jovens com ampliação e alongamento de uma população de pessoas idosas.

Para situar o aumento significativo da população idosa no Brasil, reportamo-nos a Veras (2012, p.292) que diz: “Nos próximos 40 anos, esse grupo crescerá a uma taxa de 3,2% ao ano, comparada a 0,3% da população total. Como resultado haverá 64 milhões de idosos em 2050, 29,7% da população total.”.

O autor nesse contexto explana que o crescimento populacional no Brasil é diferente dos países centrais, ressaltando que no Brasil embora a população idosa venha crescendo, ainda há expressividade dos grupos jovens.

Ao voltarmo-nos ao Amazonas, o censo do IBGE de 2010 aponta na tabela de distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, ao somarmos a faixa etária de 60 ou mais, veremos que há aproximadamente uma população residente de 108.584 mulheres e de 101.651 homens, totalizando um total aproximado de 210.235 pessoas numa população de aproximadamente mais de dois milhões de habitantes. Levando em consideração ainda que a tendência é o aumento da expectativa de vida e a redução da taxa de natalidade, já temos uma população significativa de pessoas idosas.

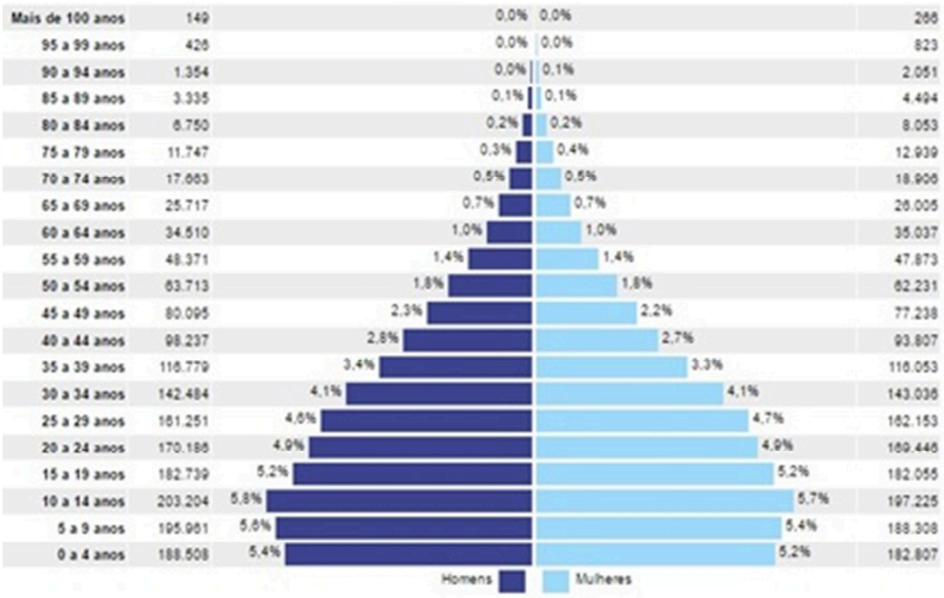


Tabela 1. População residente por grupo de idade, segundo os municípios e o sexo. Estado do Amazonas.
Fonte: IBGE, 2010. Sinopse do Censo de 2010.

O cenário do Amazonas já perpassa com indicadores de que mesmo sem proporções tão grandes quanto às demais faixas etárias, registros interessantes como de pessoas centenárias e de mais idosas em todas as faixas etárias a partir de 60 anos.

Sobre a capital Manaus[1], município com maior densidade populacional do Estado, o censo de IBGE (2010) menciona aproximadamente 1.802.014 pessoas, sendo que na tabela de distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, ao somarmos a faixa etária de 60 ou mais, veremos que há aproximadamente uma população residente de 61201 mulheres e de 46880 homens, totalizando um total aproximado de 108.081 pessoas idosas, numa proporção de 2,6% de idosas e 2,1% de idosos, totalizando 4,7% , bem abaixo da nacional de 11%.

Esses números reforçam, portanto, que estudos direcionados ao processo de envelhecimento, à velhice e à avaliação das políticas públicas voltadas a elas, são importantes para que possamos pautar políticas públicas que estejam ligadas para a qualidade de vida durante esse processo e condição, entre outros.

[1] Vide próxima página a tabela 2 “População residente por grupo de idade, segundo os municípios e o sexo. Município de Manaus.”.

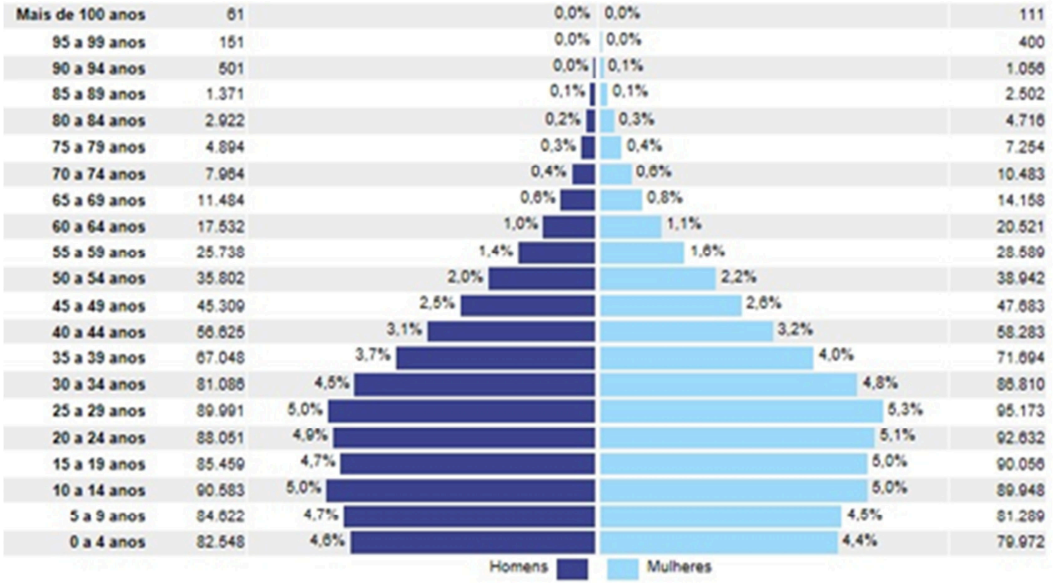


Tabela 2. População residente por grupo de idade, segundo os municípios e o sexo. Município de Manaus. Fonte: IBGE, 2010. Sinopse do Censo de 2010.

Goldman (2006, p.57) menciona que o processo de envelhecimento é complexo, multifacetado, situado em um contexto temporal, espacial e histórico. As condições de vida dos idosos, portanto, não são as mesmas nem num mesmo território e nem numa mesma época, mas sim estão imbricadas nesse complexo multifacetado.

Beauvoir (1990) já mencionava nos anos 1970, no seu livro clássico (editado na França em 1970 e no Brasil em 1972 e reeditado em 1990), em razão de que a sociedade é lhes indiferente, a condição das pessoas idosas é alarmante, mas que é pertinente a todos, uma vez que todos devem saber que seu próprio futuro está relacionado e "quase todos tem relações individuais e estreitas com certos velhos." (p.265)

É importante que a sociedade esteja preparada para romper com o preconceito para com as pessoas idosas, bem como refletir sobre sua condição que é relacionada com toda sociedade, uma vez que será o futuro de todos, se não morrerem antes.

Para tanto é necessário enfrentar os desafios pelas demandas na questão da qualidade do envelhecer e, para resguardar esse direito, ter acesso à saúde, à educação, à previdência e assistência social, à infra-estrutura urbana, como transporte público de qualidade, ambiente saudável e preparo à velhice, dentre outras, que visem à dignidade humana.

No que se refere à dimensão legal, a Carta Magna de 1988 rege em seu artigo 230: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. E sua viabilização através Política Nacional do Idoso (Lei n.8.842 de 4 de janeiro de 1994) bem como o Estatuto do Idoso (Lei n.10.741 de 1º de Outubro de 2003).

A questão é refletir se de fato o que está respaldado legalmente está sendo viabilizado no acesso à saúde aos idosos, tendo em vista a contradição entre o que é regido pela Lei e a sua implementação.

Ao analisarmos os dados do Relatório Anual de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (2013) os idosos estão como um dos grupos etários mais presentes no que se refere à mortalidade por doenças do aparelho circulatório e a neoplasias. “As doenças do aparelho circulatório acometeram mais a população dos 40 a 80 anos, com o percentual de 95,2%. Observou-se que somente na faixa-etária de mais de 70 anos o percentual de mortalidade chegou a 56%.”. (IDEM, p. 19).

Políticas públicas que respondam satisfatoriamente ao que rege na Carta Magna são necessárias, por exemplo, para assegurar a saúde do idoso, numa perspectiva de prevenção e promoção da saúde de modo a garantir a qualidade de vida e atender os determinantes de saúde que afetam as pessoas idosas e para a população de modo geral (preparando os que caminham para a velhice).

Sobre isso, Freitas (2006) ressalta a relevância em efetivar o envelhecimento saudável via promoção da saúde e prevenção de patologias, cultivando ao máximo a capacidade funcional, sendo primordial que haja ao decorrer de toda a vida ações preventivas mantenedoras da saúde e capacidade funcional no envelhecer.

Tura et al (2014) mencionam sobre alguns aspectos que o envelhecimento humano apresenta de modo a correlacionarem com a construção de práticas sociais e políticas que são imbricadas dentro desse processo natural da vida.

Os autores citam a relevância para que o processo de envelhecimento humano tenham cada vez mais impacto sobre as práticas sociais e políticas, que vão desde a emergência da medicina científica, à evolução do processo de desenvolvimento científico e tecnológico, a conjuntura de avanços no campo econômico- tecnológico, a construção de modos de vida de consumo, melhorias das condições de vida da população em decorrência de processos

urbanísticos de saneamento, incorporações de tecnologias no campo da saúde e impactos sobre o perfil de morbimortalidade.

Para vislumbramos um desses aspectos sobre processos urbanísticos de saneamento que influem como uma das condições que possibilitaram a expansão do processo de envelhecimento, Soares et al (2002) apontam características em tabela de evolução histórica entre saúde , ambiente e saneamento no Brasil que vão desde o século XIX com a estruturação sanitária e o paradigma do higienismo, ao século XX até a década de 30 com a intensidade da agenda pública recorrente as bases científicas de Oswaldo Cruz, dentre outros até à década de 1990 com o conceito de desenvolvimento sustentável e Política de Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos (Lei 9433/97).

Elencamos alguns pontos estudados por Soares et al (2002) na perspectiva de que os autores demonstram a relação entre saneamento, saúde pública e ambiente para o planejamento de sistema de abastecimento de água e de esgoto, de modo em que as populações possuem caraterísticas distintas e que os impactos positivos e negativos devem ser considerados para o planejamento de implementação de sistemas de esgoto e água, por exemplo.

O assunto não se esgota nessas questões, mas são ponto de partida para começarmos desvelar o processo de envelhecimento e a velhice que é condição de vida, como foi apontado pelos autores tratados neste texto (Veras, Goldman, Beauvoir, Freitas dentre outros).

Entendemos que os assuntos como processos urbanísticos de saneamento e incorporações de tecnologias no campo da saúde apresentam impactos sobre o perfil de morbimortalidade, corroborando com Tura et al (2014) e ainda levando em consideração que é necessário articular com os diversos campos de conhecimento e de mensurar estudos como o de Soares et al (2002) para implementação de políticas públicas que sejam analisadas por estudiosos e também pela população que os utilizam.

Falar do processo de envelhecimento é cada vez mais permitir aprender mais sobre a vida, sobre necessidades humanas e sobre disposição das políticas públicas, conforme Tura et al (2014, p.29): “(...) as disputas pela instituição de políticas se aproximam das novas demandas oriundas das necessidades da população de idosos e os impactos sociopolíticos e econômicos decorrentes dessa conjuntura”.

Estamos vivenciando um turbilhão de inovações de estudos e pesquisas, de um mundo com amplas modificações, mas que ao mesmo tempo, nos fazem refletir sobre o que é qualidade

de vida, sobre certezas e incertezas de que estamos envelhecendo, mas será se estamos nos preparando para a velhice?

Será que nesse frenesi de mudanças, estamos levando em consideração as especificidades das populações e que clássicos como Beauvoir são cada vez mais latentes nessas "mudanças":

> (...) No mundo capitalista, o interesse a longo prazo não conta mais; os privilegiados que decidem o destino da massa não temem partilhá-lo. Quanto aos sentimentos humanitários, a despeito das tagarelices hipócritas, eles não intervém. A economia é baseada no lucro; é a esse, na prática, a que toda a civilização está subordinada: o material humano só interessa enquanto produz. Depois é jogado fora. Num mundo em mutação, em que máquinas têm vida muito curta, não é necessário que os homens sirvam durante um tempo demasiadamente longo. (BEAUVOIR, 1990, p.13).

Analisamos que o contexto de modernidade líquida de Bauman (2011) está implicando sobre as políticas sociais líquidas e em direitos líquidos para a população idosa, que vão sendo colocadas em segundo plano, pois no sistema do capital apontado por Beauvoir "o material humano só interessa enquanto produz".

Estamos vivenciando processos históricos difíceis e de crise política e econômica. A proposta de "reforma da previdência", com contexto de aumentar tempo de contribuição e de restringir a paridade dos aumentos e reajustes, ilustra bem o que estamos discutindo. Os retrocessos e "saltos para trás" como explana Benayon (2006).

Este autor analisa as condições sócio-histórico-econômicas que fizeram com que o Brasil tenha ainda reiterado uma condição de subordinado, subdesenvolvido e dependente. E explana que: "O que levou o país a esta condição está inscrito no papel condicionador de suas elites e na aceitação passiva de suas classes subalternas ao longo de sua história" (BENAYON, 2006, p. 372).

Isso demonstra que historicamente fomos condicionados, por não interesse político, a termos dependência dos ditames do capital e a sermos subordinados aos interesses de países dominantes, que reflete também nas condições para a qualidade de vida da população idosa, levando em consideração que as condições sócio-histórico-econômicas também interferem no processo de envelhecimento e nas condições de vida da população como um todo.

Pensar sobre as interfaces que se entrelaçam com o sistema vigente é necessário para tentarmos refletir a cerca de um novo modelo de desenvolvimento que paute na autonomia e no desenvolvimento local em busca de uma sociedade mais justa e com equidade. Permitindo-nos

analisar como iremos envelhecer e com as nossas políticas públicas. Por isso a participação da população no monitoramento e avaliação das políticas públicas é importante.

Ao reportarmo-nos a Araújo (2006) que discorre sobre os desafios da longevidade no sentido de que é necessário repensar essas políticas públicas e em considerar que há disparidades nas condições de longevidade.

Para o autor a condição dos sujeitos cuja longevidade os assinalam como produto e processo da era da modernidade, ou seja, dos "idosos" para os quais o Estado e a sociedade, desde a metade do século XX, adquiriram perfil qualiquantitativo diferenciados e deixando de serem vistos como um segmento minoritário, isto é, a modernização foi obrigada a repensar seus conceitos, inclusive no que tange ao "protótipo" de qualidade de vida dessas populações.

Propõe, portanto, abranger o processo de (des) construção do paradigma de qualidade desses indivíduos e demonstrar elementos questionadores desse modelo, bem como estereótipos sobre os próprios idosos, arquitetando assim uma nova subjetividade: a da terceira idade e seus reflexos em novas considerações de qualidade de vida.

Araújo (2006) nos faz refletir que há disparidades na vivência dessa longevidade pelos sujeitos, salientando que em grande parte muitos deles são tungados do acesso a bens econômico-culturais. Ainda menciona nesse contexto, que o Brasil vem visualizando a dimensão do envelhecimento populacional de modo ainda vagaroso.

Indica que se faz necessário conhecer a dimensão demográfica, dos aspectos epidemiológicos e concomitantemente formular políticas públicas abrangedoras das demandas desses idosos. Destaca as peculiaridades dessa questão no fato em que países jovens estão nas perspectivas de saúde e educação e os "países velhos" enfrentado os dilemas de assistência e acolhimento à velhice para a melhoria das condições de vidas dessas populações. Salienta, sobretudo, que tal disparidade é decorrente concomitantemente das condições socioeconômicas e a conjuntura dos países a eles atrelados.

Em contrapartida, mostra a necessidade de reconhecimento dessas pessoas idosas com a perspectiva de deveres e direitos e, aponta que é importante identificar suas diferenciações, para que de fato se entenda quem é esse novo ator nessa conjuntura contemporânea.

É necessário, portanto, analisar que as discrepâncias e condições de não acesso a serviços, no sentido de que condições socioeconômicas, culturais e geográficas perpassadas pelo curso de vida, faz diferença quando se conseguem atingir a velhice é notável.

Interessante, que essas condições podem ser analisadas em acesso a educação, por exemplo, Araújo (2006) quando aponta que no Brasil é necessário elaborar políticas de alfabetização para a população idosa, enquanto que em países desenvolvidos as necessidades são diferentes, os países pobres enfrentam muito mais desafios nesse sentido de acesso à educação formal.

Para dialogar com o autor, ilustraremos com base nos dados do IBGE (2010) essas discrepâncias de não acesso a educação pela população idosa, e mais ainda na região Norte.

Brasil, Unidade da Federação e Município	Frequência à escola	
Brasil	Total	20.588.890
	Frequentavam	593.686
	Não frequentavam	19.995.204
Amazonas	Total	210.173
	Frequentavam	8.752
	Não frequentavam	201.421
Manaus - AM	Total	108.902
	Frequentavam	6.335
	Não frequentavam	102.567

Tabela 3. Pessoas de 10 anos ou mais de idade por situação de ocupação na semana de referência e a situação do domicílio, segundo o sexo, a frequência à escola e os grupos de idades. Grupos de idade 60 anos ou mais.
Fonte: IBGE, 2010. Sinopse do Censo de 2010.

A frequência escolar das pessoas idosas no Amazonas é baixa, uma vez que o número de pessoas idosas que não frequentaram escola é muito alto[2] (201.173 pessoas). É necessário nos questionarmos sobre esses dados no sentido de pensar estratégias para possibilitar o acesso ao direito à educação na vida dessas pessoas. É importante destacar que o conhecimento e sua vivência é rica, apesar de não acesso à educação formal. Não significa, porém que essas pessoas não possuam uma trajetória de conhecimento de vida. "(...) A velhice é o passado, a memória- é preciso respeitar, cuidar" (Tura et al, 2014, p.31).

A questão é criar estratégias de formular políticas públicas de acesso à educação formal que sejam abrangedoras das demandas da própria população idosa.

[2] Vide abaixo tabela do IBGE sobre a condição de alfabetização

Brasil, Unidade da Federação e Município	Idade	
Brasil	60 a 64 anos	1.326.791
	65 a 69 anos	1.219.885
	70 a 74 anos	1.046.111
	75 a 79 anos	795.159
	80 a 89 anos	865.604
	90 a 99 anos	192.089
	100 anos ou mais	15.319
Amazonas	60 a 64 anos	16.395
	65 a 69 anos	16.202
	70 a 74 anos	12.412
	75 a 79 anos	9.415
	80 a 89 anos	9.206
	90 a 99 anos	2.439
	100 anos ou mais	279
Manaus - AM	60 a 64 anos	4.103
	65 a 69 anos	3.989
	70 a 74 anos	3.463
	75 a 79 anos	2.737
	80 a 89 anos	2.896
	90 a 99 anos	722
	100 anos ou mais	95

Tabela 4. Pessoas de 5 anos ou mais de idade, por situação do domicílio, condição de alfabetização e sexo, segundo a idade, aqui mostrada a faixa de idosos somente.
Fonte: IBGE, 2010. Sinopse do Censo de 2010.

Essa ilustração foi sentida na pesquisa de campo também. Sentimos que alguns idosos sabiam apenas assinalar seu nome com dificuldade. Procuramos ter uma postura de respeito e evitar qualquer tipo de constrangimento sobre esse assunto.

Quando uma idosa de 78 anos, após a aplicação de um formulário, registrou algumas considerações, questionamos sobre a abrangência da intersetorialidade na saúde e sobre a importância e o direito ao acesso a educação formal.

> Vou te falar uma coisa aqui, bem particular mesmo. Não me sinto com condições de informar muito sobre essa questão ai de participar da Unidade. Eu não sei ler (expressão triste) então como vou entender muitas coisas pra poder participar (I- F- 78 anos)[3].

Explicamos a essa idosa que a opinião dela sobre como gostaria que os serviços fossem realizados é importante para melhorias nos serviços.

Consideramos as pessoas idosas como sujeitos históricos e mobilizados na luta por direitos, e que juntamente com a mobilização de outros segmentos da sociedade lutaram, por exemplo, pelo Estatuto do Idoso dentre outros. A questão é que essa luta é contínua uma vez que

[3] Utilizaremos: I- idoso, F- feminino; M- masculino, e por questão de assegurar o sigilo da informação prestada não identificaremos a Unidade, uma vez que a amostragem foi de 10 idosos por Unidade Selecionada, mas os grupos de pessoas idosas ao qual fizemos a pesquisa tem o cadastro de informações desses idosos.

o envelhecimento e velhice devem ser de importância para todos, sendo anseio das populações em geral, mas com qualidade de vida.

Ressaltamos, conforme o referencial adotado, que é necessário abarcarmos a analise das condições socioeconômicas, ambientais, culturais e geográficas, bem como o atendimento dos determinantes de saúde como condição para a promoção de melhorias nas condições de vida dos idosos e dos envelhecentes, afinal velhice é condição de vida e caso não morramos antes, pessoas idosas seremos.

Para tanto, é fundamental pensar em estratégias e estudos crítico-propositivos na saúde da população idosa associados com promoção e atendimento dos determinantes de saúde.

1.2. O território, serviços de saúde e os indicadores de morbimortalidade em Manaus.

O território exprime as dimensões geográficas, econômico-políticas, sociais, culturais, e podemos compreender não só a distribuição de recursos humanos, de ações e serviços de saúde, dados epidemiológicos, mas também as conexões e relações imbricadas nesse território que exprimem as condições de saúde da população.

Monken et al (2008, p.23) mencionam que as mudanças econômicas, políticas e culturais suscitam novas necessidades interdisciplinares, estando a incorporação de conceitos oriundos da geografia (mas não exclusivos dela) como o de território sendo debatidos no contexto da saúde e da saúde pública.

Nesse sentido, os autores reportam-se a Santos (1988, p.28) ao contextualizar que o espaço como uma relação de sistemas de objetos (fixos) e de ações (fluxo), processualmente como testemunhas da história.

Interessante que podemos refletir, por exemplo, que o local de determinado hospital (no caso um fixo) pode ter relação como um determinado uso/ movimento da população (fluxo), mas como a sociedade não é estática, a avaliação é importante para o estudo da dinâmica social e estudos epidemiológicos que possam nortear escolhas e decisões na esfera de gestão em saúde.

Mas o que marca a diferença entre espaço e território? Monken et al (2008, p.25) explanam que um dos maiores pontos de distinção é que "(...) a ideia de espaço não faz referência

a limites e, ao acesso, enquanto o território imediatamente nos recorda dos limites e das restrições ao acesso do que a ele não "pertençam".(IDEM, p.25).

O território vai para além da dimensão geográfica e abrange uma dimensão de cultura e de poder, uma vez que exprime a questão de seus limites dados pelo Estado ou mesmo pelos seus diversos atores.

Gondim et al (2008, p.238) mencionam que " o espaço-território, muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o lócus onde se verifica a interação população-serviços no nível local." Os autores ainda abordam que esse espaço-território apontam uma população específica e com necessidades de saúde que devem ser analisadas pelos profissionais e gestores de saúde[4].

Essa dimensão de território como parte integrante para estudo, avaliação e decisões na esfera da saúde pode ser bem perceptível quando analisamos a proposta da Lei 8080/ 900-LOS, com vistas aos ideais do movimento de reforma sanitária e com as diretrizes organizacionais de regionalização e de descentralização dos serviços de saúde com ênfase para os municípios (municipalização).

Monkey et al (2008) discorrem que uma das discussões que ampliaram o debate sobre território e saúde está ligado ao Movimento de Reforma Sanitária, sobretudo, referente ao projeto de implantação do Sistema Único de Saúde que suscitou o debate sobre a questão dos serviços e sobre os territórios em saúde.

Com essa discussão, embora conforme Paim (1992) ainda haja desafios para a implementação dessa municipalização no contexto proposto pelo Movimento de Reforma Sanitária, é necessário ainda mais estudos para a construção dessa aproximação do local via descentralização da gestão com vistas à municipalização, sendo uma das discussões a reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários como norteados pelo projeto de Reforma Sanitária.

Tratando- se de Lei, a LOS define em seu Artigo sétimo, especificamente no inciso nono, que um dos princípios norteadores das ações e serviços do SUS é o da descentralização político-

[4] Ao remetermo-nos a questão de planejamento por parte dos gestores, ressaltamos conforme Nemes (2000), que embora seja um texto voltado para práticas programadas em saúde, discorre que o planejamento está vinculado, principalmente, com suas dimensões mais políticas, abarcando as grandes prioridades na atenção à saúde e, por conseguinte, tem um olhar mais amplo. Logo inferimos que abarcar a questão do estudo do território em suas diversas dimensões: geográficas, epidemiológicas, econômico-politicas, sócio- culturais dentre outras que nos permitem fazer uma melhor análise das necessidades em saúde.

administrativa, com direção única em cada esfera de governo, e ainda na alínea a, aponta a questão da ênfase na descentralização via municipalização e, na alínea b, a questão da rede regionalizada e hierarquizada.

A questão é que mesmo após 27 anos de SUS, cabe ainda questionar se os seus princípios estão sendo efetivados, de modo a assegurar a saúde como direito a todos os cidadãos e se o Estado vem cumprindo o dever de operacionalizar esses princípios.

Godim et al (2008) discorrem que junto com a proposta de municipalização e de regionalização encontra-se a questão dos distritos sanitários, impulsionados na conjuntura da década de 80, como estratégia para operacionalização mínima dos serviços de saúde.

Notemos que a proposta tinha como um de seus debates a aproximação da realidade dos municípios que possuem singularidades e são heterogêneos, logo a questão era a aproximação sucessiva do conhecimento das necessidades de saúde da população através da regionalização e da municipalização e, sendo importante o estudo do território e com isso o planejamento das redes de saúde com base nas necessidades e demandas desse mesmo território.

A questão é que, conforme Godim et al (2008), teoricamente os distritos deveriam dar resolutividade a todas as demandas de necessidades de saúde da população de seu respectivo território, permitindo progressivamente a conformação com os arranjos dos serviços de saúde em diferentes escalas territoriais e com relativa flexibilidade, delineando uma região com o município pólo. Porém, os autores apontam que atualmente pouco se tem debatido a despeito da questão de regionalização, municipalização e distritalização com finalidade de aprimorar o SUS.

O estudo do território pode suscitar estratégias para haver aproximação das necessidades de saúde da população, respeitando as singularidades presentes nele e, com isso sendo essencial para a disposição das redes de atenção à saúde, para romper com um modelo de saúde centrado no curativismo, com ênfase apenas em uma medicina clínica.

Conhecer, portanto, as necessidades e condições de saúde da população e estudar as singularidades de seu território são um dos passos para avançar nessa questão. E sobre as condições de saúde de uma população, Barata (2008) discorre que estão imbricadas com um conjunto de informações sobre o processo saúde e doença e que refletem de uma complexidade de fatores correlatos ao estilo de vida dessa população.

Nesse sentido, destaca-se que não há um contexto imutável e a-histórico, mas que o que condiciona a distribuição de saúde-doença é intrínseco a aspectos econômicos, sociais, políticos e

simbólicos. Adicionados a esses aspectos acrescenta-se as condições de saúde no que tange a política e organização dos serviços de saúde e articular o estudo do território com o processo de saúde-doença é um dos caminhos.

A organização do SUS e o planejamento da saúde são regulamentados mais recentemente pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e, a atenção básica, apontada como uma das portas de entrada dos serviços e o planejamento em saúde como obrigatório, descentralizado, ascendente e integrado, do nível local até o federal e que deva considerar as necessidades de saúde da população, sendo o acesso universal e igualitário das ações e dos serviços de saúde coordenados pela atenção primária.

Cabe ressaltar que o processo de planejamento e gestão, por si, envolve para além de elementos técnicos, elementos políticos, uma vez que para entrarem na agenda de prioridades de das políticas públicas faz-se necessário que os atores interessados possuam poder de barganha. (QUEIROZ, 2009).

Nesse contexto, podemos inferir ao embasarmo-nos no autor, que o planejamento e gestão podem ser ferramentas importantes para assegurar a participação democrática. Mas destacamos que isso não é necessariamente uma condição imperativa, uma vez que este autor aponta que há duas formas principais de planejamento: normativo (a realidade é tomada como algo passivo, que aceita e assimila sem qualquer reação, sendo que há total controle do planejador) versus estratégico (aborda o planejamento e a gestão das políticas públicas como um jogo social, atores se defrontam e afetam os resultados e a realidade social é complexa). Na saúde esses apontamentos não seriam diferentes, logo o planejamento (dependendo da sua forma), pode ou não facilitar e democratizar o acesso aos serviços.

O modo como o planejamento, execução e avaliação das políticas são realizadas são importantes, e na saúde principalmente. Cabe ressaltar, conforme Worthen et al. (2004) que a avaliação é essencial nos serviços, podendo sugerir melhorias e, destaque os pontos positivos e negativos. Aponta que a avaliação também traz limites, uma vez que não necessariamente vá resolver os problemas, mas sim apontar sugestões.

Em Manaus, na Secretaria Municipal de Saúde, a distritalização dos serviços é composta em quatro (4) distritos sanitários em conformidade com as zonas da cidade: distrito norte; distrito sul, distrito leste e distrito oeste.

Inicialmente, propúnhamos estudar a gestão do distrito sanitário leste, porém houve dificuldades em acesso aos relatórios de gestão do mesmo, sendo que houve tentativas de entender esse funcionamento através de seus relatórios, mas os mesmos não foram disponibilizados.

Conseguimos ter acesso a alguns documentos e relatórios via requerimento com citação da Lei de acesso à informação. Sugerimos, no entanto, que haja mais acesso a registros no site da Semsa para que de fato a publicidade das informações sejam mais acessíveis.

Em Manaus, não há uma divisão da cidade em subprefeituras, que dificulta a descentralização dos serviços e a gestão do distrito como espaço desse território. Abaixo veremos o mapa dos estabelecimentos assistenciais de saúde na área urbana de Manaus em todos os quatro distritos de saúde. É preciso ampliar a cobertura em geral, mas destaca-se que o Distrito Leste como podemos notar está em cor laranja claro, com concentração da cobertura de rede em poucos bairros e com a interiorização do território com pouca cobertura.

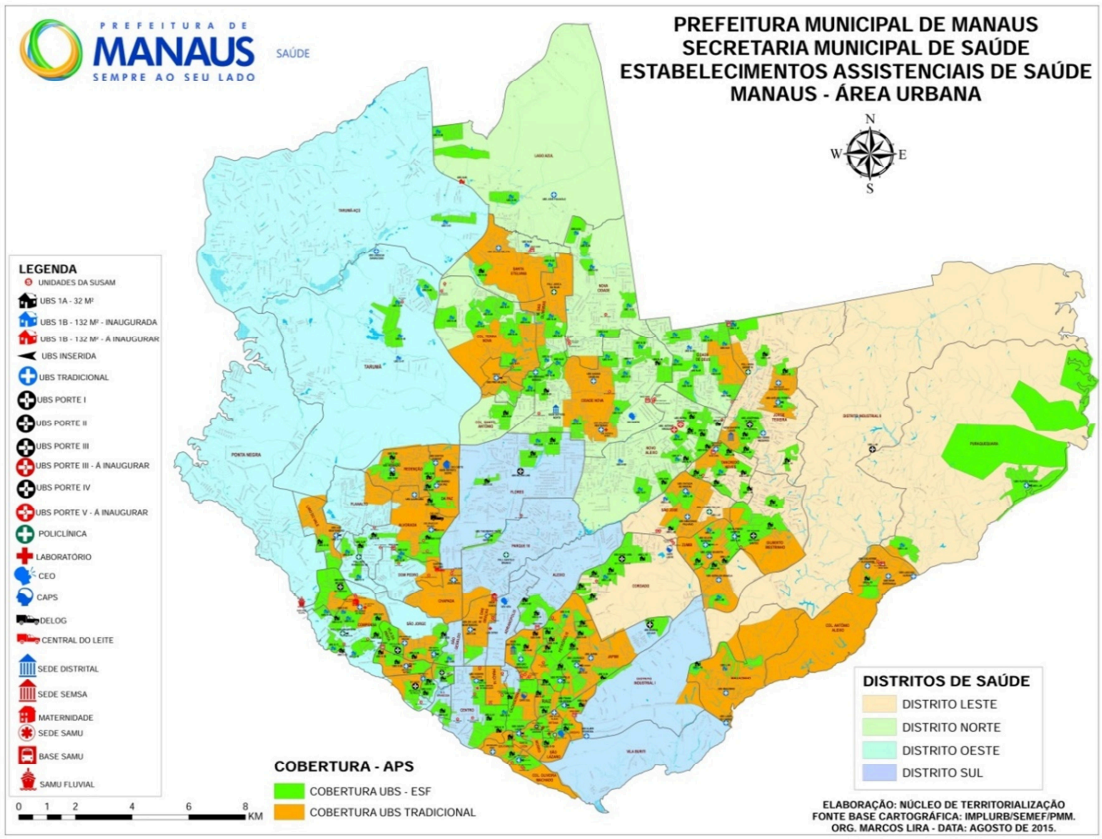


Figura 1 Estabelecimentos assistenciais de saúde de Manaus
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2015. Disponibilizado através de Requerimento.

O distrito leste é composto pelos bairros: Armando Mendes, Colônia Antônio Aleixo, Coroado, Distrito Industrial, Gilberto Mestrinho, Jorge Teixeira, Mauazinho, Puraquequara, São José do Operário, Tancredo Neves e Zumbi dos Palmares. E em termos demográficos IBGE (2010) aponta que na Zona Leste vivem cerca de 447.946 habitantes.

Apenas para situar a densidade populacional, a população do Jorge Teixeira (112.879 hab) somada a população do São José do Operário (66.169 hab.) teremos um número de 179.048 habitantes, maior que a Zona Centro-Sul com 152.753 habitantes. Há uma projeção de 525.904 habitantes em 2015, mantendo-se como a segunda zona mais populosa da cidade, perdendo apenas para a Zona Norte com 667.790 habitantes.

Para aproximar com a proposta de pesquisa que foi realizada em unidades selecionadas na Zona Leste, questionamos o contingente populacional com o equipamento de unidades básicas e como se situa essa organização sócioespacial das unidades de saúde de modo a assegurar a efetividade do direito de saúde e as necessidades de saúde e a disposição da sua rede de saúde.

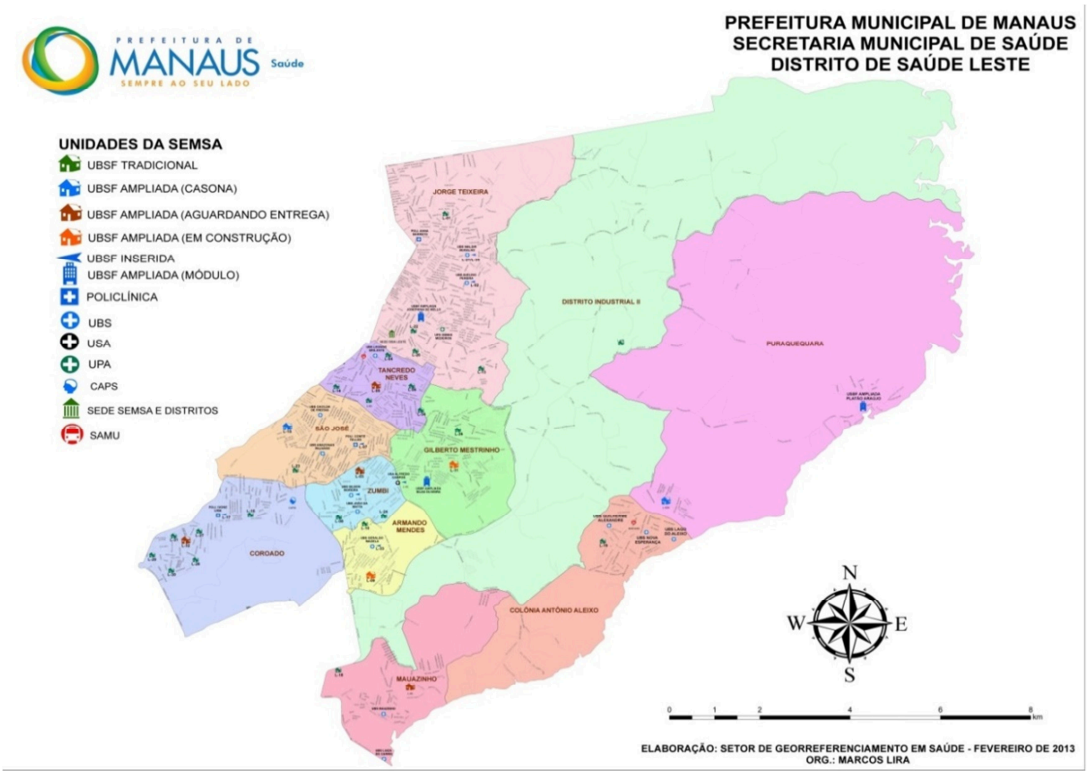


Figura 2. Mapa das Unidades de Saúde do Distrito Sanitário Leste de Manaus- Secretaria Municipal de Saúde.
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2015. Disponibilizado através de Requerimento.

A Semsa possui 58 unidades de saúde na zona leste: 1 centro de especialidades odontológicas,1 centro de atenção psicossocial infanto-juvenil; 1 laboratório distrital, 15 unidades básicas de saúde tradicionais, 1 unidade básica de saúde convertida, 3 unidades básicas de saúde da família ampliadas, 23 unidades básicas de saúde da família 32mm; 2 unidades básicas de saúde da família 32mm inseridas; 10 Unidades básicas de saúde da família 132mm.

Há uma demanda intensa por serviços[5], apenas num período de janeiro a agosto foi registrado, segundo tabela do Departamento de Informação, Controle, Avaliação e Regulação da SEMSA, solicitado por ofício, 127.935 consultas médicas e 62.897 consultas de profissionais de nível superior na atenção básica, e 6.145 atividades educativa/ orientação em grupo na atenção básica. Podemos inferir que há maiores produções no que se refere ao âmbito clínico-curativista, e menos nas atividades educativa, apontando mais desafios para promoção em saúde.

Há impasses também em serviços e direitos na zona leste de Manaus. Nos serviços de fornecimento de água, Giatti et al (2011), ao remeterem–se a dados do plano de ação da Companhia de Água do Amazonas(hoje Manaus Ambiental), mostram que há dificuldades de abastecimento de água nas zonas Norte e Leste, ressaltando que são as duas zonas mais populosas da cidade.

Apontam ainda que em Manaus, houve um intenso processo de crescimento urbano, com insuficiência de planejamento, tendo conforme dados do Geo Manaus(2002) aspectos como os correlatos a deficiência de infraestrutura, sobretudo de esgoto sanitários e de serviços e equipamentos sociais básicos.

Além disso, os autores demonstram que houve ocupação de modo a pautar um processo de exclusão e periferização orientada e não planejada na cidade, destacando bairros da zona norte e leste de Manaus.

Reportamo-nos a Ianni (1992) que nesse contexto, "(...) há uma luta aberta e surda pela cidadania", ou seja, há demandas que são latentes de intervenção, mas que mostram que há interesses antagônicos na sociedade do capital. O autor discorre que: "(...) a mesma sociedade que fabrica a prosperidade econômica fabrica as desigualdades que constituem a questão social".

Nesse contexto, inferimos que ao passo em que há produção de muitos avanços no que se refere a pesquisas científicas e desenvolvimento em ciência e tecnologia em saúde, o não acesso e desigualdades a esses avanços, bem como levando em consideração o não acesso a saneamento, a

[5] Vide anexo "Produção das unidades básicas do Distrito Sanitário Leste de Manaus (jan- ago 2015)"

transporte de qualidade, a educação, dentre outros são expressões da questão social, que, por conseguinte, repercutem na saúde, e merecem ser estudadas crítico-propositivamente pelos estudiosos dessa temática.

Merhy (2009) discorre que a atenção básica de serviços é estratégica no sentido de novas práticas de acolhimento e de alternativas de construção de novas práticas em saúde que também abarque questões tecnológicas (leve, leve-dura e dura) e assistenciais, sendo planejada e orgânica. (...) “a rede básica é um lugar tão estratégico, que não pode ser posta como “neutra” às possibilidades políticas, tanto do aparato técnico quanto de outros interesses” (p.225).

Faz-se necessário analisar a gestão trabalho, pois é estratégica para que de fato o SUS venha ser pautado como preconiza a Constituição e seus suportes jurídico-legais. Para tanto conhecer as condições de trabalho, participação nas decisões da gestão da unidade dos trabalhadores, gestores e usuários, os entraves e os desafios dessa gestão.

Assim também se os trabalhadores da saúde, gestores e usuários as conhecem e se estão preparados para dimensionar, no que se preconiza o movimento de reforma sanitária, ao passo que também é importante ponderar também as condições de trabalho do trabalhador da saúde e se a gestão está respondendo as demandas de saúde da população em consonância com a política de saúde.

O SUS foi fruto de barganha e luta política dos movimentos, sobretudo, do movimento de Reforma Sanitária e com isso houve avanços que possibilitaram a garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado; atendimento integral, participação social, descentralização com direção única em cada esfera de governo e de demais avanços na Constituição de 1988.

Paim (2008) aponta no Brasil, o modelo médico-hegemônico (privatista) e o modelo sanitarista vem se debatendo contraditório e complementarmente. Discorre que é necessário analisar a combinação de tecnologias e abordagens que vão dar respostas ao atendimento integral das necessidades de saúde da população do território.

Temos, portanto, um desafio de uma gestão participativa e que contemple as reais necessidades de saúde da população e ao reportarmos a Ouverney e Noronha (2013) vemos que a integração do cuidado em rede deve comtemplar desde o micro-trabalho que se dá no cotidiano entre os profissionais e os usuários até o macro-trabalho dos arranjos de regionalização propriamente ditos.

Nas unidades básicas, Castanheira (2000) elenca que há dificuldades em gerenciar: a limitação da oferta de serviço versus as demandas; os conflitos entre interesses dos diversos atores (trabalhadores, usuários, Estado); o grau de distanciamento da administração com o conjunto da unidade, dentre outros.

Castanheira (2000) discorre que a gerência das unidades pode ser estratégica para a tradução de políticas em formas concretas de organização das ações de serviços, porém assinala que há limites e possibilidades, sendo que destacada duas principais questões: a primeira dos vários atores na cena de trabalho (usuários, os trabalhadores da saúde e o Estado) e, por conseguinte, em interesses conflitantes; a segunda que a gerência vem constituindo mediante ações técnicas e políticas para a organização do trabalho-fim dos serviços de saúde de modo a significar constante processo de decisões que implicam posicionamentos ético-políticos.

A questão é que ao centramos à região amazônica, Schweickardt et al (2015) mencionam que a gestão da saúde na região norte abarca desafios correlatos ao contexto geopolítico e cultural, mas também há potencialidades como das tecnologias no cotidiano. Os autores apontam na construção de uma gestão regionalizada com educação permanente, para a ampliação e qualificação dos serviços de saúde prestados à população**.**

O Decreto 7508/11 que dispõe sobre a organização do Sistema SUS dentre outras providências, porém novamente vemos os desafios de que o mesmo abarque as necessidades dos usuários, de modo com que os serviços e as ações sejam fundamentados por essa necessidade.

Então indagamos sobre alguns desafios tais como se o sistema de saúde seja condizente com a demanda e necessidade de saúde da população; que as redes de atenção prioritárias tenham qualidade; que as condições sóciossanitárias, os indicadores sociais e as demandas da população aos quais apontaremos abaixo e, levaremos em consideração, ainda o planejamento e gestão dos serviços de modo a ampliar e ter qualidade no fluxo de acesso aos serviços.

No Amazonas e em Manaus, há alguns desafios para com os quais devemos levar em consideração: tripla carga de doenças: as infecto-parasitárias, as de causas externas e as crônico-degenerativas (SUSAM, Relatório Anual de Gestão, 2013).

Ainda conforme pesquisa de Martins e Sassaki (2013) baixa resolutividade na atenção básica de saúde e necessidade de ampliação da oferta de serviços de atenção especializada que acarreta uma sobrecarga/ inchaço hospitalar e alto custo ao SUS.

Schweickardt et al (2015) explicita que é necessário considerar as singularidades e realidades locais da região amazônica de modo a trabalhar território, necessidades de saúde, educação em saúde e gestão participativa de modo articulado.

Tendo por base as referências demográficas, no que se refere à tripla carga de doenças, e em razão também o lócus desta pesquisa, remetemos aos dados de Manaus, citando o Relatório Anual de Gestão- RAG de 2015 da SEMSA, que nos permite verificar essa tripla carga de doenças em dados referentes à mortalidade e à morbidade hospitalar.

Mortalidade Registros Gerais: 9.828 óbitos			Morbidade Hospitalar Registros Gerais: 37.677 ocorrências		
Causas	Dados Totais	Dados Pop. Idosa	Causas	Dados Totais	Dados Pop. Idosa
1ª Neoplasias	1.734	973	1ª Doenças do Aparelho Digestivo	11.751	2.021
2ª Causas Externas de morbidade e de mortalidade	1.719	150	2ª Doenças do Aparelho Respiratório	10.029	1.653
3ª Doenças do Aparelho Circulatório	1.681	1.223	3ª Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	7.156	1.194
4ª Causas mal definidas	1.176	789	4ª Doenças do Aparelho Circulatório	7.042	3.890
5ª Doenças do Aparelho Respiratório	876	620	5ª Lesões, Envenenamentos e Consequências de Causas Externas.	6.894	1.098

Quadro1: Comparativo de principais causas de mortalidade e de morbidade hospitalar em Manaus/2015
Fonte: Relatório Anual de Gestão- RAG de 2015 da SEMSA/ Manaus.

Os dados acima vem corroborar que é preciso revalorizar a atenção básica com cunho voltado para os princípios do SUS, uma vez que muitos agravos poderiam ser pautados antes em perspectiva de prevenção e promoção da vida saudável. Sendo que é preocupante termos, por exemplo, em morbidade registros causas correlacionadas a doenças infecciosas e parasitárias em terceiro lugar, nos fazendo refletir sobre como estão de fato as condições de saneamento e controle epidemiológicvo da cidade de Manaus.

Outro ponto preocupante foi os registros de causas externas tanto em morbidade quanto em mortalidade, o que representa também para além dos acidentes as diversas manifestações de violências na cidade.

Os dados também vêm ressaltar mais impacto de alguns indicadores na população idosa, sobretudo os indicadores correlatos a agravos crônico-degenerativos como, por exemplo, na

questão das causas correlatas a doenças do aparelho circulatório, que em mortalidade são os 1.223 dos 1.681 óbitos, e em morbidade são as 3.890 das 7.042 ocorrências, ou seja, aproximadamente 72% em ambos desses registros.

Lima et al (2000) ressaltam que somente pela época atual que passam a haver políticas de saúde dirigidas a população idosa. Nesse contexto, fundamentando-se em Castanheiras, tais políticas principiam-se nos anos 80, no bojo da conjuntura de reformulação da saúde, que foi assegurada na Constituição e corporificada no Sistema Único de Saúde.

Abarcam essa ampliação da atenção a pessoa idosa, caracterizando-a como preponderantemente centrada no atendimento médico individual às doenças crônico-degenerativas e demonstrando que nos serviços públicos de saúde há uma constante redução do envelhecimento à doença crônica e ademais embasando em Dalmaso e Nemes, mostram que a temática dos doentes crônicos limitam-se a atendimentos médicos individuais ocasionais.

As discussões desses aspectos de território de saúde nos fazem suscitar a construção dos espaços de saúde na nossa cidade. Embora tenhamos muitos desafios como a ampliação da cobertura tradicional e da cobertura de estratégia da família, reportamo-nos a Harvey (2004, p.263) que nos instiga com a questão de sermos o “arquiteto de nosso próprio destino” o que nos suscita sobre a perspectiva de construção e reconstrução do nosso mundo da vida.

É necessário, portanto, o controle democrático da população para o desafio de imprimir espaços de saúde em conformidade com as necessidades da população. A fiscalização dos recursos é importante também. Sabemos que a luta é desafiadora, mas estaremos registrando alguns pontos a serem levados em consideração.

É fundamental que possamos rever os conceitos, mas com base sólida, pois caso contrário, estaremos sujeitos a discursos de mudança preconceituosos e que não contemplem uma dimensão mais crítica da realidade e não compreender que há ligação nas responsabilidades no que refere ao ambiente, ao social, à cultura e a dimensões geopolíticas.

Harvey aponta que o capital é cheio de adaptações e fundado na desigualdade, logo é necessário repensar um novo modo de organização político societária, em seu livro “espaços de esperança”, não podemos ser ingênuos em não levarmos em contas os entraves e desafios para as mudanças, contudo podemos nutrir esse sentimento para poder lutar por melhorias na qualidade de vida. Menciona que é necessário caminharmos para pelo menos uma linguagem comum, que viabilize alternativas concretas para decisões mais democráticas e viáveis.

A luta pelos espaços de saúde é necessária, não apenas para a questão dos espaços do setor saúde em si, mas para que sejam criados, modificados e implementados espaços de promoção de saúde que incorporem acesso à atividade física, lazer, melhoria do transporte público, melhoria do acesso e atividades de educação em saúde, educação ambiental e discussões mais democráticas.

1.3. Os serviços de saúde e a gestão do trabalho em saúde segundo população idosa nas unidades selecionadas

Para a pesquisa de campo, começamos com um desafio correlacionado com a Plataforma Brasil, com problema técnico que atrasou para anexar o parecer consubstanciado, bem como do termo de autorização da SEMSA/Manaus, para pesquisa nas unidades básicas, que atrasou o seu início para Abril do corrente ano.

O delineamento, metodologia, amostra, critério inclusão e exclusão que consta na introdução e aqui voltamos nossa análise às informações e dados levantados no campo.

No que se refere à análise dos serviços e da gestão do trabalho, sobre os informantes profissionais e os gerentes das unidades básicas selecionadas para melhor detalhamento e organização dos dados dedicamos o capítulo 3 para essa temática, bem como para situar os contextos das unidades através de Relatório Anual de Gestão das Unidades selecionadas.

No que se refere à análise dos serviços e da gestão do trabalho segundo as pessoas idosas selecionadas trazemos neste tópico, conforme abaixo:

Unidade	Pontos destacados durante a pesquisa de campo	Justificativa das observações[6]
Ivone Lima	Abertura de local para pesquisa	A gestora da Unidade nos recebeu com acolhimento diferenciado. Foi solícita e colaborou conosco, liberando 2 salas (uma com amplo espaço e direcionadas à atividades de educação em saúde e outra de biblioteca). Apresentou a unidade pessoalmente e sempre demostrava disponibilidade de apoio.

[6] Vide capítulo 3 com mais detalhamento de aspectos de organizações das unidades selecionadas.

	Especificidade da Unidade	Na unidade há exercícios físicos coordenados por profissional de educação física da equipe da Unidade. Nesse contexto, procuramos não comprometer o andamento das atividades. Há a especificidade de que a Unidade é com contexto de Estratégia da Família e de Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
	Contexto da aplicação dos formulários pesquisa de campo	Em razão de algumas falas sobre a questão da abrangerência questionada por alguns dos idosos que compunham o grupo de idosos da Unidade, selecionamos também 3 pessoas idosas que não faziam parte do grupo específico da unidade.
	Média de Inscritos no Grupo de Pessoas Idosas	A média de inscritos no Grupo de Idosos, grupo de nome "Com vida ativa" é de aproximadamente 27 idosos.
João Nogueira da Matta	Abertura de local para pesquisa	A gestora nos recebeu sem entraves. Apresentou a unidade Gilson (onde a unidade estava funcionando) pessoalmente e demonstrava apoio.
	Contexto diferente da unidade durante a pesquisa de campo	Inicialmente o contexto da Unidade João Nogueira foi peculiar em razão da Unidade no momento da pesquisa de campo estar em reforma. A Unidade estava funcionando dentro de outra Unidade próxima (Unidade Gilson Moreira). Nesse contexto, a Unidade Gilson além de fluxo intenso com atividades de 2 unidades, o auditório estava como depósito da Unidade João da Matta. O grupo de idosos só não parou de funcionar por questão de articulação da assistente social e de uma idosa integrante do grupo. Essa integrante do grupo cedeu espaço em frente da sua casa para o grupo de idosos não parar de funcionar.
	Contexto da aplicação dos formulários da pesquisa de campo	Tivemos de ir duas vezes em razão de que no dia 06/04/2017 também ter sido de atividade de planejamento do grupo (Conseguimos aplicar os formulários com 5 idosos) e pelo grupo manter atividades nas quintas pela manhã, retornamos pelo dia 27/04/2017.
	Média de Inscritos no Grupo de Pessoas Idosas	A média de inscritos no Grupo de Idosos é de aproximadamente 16 idosos.
José Amazonas Palhano	Abertura de local para pesquisa	A gestora nos recebeu sem entraves. Direcionou trabalhadores para o conhecimento da unidade e demonstrava apoio.

	Contexto da aplicação dos formulários da pesquisa de campo	Na Unidade Palhano, comparecemos para aplicação dos formulários no dia 20/04/2017, embora ter sido também um dia comemorativo do grupo de idosos (Grupo Esperança) o grupo era quantitativamente maior do que os das demais unidades, facilitando a aplicação em uma manhã. Registramos que o grupo no momento da aplicação do formulário era predominantemente feminino, segundo a assistente social que coordena o grupo, há 60 idosos inscritos, havendo apenas 7 homens, sendo que no dia havia aproximadamente 40 idosos, com 3 idosos do sexo masculino que estavam recentemente no grupo. O dia também era de atividade de Conselho com participação de integrantes do Grupo Esperança. A aplicação do formulário foi em espaço de sala direcionada a atividades de educação em saúde, concomitantemente com a atividade de comemoração do Grupo Esperança.
	Média de Inscritos no Grupo de Pessoas Idosas	A média de inscritos no Grupo intitulado "Grupo Esperança", é de aproximadamente 60 idosos.

Quadro 2: Detalhamento de cronograma direcionado às pessoas idosas usuárias das unidades selecionadas

Registramos que embora cada Unidade tivesse um contexto específico durante a aplicação dos formulários com as pessoas idosas, sentimos acolhidas por essas pessoas, bem como as gerentes das unidades não dificultaram a pesquisa de campo. Houve apoio de alguns profissionais integrantes das Unidades que embora não cite os nomes, demonstraram acolhimento e apoio à pesquisa, que sem o apoio de alguns profissionais não teríamos conseguido em tão "pouco tempo" organizar para que cumprisse a amostragem da pesquisa de campo.

Na Unidade Palhano, por termos realizado anteriormente atividades de extensão, durante a graduação, sentimos uma recepção diferenciada por parte dos idosos. A gerente foi muito cortês e acessível, bem como o apoio de alguns profissionais foi fundamental.

Na Unidade Ivone, sentimos a diferença de um apoio diferenciado da diretora (todas apoiaram, no entanto, essa gerente dedicou uma tarde só para apresentar a unidade pessoalmente, mesmo com seu cronograma intenso de atividades). E uma das idosas que não foi entrevistada pela manhã, retornou à Unidade só para a aplicação do formulário de pesquisa.

Na Unidade João Nogueira, mesmo com todas as dificuldades de demoras de reformas, surpreendeu a organização de idosos (inclusive militantes de fóruns de direitos da pessoa idosa) para que as atividades não parassem. Por ter ido mais de uma vez aplicar a pesquisa, percebemos que na segunda vez o acolhimento foi dobrado. O segundo dia o clima era um pouco chuvoso, dificultando a presença maior no grupo.

Uma das idosas inclusive foi conosco atrás de uma idosa frequentadora do grupo na residência dessa usuária para que pudesse completar a pesquisa da amostra. Isso marcou a solidariedade dela de andar até a casa da outra idosa para a pesquisa. A gestora também não dificultou a pesquisa e mesmo não estando nos critérios de inclusão, concedeu entrevista. Tivemos o apoio de uma profissional nessa unidade que facilitou e colaborou no sentido de abertura de espaço para que fosse possível a realização da pesquisa.

Em geral, o acolhimento foi marcante. Sentimos que mesmo cansados, uma vez que a demanda é intensa nessas unidades, os profissionais e gerentes foram solícitos. Por outro lado, aguardar o final de muitos atendimentos, oportunizou observar alguns entraves e esse momento que pudemos ouvir e sentir um pouco da dinâmica das Unidades foi o momento da espera por atendimento, ao qual acreditamos que foi importante para entender alguns entraves sentidos pelos usuários de modo geral, bem como ver as respostas e estratégias de alguns profissionais. Esse assunto, abordaremos com mais detalhes no capítulo 3.

Outro ponto é que fizemos questão de em todas as Unidades ler e explicar coletivamente o Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido[7]. Obrigação de todo pesquisador cumprir os critérios éticos e entregar uma via ao entrevistado, porém uma das idosas de unidade X (não identificarei para assegurar o sigilo) informou que já participou de pesquisas, mas nem sempre recebeu um "papel" do que era a pesquisa e quais os riscos e benefícios.

Partindo desse contexto, iremos apontar os serviços e a gestão do trabalho em saúde, conforme a aplicação dos formulários juntos aos idosos das respectivas unidades.

Alguns dados que analisamos apontamos por Unidade da seguinte maneira:

Em dados que possibilitam fazer comparações das unidades: I- pessoa idosa e apontar a Unidade em com sigla[8]. Exemplo: I- UAP: Pessoa Idosa- Unidade Palhano. Não especificaremos idade nem o sexo para assegurar o sigilo, uma vez que o grupo de idosos, ao qual a maioria dos que aplicamos o formulário, é muitas vezes com um número relativamente pequeno ou intermediário.

Em informes e falas que precisamos fazer como registro específico, utilizamos: I-Pessoa Idosa; M- masculino; F- Feminino e a idade. Exemplo: I-M (Pessoa Idosa; sexo masculino; 60 anos) sem falar a Unidade. Para preservar o direito ao sigilo do entrevistado e dever do

[7] Vide nos Apêndices

[8] UJN: Unidade João Nogueira/ UAP: Unidade Amazonas Palhano/ UIV: Unidade Ivone Lima

pesquisador ao qual consta no TCLE. Sobre os dados gerais: idade, sexo, e bairro de residência também sem explicitar qual Unidade para resguardar o sigilo.

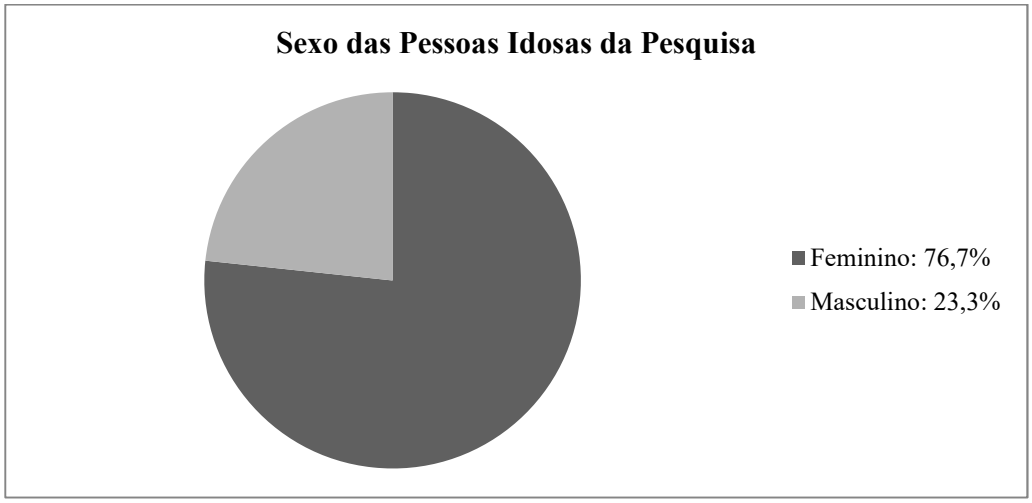


Gráfico 1: Sexo das pessoas idosas da pesquisa, sem especificação de Unidades.

Observamos de modo geral, mais participação feminina nas unidades básicas, associamos também aos dados do IBGE apontando mais mulheres idosas na capital, e que possivelmente as idosas estejam frequentando mais as unidades básicas de saúde do que os homens. No caso da pesquisa em questão participaram 23 idosas (sexo feminino) e 7 idosos (sexo masculino), ilustrado no gráfico acima.

Intervalo entre 60 a 69 anos	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	Total
Quantidade	2	1	2	0	0	2	0	1	1	3	12
Intervalo entre 70 a 79 anos	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	Total
Quantidade	0	1	1	1	2	1	3	3	2	1	15
Intervalo entre 80 a 82 anos	80	81	82	Total							
Quantidade	1	1	1	3							
Total de aplicação de formulários com 30 pessoas idosas											

Quadro 3: Faixa etária das pessoas idosas da pesquisa de campo, sem especificação de Unidades.

Sobre o quadro acima houve mais participação de pessoas idosas nas faixas de 70 a 79 anos e na de 60 a 69 anos, porém mesmo que não muito em quantidade houve a participação de pessoas idosas com 80 ou mais anos. De modo geral, sem explicitar a Unidade, conseguimos

aplicar o formulário com 30 pessoas idosas, sendo que todas moravam na Zona Leste e nos bairros das respectivas unidades.

O fato das pessoas idosas morarem na Zona Leste também foi importante para apontar algumas demandas que precisam ser melhoradas na região. O fato de que Manaus não tem subprefeituras dificulta a resolutividade e desburocratização de alguns serviços. Quando perguntamos das pessoas idosas sobre dificuldades para acessar algum serviço de saúde, ouvíamos as seguintes respostas:

> *Sim, muitas vezes tem conflito com o papel. Tem vezes que os exames são marcados longe e tem problemas de ônibus*.(I-UJN)
>
> *Aqui na unidade não. Para fora da unidade é pior. Pior coisa é esse Sisreg.* (*I-UAP)*
>
> *Sim. O médico, porque está fora da área..(I-UIV)*

Observamos que o contexto de cada Unidade era muito específico. Na Unidade João Nogueira, que estava em reforma e funcionando dentro de outra Unidade (Gilson Moreira), ou seja, uma sobrecarga de serviços em razão de reforma que já perdurava há algum tempo na unidade no momento da pesquisa, as pessoas idosas de modo geral, demonstravam insatisfação com a demora da reforma e apontavam detalhes que preocupavam tanto pela questão da sobrecarga, quanto por outras temáticas como: segurança, desorganização de duas unidades em uma, alguns entraves na questão de alguns profissionais precisarem melhorar a humanização, bem como repensar mais disponibilidades de equipamentos de serviços de saúde para o bairro.

No momento em que "aguardava" as entrevistas dos profissionais, o momento da espera pelo atendimento na Unidade Gilson Moreira, observamos que os profissionais de modo geral estavam sobrecarregados em ter de atender as demandas das duas unidades, bem como a questão administrativa precisava de mais organização, inclusive de limpeza.

Oportunidade desse momento para notar que esse Grupo de Idosos "inovou" diante dessas adversidades, através da união e de articulação de uma das idosas com a coordenação do grupo, pois não deixaram de funcionar, embora estivessem fazendo em outro local, que no caso era a casa de uma integrante do grupo.

O contexto da Unidade Palhano nesse quesito foi o melhor avaliado comparado às outras unidades. Houve uma estratégia da direção da Unidade e da Coordenação do Grupo que acreditamos fez a diferença que é a agilidade e marcação das consultas no próprio grupo de

idosos, mas que também uma das pessoas idosas nos informou que facilita em parte mais para quem faz parte do grupo: “O atendimento aqui melhorou. Quando vem pegar ficha é uma dificuldade. Só facilita pra quem tá no grupo”. (I- UAP)

O contexto da Unidade Ivone Lima, de estratégia da família, nos apresentou um desafio para análise: de um lado, alguns idosos que faziam parte do grupo de referência (uma equipe mais completa e com mais desempenho dentre as equipes da Unidade) elogiavam a Unidade, mas do outro lado quem não estava com a equipe de referência questionavam a abrangência das equipes.

Há pontos estratégicos como a presença de um núcleo de saúde da família, foi a única unidade com presença de profissional de educação física, sendo esta muito elogiada pelas pessoas idosas, no entanto, observamos a importância da complementariedade com uma unidade tradicional no bairro, como sugestão para ampliação da cobertura dos serviços.

Partindo desses dados iniciais, analisaremos alguns pontos- chaves, segundo as pessoas idosas as quais aplicamos os formulários de pesquisa sobre os serviços de saúde nas respectivas unidades e sobre a gestão do trabalho.

UNIDADE DE SAÚDE	Consultas Enfermagem	Atendimento Assistente Social	Farmácia	Vacinação	Consulta com médico	Serviços Odontológicos (dentais)	Grupo de Saúde do idoso	Outros
UNIDADE AMAZONAS PALHANO	7	10	10	9	10	2	10	Não houve acréscimo de registros
UNIDADE IVONE LIMA	5	2	6	6	7	2	7	Um idoso acrescentou ser atendido por agente de saúde[9]
UNIDADE JOÃO NOGUEIRA	9	10	10	8	10	5	10	Esses dados foram perguntados em relação a Unidade em seu local oficial, pois a unidade está em reforma.

Quadro 4: Serviços utilizados nas unidades selecionadas pelas pessoas idosas da pesquisa de campo.(10 pessoas por unidade)

[9] Embora a Unidade Ivone esteja correlacionada à Estratégia de Saúde da Família, não havíamos incluído a questão de agente de saúde como um item de resposta na pergunta: “1. Que serviços de saúde o (a) senhor (a) utiliza nessa unidade de saúde?”. Mesmo com esse único registro durante a fala dos demais houve menção desse profissional principalmente no acesso a consultas na referida Unidade.

Registramos nesse quadro que houve observações durante as respostas de duas Unidades: Ivone Lima e João Nogueira.

Sobre as observações de alguns dos idosos da Unidade Ivone Lima: Uma das idosas informou que para seu endereço não há médico para atendimento com justificativa de que está "fora da área de abrangência". Dois idosos informaram que às vezes é difícil ter consulta por médico e uma idosa informou que usa além da unidade convênio Real Vida.

Sobre as observações de alguns dos idosos da Unidade João Nogueira: Onde está funcionando, a maioria informou que fica complicado de acessar a todos os serviços, seja pela sobrecarga da unidade, ou até mesmo porque há uma ladeira grande de distância da unidade Gilson.

Alguns idosos solicitaram que fosse mencionado nessa pesquisa que a demora da entrega da reforma da unidade vem sendo um problema para os mesmos. Uma idosa informou ter conhecimento de dentista em palestra na unidade**.** Duas idosas informaram que na farmácia às vezes faltam remédios**.** Uma idosa elogiou uma técnica que trabalha na vacinação.

Em conformidade com as respostas das pessoas idosas, notamos que há mais facilidade de acesso em unidades básicas no modelo tradicional, não significando que não haja importância da complementariedade de atenção básica das unidades tradicionais com as unidades de estratégia da família.

Sobre a questão das dificuldades de acesso a algum serviço, registramos também os resultados abaixo em quadro sobre a pergunta: Há dificuldade pra acessar algum serviço? Se sim, quais são essas dificuldades?

Unidade	**Registros de dificuldade de acesso**	**Registros de não dificuldade de acesso**	**Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo**	**Transcrição de trechos das falas registradas em formulário**
UNIDADE AMAZONAS PALHANO	-	10	Entraves burocráticos de acesso aos demais níveis de atenção à saúde	- "Para fora da unidade é pior. Pior coisa é esse Sisreg"; - "Às vezes pra fora da unidade tenho"; - "Fora que precisa melhorar"
			Metodologia diferenciada, porém restrita ao grupo de pessoas idosas da unidade	- "Da terceira idade é fácil, mas quem não é do grupo é difícil. Tem de madrugar".

UNIDADE IVONE LIMA[10]	5	5	Dificuldades de acesso a profissional da medicina na unidade	- "O médico porque está fora da área"; - "O médico às vezes consegui. Mas os exames não, muito difíceis porque fica em espera"; - "O médico é difícil"; - "Médico"; - "Marco consultas pelo Sisreg. Desde um tempo querendo marcar com o clinico";
			Entraves burocráticos de acesso aos demais níveis de atenção à saúde	- "Na unidade não, mas pra outros lugares...".
UNIDADE JOÃO NOGUEIRA [11]	4	6	Entraves burocráticos de acesso aos demais níveis de atenção à saúde	- "Muitas vezes tem conflito com papel. Tem exames que são marcados longe e problema de ônibus"; - "Para marcar outros serviços que não são da unidade, tipo cardiologista e fisioterapeuta. E não tem pediatra na unidade"; - Na unidade não. Fora da unidade que é difícil .2 meses esperando para cirurgia da vista" - "Fora da unidade que é difícil. Pra fazer exame é longe e tenho artrose, ainda não consegui";
			Dificuldades com o duplo funcionamento de unidades em uma unidade.	- "Na Gilson até pra marcar o horário da consulta tá difícil. Quando estava no João eu não tinha"; -"Trocaram pra Gilson. A dificuldade é também que ficou mais longe.".
			Identificação de rede de contatos que possibilitam redução de dificuldades, porém dificuldades de acesso com os demais níveis;	- "Não, porque conheço quem trabalha lá. Mas fora da unidade dá uma tristeza muito grande. Já tive uma pneumonia muito forte e sofri"
			Necessidades e vinculação com grupo	- "Faço só check-up, venho mais mesmo é pro grupo";

Quadro 5: Dificuldades para acessar algum serviço nas unidades selecionadas pelas pessoas idosas.

Na Unidade Ivone Lima, notamos que há uma relativa dificuldade com a questão de médicos, mas ao ouvir também algumas pessoas idosas da equipe de referência da unidade, percebemos que uma idosa dessa equipe não tinha dificuldades com esse quesito, ou seja, um

[10] Das três pessoas idosas (Unidade Ivone Lima) que não eram do grupo de idosos da unidade, 2 registraram que tinham dificuldades com médico. Ou seja, do grupo, houve 3 registros de dificuldades.

[11] Perguntamos em relação como era na Unidade oficialmente e como está na reforma em outra unidade. Nesse ponto todos as pessoas idosas informaram que era melhor quando estava na Unidade em si, sendo importante que a reforma fosse de fato concluída.

avanço para a equipe de referência e um desafio para as demais equipes. Outro ponto foi de entender que a Unidade passou por mudanças em seu formato, anteriormente era uma Policlínica.

Na Unidade João Nogueira, esse resultado foi decorrente da mudança com relação a reforma. Mas sentimos na fala dos idosos que era necessário em razão das demandas e da organização que a reforma fosse mais agilizada.

Entendemos que não é fácil organizar uma reforma de unidade de saúde, mas sugerimos uma política de monitoramento mais intensa das reformas das unidades para que a Secretaria tenha mais agilidade nesse processo.

Na Unidade Palhano foi o resultado também de uma estratégia da Unidade de marcação de consultas no próprio Grupo. No entanto, também foi apontado que para o grupo é mais fácil, não significando que para todos haja a mesma facilidade.

Os registros demonstram que as dificuldades maiores são correlacionadas ao desafio da integralidade do Sistema Único de Saúde. Apesar de haver uma ampla discussão sobre o contexto e debates sobre integralidade, há um eixo norteador em comum: a recusa ao reducionismo que perpassa historicamente o modelo assistencial de saúde.

Situar o debate é necessário, ressaltando que é importante o desenvolvimento de mais pesquisas, estudos e avaliações de experiências que estão circunscritas no âmbito da integralidade, uma vez que, conforme Mattos (2004, p.1412): "(...) Dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o que é menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas. (...) no que diz respeito à integralidade, as mudanças não têm sido tão evidentes".

Os desafios são muitos para a construção de um SUS que preconize a integralidade, sendo que endossamos o que Mattos (2004, p. 1411) diz sobre a integralidade: "(...) expressa uma das bandeiras de luta do chamado movimento sanitário". Logo, se formos pautar a saúde como direito nessa discussão teremos que resguardar esse princípio no cotidiano dos usuários do SUS.

Para isso, Mattos (2004) aponta algo que é necessário para que haja a articulação da rede regionalizada através do acesso a todos os níveis de complexidade: a defesa da articulação lógica da prevenção e dos serviços assistenciais.

O autor menciona que uma primeira dimensão da integralidade é feita mediante a capacidade dos profissionais articularem os serviços assistenciais com procedimentos preventivos e com isso requer a criação de dispositivos, que além de atender as demandas possam também

estar direcionados a ações preventivas, o que também requer a dimensão de escuta das necessidades de saúde dos usuários de modo a adequar os serviços à situação em que se encontra o usuário e trabalhadores da saúde.

A integralidade requer a recusa ao reducionismo em todas as dimensões anteriormente apontadas. Sendo que a resposta a essas necessidades devem estar articuladas com uma noção de saúde para além de aspectos somente biológicos, mas sim perpassar outras dimensões como a da prevenção, educação em saúde, condicionantes de saúdes, dentre outras.

Partindo para outro ponto dos serviços, foi a análise da importância dos grupos de pessoas idosas nas Unidades, pois todos que participam desses grupos elogiaram e sinalizaram que contribuem para sua saúde.

Unidade	**Participantes dos grupos**	**Contribuição do grupo para a saúde**	**Transcrição de trechos das falas registradas em formulário**
UNIDADE AMAZONAS PALHANO	10	Todos responderam sim	- "Contribui, aprendo mais. Aprendo como se alimentar. É muito bom. Palestras boas. Me sinto bem" - "Contribui. Aqui tem uma caixinha[12] para passeio. Contribui na reunião, nas palestras. Ajudam. Me sinto bem no grupo". - "Contribui. É bom para a gente se orientar. Sempre fazem de alimentação. O grupo ajuda".; - "O grupo é legal. Em termos de saúde facilita muito, é mais fácil de conseguirmos vaga". - "Sim, contribui. As palestras boas, mesmo. Poderia melhorar porque a ginastica ainda não está definida." - "Pra mim contribui, elas falam o que pode fazer e o que não pode." - "Muito bom. Nós faziamos ginástica, agora não faz. Palestra é muito boa. O grupo é bom." - "O grupo é muito bom pra saúde. O grupo é bom." - "Sim, contribui. Porque quando queremos falar com o médico é fácil. Me tratam bem." - "As palestras ajudam a saúde. O grupo contribui para a saúde"..
UNIDADE IVONE LIMA[13]	7	Todos responderam sim	- "Contribui, porque antes de fazer a atividade tinha dores. Agora faço mais coisas."; - "O grupo contribui demais e palestras orientam sobre o que comer e outros assuntos. Ajudou muito em melhorar dor, tinha dores de articulação" - "Um pouco das palestras das nutricionistas, ver o alimento. O grupo contribui muito, tinha dor e passou". - "O grupo contribui muito, por causa do exercício, nós somos uma máquina, se não fizer vai enferrujando".

[12] Sobre essa caixinha, perguntamos a coordenadora do grupo que nos informou que é facultativa e serve para a comemoração dos aniversários e passeios. Informou que a tesouraria é de responsabilidades de pessoas idosas do próprio grupo.

[13] Aplicamos o formulário com três pessoas que não eram do grupo, devido especificamente a diferença do formato da Unidade para tentarmos compreender melhor também a questão de abrangência das equipes de estratégia.

			- “Eu tô me sentindo bem com o grupo. Tô melhorando as dores nos braços. As palestras foram legais”. - “Melhorou tudo. Oportunidade para fazer amizades. Ajudou porque tem tudo explicado. A gente não pode perder”. - “Contribui sim. As palestras de alimentação são boas. O grupo melhorou muito e se diverte. O grupo é bom demais. Desde 2007 tô no grupo.”
UNIDADE JOÃO NOGUEIRA	10	Todos responderam sim	-“Ajuda. O grupo acompanha em outros. Tem amizade. A assistente social é boa.”. - “ Contribui muito. Idoso sozinho na casa só pensa besteira na cabeça dele. E aqui tem grupo. Muito bom. Sou uma faz fundadoras.” - “Contribui e muito. Escuto minhas amigas aqui, faz física às vezes aqui.” - “O grupo é bom para mim. Tô a 15 anos nele.” - “O grupo que traz a minha saúde. Aqui acolá faço atividade física. O grupo para mim é ótimo. Até convido os outros.” - “As atividade daqui são boas. Quando tem passeio, a gente vai. O grupo é bom.” - “As reuniões ajudam. Recebo orientações e as palestras são boas. Queria mais física.” - “As palestras ajudam.” - “Aqui é muito legal. A palestra é boa, a assistente social contribui até quando a gente está ruim se saúde ela ajuda lá no posto.”. - “Tá faltando ginástica, Isso é ruim. Agora, as palestras são muito boas.”. - “Bom e divertido”.

Quadro 6: Participação em atividades como palestras, programa de saúde do idoso, grupos de idosos e reuniões/ contribuição para a saúde.

Os grupos coordenados por profissionais do Serviço Social (Amazonas Palhano e João Nogueira) tinham mais pessoas idosas com representações em fóruns de direitos e/ou conselhos. Todos foram elogiados e tidos como importantes para as pessoas idosas. O grupo da Unidade Ivone Lima é coordenado por profissional da área de Educação Física, também foi elogiado e tido como importante para as pessoas idosas.

Tanto o Serviço Social quanto a Educação Física são profissões da saúde, e ficou nítida a importância de ter esses profissionais nas unidades. Destacamos também que as pessoas idosas elogiaram esses profissionais que coordenam os grupos.

No entanto, ainda não há quantidade maior de assistentes sociais, menos ainda de educadores físicos. Nesse ponto, uma alternativa que sugerimos aos grupos sem o profissional de educação física, seria articulação com a educação, através das escolas mais próximas, verificando possibilidades. Mas o ideal é ampliação do quadro através de concursos públicos.

Partindo para a questão da avaliação do trabalho pelas pessoas idosas, conforme quadro abaixo, sobre a forma como é organizado o trabalho em equipe dessa unidade facilitar o atendimento apontamos as alternativas: sim; a maioria das vezes; raramente ou não. Para a alternativa a maioria das vezes, alguns sugeriram às vezes, então deixamos a maioria das vezes ou às vezes. No caso da Unidade João Nogueira as pessoas idosas nos deram duas respostas, uma com relação a como a Unidade estava no momento da pesquisa funcionando (dentro de outra unidade Gilson Moreira e anteriormente em seu local de referência).

UBS	SIM	A MAIORIA DAS VEZES/ ÀS VEZES	RARAMENTE	NÃO
Unidade Amazonas Palhano	9	1	-	-
Unidade Ivone Lima	4	4	1	1
Unidade João Nogueira (funcionando na UBS Gilson Moreira)	-	-	-	10
Unidade João Nogueira em seu local de referência	9	1	-	-

Quadro 7: Se a forma como é organizado o trabalho em equipe dessa unidade facilita o atendimento

No geral, o grande entrave identificado foi que no contexto da reforma da unidade João Nogueira, de modo em que estava funcionando dentro da unidade Gilson Moreira ficou complicado para o atendimento e funcionamento das duas unidades de modo qualitativo.

Para melhor compreensão do motivo das respostas seguida por unidade, apontamos em seguida quadros por unidade para identificar se a forma como é organizado o trabalho em equipe facilita o atendimento; o que é bom no trabalho dos profissionais e o que precisa melhora no trabalho dos profissionais/ o que os profissionais poderiam fazer para melhorias nos serviços das unidades.

UBS	Pontos Positivos	Transcrição de trechos das falas registradas em formulário	Pontos a serem melhorados	Transcrição de trechos das falas registradas em formulário
UNIDADE AMAZONAS PALHANO	Atendimento de alguns profissionais de saúde	- "As assistentes sociais é nota dez. Enfermagem boa."; -"(...)O Marcelo é uma pessoa maravilhosa. Facilita pra gente. Todo mundo trata bem aqui."; - "É bom o atendimento"; - "(...) A Dra. Nelsa trata bem. Os profissionais tratam muito bem.";" - (...)O atendimento é muito bom. Não tenho queixa de ninguém".	Necessidade de melhoria de atendimento por alguns profissionais (formas mais humanizadas, socializadora de informações e proativas)	- "Tem uma médica que precisa melhorar. Disse que a médica que era pra atender por outra. Algumas pessoas precisam melhorar a forma de atender. Ajudar mais as outras pessoas: a gestante e a comunidade"; -"Precisa melhorar algumas pessoas. Alguns querem que seja do seu jeito. Tem de ter regras. Em geral está precisando de ajuda. Tudo conta. A saúde de todos os lugares precisam melhorar"; - "Melhorar sobre informação. Ser mais educado na informação, a gente não se deve tratar com mau educação, senão a informação fica igual um mosquito. Poderia melhorar mais do que está sendo. As informações poderiam ser mais dadas";
	Facilidades no método de agendamento no próprio grupo de pessoas idosas	- "O grupo favoreceu a marcação de consulta"; - "É bom que quando precisamos de atendimento é facilitado"; - "Consegui ficha fácil. E só vem e esperar. Agendo no grupo e aguardo atendimento (...)". - "Agora tá melhor, antes era mais ruim, porque antes tinha de entrar na fila de madrugada. Agora melhorou 100%"	Dificuldades de marcação de quem não faz parte do grupo de pessoas idosas	- "Precisa melhorar para as pessoas que não são da unidade do grupo. Às vezes ficam de noite para marcar, o meu filho tem dificuldade. Marcação do Sisreg, porque demora muito"; - "(...) Poderia melhorar o atendimento no horário. Às vezes a gente fica esperando e demora". - " (...)Quando vem para pegar ficha é uma dificuldade para outras pessoas. Só facilita pra quem tá no grupo"

	Grupo de Pessoas Idosas	- “O posto se tornou muito melhor para nós. É um momento bom, só o fato de ter essa alegria como você vendo hoje, gosto muito”. -“Gosto muito. As pessoas são legais, as que atendem.”;	Mais atividade física no grupo e melhoria de serviços de laboratório	- “Tivesse mais caminha e ginástica. Fazia no Mindu, pegava dois ônibus para ir e dois para voltar. O idoso necessita de caminhada. Teve uma eleição mês passado. E eles escreveram uma caixinha aqui no posto. Acho que precisa ser mais frequente. Hoje foi a posse deles[14].”; - “Que tenha a pessoa para ginástica. Alguns são mais ativos como o Luís e o Marcelo que são bons. Tem de ter mais atenção e ser mais ativo. Hoje fui na farmácia e faltava o medicamento, demorou pra resolver”; - “A única coisa que não tá bom é o laboratório no atendimento. O laboratório precisa ser melhor. O atendimento aqui melhorou muito”.

Quadro 8: Forma de organização do trabalho, pontos positivos e o que precisa melhorar no trabalho e nos serviços sobre a UBS Amazonas Palhano.

Na Unidade Amazonas Palhano, houve elogios a alguns profissionais. Houve solicitação de algumas das pessoas idosas para que houvesse mais atividade física no grupo. Outros pontos como melhoria de alguns setores no atendimento e na informação, bem como em contexto macro necessidades de agilidade e maior cobertura no Sistema de Regulação.

[14] A unidade Amazonas Palhano contará como alguns idosos do grupo como representantes dos usuários no Conselho Local .

UBS	Pontos Positivos	Transcrição de trechos das falas registradas em formulário	Pontos a serem melhorados	Transcrição de trechos das falas registradas em formulário
UNIDADE IVONE LIMA	Atendimento e vínculo com alguns profissionais	- "Nutricionista e educadora física são muito bons"; "Quanto ao trabalho não sei muito te explicar. Mas quando precisei ser atendido foi razoável"; - "O atendimento com boas intenções. Eu pelo menos me sinto bem, me sinto como se estivesse na minha casa. Antes tinha depressão, só melhorei vindo à unidade"; - "As pessoas tem umas que atendem bem. A maioria atendem bem."; - "Material humano"; - "Não sei dizer, mas a atenção que dão"; - "Me identifico com elas, recebem bem".	Necessidade de melhoria no agendamento, ampliação de cobertura e acesso a profissionais médicos;	-"Marcar consulta na recepção. Essa questão de fora da área. E tinha um médico que atendia antes não fazia prioridade com os idosos. Reunião do corpo todo com todos os profissionais e os idosos"; - "Quase não estou usando médico daqui. Prefiro até juntar um dinheiro e procurar outro lugar, porque demora. Todo mundo se reunisse. Todos os que moram se reunissem. Antes era bom porque tinha de tudo aqui, todo tipo de especialista. Pra marcar é uma luta, longe os exames"; -"Quando viesse marcar consulta marcasse direito. O exame é muito difícil quando marcado para outro lugar. E aqui também demora. Tem de melhorar. Sobre os serviços não sei falar"; - "As maneiras de agendar. Aqui faço mais exames. Sobre a recepção fica difícil porque o médico não tem na área onde moro"; -"Melhorar a organização primeiro. Chegar com ficha porque não tem ficha na hora de chamar. Esse ponto aqui fechou e reabriu. Por enquanto tá bem";
	Grupo de Pessoas Idosas	- "O grupo é o forte o grupo que me traz para cá pra esses lados."; - "A amizade com a professora. Pergunta porque não veio. Tem ótimo contato com as pessoas";	Integralidade com os demais níveis de atenção	-"Melhorar médico quando é pra outras unidades. A questão do horário, quando marca às vezes muda. Falta médicos especialistas: oftalmo e outros" -"Precisa mais profissionais especializados. Quando tinha especialistas era muito bom. Agora tem gente que é encaminhado pra muitos bairros. Eu não sei. Acho que uma reunião como você perguntou da reunião[15]o. Precisava não, precisa. O povo sabe o que sente";

[15] Uma pergunta antes desse item era sobre: "O (a) Sr(a) participa de alguma reunião com todos os profissionais que o(a) atendem?" Registramos que a grande maioria de todas as unidades selecionadas disseram não terem participado com todos, houve algumas respostas que sinalizavam a presença da direção e alguns profissionais em reuniões nos grupos mesmo.

			Melhorias nos equipamentos/ estrutura para as atividades físicas, bem como serviço de limpeza para a Unidade	-“Se tivesse um lugar só pra gente mesmo. A professora faz atividade física fora. Tivesse um lugar próprio para educação física. Como no caso de piscina. Fizesse uma reunião. Procurar uma quadra de esporte”; -“Não tenho a falar do trabalho. Precisa é de estrutura para atividade física. Não sei responder, porque quando procuro tem atendimento”; -“Nos serviços: higienização dos banheiros (....)” - (...) Precisa melhorar a estrutura para atividade física”.

Quadro 9 : Forma de organização do trabalho, pontos positivos e o que precisa melhorar no trabalho e nos serviços sobre a UBS Ivone Lima

Na Unidade Ivone Lima, houve elogios a alguns profissionais e inclusive uma pessoa idosa sinalizou ter melhorado da depressão graças ao grupo. A unidade tem o destaque de contar com profissional de educação física e ter impacto na qualidade de vida das pessoas idosas que participam dessas atividades, porém é necessário um espaço adequado. Se por um lado há o avanço de inclusão de promoção de saúde via atividade física, o desafio e conseguir que haja recurso para a construção de espaço adequado e nesse sentido há luta da direção, dos profissionais e das pessoas idosas, porém é necessário que a gestão em nível macro também articule essa luta. Houve solicitação de algumas das pessoas idosas para melhoria na cobertura de atendimento médico, alguns questionaram a questão da área de abrangência em faltar médico para algumas equipes de ESF.

UBS	Pontos Positivos	Transcrição de trechos das falas registradas em formulário	Pontos a serem melhorados	Transcrição de trechos das falas registradas em formulário
UNDADE JOÃO NOGUEIRA	Atendimento e trabalho de alguns profissionais	-"Tudo bem no trabalho. Atende bem"; -"O médico clinico geral Dr. Leão é bom e o pessoal na vacina é ótimo"; -"Para mim é bom. O médico é bom. A assistente social nem se fala, ótima."; -"A atenção que dá pra gente. Foi ótimo. Sinto falta de alguns. Também todos são bons"; -"Bom é o atendimento"; -"Muito atenciosos todos eles"; -"Todos são bons"; -"A assistente social é muito boa. Quando eu chego no posto e vejo ela eu já me alegro"; -"Todos são ótimos, sem defeitos e atendem bem"; -"É bom. O atendimento é bom. Marcava consulta e tinha horário. Verificava pressão. O médico é bom, mas não olhava nos olhos. Agora ele olha".	Melhoria em alguns serviços e no agendamento	-" Fosse mais rápido. Idosos às vezes ficam até tarde. O primeiro que poderia ser atendido logo era o idoso. A mudança para o Gilson foi muito ruim pela ladeira. E muitos pessoas vem de lá. A questão da segurança está difícil."; -"Recepção é péssima. Precisa melhorar o atendimento da unidade. Da recepção principalmente e as pessoas do serviço geral. Poderiam melhorar nos encaminhamentos"; -"A ficha poderia melhorar. As vezes as pessoas chegam as vezes 4:30h e é perigoso. De manhã é perigoso cedo. Ter horários mais específicos. Fazer fila";
			Necessidades de retorno para unidade em seu local de origem, melhoria nos serviços, no atendimento de alguns profissionais, ampliação de insumos e integralidade.	- "No Gilson tá bagunçado. O ideal era que voltasse pra cá pro João. Pra melhorar tem de voltar pra cá. Porque do jeito que tá tá bagunçado. - "Quando era no posto mesmo era melhor. Os serviços têm de melhorar, mas não sei dizer" - "Só não estão marcando pela manhã, dificultou. Não visitam ninguém. É preciso voltar pra onde é. Não sei dizer muito. Falta remédio. Na farmácia tem uns que atendem bem, outros não"; - "Lá no Gilson, a dificuldade é o local. No trabalho não, às vezes falhava na medicação. Difícil era quando marcava fora" - -"Médico precisa melhorar porque tem muita gente. Já tem meses que tá lá no Gilson. Se tivesse a possibilidade de exames mais perto seria bom"; "Um profissional na farmácia poderia ser mais educado. Poderia ter o serviço de pediatria. Melhor quando estava no João";

Quadro 10: Forma de organização do trabalho, pontos positivos e o que precisa melhorar no trabalho e nos serviços sobre a UBS João Nogueira.

Na Unidade João Nogueira, houve elogios a alguns profissionais. Houve solicitação da maioria das pessoas idosas para que a Unidade tivesse a reforma concluída e voltasse a funcionar em seu local próprio. Houve sugestões no quesito de ampliação da cobertura de médicos e humanização de alguns setores como recepção e farmácia. Bem como na farmácia a melhoria do

abastecimento de insumos e remédios. Outro ponto foi mencionado por uma idosa sobre a falta de segurança. Observamos que pela tarde (quando aguardávamos para que pudéssemos entrevistar alguns profissionais), usuários e profissionais ficavam de certo modo com medo do horário próximo ao fim de expediente em razão da falta de segurança próximo ao local.

Sobre a escuta voltada especificamente para a avaliação dos serviços, identificamos um desafio em todas as unidades, pois foi pouco sinalizada enquanto momentos específicos para avaliação. Levamos em consideração, que a rotina das unidades, as demandas, as dificuldades enfim já existem desafios ao cotidiano da gestão. Essa dificuldade não é específica da saúde, mas leva-se em consideração que não há recursos humanos em quantidade ideal[16] e também a rotina dos profissionais de base/ execução já é muito corrida pelas demandas. Sugerimos que esses momentos de avaliação sejam pelo menos anuais com os usuários diretamente nas unidades, e que haja por parte da macro gestão municipal uma equipe mais voltada para avaliação para apoio nesse desafio. Sabemos que já há iniciativa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção básica- Pmaq, o que sugerimos é o fortalecimento desses momentos em equipe específica, em razão da intensidade das demandas dos profissionais de execução.

UBS	Não foi ouvido	Já foi ouvido	Como foi ouvido
Amazonas Palhano	8	2	- “A diretora que perguntou. Me dou muito bem com a diretora”; -“A assistente social pergunta e explica, sim pela assistente social”;
Ivone Lima	9	1	-“Fui ouvido, mas faz muito tempo”
João Nogueira	7	3	-“A assistente social ouviu” - “Nas reuniões do grupo” -“Foi, mas várias vezes quando estava no João. No Gilson, não”.

Quadro 11: Escuta e participação de alguma forma para avaliar o atendimento dos serviços profissionais dessa unidade e modo da unidade registrá-las.

Porém, em outra pergunta as pessoas idosas registraram que quando tem reclamações ou sugestões sentem atendimento na maioria das mesmas. Ilustramos isso em quadro na próxima página.

[16] Vide o capítulo 3

UBS	Não fizeram	Fizeram[17]	Transcrição de trechos das falas registradas em formulário
Amazonas Palhano	6	4	-“Faço pela assistente social e ela tenta resolver”; - “Ainda não fiz”; -“Faço pro Luís e pra Leila” - “Não fiz”; - “Não fiz. Meu esposo faz mais sugestões. Falo para ele me ajudar”; - “Consigo. Reclamo para assistente social e para diretora”; - “Vou logo com a doutora Eurinete, Ela ouve e resolve”; -“Nunca foi preciso. - “Até hoje não tive”. - “Nunca fiz reclamação”.
Ivone Lima	4	6	-“Não faz por escrito, mas nas palestras faz. Elas tentam resolver”; -“Nunca fez reclamação. Na reunião de palestras faço sugestão. Falam que vão fazer o possível. Pedi cobertura do estacionamento. Elas tentam”; -“Não. Nunca reclamei. Nunca fiz sugestão”; -“Na verdade nunca fiz, mas tinha vontade de fazer. Como estou dizendo, nunca participei de reunião aqui”; -“Não fiz”; -“Faço o registro para professora”; -“Procurei pessoalmente a diretora. Inclusive essa semana que tá com mais de mês que não vão em casa. Falei para ela. A diretora atende muito bem, não sei se ela resolve, mas que ela atende é muito bem”; -“Já fiz sugestão pra assistente social. De ouvir sim, mas não sei se resolveu”; -“Não. Desde Novembro pelejando por consulta. Já registrei várias vezes para a agente”; -“Não fiz”.
João Nogueira	5	5	-“Faço como a assistente social . E na reunião faço sugestão. Chamo logo é todo mundo, abro a boca e falo”; -’”Falo com a diretora”; -“Falo é na hora para quem tá atendendo. Quando conheci o Dr. Leão, falei e ele deu mais atenção”; -“Faço com a assistente social”. -“Sempre falo com a assistente social. Ela vai lá e resolve. Eu me dou muito com ela, porque ela resolve tudo”; -“Não fiz”; -“Não fiz”; -“Não fiz”; -“Fazia pro diretor antigo”; -“Não fiz. Nunca reclamei. Mas num posto de saúde não é pra faltar medicação, quem tem de fiscalizar os governantes que podiam ver. Aqui ninguém conhece o governo, a gente só vê na televisão”.

Quadro 12: Sugestão ou reclamação de melhoria em serviço/atendimento de saúde e modo de realizá-las.

Mesmo com os limites institucionais, observamos iniciativas de soluções nas unidades. Entendemos que os direcionamentos das soluções nem sempre dependem da gestão em nível de microgestão (unidades), mas sim dos tomadores de decisão da macrogestão, como por exemplo, na questão da quadra de esportes para unidade Ivone Lima e resolutividade de falta de

[17] Dos que fizeram, a grande maioria respondeu que sim ou a maioria das vezes as reclamações/sugestões foram atendidas.

medicamento na unidade João Nogueira (no caso, suscitamos que seja para duas unidades, uma vez que durante a pesquisa de campo referida unidade dividia o espaço com a unidade Gilson Moreira).

Após a questão, incluímos mais dois pontos: o conhecimento sobre Conselho Local e se as pessoas idosas considera que participa de alguma forma no planejamento dos serviços e do atendimento dessa unidade? Em caso afirmativo, em que e como o senhor participa do planejamento de como serão os serviços e o atendimento dessa unidade. Em caso negativo, Como gostariam de participar da organização dos serviços e do atendimento da equipe na unidade.

UBS	Não ouviu falar em Conselho de Saúde	Já ouviu falar em Conselho de Saúde	Sobre participar e conhecer o que é feito nesses Conselhos
Amazonas Palhano	5	5	-"Votamos agora. Não participo, mas o pessoal do grupo ganhou. Agora vamos participar"; - "Sim, mas não participo" - "Sim, mas não participo" - "Não conheço o que é , não participo. Só já ouvi falar" - " Ainda não participei, mas sei o que é"
Ivone Lima	9	1	-"Já ouvi. Não participo e não conheço"
João Nogueira	4	6	-"Participo"; -"Ouvi, mas não participo"; -"Hoje já não participo, mas participo do Fórum do Idoso"; -"Não participo, mas conheço"; -"Sei que trabalha na saúde, mas não participo"; - "Só ouvi falar, mas não sei o que faz"

Quadro 13: Conhecimento sobre Conselho de Saúde e/ou Conselho Gestor Local na unidade e participação.

A discussão sobre Conselho de Saúde de modo geral é necessária para maior participação e controle social.[18]Notamos melhores respostas nas unidades Amazonas Palhano e João Nogueira, mas mesmo assim quando perguntamos sobre participação e conhecimento do que é feito nessas esferas de controle social, não sentimos muito aprofundamento. Não explicamos mais sobre o assunto com a intenção de observar se pelo nome "Conselho" havia o conhecimento sobre.

Embora haja avanço, inclusive nessas duas unidades com a inserção de representantes usuários idosos, é necessário buscar incentivar mais a participação e explanar melhor sobre. Esse é um desafio importante. Não será fácil, mas fica lançado o desafio de modo propositivo.

Na Unidade Ivone Lima, observamos ter muita socialização de pesquisas nas paredes da unidade, não signifique que por essas respostas estejam em desvantagem com as demais, porque

[18] No capítulo 2 faremos maior aprofundamento teórico a despeito desse tema

nas outras ampliarem o aprofundamento sobre a temática também está sendo sugerido, porém uma alternativa para essa unidade é iniciar com a inserção de membros nas discussões sobre Conselhos.

Por fim, sobre o sentimento de participação das pessoas idosas no planejamento da unidade teremos o seguinte quadro para ilustrar os resultados:

UBS	**Participam do planejamento**	**(Em caso afirmativo)** Em que e como o senhor participa do planejamento de como serão os serviços e o atendimento dessa unidade?	**Não participam do planejamento**	**(Em caso negativo)** Como o senhor gostaria de participar da organização dos serviços e do atendimento da equipe nessa unidade?
Amazonas Palhano	4	-"Do grupo e com a Leila. O grupo facilita"; -"Eu participo, se precisar de algum apoio. Quando me chamam eu participo"; -"Pela terceira idade. Participo no grupo"; -"Porque venho para o médico e para os serviços. Tudo é bom. Pro grupo é bom participar.";	6	-"Ser mais ouvida. Que explicassem mais como está a unidade. Temos de saber"; -"Ali na frente. Colocar alguém ali na frente, na entrada da unidade e indicar onde tem os serviços. Vai ter porque teve eleição"[19]; -"Acho que participando, falando sobre ginástica. Falando pra alguém daqui. Gostaria que ouvissem"; -"Se pudesse queria participar. Se pudesse convidar, iria gostar."; -"Não acho que poderia participar" - "Não sei"

[19] A eleição foi referente ao Conselho Gestor Local

Ivone Lima	2	-"Participo nas palestras e reuniões. Adoro participar, porque aprendo mais coisas"; --"Quando você dá sugestão, contribui pro local";	7	-"Gostaria de uma reunião. Participar nessa reunião"; -"Seria ótimo participar e ser convidado"; - "De médico, queria que fizessem os exames aqui. Das atividades, queria que tivesse maquinário. A professora se vira pra fazer o possível. Aparecer a professora foi ótimo. Facilitou ter perto de casa"; -"Eu gostaria de participar de uma reunião para explanar o que seria necessário melhorar"; - "Queria que fosse mais fácil e disponível consulta com médico. Aqui só participo do grupo de idosos, mesmo. Não sei quem é a assistente social, tenho curiosidade. Acho chato só marcar consulta se tiver agente"; -"Através de reunião ou alguma coisa. Reunião ao vivo é muito importante"; - "Se tá difícil marcar a consulta, avalie participar dos demais serviços. Tivesse consulta com palestra antes"; -"Primeiro reunião para iniciar. Mais outros passos ainda não tenho ideia no momento";
João Nogueira	5	- "Porque participo do grupo" -"Ah, me convidam pra reunião. É bom estar no grupo"; -"Através do grupo. Atendendo e usando a unidade" -"Participo. Informo todo o bairro"; -"Porque muitas vezes, quando chamado pra reunião, eu vou"	5	-"Gostaria de participar. A gente quer tudo de bom pra nós. Por exemplo, os remédios, às vezes tem 1 ou 2. A gente volta e não chegou. Já tive de comprar um remédio que não tinha. Às vezes, demora e carece fazer ficha "; -"Queria participar. O dia que fosse, marcasse uma reunião e falasse o que fosse melhorar"; -"Ia gostar de participar e ia falar a verdade, se chamado um dia para participar"; -"Se convidasse, talvez eu fosse. Seria bom fazer uma reunião com todos os idosos"; -"Sim. A gente só pode ir onde é chamado. Para assistir o que é. A reforma começou antes de dezembro e até agora nada. Tá chegando o fim do ano e nada"

Quadro 14: Consideração em participar de alguma forma no planejamento dos serviços e do atendimento dessa unidade.

Duas idosas (sem especificar a unidade) para manter o sigilo relataram não saberem ler e que isso era um problema para que elas pudessem participar mais. Um dos pontos de desafios propositivos é a articulação com a educação, para fortalecer melhor essa situação.

As pessoas idosas que consideraram participar, em geral, citaram os grupos. As que não consideraram mesmo estando nos grupos, observamos que a maioria desejava participar do processo de planejamento das unidades. Esperamos que essa pesquisa suscite mais estratégias para que haja mais o sentimento de participação nas unidades, uma delas é o debate sobre conselhos, outra pode ser a articulação com intersetorialidade e no território entre potencialidades das unidades que poderiam conversar mais entre si. Só o fato de não termos tido barreiras para a

pesquisa de campo no que se refere à autorização da pesquisa nas unidades, significa que é um avanço. Longe de esgotarmos o assunto, apontamos os desafios, mas com a intenção de melhoria da qualidade dos serviços prestados e de suscitar a cogestão dentro da unidade e com a macrogestão, pois só conseguiremos suscitar melhorias se a equipe como um todo se unir para buscar alternativas de enfrentamento aos desafios.

CAPÍTULO II- POLÍTICA DE SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

O Brasil tem uma das melhores legislações em saúde do mundo, apesar de muitos avanços oriundos de lutas e movimentos sociais que firmaram um rompimento do conceito de saúde centrado na doença e curativismo para outra centrada na saúde ampliada na vida saudável, ainda tem muitos desafios a superar.

Para tanto, é necessário abarcar uma gestão participativa e que contemple as necessidades de saúde da população, sendo o controle social um dos instrumentos necessários para o fortalecimento da Política de Saúde, abarcando uma arena de conflitos de interesses, conforme Bravo (2011), dois projetos de saúdeem disputa: o da Reforma Sanitária e o Privatista.

Ou seja, há tensões e contradições que estão nesse processo, sendo que esses projetos representam distintas compreensões de saúde e diferentes bases e referências de conceitos de saúde, a exemplo disso, o projeto de saúde da Reforma Sanitária busca pela universalização e pelo controle social, já o privatista prima pela redução dos gastos sociais e pela privatização dos serviços de saúde.

Esse capítulo procura abordar alguns assuntos que perpassam sob a Política de Saúde como: Estado, Política de Saúde e as relações com os modelos sociais de proteção, para qual nos fundamentamos em Fleury e Ouverney dentre outros, e com controle social e participação social para qual nos fundamentamos em Escorel e Moreira; e Silva e outros, com o objetivo de analisar numa perspectiva crítica e que possibilite maior controle social efetivo.

2.1. Estado e política de saúde: relação com os modelos sociais de proteção e com o controle social na saúde

Fleury e Ouverney (2008, p.23) mencionam que ao considerar a política de saúde como uma política social, de modo a abranger a reprodução dos indivíduos e das coletividades, uma das

consequências é admitir a saúde como um dos direitos em que devam ser pautados para a cidadania[20].

Entretanto, assinalam que há diferentes formatos de sistemas de proteção social que implicam distintas[21] condições na política de saúde e com isso diferentes concepções políticas que refletem nas condições de acesso à saúde.

Nesse contexto, os autores apontam que as necessidades de criação de políticas de proteção social pela sociedade são correlatas aos valores compartilhados pelas instituições: Estado, sociedade e comunidade. Discorrem que há, portanto, distintos modelos de proteção social destacando os modelos: de assistência social ou residual; de seguro ou meritocrático e o de seguridade ou institucional.

Os autores identificam em quadro os modelos de proteção social, os principais delineamentos desses modelos, distintos no que se refere a diversos aspectos, sendo que destacamos alguns desses elencados pelos autores: cobertura (no modelo residual a cobertura é a focalização; no de seguro é ocupacional e o de no de seguridade é universal); o acesso (no modelo residual o acesso é via prova de meios; no de seguro é via filiação e o de no de seguridade é via necessidade) a referência (no modelo residual a referência é a Lei dos pobres; no de seguro é Bismark e o de no de seguridade é Beveridge); a cidadania (no modelo residual a cidadania é invertida; no de seguro é regulada e o de no de seguridade é universal).

No entanto, os autores destacam que apesar das diferenças entre esses modelos, há necessidade de um Estado nacional forte para resguardar os direitos e a existência de um padrão de desenvolvimento econômico para financiamento da proteção social.

Partindo da fala desses autores, podemos inferir que o Estado e as políticas sociais, no caso a da saúde, são correlacionados com os modelos de proteção social adotados e que, portanto,

[20] Sobre cidadania, ao reportarmo-nos a Marshall, na obra Cidadania, Classe Social e Status (1967), ao pontuar sobre o desenvolvimento da cidadania até o fim do século XX, discorre sobre os três elementos constituidores da cidadania, sendo esses: civil (elemento que abrange os direitos necessários à liberdade individual); político (elemento que abarca o direito à participação política) e social (elemento assegurador que perpassa desde o mínimo de bem-estar econômico à garantia de participação na herança social). Ao passo em que o autor aponta que a cidadania é um status conferido aos membros integrais de dada comunidade, também é reconhece que as classes sociais abrangem um sistema de desigualdades.

[21] Ressaltamos, conforme Wanderley (2004), que a questão social latino-americana, é delineada distintamente da realidade europeia, no espaço e no tempo, na esfera estatal, no que se refere à cidadania e na implantação do capitalismo.

abrangem consequências aos serviços sendo no acesso, na cobertura, na organização e em diversos aspectos.

Cabe ressaltar, conforme Fleury e Ouverney (2008, p.62) que os sistemas de proteção são dinâmicos e dialogam com transformações sociais, políticas, culturais e outras, mas que nos fazem refletir sobre a garantia de efetivação do bem-estar das populações.

Nesse sentido, podemos inferir que a luta por um modelo em que paute a dimensão da universalidade, do direito e da qualidade dos serviços deve ser uma luta constante, para que de fato a qualidade de vida das populações seja prioridade da agenda do Estado através das políticas sociais.

Ao referenciarmos à Carta Magna de 1988 em seu Artigo 196 veremos que: "A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício". Ademais a Lei 8.080/90, no seu Artigo Segundo ao elencar a saúde como direito fundamental do ser humano e ao apontar que o Estado deva prover as condições necessárias para o seu pleno exercício, permite inferir que temos uma das melhores legislações em saúde do mundo.

Seja respaldado na Constituição, na Lei orgânica da saúde, na Lei 8.142/90 (ao dispor sobre o financiamento do SUS), tendo ainda: Normas Operacionais Básicas (NOB/91, NOB/93, NOB/96); Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 2001 e NOAS 2002); Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS/2006) e o Decreto 7508 de 2011que são alguns dispositivos legais aos quais podemos mencionar o avanço da saúde na perspectiva que permite afirmar a divisão histórica em antes-SUS (períodos aos quais não tínhamos respaldado um sistema que firmasse a saúde como direito) e com SUS através de um Sistema Único de Saúde que tenha por base o direito à saúde; a descentralização político-administrativa; a universalidade; a integralidade; uma rede regionalizada e hierarquizada dos serviços, enfim com serviços que perpassem da prevenção, promoção e recuperação e que permitam com que todos sem distinção devam ter acesso aos serviços de saúde.

No entanto, devemos lembrar que o SUS foi fruto de muita luta política de movimentos sociais e de profissionais que acreditavam em uma visão ampliada de saúde, destacando com isso os ideais do Movimento de Reforma Sanitária[22].

[22] Cabe sinalizar, conforme Bravo (2011) que há dois projetos em disputa: o da reforma sanitária (que prima por um Estado Democrático de Direito, tendo a saúde como direito e dever do Estado e ainda pautando a

Lembramos que o Estado não é neutro dentro dos projetos de saúde, até porque está imbricado em um processo de permanente conflito de distintos interesses e na saúde isso não é diferentemente. “(...) O Estado não é um fenômeno dado, a-histórico, neutro e pacífico (...) o Estado é uma arena de conflitos e interesses.” (PEREIRA, 2012, p.28).

Ou seja, é preciso que tomemos o cuidado no que se refere a posicionamentos e mobilizações, uma vez que há constantes lutas de interesses. Não podemos permitir que retrocedamos ou como diz Laurel “avançando em direção ao passado”. Nesse contexto, estamos em um momento de tentativas por parte dos que são favoráveis ao projeto privatista de romper com os ideais da Reforma Sanitária asseguradas no SUS.

Lobato e Giovanella (2008) discorrem que os Sistemas de Saúde são arena de disputa política, em razão também de constituírem vigoroso setor de atividade econômica. Mencionam que os Sistemas de Saúde não são estáticos e podem mudar conforme tempo e espaço, tendo ainda como componentes dos sistemas de saúde: cobertura populacional e serviços, recursos econômicos (financiamento), recursos humanos, rede de serviços, insumos, tecnologia e conhecimentos e organizações.

O que vemos, portanto, é que na Política de Saúde há projetos distintos e que estão em constante barganha por espaço político, tendo em vista razões de interesses antagônicos e por serem ainda arena de disputa de poder e de intencionalidades para com a saúde. Nesse contexto, nos posicionamos junto aos ideais da Reforma Sanitária assegurados no SUS e, para tanto, uma das estratégias a serem fortalecidas nesse contexto é a do controle social.

A participação da comunidade é uma das diretrizes constitucionais inseridas no Artigo 198 da Carta Magna, tendo ainda a descentralização político-administrativa e o atendimento integral compondo essas diretrizes.

Escorel e Moreira (2008) apontam que a construção da participação social tem uma gama de significados, mas que é contextualizada no sentido “intrínseca à vida em sociedade, não deixando de indicar suas contradições”. (p.979).

Nesse sentido, notamos que a categoria participação, bem como controle social, está enraizada por norteamentos teóricos sendo que cada um deles terá intencionalidades em deixar atores em maior ou em menor posicionamento.

---

democratização do acesso e o controle social) versus um projeto privatista (que pauta um Estado Mínimo, privatizações e diminuições com os gastos sociais e retoma a refilantropização).

Os autores mencionam que a participação não pode ser categoria monolítica e respaldam seu posicionamento em Paulo Freire que aponta sobre a construção da mesma em contexto crítico-reflexiva, respeitando a diversidade, autonomia e rompe com as relações opressivas em que a sociedade capitalista é permeada.

Escorel e Moreira (2008) situam e analisam como se perpassa essa participação e, indaga sobre: quem é o sujeito que está participando e como o mesmo participa; qual o objetivo dessa participação; quais os condicionantes da participação desses sujeitos; qual o papel das instâncias participativas e seu grau de legitimidade e qual a influência do ambiente participativo.

É importante, portanto, ver para além das aparências da participação, mas sim identificar suas contradições, de modo que a participação na política de saúde seja importante.

Mas é necessário ver como estão os avanços e entraves dessa participação, por exemplo, como assegurar que os usuários ao participarem das conferências possam ter acesso à capacitação de termos técnicos da saúde em que serão debatidos?

Na saúde, é importante mencionarmos a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que defende uma concepção pautada pelos norteamentos de uma saúde como direito e numa perspectiva ampliada de saúde com vistas ao projeto de saúde do Movimento de Reforma Sanitária e defendendo a participação e organização popular no processo de formulação e controle da política e serviços de saúde.

E a Lei 8142/90 na qual são criados os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços importantes, que apesar de não serem os únicos são obrigatórios, para o exercício da participação social e com isso do controle social[23] no SUS.

Para melhor ilustramos o que os Conselhos representam, reportamo-nos Lei 8142/90:

> Art.1º § 2°: O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Assegurara participação popular dentro dessa esfera deliberativa para o controle da política de saúde e os serviços na perspectiva de trazer o SUS legal para o cotidiano dos usuários e trabalhadores é importante.

[23] Nesse contexto, Escorel e Moreira (2008) discorrem que o controle social na saúde possibilita a população controlar o Estado por meio dessas instâncias deliberativas.

Mas as perguntas de Escorel e Moreira apontam a necessidade de analisar como se perpassa essa participação, inclusive no desvelar das contradições para que possamos assegurar que a mesma seja democrática, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.

Outro ponto importante é nortearmos que sociedade civil e em qual fundamentação teórica está sendo utilizada, uma vez que Silva et al (2008) ressaltam que a concepção liberal é a prevalecente na contemporaneidade.

Discorrem, fundamentando-se em Coutinho (2002), que há diferenças entre a concepção de sociedade liberal e a concepção gramsciana.

Ressaltamos, conforme a Silva et al (2008), que é necessário compreender que há contradições na sociedade vigente, havendo portanto, heterogeneidade de interesses na sociedade. As autoras elencam também que o controle social em dimensão da perspectiva liberal considera a sociedade civil homogênea e sem conflitos. Em contrapartida, o controle social em dimensão da perspectiva gramsciana é que possibilitam que os interesses das classes dominantes sejam vislumbrados através da imposição de um projeto contra-hegemônico.

Nesse contexto, as autoras salientam que o controle social pode tanto estar vinculado ao controle do Estado sobre os membros, quanto estar pautado no controle da sociedade sobre as ações estatais.

As autoras estão mais vinculadas ao conceito de controle social na perspectiva gramsciana[24] de modo a compreender a articulação dialética entre Estado ampliado e pela luta da construção de um projeto contra-hegemônico que incorpore os interesses políticos das classes subalternas.

Concordamos com Silva et al (2008), e pautamos que a perspectiva gramsciana deva ser fortalecida, pois é uma concepção que se associada a um ideal ampliado de saúde e de que as necessidades de saúde das populações sejam levadas em consideração, sabendo da arena de interesses antagônicos, é necessário a construção desse projeto contra-hegemônico para o fortalecimento do controle social numa perspectiva mais crítica e, que de fato, possibilite e haja

[24] O debate das autoras está condizente também com as bandeiras de lutas do Código de Ética de 1993 do Assistente Social, pois ao defenderem esse posicionamento e perspectiva de controle social gramsciano, favorecem os princípios de construção de uma nova ordem societária sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero e posicionamento em favor da equidade e justiça social.

uma fiscalização efetiva dos serviços prestados à população. Nesse contexto, nos posicionamos junto ao fortalecimento do controle social.

2.2. A Saúde antes da Constituição de 1988: visão flexneriana centrada na doença

Escorel e Teixeira (2008) mencionam que a abordagem histórica da conformação do sistema de saúde é importante para o entendimento do Sistema Único de Saúde. Ressaltamos, porém, que apenas sinalizaremos pontos chaves para situar a saúde.

No início do período Brasil República[25], a economia pautava-se em caráter agroexportador, sobretudo através da política "café com leite", os autores sinalizam que esse período histórico da Primeira República não abarcou grandes avanços em saúde. Apontam como destaque o estabelecimento da vacinação obrigatória contra varíola e notificações compulsórias de doenças como febre amarela, cólera dentre outras, que sinalizavam dimensões de sanitaristas com foco em combate as epidemias que afetavam o país, apesar de não resolverem a maior parte dos problemas de saúde do país.

Os autores ressaltam, porém, que foi na Era Vargas que houve profundas mudanças, desde o contexto de crise do sistema aristocrático oligárquico da política café com leite a Getúlio Vargas na presidência, que através de intervenção estatal, introduziu a expansão do modelo de saúde previdenciária, no contexto de cidadania regulada ao trabalho, para os quais os autores ao reportarem-se em Santos (1987) descrevem que era restrito ao trabalho formal.

Escorel e Teixeira (2008) também reportam que essa época a partir de 1930[26] com Vargas, mediante ao processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado e o surgimento das políticas sociais decorrentes de respostas às reivindicações trabalhistas.

Sobre essas ações iniciais de saúde pública no início do século XX no país e o início das ações individualizadas na medicina previdenciária, reportamo-nos a Carlos Ponte (2010, p.116 e 117):

> Nessa perspectiva, o que veremos frutificar ao longo de boa parte do século XX é uma crescente separação entre a área da saúde pública e o atendimento médico individualizado propiciado pela medicina previdenciária. A primeira seria financiada

[25] Após o breve discorrer histórico, sistematizamos em quadro, pontos chaves de Schweickardt et al 2015 que também sinaliza alguns pontos na Amazônia.
[26] Bravo (2009) também sinaliza essa intervenção estatal com o modelo de saúde previdenciária.

> pelos recursos do Tesouro Nacional e a segunda, durante longo período, pela contribuição de empregados, patrões e consumidores. Estes últimos, cabe ressaltar, participavam da formação dos fundos de seguridade social de maneira indireta e sem direito aos benefícios do sistema, uma vez que as empresas repassavam (e ainda repassam) para os custos finais de seus produtos e serviços grande parte dos encargos que lhes cabiam enquanto parte constituinte do empreendimento previdenciário.

Podemos inferir que houve nesse período uma concepção fundamentada em cidadania regulada ao qual destinava apenas a determinados grupos de trabalhadores legalizados a assistência médico-previdenciária, a partir da contribuição versus a saúde pública com campanhas sanitaristas, mas também de rede de unidades sanitárias, postos de saúde que na época eram pautados em controle e erradicação de doenças, havia como marco a separação de ações da saúde pública das ações da medicina previdenciária restrita aos trabalhadores legalizados.

Houve mudanças no cenário, a partir do período de redemocratização (de 1946 – 1963) que com conjuntura e influência da adoção do plano Beveridge, adota modelo de seguridade social, com conjuntura político-econômica de industrialização e populismo, e o início de uma corrente de sanitarismo desenvolvimentista ao qual o grau de desenvolvimento econômico de um país era fundamental para o grau de saúde da população, tendo na conjuntura de 1950 também a edificação da estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos. (ESCOREL E TEIXEIRA, 2008).

Já no período de golpe militar de 1964, houve, conforme os autores, um período de autoritarismo e de privatização, com concentração da renda, arrocho salarial e de precarização dos serviços públicos.

De modo que a saúde no período militar foi enfocada na perspectiva de lucro e sem abarcar a universalidade, ou seja, conforme Ponte (2010) era um direito de poucos e, com isso, ênfase nas atividades meramente curativas, na prerrogativa do setor a custo da precarização do setor público.

> Nessa perspectiva, a prioridade conferida à medicina curativa, o financiamento público e o crescimento dos grupos privados no setor saúde são as engrenagens de um processo em que a capitalização e expansão da rede privada, por um lado, e a degradação dos serviços públicos e a sangria dos recursos do Estado, por outro, são faces da mesma moeda. (IDEM, p.186)

Em contraposição a esse contexto, juntamente com a emergência do movimento sanitarista em favor da saúde pública universal, Bravo (2009) aponta que já se construía a

oposição a esse modelo, mediante dimensão política na luta pela saúde pública através da pressão e reivindicação popular, tendo a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 como um marco, pois aflora essa discussão da saúde a sociedade.

Interesses opostos nessa conjuntura para quais a autora destaca dois principais distintos: grupos empresariais (defendendo o setor privado) e a da reforma sanitária (em prol da saúde pública).

Para tanto, abordaremos mais sobre a construção do Sistema de Saúde. Delineamos através de quadro com fundamentação em Schweickardt et al (2015) alguns principais pontos dessa trajetória da saúde.

Período Histórico	**Pontos Destacados**
Primeira República (1889-1930)	- Contexto internacional de transformação tendo em vista as mudanças tecnológicas correlatas à Segunda Revolução Industrial. - Primeira República conhecida como "Café com leite" (aliança entre os principais comércios de São Paulo e Minas Gerais). .(Fausto, 2011) - Sanitarismo campanhista com ações voltadas para normas sanitárias internacionais e a necessidade de proteger as cidades de epidemias. - Sistema de Profilaxia Rural- 1918 (integração do interior e postos sanitários em áreas não urbanas- Escorel; Teixeira, 2008) e Lei Elói Chaves- 1923 (seguro social em benefício dos segurados). -
Estado Getulista (1930- 1945)	- Crise econômica mundial- Quebra da Bolsa de Nova York-1929 -Processo de urbanização e expansão das camadas médias urbanas que demandavam uma política de perfil liberal -1933- CAPS em IAPS (cidadania regulada acarretando reconhecimento da cidadania apenas aos trabalhos reconhecidos em lei e a carteira profissional/sindicatos como parâmetros dessa cidadania) - Saúde pública – proteger os "não reconhecidos" - Delegacias Federais de Saúde, Serviços Nacionais de Saúde e Conferências Nacionais de Saúde. - Na Amazônia, destaque para as campanhas de combate à malária (economia gomífera).
Experiência democrática (1945-1964)	- Sanitarismo desenvolvimentista (nível de saúde relacionado ao grau de desenvolvimentismo econômico)- (Escorel, 2012). - Entre 1940 e 1950 instala-se no Brasil o modelo hospitalocêntrico de assistência à saúde (Escorel; Teixeira, 2008). - Ministério da Saúde criado em 1953. – Departamento de Endemias Rurais criado em 1956 - Na Amazônia: criação do Serviço Especial de Saúde Pública - SESP em 1942, formando profissionais de saúde para a região; 1949- Escola de Enfermagem de Manaus.

Regime Militar e Transição Democrática (1964-1985)	- Industrialização, crescente urbanização e acelerado assalariamento de parcelas da população e consequentemente pressão no governo por assistência médica. - Aumento de demanda sem elevação da receita - Crise no sistema previdenciário a partir de 1960(Carvalho et al, 2001; Paim,2003; Machado,2012). - Golpe Militar de 1964 - Intenso êxodo rural -Plano de Pronta Ação 1974(início de universalização do atendimento) - Conferência de Alma Ata em 1978/ Organização Mundial da Saúde define a atenção primária de saúde como principal estratégia de cobertura - 1982: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) -1988: Constituição Federal
Democracia em Construção (1990-2002)	-Lei 8080/90: Lei Orgânica da Saúde/ Dispondo sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde. - Lei 8142/90 dispondo sobre a participação da sociedade na gestão do SUS via conferências e conselhos de saúde - Políticas de Ajustes para o alinhamento das decisões nacionais às agendas de organismos internacionais. - Concomitantemente: implantação do SUS x expansão da assistência médica supletiva. - Neoliberalismo e impacto nas políticas públicas. - 1999: Lei 9386/99 dispondo sobre a saúde dos povos indígenas - 2001- Normas Operacionais da Assistência à saúde (NOAS).
Democracia Contemporânea (2003-2012)	- Governo Lula (2002-2010): binômio conservação e mudança. - 2004: Política Nacional de Saúde Bucal / Política Nacional de Educação Permanente em saúde - 2005: Programa Saúde da Família com cobertura de 39% da população brasileira (Pasche et al., 2006). - 2007: Pacto de Gestão - Injeção de recursos na média e na alta complexidade. - Governo Dilma (2011-2014): manutenção das políticas e programas existentes / Programa aqui tem farmácia popular, 2011. - Judicialização da Saúde e novas formas de gestão do SUS. - Decreto 7508/2011- Regulamentação da Lei 8080/90; - Portaria n.2488/2011 – Política Nacional de Atenção Básica

Quadro15. Trajetória histórica da saúde (a partir do período Brasil República)
Fonte: Schweickardt et al 2015 (p. 128- p.155).

Tanto as reflexões dos autores, quanto os pontos sinalizados no quadro 15, possibilitam inferir que há aspectos políticos, econômicos e sociais na história da saúde no Brasil em que sinalizam que há arenas de disputas e barganhas políticas travadas e, que estão presentes mesmo após a criação do Sistema Único de Saúde.

Faz-se necessário compreender esses processos sociohistóricos de modo a repensar os desafios e entraves a serem superados não se esquecendo de que a arena política e os seus interesses e poderes de barganha são cotidianos na saúde.

2.3. A saúde pós 1988 e o Sistema único da saúde na atenção básica

Lobato e Giovanella (2008) mencionam que os sistemas de saúde como estruturas orgânicas públicas e privadas constituem-se como recentes historicamente e desenvolvem-se em razão de maior participação dos Estados no que se refere aos serviços nos agravos de saúde da população. Problemas relativos à saúde individual passaram a ser preocupação coletiva nos quais os sistemas de saúde devem solucionar.

Sobre a definição de sistemas, as autoras, ao reportarem-se a Romer (1991), mostram a questão de terem relações e interdependências de suas partes para que consigam lograr êxito em seus objetivos.

Discorrem ao referirem-se sobre os sistemas de saúde como sistemas abertos e com dinamicidade, que representa uma arena de disputa política, tendo em vista a sua abrangência de poder e do setor de atividade econômica.

As autoras ainda mencionam que há componentes que circunscrevem os sistemas de saúde tais como: formas de organizações; rede de serviços; financiamento (recursos econômicos); dinâmica social (fazem parte dessa dinâmica); concepções da sociedade sobre o processo saúde-doença.

O Sistema Único de Saúde (SUS), foi fruto de mobilização e luta dos trabalhadores, que constitui uma conquista, ao assegurar direito à saúde para todos e dever do Estado. Mas não se pode negar que possui impasses, desafios e conquistas na sua operacionalização.

A Constituição de 1988 foi indubitavelmente um marco no que se refere à saúde como direito universal, de modo que SUS é orientado por um conjunto de diretrizes sendo as principais: Universalidade de acesso em todos os níveis, igualdade na assistência à saúde; integralidade das ações; participação da comunidade e descentralização político-administrativa.

A universalidade é importante para democratização dos serviços tendo todos o mesmo direito de acesso e sem discriminação. A integralidade é importante para haver a referência e contrarreferência dos níveis de atenção (básica, média e alta complexidade), a participação da comunidade assegura a democratização no processo de formulação, planejamento e gestão da política ao passo em que a descentralização garante que os serviços sejam localizados condizente com as necessidades locais e regionais e ainda que sejam integrados nas diferentes complexidades e territórios de saúde.

Voltando para a área do nosso estudo, a atenção básica no SUS, é um dos níveis de complexidade, que envolvem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, tendo como princípios os de: universalidade; acessibilidade; coordenação do cuidado; integralidade; vínculo; continuidade do cuidado; responsabilização; humanização; equidade; participação social. (Brasil, Política Nacional da Atenção Básica, 2006).

A questão é que esse nível é fundamental para analisar as necessidades do território enquanto distrito sanitário e sua dinamicidade existente, sendo o contato preferencial e transversal aos demais níveis de saúde.

Dentro desse conjunto sinalizamos a importância do Pacto pela Gestão de 2006 (ao qual se preconiza estratégias para levar em consideração a estrutura do sistema de saúde instalada; oferta e cobertura; redes de atenção prioritárias condições sóciossanitárias; os fluxos de acesso e os recursos financeiros na gestão).

Há o desafio de uma gestão participativa e que contemple as necessidades de saúde da população. A atenção básica é estratégica para a integração do cuidado em rede: "É importante ressaltar que a integração do cuidado em rede, como tipo ideal, se materializa pela sintonia de aspectos que vão desde o micro-trabalho da relação entre profissional e cidadão até o macro-trabalho dos arranjos de regionalização". (OUVERNEY; NORONHA ,2013, p.34)

Giovanella e Mendonça (2008) elencam que a "atenção primária" no Brasil surgiu no decorrer do processo de implementação do Sistema Único de Saúde e que é ao nível internacional abrangida como fundamental para um modelo que tenha seu centro no usuário-cidadão.

A atenção básica constitui-se com uma porta de acesso do usuário no SUS. Giovanella e Mendonça (2008, p.576) destacam, contudo que há várias concepções de atenção básica:

> Nos países europeus, a atenção primária refere-se, de modo geral, aos serviços ambulatoriais de primeiro contato integrados a um sistema de saúde de acesso universal, diferente do que se observa nos países periféricos, nos quais a atenção primária corresponde também, com frequência, a programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade.

Ou seja, faz-se necessário preconizar uma atenção primária como uma porta de entrada, mas que abarque a dimensão integral com articulação com os demais níveis, e não como um sistema de programas seletivos e focalizados.

De modo que se faz necessário a prestação de serviço de primeiro contato e filtro para os demais níveis, não signifique que não abrangerá tecnologias relevantes e atendimento centrado nos determinantes de saúde e não numa concepção fragmentada do indivíduo.

Giovanella e Mendonça (2008) elaboram um quadro, embasando-se em Starfield (2002) e Almeida e Macinko (2006), sobre os atributos da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência e integralidade, coordenação, orientação à comunidade, centralidade na família e competência cultural.

Sobre o primeiro contato, as autoras apontam que constituem a porta de entrada e indagam questões norteadoras, tais como se é possível ser acessível aos usuários e se há encaminhamento para atenção especializada.

No que se refere à longitudinalidade se reportam à importância da relação clínico-paciente ao decorrer dos anos do usuário e indagam questões norteadoras tais como se há registro dos usuários e se há relação de confiança entre equipe e usuário.

Referente à abrangência e integralidade, menciona a importância de assegurar todos os níveis de saúde a todas as faixas etárias e elaborar encaminhamentos se necessário for. Como questões norteadoras apontam, por exemplo, se a equipe é capaz de reconhecer os problemas de saúde do usuário e comunidade e se são referenciados para os especialistas quando necessário.

Sobre a coordenação demonstram que é importante para articular ações e serviços voltados a resolutividade das diversas necessidades. Como questões norteadoras apontam, por exemplo, se existem formas de integralidade de rede e se há contra-referência.

No que tange a orientações comunitárias apontam a importância de conhecer as necessidades da comunidade, seu contexto socioeconômico, recursos disponíveis e participação. Os parâmetros para direcionar a avaliação são, por exemplo, se a equipe conhece o diagnóstico de saúde da comunidade e se participam do conselho de unidade de saúde.

A despeito da centralidade na família, considera-se que a dinâmica familiar é importante para conhecimento das necessidades dos usuários. As questões são, por exemplo, se há prontuário organizado por famílias e se há o conhecimento das contradições socioeconômicas da família.

Por fim, mencionam a competência cultural que constitui o conhecimento das diversidades e características culturais dos processos saúde-doença. Pergunta-se nesse eixo, se a equipe conhece as necessidades culturais dos usuários e se as atendem.

Ou seja, fazendo um aparato dos atributos acima citados, podemos entender a importância da avaliação desses atributos, isto é, verificar se há de fato a atenção básica como porta de entrada, se há conhecimento longitudinal da história de vida dos usuários e do processo saúde-doença da comunidade, se há o princípio da integralidade e com isso referência e contra-referência dos serviços de saúde e se os mesmos são coordenados e preparados para atenderem as necessidades dos usuários.

Outro ponto que deve ser articulado é orientação comunitária, isto é, a Unidade Básica de Saúde deve estar dialogando com a comunidade e conhecer as suas reais necessidade, dar voz ao usuário e conhecer através de participação comunitária, realizando ações e conhecendo o diagnóstico de saúde da comunidade, bem como das famílias, e das características culturais, ou seja, contextualizar as peculiaridades e necessidades do processo saúde-doença e englobar o conhecimento dos aspectos culturais, geográficas, econômicas e sociais da comunidade.

Nas Unidades Básicas também encontramos a prática programada. Nemes (2000) aponta que se definiu como prática programática em saúde como uma forma de organizar o trabalho coletivo no serviço de assistência à saúde e para tanto a ação programática em saúde seria uma proposição de organizar o trabalho em saúde pautada no ideal de integração sanitária embasando-se em tecnologias de base epidemiológicas. No âmbito da ação programática, fundamentando-se em Mendes-Gonçalves, apontou que são fundamentadas em saberes de cunho prático-operativo.

Para dar suporte ao assunto, a autora discorre que se efetuam aproximações das intervenções enquanto trabalho e nesse contexto, as ações de saúde são visualizadas enquanto processos de trabalho. Nessa perspectiva, o trabalho e entendido como ação transformadora que abarca elementos constituintes como objeto, os instrumentos materiais e os conhecimentos possibilitadores da operação dos instrumentos. Então, aponta que todo trabalho tem uma finalidade e que as tecnologias em saúde são determinadas entre os processos de trabalho e a dinâmica da reprodução social, ou seja, num contexto técnico e ético-político.

Para debater a questão da tecnologia em saúde, reportamo-nos a Mehry et al (2007):

> (...) tecnologia não é confundida aqui exclusivamente como instrumento (equipamento) tecnológico, e nem é valorizada como algo necessariamente positivo, pois damos a este termo uma imagem dos saberes que permitem, em um processo de trabalho específico, operar sobre recursos na realização de finalidades perseguidas e postas para este processo produtivo. Deste modo, uma máquina como um computador não seria em si a grande representação de uma tecnologia, mas sim a de um equipamento tecnológico como expressão de uma tecnologia, que se apresenta para nós como saberes que buscam na máquina-computador uma ferramenta que possibilita operar com processamentos

> rápidos e massivos de dados, por exemplo. A tecnologia mais estratégica, neste caso, seria então o saber, ou saberes, que permitam construí-la e que estão comprometidas com determinadas finalidades previamente postas para os processos de trabalhos que lhe são pertinentes. (MEHRY, ET AL. 2007, p. 127).

Nesse ponto, compreendemos que por mais que os "equipamentos de alta densidade tecnológica", assim denominados, são frutos de saberes e que por mais que estejam no contexto da alta complexidade em saúde, é na atenção básica que as metodologias e os saberes podem potencializar a prevenção e promoção em saúde. E na prática programada, discutir as tecnologias via metodologias de escuta qualificada, de maneiras didáticas de promoção de saúde, de elo de cogestão entre trabalhadores, gestores e usuários para o fortalecimento das potencialidades do local, dentre outras podem ser estratégicas ao serem incluídas no planeamento da prática programada.

No contexto de prática programada, Nemes (2000) assinala de que, no contexto do planejamento em saúde, o termo programação tem transmitido a etapa metodológica e que é a parte mais operacional de um plano de saúde. Ademais, mostra que o planejamento está vinculado, principalmente, com suas dimensões mais políticas, abarcando as grandes prioridades na atenção à saúde e, por conseguinte, tem um olhar mais amplo. Em contrapartida destacou que a ação programática também busca dimensões "mais políticas" tradadas pelo planejamento.

Além disso, a autora aborda um aparato histórico mostrando a dinamicidade do trabalho em saúde e de que há uma mudança articulada ao bojo da vida social na qual atua, ou seja, variou de acordo com o movimento histórico. Ressaltou, porém, de que maneira ampla de organização das práticas há diversidade, polarização e contradição. Para embasar isso, referenciou Mendes-Gonçalves de que há um contexto relacionado ao espaço propriamente público da saúde no qual o objeto é a ideia de doença no coletivo e concebe-se pelo saber sanitário; e de que há outro contexto referente à particularidade individual do adoecimento no qual o objeto é a ideia de doença no corpo anátomo-fisiológico individual e representa-se pelo saber clínico.

A autora ainda discorre com base em Donnangelo e Rosen, no que tange aos dois conjuntos de necessidades na sociedade do capital: o de controlar a doença em escala social e o outro de recuperar a força de trabalho. Nesse contexto, mostra que no início da sociedade capitalista o interesse era maior nas intervenções coletivas e no controle da doença em escala social, posteriormente, fundamentando no século XIX a vertente sanitária, pilar da epidemiologia do mesmo século.

Ainda mostrou que no mesmo período a vertente clínica foi preponderante no contexto de práticas institucionais em saúde. Então, revela que a vertente clínica possui maior força, pois os valores da sociedade vigente são mais benquistos, por exemplo, o da relação privada de consumo individual. Já no século XX, houve um questionamento da vertente clínica, ou seja, sendo cabível uma revalorização da epidemiologia.

Então, trata ainda do contexto brasileiro em sua história mais contemporânea abarcando uma política designada como Programação em São Paulo por meados dos anos 70 contextualizando de foi uma forma específica de saúde na expansão da saúde ao passo em que a assistência médica era um dos meios de trabalho definido epidemiologicamente. Em contrapartida, na década de 80 com um movimento questionador denominado reforma sanitária, propõem-se alterações no modelo institucional e jurídico do sistema de saúde, embasando-se na universalização da atenção à saúde, gratuita e como dever estatal.

Desse modo, após o contexto histórico, mostra-se que a ação programática é resultado da conjuntura da programação dos anos 70 e da reforma sanitária brasileira preconizadora da universalização da assistência médica individual aplicando, portanto, o "direito universal à saúde" tanto jurídico como politicamente. A crítica, no entanto, é de que a problemática fica adentrada especificamente ao acesso ao consumo.

Por fim, Nemes (2000) elabora considerações de que a ambição da proposta da ação programática é elaborar dispositivos tecnológicos superadores das contradições de cada uma das vertentes. Destacando ainda que a ação programática é apoiada no viés ético da emancipação humana e que é um modelo aberto considerando a realidade em mudança, ou seja, faz-se necessário articular, integrar e hierarquizar instrumentos "novos e velhos" considerando ainda a dimensão comunicativa: sujeito-serviço e sujeito-usuário bem como os norteamentos para superar os desafios.

A Política Nacional de Atenção Básica de 2006 menciona que a atenção básica:

> A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários

> com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica, 2006, p.10).

É necessário articular, portanto, a questão do incentivo ao contato preferencial que é característico da atenção básica como fortalecedor das potencialidades dos territórios, nesse sentido, é estrategicamente desafiada em meio a intensidades de demandas a repensar as tecnologias e estratégias de trabalho para potencializar os princípios que regem o SUS e defende-los para a qualidade dos serviços prestados.

Nesse contexto, a PNAB (2006, p.11) também aponta os fundamentos que regem a atenção básica:

> I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
>
> II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
>
> III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
>
> IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
>
> V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
>
> VI - estimular a participação popular e o controle social.
> (BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica, 2006, p.11).

Em Manaus, temos o desafio para repensar a descentralização. Ao pensarmos que a cidade é uma metrópole que não tem sub-prefeituras, portanto territórios demarcados e, ainda os "papeis das esferas" muitas vezes se misturam, exemplo, foi a Unidade Ivone Lima que era anteriormente uma Policlínica (média complexidade), ou seja, há momentos que se "confundem" as responsabilidades de quem deve pautar determinadas responsabilidades em níveis de governo municipal e estadual. Essa "confusão" implica também na dificuldade de cobrança para os serviços. Um desafio de se pautar mais o que é de responsabilidade em conformidade com as diretrizes do SUS.

Quando pensamos em porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito e efetivar a integralidade em seus vários aspectos, um dos primeiros passos é estudar esse território para potencializar as dimensões de integralidade que ainda é um nó-crítico no SUS. Seja pelo conhecimento desse território, seja pelos desafios de serviços que precisam ser mais ágeis e pela referência e contrarreferência mais definida, estratégias de desburocratização do acesso e de mais investimento são necessárias.

No que se refere a desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação, há tentativas de melhorias por parte da gestão quando verificamos alguns cursos e capacitações oferecidas no município[27].

Mas, ainda é necessário fortalecer essa dimensão, sobretudo em incentivo a cogestão, pois como vamos apontar no próximo capítulo precisamos trabalhar mais a micropolítica do trabalho enquanto equipes articuladas entre si e com mais intensidade de trabalho em equipe, que ainda é um desafio.

Sobre realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, é preciso ampliar mais ações de avaliações no município. Já existem algumas inciativas como a Pmaq, no entanto, ainda vemos como um desafio os registros das ações, monitoramento e também avaliações. Esse desafio é quase que "unanime" para todas as políticas. Seja porque há mudanças contínuas de perfis de gestão, seja porque o cotidiano dos trabalhadores é denso e muitas vezes reservar momentos de avaliação seja desafiador.

No que se aponta sobre estimular a participação popular e o controle social, embora já haja o início de alguns gerentes de unidades preconizarem o Conselho Gestor Local como estratégico, nem todos os usuários o conhecem. É preciso mais fortalecimento dessa dimensão.

Sobre esses princípios, ainda verificamos que na PNAB também são discutidas as características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

> I - definição do território de atuação das UBS;
>
> II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;

[27] Vide anexo sobre os cursos ofertados em 2015 no Distrito Leste.

> III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;
>
> IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;
>
> V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
>
> VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;
>
> VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
>
> VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;
>
> IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e
>
> X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.
> (BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica, 2006, p.18 e 19).

A discussão de processos de trabalho na atenção básica é primordial. Novamente vemos a questão do território como estratégico, bem como o desafio das ações educativas preconizando prevenção e promoção em saúde, a integralidade, intersetorialidade e cogestão como desafios para o trabalho em saúde.

Em meio a esses desafios, está o de defender o público, em meio a tantas tentativas de incorporação da lógica de mercado no setor saúde. Desafio que para superar precisamos principalmente discutir o modo de fazer saúde, e para isso a gestão do trabalho em saúde é não só importante com também estratégica.

CAPÍTULO III GESTÃO DE TRABALHO NAS UNIDADES SELECIONADAS:

Entre avanços, limites e desafios.

Uma das estratégias para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde é a gestão do trabalho, de modo a articular os princípios e diretrizes assegurados na Norma Operacional Básica de 2005 desde o micro-trabalho (UBS) até o macro-trabalho (SEMSA) direcionando as potencialidades, fortalecendo os avanços, como as estratégias e rearranjos em equipes, metodologias de atendimento mais humanizadas e tecnologias do cotidiano e trabalhando para vencer os limites superar os desafios que abarcam a temática. E como desafio, superar as barreiras institucionais, intersetorialidade e a cogestão de modo a vincular os trabalhadores e a equipe de modo participativo e corresponsável para planejar, avaliar pautando a responsabilidade de defesa do SUS com qualidade para todos.

Nesse capítulo, apresentaremos alguns fundamentos e estratégias de gestão do trabalho, reportando-nos a NOB-RH-SUS, e a autores como Merhy, Feuerwerker e outros bem como análise documental institucional das unidades.

Para isso antes consideraremos a questão da gestão social reportando-nos a Carvalho, Santos, Arretche e outros, sendo que alguns foram debatidos em outros tópicos dessa pesquisa como, Queiroz e Worthen.

Por fim apresentaremos as considerações sobre o contexto das unidades de pesquisa selecionadas e os serviços saúde e do trabalho em saúde segundo os profissionais e os gerentes das unidades selecionadas da Zona Leste de Manaus.

3.1. Gestão do Trabalho: alguns fundamentos e estratégias

Inicialmente vamos apontar alguns fundamentos de Gestão Social para introduzir a discussão sobre Gestão do Trabalho em Saúde.

Carvalho (1999) menciona que a gestão social é correlata à gestão das ações sociais públicas e deve levar em consideração as demandas e necessidades dos cidadãos, abarcando as políticas, programas e projetos em dimensão de canal e respostas às necessidades da população.

Ocorre que, conforme a autora, as prioridades contempladas pelas políticas são deliberadas pelo Estado, mesmo que suas necessidades estejam incluídas pela sociedade civil. Isto é, uma arena política de conflitos e de demandas que estão abarcadas em meio à reforma do Estado e que tem incidências e impactos na gestão social.

Nesse contexto, a autora discorre sobre a gestão social no contexto da reforma do Estado em três contextos: a gestão social no *welfare state*; a gestão social na onda neoliberal e a gestão social emergente.

Sobre a questão da gestão social no *welfare state*, Carvalho (1999) aponta que foi correlato aos países capitalistas desenvolvidos e que perpassava por características como: gestão centralizada no Estado- Nação; políticas sociais universalistas; gestão hierarquizada e setorização da política social; consolidação da questão salarial e primazia do Estado regulador.

Porém com o agravamento da questão social e dos processos oriundos do capital que perpassam por transformação produtiva, precarização e desigualdades, houve o início do desmonte e fragilização desse modelo.

Então, a autora caracteriza a gestão social na onda neoliberal nos anos 80 e 90 que traz consigo a descentralização das ações governamentais; a privatização das atividades e a ótica do Estado Mínimo e *welfare* dualizado, que prioriza o sistema de bem estar para os que têm poder de compra e precariza as políticas para os que não têm.

Sobre a gestão social emergente, a autora aponta que a gestão contemporânea há uma nova dimensão na governabilidade com a disputa da agenda da política social entre duas tensões: a tensão entre a eficiência e a equidade e a tensão entre a lógica da tutela ou compaixão e a lógica do direito e que ocasionam como produto uma gestão compartilhada ou *welfare mix*.

Apresentando esse contexto de diferentes modelos de gestão social, ela sinaliza que no contexto da gestão compartilhada há ênfase no local onde se potencializam os processos de descentralização, mas com articulação e complementariedade entre as esferas de governo, gestão em rede com fluxos contínuos, exigindo a integração das políticas e flexibilização dos programas e serviços.

Em meio a esses processos diferenciados de gestão, reportamo-nos a Santos (2010, p.6):

> Na formulação de políticas públicas, as propostas ganham forma e estatuto, recebendo tratamentos formais mínimos, são definidas metas, objetivos e recursos. Explicita-se a estratégia de implementação, as políticas transformam-se em planos programas, projetos e por uma ação de autoridade, são criadas as condições iniciais para sua implementação. São construídos os indicadores que formarão sobre um ou mais aspectos da realidade

> social ou sobre mudanças que estão se processando na mesma. (...) A formulação de políticas tem sido dominada por uma versão simplificada da política econômica neoclássica, cujos economistas partem da premissa de que os mercados são naturais, quando na verdade estes são regidos por regras, contratos, para acesso a credito, concorrência, negociações coletivas. Essas regras refletem a força dos atores envolvidos na sua negociação ou dos que são dela excluídos.

Levando em consideração os apontamentos da gestão compartilhada com a questão de que no processo de políticas públicas circunscritas nos planos, programas dentre outros, verificamos que estamos em um processo de desafios para romper com as vertentes simplificadas que endossam apenas os processos racionalizadores econômicos[28].

Nesse ponto retomamos a discussão de Queiroz (2009) sobre as disputas nos processos de gestão, onde os atores envolvidos precisam concorrer entre si por poder de barganha.

Os processos de gestão não envolvem apenas dimensões técnicas, mas sim envolvem dimensões políticas, pois como aponta Santos (2010) a gestão pública tem como finalidade a interação entre os atores para prestação de serviços de qualidade.

A gestão do trabalho não está desvinculada desses processos, e precisa do compromisso dos atores nela envolvidos para que seja pautada na perspectiva de ser estratégica para a defesa do SUS com qualidade e na lógica do direito.

A gestão do trabalho em saúde é definida na NOB-RH- SUS de 2005 como:

> Considera-se Gestão do Trabalho no SUS a gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários até as atividades-meio necessárias ao seu desenvolvimento. Inclui as ações de gestão/administração em geral do trabalho; de desenvolvimento do trabalhador para o SUS; de saúde ocupacional para o trabalhador do SUS; de controle social da Gestão do Trabalho no SUS, dentre outras. (BRASIL, Ministério de Saúde, 2005, p.31)

Ou seja, dentro dos processos que envolvem a gestão, o que envolver trabalho em saúde é perpassado pelo eixo gestão do trabalho em saúde. Nesse contexto, a própria NOB-RH-SUS enfatiza que dentro do contexto de reorganização das ações e serviços em saúde, na gestão quatro eixos são básicas para a implementação do SUS: a descentralização, o financiamento, o controle social e a gestão do trabalho.

[28] No que se refere, a esses entraves no cenário dos recursos humanos, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS, em publicação sobre gestão do trabalho (2007) caracteriza o desafio da gestão pública em contexto de mudança de relação Estado-sociedade, apontando o contexto de precarização de trabalho, embasando-se em Nogueira et al 2004, seja de vínculos com ausência de direitos; instáveis e que criam vulnerabilidade social.

Em meio a um contexto de reformas trabalhistas e de desregulamentações de direitos, fortalecer a NOB-RH-SUS é um desafio para valorização dos profissionais e das relações de trabalho que tem implicações sobre os serviços de saúde.

> Os trabalhadores do setor Saúde constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população. A utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substitui a atuação de um trabalhador de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção. Sabe-se que o investimento na Gestão do Trabalho irá influenciar decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Assegurar que trabalhadores em saúde estejam satisfeitos com o seu processo de trabalho e com o resultado de seu trabalho é um caminho prático e certo para o avanço na implementação do sistema. (BRASIL, Ministério de Saúde, 2005, p.20 e 21)

A gestão do trabalho tem implicação direta na qualidade dos serviços de saúde, nesse sentido, retomar a discussão sobre tecnologias enquanto metodologias de construção de estratégias para ações de trabalho que contemplem articulação com as potencialidades do território, intersetorialidade, educação permanente, avaliação de desempenho, controle social, saúde ocupacional são dimensões importantes para o fortalecimento do SUS.

A NOB-RH-SUS/2005 também traz como alguns de seus conceitos básicos, o trabalhador de saúde: "são todos aqueles que exercem as suas atividades ou funções em serviços de saúde, públicos ou privado*"*. (p.31) Elencando ainda que os trabalhadores do SUS: "são todos aqueles que realizam ações em serviços públicos de saúde e em serviços de saúde privados, conveniados e contratados pelo SUS*"* (p.31).

Ou seja, documentalmente houve um olhar que incorporou tanto àqueles que trabalham no SUS direta ou indiretamente.

Machado (2008, p.310) explana que para entender melhor o mercado de trabalho, há 3 conceitos dentro dessa esfera: 1. Profissionais de saúde (podendo estar ou não ocupados no setor saúde, mas que tem formação específica); 2. Trabalhadores de saúde (inseridos direta ou indiretamente na atenção à saúde, podendo ter ou não formação específica) e 3. Trabalhadores do SUS (inseridos direta ou indiretamente na atenção à saúde, podendo ter ou não formação específica).

De modo geral, a autora mostra as desigualdades regionais que fazem com que haja concentração de profissionais no Brasil na região sudeste, reportando-se a Pierantoni e Varella & França (2006) demonstrando que seja por contexto quantitativo de mercado para formação, seja

pelo qualitativo que privilegiam as áreas mais contratadas na saúde sem uma visão de integralidade, acrescentando a precarização do ensino-saúde.

Continua explicitando de modo geral e sinaliza que o setor saúde ainda está absorvendo mão-de-obra mesmo em contexto de trabalho substituído por máquinas; a participação do setor público ainda é maior na oferta/demanda de empregos; o setor privado complementar ao SUS está mais voltado ao segmento hospitalar.

Explicita que os municípios estão participando mais da oferta/demanda de empregos, embora a descentralização do SUS ainda não desconcentrasse as desigualdades regionais em emprego/formação na saúde; há ampliação de incorporação de equipe multiprofissional embora a absorção dos profissionais esteja mais concentrada nas áreas de medicina e enfermagem; há um aumento da escolaridade dos trabalhadores, porém há um predomínio de multiemprego em que muitos estão submetidos à dupla jornada de trabalhos e há maior participação profissional feminina no setor saúde.

Nesse sentido, vemos que a questão do trabalho em saúde traz desafios que rebatem na qualidade dos serviços prestados.

Para tanto, a NOB-RH-SUS de 2005 vem fortalecer as dimensões de superar os desafios apresentando os princípios e diretrizes que circunscritos em 4 eixos: princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS; princípios e diretrizes para desenvolvimento do trabalhador no SUS; princípios e diretrizes da política de saúde ocupacional para o trabalhador do SUS e princípios e diretrizes para o controle da gestão do trabalho no SUS.

Nos três primeiros eixos dos princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS, a NOB-RH-SUS delimita as atribuições e responsabilidades dos gestores de todas as esferas.

Sistematizamos em quadro alguns pontos chaves que contemplam as três esferas de responsabilidades e daremos ênfase à especificidade dos municípios em quadro na próxima página.

Temática	Responsabilidades dos gestores nas três esferas	Responsabilidades do gestor municipal
Princípios e diretrizes para desenvolvimento do trabalhado no SUS	- Diagnóstico situacional de Gestão do Trabalho; - Quadro de necessidades de trabalhadores para a implementação do respectivo Plano de Saúde; - Concurso Público; - Negociação de inclusão nos convênios e contatos com prestadores de saúde; - Órgão/ equipe responsável pela Gestão do Trabalho no SUS; - Mesa permanente de negociação com trabalhadores; -Comissão paritária (governo + trabalhadores) para elaboração/revisão de Plano de Carreira, Cargos e Salários; -Implementação de Plano de Carreira, Cargos e Salários; -Implementação de práticas incorporadoras de tecnologias e equipamentos; -Implementação de gestão e gerência colegiadas; - Organização de banco de dados e Sistema de Informação e Comunicação da Gestão do Trabalho; - Acordo coletivo de trabalho apresentado anualmente ao respectivo Conselho de Saúde; - Processos administrativos; - Pactuação de financiamento da Política Nacional de Recursos Humanos do SUS; - Estabelecimento de forma pactuada na Comissão Intergestores para casos de descumprimento da NOB-RH-SUS; - Cooperação técnica e financeira; - Negociação de Recursos Anuais para Saúde Ocupacional dos Trabalhadores Públicos; -Condições Dignas de trabalho; - Comissões Locais de Saúde Ocupacional do trabalhador; - Normas e protocolos para garantia de assistência integral aos trabalhadores do SUS; - Política de Gestão do Trabalho na respectiva esfera do SUS; - Discussão do processo de trabalho/ Educação Permanente/ avaliação de desempenho/ Plano de Carreira, Cargos e Salários; - Representantes na Comissão Intersetorial de Recursos Humanos-CIRH -Conferências de Gestão do Trabalho nas respectivas esferas	- Elaboração anual e implementação junto aos dirigentes de órgão da estrutura gestora do SUS municipal com os gerentes de serviços de saúde , um Programa Institucional de Educação Permanente com base na NOB-RH-SUS

Princípios e diretrizes para desenvolvimento do trabalhador no SUS;	- Mecanismos de negociação intersetorial- saúde/ educação; - Sistemas de informações unificados (junto com Ministérios da Educação, do trabalho e Emprego e da Previdência Social); - Cooperação Técnica; - Formulação e execução da política de formação dos trabalhadores no SUS; - Orçamento de recursos de garantias de manutenção para centros formadores de pessoal; - Incentivo de formação profissional dos trabalhadores que não dispõem de ensino fundamental, de educação profissional; -Mecanismos para realização de reclassificação do trabalhador no PCSS - Favorecimento de mudanças dos currículos universitários/ abertura de campos de estágios para formação dos trabalhadores do SUS; -Educação permanente em serviço para os trabalhadores; - Incorporação e participação das instituições de ensino em programas multi e transdisciplinares - Revisão e avaliação dos currículos da área de saúde; - Avaliação e certificação das competências profissionais dos egressos dos cursos de qualificação profissional; - Promoção de desenvolvimento nos trabalhadores da competência de acolhimento; - Diretrizes para os programas de pós-graduação (junto com as escolas) - Campos de estágio curricular obrigatórios (em convênio com as instituições de ensino)	- Acesso à escolaridade fundamental a todos os trabalhadores; - Participação das instituições de ensino nos serviços de saúde do SUS - Incentivo e aprimoramento dos centros formadores de trabalhadores para o SUS;
Princípios e diretrizes da política de saúde ocupacional para o trabalhador do SUS	- Exigência, custeio, desenvolvimento, implantação e fiscalização do cumprimento de medidas previstas nos planos, projetos, serviços e ações de atenção à saúde do trabalhador do SUS; - Fiscalização do cumprimento de normas de saúde e segurança dos trabalhadores dos serviços contratados (responsabilidade solidária); - Recursos orçamentários para a implantação, estruturação, desenvolvimento e manutenção dos serviços de atenção à saúde dos trabalhadores do SUS; - Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos e Conselhos de Saúde devem acompanhar os repasses; - Articulação e integração dos diversos níveis; setores e programas; - Articulação e integração dos diversos níveis; setores e programas (serviços previdenciários); - Normatização do funcionamento dos serviços de atenção à saúde ocupacional dos trabalhadores -Capacitação e desenvolvimento dos trabalhadores em saúde ocupacional -Recursos para o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde ocupacional do trabalhador do SUS;	-

Quadro 16. Tópicos inscritos na NOB-RH-SUS de 2005 sobre princípios e diretrizes de trabalho, sistematizados pela pesquisadora.
Fonte: BRASIL, NOB-RH-SUS 2005.

O contexto da NOB-RH-SUS explicita as dimensões necessárias para que a Gestão do trabalho seja fortalecida. Desde o item de diagnóstico situacional do trabalho, é necessário haver articulação e integração com os dados do território, para mensurar o quadro de necessidades dos trabalhadores. Saúde do trabalhador; plano de cargos e carreiras; formação, capacitação e educação permanente também devem estar pautadas enquanto responsabilidades de todos os órgãos gestores.

Dentro do contexto, dos princípios e diretrizes para o controle da gestão do trabalho no SUS, a NOB-RH-SUS elenca três dimensões: a primeira é a gestão participativa e com controle social que permita entre outros aspectos a participação efetiva do usuário, acompanhamento do processo de concurso e seleção públicos, dentre outros; a segunda é a de fóruns de deliberação sobre a Política de Gestão do Trabalho do SUS, destacando as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias legítimas para o controle social e por fim a terceira é a de impacto na qualidade das ações e serviços de saúde que é muito significativa para que essas instâncias legítimas de controle social abarquem impacto na qualidade e acesso dos serviços mediante a democratização das relações de trabalho; apuração de denúncias dos usuários e organização do processo de trabalho multidisciplinar e integralmente.

Uma vez que a dimensão dos princípios e diretrizes para o controle da gestão do trabalho também está correlata ao acesso e impacto na qualidade dos serviços, reportamo-nos a Travassos e Castro (2008) ao mencionarem que as desigualdades sociais nas condições de saúde e no acesso a serviços de saúde significam injustiças e iniquidades sociais. Relativo ao conceito de acesso, ainda apontam que como produto da necessidade de saúde em que podem ou não resultar em procura por obtenção de atendimento, o acesso constitui-se como o fator intermediador da relação entre procura e entrada no serviço.

Os autores relacionam a oferta de serviços, que facilitam ou obstruem a utilização pelos usuários e, como isso demonstra a capacidade de oferta e resposta das necessidades de saúde.

Além disso, apontam que há barreiras no acesso tais como: a presença física de serviços e recursos humanos; barreira geográfica, constituída pelo impedimento de deslocamento desse usuário aos serviços; barreiras financeiras, nas quais a universalização é redutora desses obstáculos; barreiras organizacionais que estão imbricadas a organização dos serviços e recursos humanos e tecnológicos; e as barreiras de informação que reflete na concepção de saúde das

pessoas e no acesso aos serviços. Conhecer quais são as “barreiras” de acesso dos usuários também é um fator importante para repensar estratégias na gestão do trabalho.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, em publicação sobre gestão do trabalho e da educação em saúde em 2011 elenca que na saúde a mão de obra é intensiva; que se faz necessário mensurar que as instituições de saúde são organizações profissionais; que os serviços de saúde apresentam necessidades multidimensionais e complexidade de avaliação; que também há uma dependência do ambiente sociopolítico e que a prestação de cuidados públicos atinge a todos em algum momento com multiplicidade de agentes envolvidos e espaços instituídos.

Se analisarmos bem todos esses apontamentos acima listados estão imbricados. Quando pensamos que há intensidade do setor saúde, há uma multiplicidade de fatores para pensar propositivamente e ações de superação de desafios. E ainda tem mais as realidades das unidades básicas que estão fincadas no cotidiano, no agir em saúde e apresentam além dos impactos da macropolítica, determinações únicas da micropolítica em saúde.

Para analisar essas barreiras e desafios em que a gestão do trabalho nos faz repensar estratégias, em contexto das unidades básicas é necessário pensar na micropolítica de saúde na gestão, elencando o plano formal anteriormente discutido, mas com a multiplicidade de planos que circunscrevem a realidade e cotidiano do trabalho.

Se o campo da macrogestão já envolve muitos desafios, o campo da microgestão também, e envolve enfrentamento de situações complexas e ético-políticas, pois segundo (Merhy, 2007, p.91) “Mexer em processo de trabalho é mexer com cabeças e interesses”.

Quando falamos em processos de trabalho, envolvemos muitas dinamicidades e conflitos de interesses, dentro da unidade de saúde temos muitos atores que fazem parte desse jogo de interesses, não é fácil “conciliar”, nem sempre dá para mediar e envolve decisões ético-politicas, reforçando ainda mais a necessidade de conhecimentos das demandas, limites e possibilidades nas ações.

Não significa que os atores envolvidos tenham as mesmas intencionalidades, muitas vezes é necessário lidar com mesmos atores com demandas muito distintas. Exemplo, dentro de uma equipe de trabalho, há diversidade de formação, há diversidade de posturas de trabalho e ainda há diversidades de compromissos ético-políticos.

Acrescenta-se que dentro das respostas de capacidades de gestão que precisam de posturas para responder a cada problema novo sem burocracia que: *"*A gestão seria o campo tecnológico para dar às organizações esta plasticidade". Merhy (2007, p.93).

> (...) pensar a mudança de um processo institucional sempre nos posiciona diante de uma situação de alta complexidade, e que não basta possuirmos o controle de uma receita para a ação, com técnicas puramente administrativas, mesmo considerando (e com o que concordamos) que deter o controle de tecnologias para realizar intervenções em organizações, que visam a mudança de processos de trabalho, seja um componente importante e básico da "caixa de ferramentas" dos grupos envolvidos. Mas sem dúvida isso não é o suficiente.

Como podemos verificar é necessário ir para além de questões técnicas, mas repensar a gestão em aspectos organizacionais, valorizando os aspectos que compõem o compromisso do SUS com qualidade como acessibilidade, acolhimento, vínculo, resolutividade e efetividade. (MERHY, 2007).

Cabe ainda frisar que nesse sentido precisamos considerar o que Feuerwerker (2014) elenca sobre o contexto da micropolítica e a política para gestão em saúde, que assinala a multiplicidade de planos que envolvem as unidades de saúde: plano formal, plano do senso comum; plano da subjetivação; plano das corporações/ disputas sobre trabalho; plano da história de vida; plano das condições materiais de trabalho; conexão do território e vários outros planos que segundo a autora desenham as unidades de saúde.E esclarece:

> A realidade dentro de uma Unidade ou equipe de saúde, nos processos de trabalho, se produz por fluxos intensos de comunicação entre os diversos agentes do trabalho, da gestão ou usuários, que interagem entre si, não apenas no contato físico e comunicacional, mas em grande medida por meio de fluxos de conexão nesses diferentes planos. (IDEM, p.65)

Muitas vezes, até a melhoria do diálogo entre as necessidades de saúde perpassa por esses fluxos de comunicação, interação e pensar em juntos as respostas às problemáticas vivenciadas pelos atores, daí é fundamental a gestão compartilhada e corresponsável dentro da unidade, levando em consideração a arena de disputas dentro da unidade.

> Os serviços de saúde, então, são uma arena em que diversos atores, que se produzem micropoliticamente e têm intencionalidades em suas ações, disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem múltiplas faces e está em permanente produção. (FEUERWERKER ,2014, p.67)

Estar na a arena de disputas dentro da unidade é desafiador. Requer postura política de compromisso com a qualidade dos serviços prestados, e requer que haja o fortalecimento de equipes; leva em consideração a multiplicidade de fluxos; mas, sobretudo, vínculos fortes porque o cotidiano da unidade é dinâmico e seu maior patrimônio são as pessoas que estão enquanto trabalhadoras e usuários na unidade.

3.2 Unidades de Pesquisa selecionadas: algumas considerações e proposições

Antes de elaborarmos algumas considerações sobre as unidades selecionadas, apontaremos sobre o quadro de recursos humanos da SEMSA[29].

Vínculo	SEMSA	DISA Leste/SEMSA
Consolidação das leis do trabalho	2	0
Estatutário	7.837	1.174
Programa mais médicos	80	30
Regime de direito administrativo	2.096	494
Sem vínculo empregatício	153	13
Total	**10.168**	**1.711**

Fonte: Departamento de Gestão do Trabalho e Educação

Quadro 17. Quantidade de Servidores da Secretaria Municipal de Saúde- SEMSA em 2015.
Fonte: SEMSA, 2016. Resposta de Lei de Acesso à informação. Ofício n. 4651/2016-SAI/OUVMSUS/GABIN/SEMSA.

Ou seja, temos o registro de que há no Distrito Leste em 2015 apenas 1.711 trabalhadores lotados no Distrito Leste ou seja, aproximadamente apenas 16,8% .

Se contarmos com o censo oficial do IBGE(2010), teremos apenas 1711 trabalhadores para cerca de 447.946 habitantes, ou ainda com a projeção, para 525.904 habitantes . Ainda é pouco, urge a necessidade de mais concursos públicos, mesmo tendo registro que em 2012 concurso.

Após esse registro de trabalhadores no DISAL, vamos apontar alguns serviços e Diagnóstico situacional dos recursos humanos das unidades selecionadas com base em Relatórios

[29] Registrando que grande parte dos dados que conseguimos sobre produção, recursos humanos, relatório de gestão de 2015 foram possibilitados via Lei Federal de Acesso à Informação n. 12.527/2011.

Anuais de Gestão fornecidos pelas gerentes das Unidades: UBS Ivone Lima e UBS Amazonas Palhano.

Na UBS João Nogueira tivemos acesso a apenas a listagem de RH e alguns poucos dados de produção de alguns profissionais. Segundo a gerente da UBS João Nogueira, a mesma estava há pouco tempo na unidade, com unidade em reforma, funcionando provisoriamente em outra (UBS- Gilson Moreira), sendo que os arquivos estavam desorganizados e armazenados nessa unidade. Ainda quando perguntamos se ela havia tido acesso ao último Relatório Anual de Gestão, também informou que o último diretor não havia repassado para ela.

Sabemos que muitas vezes há mudanças, trocas ou remanejamento de gerentes das unidades (o que não é um fato exclusivo da SEMSA), recentemente pudemos observar que isso ocorre na máquina pública em geral, seja por mudanças políticas, seja por necessidade de remanejamento ou outro.

Devido ao pouco tempo que restava, uma vez que a pesquisa de campo, deu-se em Abril de 2017, não conseguimos verificar a possibilidade de solicitação via Lei de Acesso à Informação de tentar acessar o RAG específico da UBS João Nogueira ou selecionar outra unidade devido ter de submeter ao Comitê de Ética novamente.

De antemão, sugerimos que seja criada uma Política de Transição de Gerentes de Unidades Básicas, com fluxos específicos de entrega para o novo gerente de Unidade ao menos Relatório de Gestão com discussão de fluxos e outros temas necessários, ou mesmo o uso da publicidade desses Relatórios nos site oficial, facilitando o acesso da população em geral.

Portanto, teremos mais detalhamento nesse tópico de duas Unidades: UBS Ivone Lima e UBS Amazonas Palhano.

Sobre a questão da localização e das Unidades e Missão, detalharemos em quadro abaixo:

Unidade	Localização	Missão	Cobertura Populacional da Área de vinculação das Unidades
Amazonas Palhano	Rua Antonio Mathias, S/N - São José Operário Zona: Leste.	"Garantir o atendimento na atenção básica no que se refere à promoção, tratamento e recuperação das pessoas na área de abrangência da UBS, promovendo ações com qualidade e respeito, buscando resolutividade e efetividade nos serviços".	"60% da população"
Ivone Lima	Rua 08, s/nº - Loteamento	"Promover, proteger e recuperar a saúde dos	"67,98% da

	Santa Rita – Coroado III.	usuários, tendo como base o modelo de Assistência e Vigilância em Saúde, o SUS como política garantidora desse direito visando uma população mais saudável.”	população”
João Nogueira	Rua Dr. Daniel, 77. Zumbi dos Palmares - Em reforma no momento da pesquisa de campo/ funcionando no momento da pesquisa na Unidade Gilson Moreira- Zumbi dos Palmares	Sem acesso ao RAG	Sem acesso ao RAG

Quadro 18: Sobre a questão da localização e das Unidades e Missão
Fonte: Relatórios Anuais de Gestão das Unidades/2016.

Verificamos aqui que as unidades tem representatividade nos bairros, sendo muito importantes para as populações dos referidos bairros, uma vez que mesmo com necessidade de ampliação de quadro de recursos humanos, segundo o RAG das mesmas, vem conseguindo alcançar uma cobertura de aproximadamente mais 60% dessa população.

Sistematizamos mais dois quadros sobre serviços e recursos humanos nas unidades nas próximas páginas. Após faremos análise com vistas à propositura e sugestões de melhorias.

Unidade	Serviços	Alguns Programas Listados
Amazonas Palhano	**Serviços Médicos** **Serviço de Enfermagem** **Atendimento em Serviço Social** **Serviço de Farmácia** **Serviço de Odontologia** **Serviço de Apoio ao Diagnóstico**	- HUMANIZA SUS - Implantação do ambulatório de Prevenção do Tabagismo. - Saúde do Escolar - Saúde Do Homem - Aleitamento Materno – Rede Amamenta Brasil - DST/AIDS - Bolsa Família - População Idosa: Grupo Esperança Outros Destaques: - Assistência ao adolescente nas escolas da área de abrangência. - Visita domiciliar aos usuários com dificuldade
Ivone Lima	**Serviços Médicos:** - Médicos de Família - Consulta Médicas ofertadas pelas 04 (quatro) Equipes de Saúde; - Consultas Médicas de Clínico de 20 horas (01); - Consultas Médicas Pediátricas (01) médica do NASF; **Serviço de Enfermagem:** - Consultas de Enfermagem;	- Tuberculose, -HIPERDIA, - Planejamento Familiar, - Pré-Natal, - DST/AIDS - Bolsa Família - Programa de Nutrição Infantil, Vitamina A - Saúde do Ferro

	- Atividades Educativas; - Acompanhamento dos programas de: Tuberculose, MH, Hiperdia, Planejamento Familiar, Pré-Natal, DST/AIDS, PCCU, Bolsa Família, Programa de Nutrição Infantil, Tabagismo, Saúde do Ferro, dentre outros. - Curativo, Nebulização e Imunização; - Teste do Pezinho. **Serviços do NASF** - Consultas Individuais e Compartilhadas pelos profissionais: pediatra, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, educadora física e nutricionistas. **Serviço de Farmácia:** Consulta de Farmacêuticos; Dispensação de medicamentos. **Serviço de Odontologia:** **-** Periodontia; - Odontopediatria; - Cirurgia; - Prevenção; - Dentística. **Serviço de Apoio ao Diagnóstico:** - Ultra-sonografia (obstétrica, pélvica, transvaginal, abdômen inferior, superior e total, tireóide, vias urinárias e próstata via abdômen); - Eletrocardiograma – Exame realizado por Técnicas de Enfermagem. - O Exame é laudado pela empresa terceirizada Clinicor, via Telemedicina; - Laboratório: Posto de Coleta de Material que vão para o Laboratório Distrital Leste.	- Tabagismo - Programa Saúde na Escola - PMAQ. População Idosa: - Grupo Com Vida Ativa
João Nogueira	Sem Acesso ao RAG -Embora em observação na unidade os serviços são semelhantes aos das demais unidades	Sem Acesso ao RAG Embora em observação ao plano de uma das profissionais da unidade verificamos: Programa Bolsa Família Programa Leite do Meu filho Programa de Planejamento Familiar/ Gestantes População Idosa: Grupo de Idosos

Quadro 19: Sobre os serviços e Programas Listados em RAG/2016 das Unidades
Fonte: Relatórios Anuais de Gestão das Unidades/2016.

O Relatório Anual da Unidade Ivone Lima, estava mais detalhado, contendo 54 páginas, já o da UBS Amazonas Palhano continha 28 páginas; porém apresentava em corpo de texto os

indicadores de monitoramento[30] a exemplo de: Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Básico da Criança com cobertura vacinal preconizada; coberturas vacinais e Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase, dentre outros.

Sobre a questão de recursos humanos das unidades:

PROFISSIONAIS		QUANTIDADE
ESPECIALISTAS EM SAÚDE	DIRETORA	01
	FARMACÊUTICOS	02
	MÉDICA (USG)	01
	MÉDICOS DE FAMÍLIA	04
	MÉDICO CLÍNICO GERAL	01
	ENFERMEIROS	04
	CIRURGIÃS DENTISTAS	04
	ASSISTENTE SOCIAL	01
	EDUCADORA FÍSICA	01
	FISIOTERAPEUTA	01
	MÉDICA PEDIATRA (NASF)	01
	NUTRICIONISTAS	02
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	01
ASSISTENTES EM SAÚDE	AUXILIARES ADMINISTRATIVOS	02
	ASSISTENTES ADMINISTRATIVOS	04
	TÉCNICOS EM ENFERMAGEM	12
	AUXILIAR EM ENFERMAGEM	02
	TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA	01
	AUXILIARES EM PATOLOGIA CLÍNICA	02
	ATENDENTES DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO	04
	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (03 ATUAM EM DESVIO DE FUNÇÃO, ADMINISTRATIVO)	24
	COPEIRO (OS 02 ATUAM EM DESVIO DE FUNÇÃO, AUX. SERVIÇOS GERAIS)	02
TOTAL		77

Quadro 20: Quadro de funcionários- Extraído do RAG da Unidade Ivone Lima
Fonte: RAG/Unidade Ivone Lima

Utilizamos o quadro da Unidade Ivone Lima (estrutura) para as demais, por razão de que no Relatório da Unidade havia dois quadros, um com detalhamento de nome/função e outro explicitando os profissionais e quantidade (ao qual achamos melhor para análise desse trabalho).

Verificamos que o maior dos quadros era o da Unidade Ivone Lima. O NASF facilitou a ampliação de profissionais como educador físico, fisioterapeuta, nutricionista o que é um

[30] Embora não estivessem no corpo do Relatório, a direção da UBS Ivone Lima mostrou impressão dos indicadores e ainda apresentou a unidade com slides e em cada setor pessoalmente.

destaque da unidade. Mesmo assim, profissionais copeiros estão atuando como auxiliares de serviços gerais (desvio de função).

PROFISSIONAIS		QUANTIDADE
ESPECIALISTAS EM SAÚDE	DIRETORA	01
	FARMACÊUTICOS	02
	MÉDICO CLÍNICO GERAL	04
	MEDICO/ PEDIATRIA	03
	CIRURGIÃS DENTISTAS	08
	ASSISTENTE SOCIAL	02
	ENFERMEIROS	03
ASSISTENTES EM SAÚDE	AUXILIARES ADMINISTRATIVO S	03
	TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS	01
	TÉCNICOS EM ENFERMAGEM	14
	AUXILIAR EM ENFERMAGEM	07
	TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA	03
	AUXILIARES EM PATOLOGIA CLÍNICA	02
	ATENDENTES DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO (ACD)	04
	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	03
	COPEIRO	02
	MOTORISTA DE AUTOS	01
	AUXILIARES DE SERVIÇOS GERAIS	05
TOTAL		68

Quadro 21: Quadro de funcionários/ Dados da UBS Amazonas Palhano
Fonte: RAG/Unidade Amazonas Palhano, 2016. (Formato adpatado para modelo da Unidade Ivone Lima)

A UBS Amazonas Palhano destaca-se por funcionar em três turnos. Nesse contexto, no RAG fornecido não identificamos observações sobre desvios de função, licenças ou alguma especificidade do gênero.

PROFISSIONAIS		QUANTIDADE
ESPECIALISTAS EM SAÚDE	DIRETORA	01
	FARMACÊUTICOS (Não estava na lista, mas alguns usuários mencionaram ter esse profissional na unidae)	-
	MÉDICO CLÍNICO GERAL	01
	MEDICO GINECOLOGISTA	01
	MEDICO/ PEDIATRIA (Na lista havia observação que 1 foi relotado e outro está com portaria, logo sem esse profissional na UBS)	02
	CIRURGIÃS DENTISTAS (Na lista havia observação que 1 em licença premio e outro de férias)	02
	ASSISTENTE SOCIAL	01

	ENFERMEIROS (Na lista havia observação que 1 estava de férias)	02
ASSISTENTES EM SAÚDE	AUXILIARES ADMINISTRATIVO S (Na lista havia observação que 1 foi cedido)	03
	TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS	-
	TÉCNICOS EM ENFERMAGEM (Na lista havia observação que 1 foi relotado; 02 em desvio de função;01 em Licença Prêmio; 01 em permuta)	09
	AUXILIAR EM ENFERMAGEM (Na lista havia observação que 1 estava em licença premio)	05
	ATENDENTES DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO (ACD) (Na lista havia observação que 01 estava cedido)	02
	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	02
	AUXILIARES DE SERVIÇOS GERAIS (Na lista havia observação que 1 estava em licença premio)	03
TOTAL		34

Quadro 22: Quadro de funcionários/ Dados da UBS João Nogueira
Fonte: Listagem fornecida na UBS João Nogueira, 2016(Formato adpatado para modelo da Unidade Ivone Lima)

O momento em que fomos à UBS João Nogueira era complicado, recebemos apenas uma listagem que não sabemos se de fato estava completa, porque alguns usuários afirmaram que utilizavam farmácia e na listagem não constava profissional da área. A unidade estava funcionado dentro de outra unidade, ficava perceptível que o espaço da unidade estava sobrecarregado com a duplicidade provisória.

No momento em que aguardava pelas entrevistas dos profissionais, observamos que o acolhimento estava complicado, muitos usuários das duas unidades estavam às vezes confusos quanto a fluxos e o auditório estava funcionando como depósito. Entendemos que a situação era para possibilitar que a Unidade não parasse durante a reforma, mas é necessário mais planejamento em relação a esses momentos.

De toda maneira, as formas eram diferenciadas nas unidades, bem como serviços. Um ponto positivo das Unidades Amazonas Palhano e Ivone Lima foi que havia um espaço intitulado "espaço saúde" no qual havia atividades de educação em saúde. A Unidade Ivone Lima se destacava no quesito de ter publicações expostas na unidade (muito interessante a maneira de banners que estavam expostos por toda unidade, bem como o fato de que esta Unidade recebe estagiários de medicina e de residências médica e multiprofissional).

Todas as unidades, no entanto, apresentam desafios como questão de falta de segurança (relatada nos RAG´s); necessidade de ampliação de recursos humanos, necessidade de

manutenção em alguns setores, dentre outros assuntos que iremos analisar em próximo item a luz das falas dos profissionais e gestores.

Uma das estratégias seria o fortalecimento dos Conselhos Gestores Locais nas unidades para que sejam melhoradas em conformidade com as demandas e necessidades dos atores nelas envolvidos. Fortalecer as metodologias de escutas e acolhimento/ vínculo/cogestão também é estratégia necessária.

3.3. Os serviços saúde e a gestão do trabalho em saúde segundo os profissionais e os gerentes das unidades selecionadas da Zona Leste de Manaus

No tópico 1.3 já introduzimos alguns aspectos sobre o contexto da aplicação da pesquisa de campo e sobre amostragem e critérios. Retomamos a questão dos profissionais para facilitar o entendimento dos resultados.

Sobre a amostra intencional dos sujeitos da pesquisa, profissionais e gerentes, tivemos como informantes centrais das 03 unidades: 03 médicos, 03 assistentes sociais, 03 enfermeiros, 03 técnicos de enfermagem, sendo um profissional de cada unidade. A princípio também teríamos 03 gerentes de unidades, porém em uma das unidades, houve a aplicação do critério de exclusão em razão de a gerente da dada unidade estar a menos de um ano na unidade selecionada. Logo 02 gerentes apenas terão falas aqui a serem consideradas.

Sobre os critérios de inclusão abarcamos os seguintes: Profissionais da área Médica, Enfermagem e Serviço Social que atuem nas Unidades básicas selecionadas. Gerentes (diretores): Profissional que esteja ligado à gestão do Distrito Sanitário de Saúde Leste atuando como gerente das unidades selecionadas

Sobre os critérios de exclusão elegemos os seguintes: Profissionais das unidades básicas selecionadas: Estar a menos de 2 anos no exercício de suas atividades na Secretaria Municipal de Saúde e a menos de 1 ano na unidade selecionada. Gerentes (diretores): Estar a menos de 1 ano na unidade selecionada como gerente da unidade selecionada , estar a menos de 2 anos empregado no anos no exercício de suas atividades na Secretaria Municipal de Saúde e não ter participado de nenhuma reunião com o Distrito Sanitário de Saúde Leste.

Partindo desse contexto, e do tópico anterior sobre as unidades de pesquisa, o universo de profissionais das unidades não é grande, sendo que algumas categorias de profissionais em

algumas unidades eram poucas. Logo, por questão de resguardar o sigilo não vamos detalhar por profissões, nem por unidades.

A gerência será apontada como Direção unidade x ou y, exemplo: Direção X “fala”. Tendo em vista que uma gerente encaixou-se em critério de exclusão.

Sobre profissionais, totalizando 12 profissionais (utilizaremos A a L) e para a palavra profissional a letra P. Exemplo: P- A: “fala”. Omitiremos nomes de outros profissionais ou nome da unidade, bem como detalhes com muita especificidade da unidade se por ventura forem citados na fala por algum profissional para não comprometer o sigilo. Exemplo: Profissional B “fala (...) continuação da fala”.

Apenas uma entrevistada (profissional) não aceitou que houvesse gravação. Os demais todos autorizaram que fosse feito o registro fonográfico em entrevista com uso de gravador.

Iniciamos com análise sobre as posições das direções das unidades, salientando que as críticas se por ventura forem necessárias são de cunho propositivo, com vistas a sugestões de melhorias para a gestão do trabalho nas unidades.

Buscaremos sistematizar as principais informações em quadros e em seguida com análise e proposições:

Direção	**Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo**	**Trechos de falas das entrevistas**
Direção X	Direção com características de Planejamento Estratégico	“O planejamento nas unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde funcionam em três níveis. No primeiro nível na sede da Secretaria Municipal de Saúde, é um momento que nós chamamos de construção do PAS que é o Plano Anual de Saúde. Esse momento, ele é realizado na sede da nossa Secretaria. Após esse primeiro momento, o Planejamento, ele vai para o Distrito de Saúde Leste, onde são realizados os planejamentos anuais baseado nas orientações e prioridades estabelecidas pela Secretaria e após o planejamento em nível distrital, ele vem para a Unidade que nós chamamos de planejamento local. Cada nível de planejamento desses segue as orientações da sede. A Secretaria estabelece a sua prioridades e as suas metas para aquele ano e nós vamos em nível de Distrito e de Unidade Básica de Saúde fazer o nosso planejamento para alcançar as metas e o que for pactuado pela Secretaria Municipal de Saúde. Então, normalmente o período do planejamento, nós fazemos no final do ano, quando se faz uma avaliação do que foi realizado durante o ano. Nessa realiza.. nesse momento de avaliação, nós vamos olhar o que foi programado, o que foi planejado, o que foi executado e verificar o alcance daquilo que nós chegamos, até onde nós conseguimos alcançar. E se houve dificuldades durante o ano, quais foram os avanços, quais são os desafios, se nós não alcançamos as nossas metas e porque não alcançamos. Mas ao longo do ano esse processo, ele se dá durante todos os meses, a medida em que vamos.. é executando as ações, nós vamos ao mesmo tempo monitorando essas metas. Final do ano, nós fazemos um relatório mais descritivo,

		analítico, crítico e propositivo também no sentido de apontar para a gestão, é.. a nossa percepção também de trabalhadores e possibilidade de alcance de metas e de melhorias para a população com base na opinião dos trabalhadores de saúde, é.. da comunidade também e dos entraves, dificuldades que nós conseguimos identificar no decorrer do ano. É dessa forma que nós realizamos o planejamento nessa unidade de saúde"
Direção Y	Direção com características de Planejamento Normativo	"Eu organizo o serviço, é.. faço um planejamento, chamo as equipes para uma reunião para passar as atividades que foram planejadas.".

Quadro 23: Metodologia de planejamento da direção da unidade e desenvolvimento dos serviços.

Se fossemos analisar apenas pelas falas, identificaríamos os dois tipos de planejamentos apontados por Queiroz (2009) a direção X encaixar-se-ia em planejamento estratégico e a direção Y em planejamento normativo.

Pequenas "sutilezas" como *"*nós fazemos*"* ditas pela direção X que diferem da direção Y que diz "Eu organizo", ou mesmo a questão do processo de leitura de planejamento, pois a direção X elaborou resposta mais completa associando desde os macroprocessuais aspectos aos microprocessuais.

Em contrapartida, quando verificamos situação de que grande parte da população idosa da pesquisa não conhecia bem os processos de Conselho Gestor Local, verificamos que a direção X, embora em sua fala demonstre preocupação analítico-critico-propositiva, faz-se necessário fortalecer a questão da cogestão com os seus trabalhadores. Sabemos que não é fácil, mas é preciso de força e estratégias de corresponsabilidades com a qualidade por toda a equipe.

> A co-gestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores. (BRASIL, Política Nacional de Humanização, 2009, p, 8.)

Outro, porém é que embora a direção Y pela fala estaria em planejamento normativo, na linha a direção planeja e repassa para a equipe, quando fomos analisar a fala dos trabalhadores, observamos que a maioria informou que a direção era aberta e escutava também os trabalhadores. Surpreendentemente da linha normativa, essa direção não é rígida e sim aberta a diálogo. Mas sugerimos mais abertura no construir junto do planejar, o que não é fácil.

Direção	Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Trechos de falas de entrevistas
Direção X	Direção com características de Planejamento Estratégico	"Sim, aqui todos nós nos consideramos protagonistas no processo de trabalho, né,... diretora, médicos, enfermeiro, dentistas, agentes de saúde, técnicos em enfermagem. Todos os trabalhadores de saúde participam em nível de gestão de uma forma bem descentralizado. E essa forma, nós consideramos ela de forma assim efetiva identificar essa gestão mais participativa a medida em que as atividades vão acontecendo e o diretor é.. descentraliza essa atividade para os profissionais de saúde também fazerem então qualquer um está apto a desenvolver atividades de gestão na ausência da diretora ou mesmo com a presença dela quando ela delega que as atividades sejam realizadas"
Direção Y	Direção com características de Planejamento Normativo	"Aqui nós trabalhamos com todos os atores, tanto de Enfermagem, de Serviço Social, de Odontologia, até mesmo ACS (...) Superimportante porque eu acho que o trabalho de qualquer unidade de saúde, qualquer local, ele deve ser trabalhado, planejado em equipe, porque eu costumo até falar com os servidores que a unidade é um corpo, e o corpo tem que ter uma cabeça. E o corpo é as equipes que trabalham com a gente. A gente dá muito esse exemplo. Aí eu pergunto: - existe cabeça sem corpo? Não. Existe corpo sem cabeça? Também não. Então nós somos, só o exemplo que a gente dá para eles aprenderem o que é uma equipe de trabalho."

Quadro 24: Canais de Participação dos usuários, segundo as direções das unidades.

Novamente as respostas reforçam a análise da pergunta anterior. A direção X sinalizou descentralizar, utilizar de gestão participativa e considerar todos os atores como protagonistas. À luz de autores como Merhy e Feuerwerker não é fácil a questão de que nas unidades de saúde em seus atores há muitos perfis, interesses e intencionalidades distintos.

Em observação participativa na unidade da direção X, visualizamos perfis de alguns profissionais com leitura similar a da direção, e com participação na unidade. Mas fortalecer a cogestão da PNH, sugerimos que através de mais pacto de corresponsabilidade e estratégias de vínculos entre a equipe como um todo, seja uma estratégia e um desafio, mas que pelo perfil da direção pode ser fortalecido.

A direção Y, nessa fala endossa a nossa análise anterior, verificamos que inclui a equipe, mas a equipe é o "corpo", ou seja, inclui, mas delineia o processo decisório mais para a própria direção. No entanto, como há sinalização de inclusão em parte do processo, sugerimos mais extensão dessa inclusão para a questão da gestão participativa em todos os processos inerentes a gestão.

Sobre dificuldades e desafios da gestão faremos um balanço sobre as dificuldades e os desafios de gestão da unidade, incluindo os desafios voltados à população idosa e que a direção sente enquanto gerente na gestão do trabalho.

Direção	Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	Trecho de falas das entrevistas sobre dificuldades e os desafios de gestão da unidade	Trecho de falas das entrevistas sobre desafios voltados à população idosa	Trecho de falas das entrevistas sobre dificuldades da gestão do trabalho que enfrenta enquanto gerente
Direção X	Dificuldades com: 1) Falta de recursos humanos; 2) Entraves na integralidade e cobertura do SUS; 3)Necessidade de melhoria de insumos e estrutura da unidade; 4) Impactos da precarização das demais políticas públicas na saúde	"Sim, os principais desafios para a gestão dessa unidade atualmente, mas que já é decorrente também de anos anteriores, é a falta de recursos humanos. É insuficiente para o bom andamento dessa unidade de saúde. A questão da gestão de pessoas também é um desafio para o gestor. Trabalhar com um número específico de pessoas implica também é no desenvolvimento de habilidades necessárias para tratar com esse número expressivo de pessoas (...) Como motivar as pessoas para o trabalho?, para a participação efetiva, para o planejamento, para execução e monitoramento das ações"	"Os principais desafios, na minha opinião, sobre o atendimento da pessoa idosa no município é você poder todas as condições necessárias de acesso aos serviços. Aqui na UBS, nós temos condição de oferecer promoção de saúde (...). Porém quando chega a necessidade de encaminharmos para outros pontos de atenção, mais especializado, nós esbarramos em dificuldade de espera, como por exemplo no atendimento feito pelo SISREG, que é o Sistema de Regulação no qual as pessoas são encaminhadas para os atendimentos especializados. Então, há especialidades que as pessoas esperam muito 3 meses, 6 meses, então há com certeza a necessidade de melhorias de ofertas do serviço por parte do poder público".	"Enquanto gerente, eu tenho muita dificuldade no que se refere a questão da estrutura necessária para trabalhar, né? as condições materiais de trabalho para que nós possamos realizar um bom serviço a população. Exemplo, escassez de recursos humanos. (...) Problemas, por exemplo, de segurança pública, todas as unidades de saúde vem enfrentando isso. Então a gente tem colocado isso para os nossos Conselhos Locais, dos nossos Conselhos Locais para o Conselho Municipal".
Direção Y	Dificuldades com: 1) Falta de recursos humanos; 2) Entraves na integralidade e cobertura do SUS; 3)Necessidade de melhoria de insumos e estrutura da unidade; 4)Necessidade de mais investimento e apoio em saúde do trabalhador do SUS.	"Uma das maiores questões chama-se RH que é pouco pra muitas atividades. E assim a gente não tem como substituir, entra uma pessoa, por exemplo, de licença prêmio, você não tem como substituir. Às vezes é uma daquele setor, de vacina, ou de outro setor de enfermagem, fica muito difícil. Isso é um desafio, mas nós também nunca deixamos de atender por problema de RH. Nós utilizamos muitas vezes oportunidade pra aquelas pessoas que não são daquela área de saúde, por exemplo, administrativo,	"Olha, a dificuldade era só na parte do agendamento. Mas nós já conseguimos uma solução, (...)"	"Olha, as dificuldades na gestão do trabalho é com os próprios servidores daqui. O quê que nós observamos: a maioria dos nossos servidores, eles tem problemas de saúde (...) não sei se por causa do tempo, vai pra uma consulta. É porque eu já usei de uma estratégia de fazer com que eles sejam atendidos pelos próprios profissionais daqui. (...) Porque já foi estratégia que eu fiz. (...) Eu tenho ManausMed que é pela prefeitura, eles também tem. Eu prefiro vim com a médica daqui, porque eu conheço o serviço

		serviços gerais que tenha já segundo grau, que tenha a competência, nós utilizamos para poder atender a comunidade. E a outra questão também é a questão da manutenção da unidade que isso faz parte também, o ambiente, ele é uma coisa que tem que tá sempre agradável. Então, a gente tem muita dificuldade para manutenção (...) Tudo a gente solicita, mas nunca vem. A gente fica até chateado. (...) Nem sempre vem a contento (...)".		dela, eu sei da competência. Então eu uso essa estratégia para os servidores usarem. (...)Tem um programa chamado a saúde do trabalhador, mas é assim, só se o cara se acidentar, aí que vai ter de fazer aquelas fichas, mandar pro Disa, mandar não sei pra onde"

Quadro 25: Dificuldades e Desafios de Gestão, segundo as direções das unidades

As direções elencaram na gestão das unidades desafios com: entraves na gestão do trabalho (insuficiência de recursos humanos, seja por estratégias de motivação, seja por questões correlatas à saúde do trabalhador), precarização/ morosidade da manutenção de unidade e questão de falta de segurança pública.

As direções salientaram questões como acesso e integralidade como desafios voltados à população idosa

Interessante que a Direção X informou acionar os Conselhos para resolutividade de entraves e a Direção Y demonstrou acreditar na competência de sua unidade e do SUS, pois inclusive utiliza os serviços da mesma.

Porém, aqui, fazem-se necessárias algumas sugestões para o Órgão Gestor da Política Municipal de Saúde: 1) ampliação do quadro de recursos humanos via concurso público; 2) elaboração de mais investimento geral na questão da saúde do trabalhador do SUS; 3) mais investimento e fiscalização em manutenção do patrimônio físico; 5) ampliação da cobertura com mais unidades básicas em Manaus, sobretudo, na Zona Leste; 4) fortalecimento da dimensão de integralidade cobrando mais cobertura demais esferas responsáveis pela média e alta complexidade em saúde, para tanto a esfera municipal deve voltar-se mais a atenção básica; 5) incentivo via oficinas ou outros formatos de educação em saúde sobre metodologias de gestão participativa; de cogestão e de vínculos voltadas às unidades básicas.

Por outro lado as direções também identificaram avanços. Porém como especificaram bastantes pontos das unidades faremos um quadro com avanços das unidades sem o uso das falas.

1) Mais participação dos trabalhadores na gestão do trabalho; 2) Conselho Local nas unidades (controle social); 3) Unidade- Escola (ensino-assistência-comunidade); 4) Local para reunião com população idosa; 5) Algumas melhorias em espaço e ambiente;

Quadro 26: Avanços, segundo as direções das unidades.

Mesmos que não sejam avanços que estejam concomitantes nas unidades, já apresentam também alternativas de que é possível lutar por melhorias. Salientamos aqui, no entanto, que avançar é preciso, para tanto o avanço deve ser tanto em micro quanto em macro gestão.

Sobre como a direção soluciona demandas conflituosas e/ou distintas entre usuários, trabalhadores e Semsa no cotidiano:

Direção	**Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo**	**Trecho de falas das entrevistas**
Direção X	Escuta com características da Política Nacional de Humanização	"A principal estratégia que eu utilizo é a escuta. Porque o barulho, a reclamação, a insatisfação, ela sempre vem de uma forma muito barulhosa, né? digamos assim. Então a gente vem e escuta. Quando você escuta o outro, seja o trabalhador, seja o usuário, seja o gestor, você já vê ali qual é a necessidade. Às vezes a necessidade é de escuta. Então, o trabalhador quer ser ouvido na sua demanda. O usuário quer ser ouvido na sua demanda. O gestor também quer ser ouvido. E hoje nós vivemos num momento muito importante que não é mais o gerente passivo, o diretor passivo que concorda com tudo. É muito respeitado um diretor que se posiciona, que se coloca, que contribui muito mais com certeza do que fica calado ou que concorda com tudo. Eu tô mais nessa linha propositiva, de me colocar mesmo à disposição dos gestores. E no caso do trabalhador, do usuário o que eu tenho presenciado é isso. Às vezes vem um usuário, assim muito insatisfeito com o serviço, com alguma situação que ele não foi atendido. Então minha estratégia é parar, escutar, chamar para um cantinho e dizer - venha cá, senhor; - venha cá, senhora, vamos conversar? Então, escuto, ouço, se for o caso ouço uma hora o que ele tem a dizer, ou ela, e aí depois eu digo:- então, tá o que nós podemos fazer para lhe ajudar? É uma consulta médica? É um medicamento? (...) É um exame que o senhor não está tendo acesso? E aí quando a pessoa se acalma, a gente vai conseguindo dar um encaminhamento para essa situação ou não. Tem coisas que não tá na sua gerência, né? . Então você diz: olha senhor, senhora, nesse caso eu não tenho como lhe ajudar, porque os meus limites são esses. Mas a gente sempre aponta um canal de encaminhamento para aquela situação. Pode ser que eu não resolva, mas indique um local onde ele possa ir, mostre um telefone, um meio de comunicação, um caminho que ele possa ter o problema dele solucionado. Então a gente já percebe aí que o semblante da pessoa muda. Tive muitas situações de insatisfações que a pessoa veio e conversou comigo e disse: - poxa vida, meus parabéns, a senhora é uma diretora que ouve, que escuta, que resolve. Né, então não é ir para o embate com o trabalhador, seja com o usuário, seja com o gestor hierarquicamente acima de você. Mas você saber ouvir, eu tenho percebido que tem sido uma grande estratégia

		mesmo no sentido de procurar soluções muitas vezes juntos, para demandas que tem soluções e demandas que não tem solução, que não depende exclusivamente do trabalho dentro da unidade de saúde, mas precisam ir para instâncias maiores".
Direção Y	Escuta com traços normativos	"Olha, geralmente o usuário ele faz, quando ele se sente mal tratado, muitas das vezes, ele em vez de me procurar, procura logo é a ouvidoria, porque tem um 0800 pra eles fazerem. Mas há muitos conflitos entre o usuário e o trabalhador. Porque o usuário quando o usuário, quando ele chega, por exemplo, não tem mais ficha pros médicos, eles insistem, tem que ter. Aí até a pessoa explicar, o cara já tá aborrecido mesmo, briga. Que assim como tem trabalhador que não tá nem aí pro usuário, tem os que também fazem um trabalho legal e diz: - você vem no dia tal. Por isso que nós estamos trabalhando muito essa gestão participativa no acolhimento para trabalhar uma nova estratégia, que foi ofertada esse capacitação para oferecer um acolhimento melhor pelo Distrito de Saúde. Ele só faz jogar como deve ser trabalhado na equipe, mas nós estamos já criando nossa estratégia de como fazer, né? porque se o RH já é difícil pro atendimento, ainda mais pra ficar alí, então nós criamos, pegar pessoas do próprio usuário que vai passar pra um treinamento junto com o trabalhador, ele vai tirar um de cada três, e vai colocando dois deles. Aí ele vai tomar conhecimento, horário médico, os setores que as pessoas tem de procurar. Porque tem muita gente que não sabe ler, né? Aí fica perdido. Às vezes, eu fico mais na secretaria por conta disso, porque eles procuram muito mais a direção pra se informar das coisas, porque não tem ninguém lá pra fazer essa orientação. Então a gestora tem de estar em todas os momentos. Eu ando, eu digo lá em casa, que eu ando 716 metros quadrados todo dia aqui. Pra ver como é que tá, pra ver problema ali".

Quadro 27: Modos de soluções da direção sobre demandas conflituosas entre os atores, segundo as direções das unidades.

As duas direções demonstraram tentativas de mediar conflitos. Avaliamos a resposta da direção X como excelente, pois utilizou um instrumento da Política Nacional de Humanização-PNH via acolhimento com escuta. A direção X demonstrou escuta, tentativa de busca de soluções, enxergar os limites institucionais e indicações de caminhos em outras instâncias se necessário o for.

A direção Y também demonstrou que verifica as demandas conflituosas e que busca socializar informações/orientações. Informou que utiliza a estratégia de possibilidades de que o usuário diga como é melhor o acolhimento. Mas ao mesmo tempo, tem usuário que colabora no serviço Posso Ajudar, informando os serviços aos usuários, que contraditoriamente, estaria suprindo o trabalho de servidor.

Sobre as capacitações continuadas aos profissionais da unidade ofertadas pela SEMSA, as duas direções disseram que há oferta, no entanto, mais adiante verificamos conforme as respostas dos trabalhadores que há mais voltadas para os processos centrados em doenças, portanto pouca adesão.

Sobre se as direções realizam avaliação de trabalho, ambas registraram que sim, mas que é preciso fortalecer um pouco mais essa dimensão, o que é difícil levando em consideração as demandas intensas do cotidiano das unidades.

Sobre a existência de Conselho Gestor Local, um ponto positivo é que ambas possuem. Um ponto a ser mais intensificado é mais participação e mais socialização do que é um Conselho Local aos atores em geral.

Direção	**Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo**	**Trecho de falas das entrevistas**
Direção X	Tentativas de implantação do Conselho com gestora de características de planejamento estratégico	"Sim. Esse conselho, ele passa por um processo de eleição. Só tem uma indicação que é o gestor, já é automático que o gestor, o diretor atual, ele seja o representante do gestor. E o segmento trabalhador, ele passa por um processo de eleição. É eleito um trabalhador indicado por outros trabalhadores, para ser o seu representante no Conselho. E os usuários, os usuários são eleitos por outros usuários da comunidade para serem os representantes dentro do Conselho Local de Saúde. Aqui nós fazemos questão que exista, porque nós entendemos como um ponto forte, de fortalecimento da gestão. Entendendo gestão participativa, aquilo que nós não conseguimos resolver, com certeza esses três segmentos juntos solicitando o serviço fica muito mais forte do que somente o gestor.".
Direção Y	Tentativas de implantação do Conselho com gestora de características de planejamento normativo	"Sim. Ele é formado 50% do trabalhador. Aliás 25% que é a diretora, a gestora, tenho uma vice que eu pego essa casa de saúde que é vinculada. Nós somos isentas de votação, nós somos dejávu no Conselho, nós somos os cabeças. Aí tem dois trabalhadores da saúde com dois suplentes . E quatro da comunidade, entendeu? Quatro usuários, com quatro suplentes. Primeiro, tem eleição. (...) Depois é feito reunião, nós procuramos resolver as questões do dia-a-dia, questões básicas e mandamos para o Distrito Leste, que agora tem o Conselho Distrital Leste e quando tem as Assembleias, nós participamos.(...)"

Quadro 28: Existência e modo de funcionamentos dos Conselhos Locais, segundo as direções das unidades.

Aqui vemos que um procedimento que devia ter implementado pela NOB/96 só depois de mais de 20 anos estão implantando, que é as unidades estarem com Conselho Local e que as unidades vêm utilizando como um mecanismo de soluções para os entraves e as demandas, e gestar a saúde básica.

A resposta da Direção X foi pertinente, pois entende a força do conselho enquanto fortalecimento da gestão.

Sobre a Direção Y temos apenas sugestão de que a "cabeça" poderiam ser "as cabeças". Mas como uma propositura, pois observamos que a direção também é atuante na resolutividade dos problemas da unidade.

Sobre a pergunta como direcionam as demandas dos trabalhadores e dos usuários (destaque os idosos) para o Distrito Sanitário Leste e/ou Conselho Municipal de Saúde?

Direção	**Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo**	**Trecho de falas das entrevistas**
Direção X	Tentativas de resolutividade internas com vislumbre de microprocessos e de macroprocessos. Análise da conjuntura institucional.	"É assim Jéssica, tudo que vem para mim, verifico com bastante cuidado se essa demanda pode ser resolvida aqui. É uma demanda para um médico? É uma demanda para um enfermeiro? É uma demanda para um serviço que nós podemos resolver aqui na saúde? Então aqui fica resolvido. Se é algo que não está na competência da direção, então encaminhamos para o Distrito Leste. Normalmente dentro dessa unidade não temos assim tanta necessidades de encaminhamento das pessoas idosas para o Distrito de Saúde Leste. Mas em reunião de comunidade, eu percebo que chegam muitas demandas para essa direção que são demandas indevidas: é aumento de cobertura de população, é alocação de mais medicamento na farmácia. É algo que está acima de mim. Então eu digo: - Olha, esse caso aqui você precisa fazer um documento e se encaminhar ao Distrito Leste na primeira instância e se não resolver, na Secretaria Municipal de Saúde."
Direção Y	Tentativas de resolutividade internas e repasse de demanda ao macroprocesso	"Nós temos o Conselho Local que a gente conversa sobre os problemas, então nós tentamos resolver as questões por aqui mesmo. Tem uma coisa que diz assim, o SUS, ele foi criado pra todos. Se eu atendesse a minha área de abrangência, eu faria o melhor pra saúde, eu faria aqui. O problema que a demanda maior é de fora. Tenho sobre demanda (...) Primeiro tento resolver aqui, depois que passo a demanda pra lá."

Quadro 29: Direcionamento das demandas dos trabalhadores e dos usuários para o Distrito Sanitário Leste e/ou Conselho Municipal de Saúde, segundo as direções das unidades.

As duas respostas, na nossa avaliação, foram pertinentes e fortalecem a importância do Conselho Local para o DISAL E a Secretaria como um todo, uma vez que percebem que essas instâncias de controle social local podem melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Aqui temos uma observação para a fala da Direção X sobre "demandas indevidas: é aumento de cobertura de população, é alocação de mais medicamento na farmácia". A nosso ver: a direção tem razão quando diz que dependem de instâncias maiores, mas acreditamos que o termo "indevido" não se encaixe totalmente, uma vez que quando uma demanda é reforçada pelo Conselho Local (gestor, trabalhador e usuário) pode fortalecer a solicitação, mesmo sabendo que não dependerá só dele.

Nesse contexto reportamos a Fleury e Ouverney (2008) que apontam a saúde como um dos direitos em que devam ser pautados para a cidadania. Ou seja, o fortalecimento de instancias de controle social na saúde é chave para que de fato possamos direcionar o SUS em conformidade com as necessidades da população.

E sobre essa participação social de modo a estar em constante processo de contrução, Escorel e Moreira (2008) mencionam que essa dimensão é: "intrínseca à vida em sociedade, não deixando de indicar suas contradições". (p.979). Logo, sabemos que não teremos como não estar em um campo de jogo de interesses, mas que a luta e o compromisso deve ser com os interesses de qualidade de serviços para os usuários e de condições dignas para o desenvolvimento de um trabalho qualitativo para os trabalhadores.

Partimos então para a análise dos serviços e a gestão do trabalho em saúde sob a ótica dos trabalhadores das unidades selecionadas, seguindo as observações do início desse tópico. Começaremos com a pergunta sobre avaliação do trabalho em equipe voltado à população idosa.

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	**Trecho de falas das entrevistas**
Consideram o trabalho de qualidade e sinalizam envolvimento de equipe	- "Acho que é um atendimento assim de qualidade, né? Muito aqui lida com os idosos. Profissionais que já estão há bastante tempo (...), então já tem esse manejo, essa maneira diferenciada com o idoso". (P-A);
	- "È um trabalho bem elaborado, né? Onde é feito as reuniões, né. Reuniões, grupo e até mesmo multiprofissional para chegar a um determinado objetivo que eles querem chegar através dessas atividades. Acho interessante". (P-B)
	- "Ótimo. Ótimo. Graças a Deus, a gente aqui a gente consegui entrar, assim. A gente faz um trabalho de especificação. Dos idosos é muito bom, muito bom. A colega, ela se preocupa muito com a parte de saúde mesmo (...). O que tem um bom resultado". (P-C)
	- "A gente tem um grande diferencial aqui (...) A gente tem várias experiências exitosas, né, aqui na parte com os idosos. A gente tem recebido muitos bons resultados, né. Então eu vejo que isso é fruto de um trabalho em equipe aqui da unidade. (...) Então assim, eu acho que tem uma integração muito boa da equipe no processo de trabalho da equipe aqui dentro". (P-D)
	-"È um trabalho bom. Há um sincronismo entre o pessoal da enfermagem e o pessoal do Serviço Social. E a gente tem liberdade assim de lançar ideias, de conversar só um mesmo, né, pra melhoria dos serviços". (P-G)
	-"Eu acho que a equipe é bem multidisciplinar, assim. É bem interativa, né. A gente tem o serviço social bem atuante, enfermeiras também bem atuantes, farmacêutico. Existe uma boa interação da equipe". (P-K)

	-“O serviço é bom. Com relação às idosas, elas têm as prioridades no atendimento, como também na marcação dos exames e nos cuidados de um modo geral, também quando envolve os colegas da clinica geral que também atendem idosas.” (P-I)
Ressaltam que é bom ou ótimo, mas não detalham como se daria esse envolvimento de equipe	- “Ah, eu tenho uma avaliação que é ótima porque eles são muito bem, assim, atendidos, é, eles vem e saem satisfeito com o que vem a buscar, nunca voltam sem ser atendidos, encaminhados, eu avalio assim ótimo”. (P-H)
	-“Avalio como um bom trabalho. Idosos com prioridade mesmo. Em algumas unidades não há o cumprimento de Lei. Aqui tem prioridade. Prioridade de marcação, prioridade de atendimento. Aqui tem um grupo com idosos (...)” (P-J)
Ressaltam que a equipe é boa, mas quando se trata de grupo de idosos alocam para outro profissional	-“Aqui nós temos uma equipe boa, né? Serviço social, ela trabalho juntos com o grupo. Nós temos um grupo de terceira idade (...) que é muito bom, né. E a equipe se envolve realmente no trabalho pra ajudar eles no que for preciso (...) É um excelente trabalho em equipe”. (P-L)
Ressaltam que é bom, porém elencam alguns entraves.	-“Bom, ele é bom. A gente sente um pouco de dificuldade por que cada profissional aqui tem uma agenda. E ai, essa agente ela tem que coincidir com o dia da reunião dos idosos pra que não, tipo assim, não saia da regra da agenda deles. Médico atende todo dia, enfermeiro atende todo dia, né. E ai no dia da reunião, eu tenho que já ter planejado anteriormente, combinado anteriormente com eles, que naquele dia eu preciso que a agenda esteja fechada pra que eles estejam comigo lá no grupo de idosos. Então eu preciso um pouco, me rebolar um pouco pra conversar com eles. Pra poder eu encaixar o trabalho dos idosos na agenda do médico, da enfermeira, até mesmo dos técnicos de enfermagem, porque às vezes eu preciso que tenha um lá comigo, e como o número de profissionais é reduzido aqui, ai é bem complicado tirar um profissional pra ir exclusivamente lá pro grupo”. (P-F)
Elaboram análise crítica da questão da integração de equipe	-“Eu teria algumas críticas. Eu penso que o trabalho em equipe não existe. Existe inciativas do Serviço Social em trabalhar com alguns profissionais da unidade. Entendeu? Por exemplo, tem uma técnica da unidade que trabalha comigo nessas reuniões. Ela vai, o que ela vai? Ela faz a aferição de pressão, faz esse registro. E a gente, por exemplo, em algumas palestras que precisam dessa abordagem, dessas orientações. Eu trabalho um pouquinho com ela. Então, assim isso eu não concebo enquanto trabalho em equipe. Então, nesse aspecto não tem. Com a enfermeira, tem iniciativas pontuais dessa busca de quando tem uma abordagem, um tema que se refere à saúde, ao meu conhecimento profissional, aí a gente chama. Já fiz isso com a dentista, né? Trazendo esses profissionais pro grupo para orientar dentro da sua área de competência, de conhecimento. Mas isso, eu não entendo como um trabalho de grupo. Eu entendo que isso são inciativas do Serviço Social no chamamento desses profissionais (...) a gente já teve uma reunião com a enfermeira, mas não foi sobre o trabalho com os idosos. É mais por conta de uma exigência externa do dia, isso não é uma discussão, o trabalho em equipe, isso não é ... não faz parte da rotina de trabalho. Cada profissional trabalha no seu canto. Infelizmente” (P-E)

Quadro 30: Avaliação do trabalho em equipe voltado à população idosa, segundo trabalhadores das unidades.

Aparentemente a maioria dos profissionais sinaliza que há integração como equipe, mas quando perguntamos antes sobre atividades privativas junto aos idosos[31], ouvimos algumas respostas como: “Eu não estou voltada aos idosos”; “basicamente dentro da minha especialidade”. O que sentimos foi que os profissionais mais diretamente voltados a esse segmento, estão envolvidos na coordenação do grupo e agregam mais a equipe, ou tentam agregar.

Na verdade é que em algumas unidades o trabalho em equipe era mais fortalecido e em outras não. A questão da fala da “profissional E” que foi mais crítica, observamos que na unidade em que esta profissional atua, apresentam menores articulações de trabalho em equipe, de fato como a profissional citou, notamos inciativas pontuais nessa unidade.

Sabemos que: “Toda atividade humana é um ato produtivo, modifica alguma coisa e produz algo novo” (MERHY/ FRANCO, 2008. p. 427). Ainda nesse contexto, ressaltamos fundamentados nos autores que a saúde abarca o trabalho vivo em ato e produção do cuidado, inclusive um novo trabalhador.

Nesse contexto da pesquisa, os trabalhadores, mesmo que aparentemente sendo uns mais, outros menos apontam fragilidades das ações em equipe, portanto um desafio. Desafio que pode ser continuamente trabalhado, considerando as diversidades de posturas, interesses, formações, concepções de mundo e de processo de saúde. Ressaltando que é necessário investimento em ações de educação e aprimoramento de equipe no sentido que seja direcionado para além dos processos fitopatológicos, mas para o fortalecimento do vínculo, acolhimento, cogestão e tantos outros assuntos que vislumbrem a melhoria da qualidade da gestão do trabalho.

[31] Não detalhamos por profissionais o que foi falado como atividade privativa em relação às pessoas idosas, pois algumas falas davam indícios fortes das profissões.

Sobre as dificuldades existentes tanto para trabalho individual quanto em equipe tivemos as seguintes respostas:

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	**Trecho de falas das entrevistas**
Dificuldades correlacionadas às maneiras diferentes de perfis profissionais e de melhoria de parceira e interação de equipe	-"As dificuldades, claro! Se você trabalha sozinho, individualmente. Você tem uma abordagem e uma visão sobre determinada realidade social, sobre a situação do usuário. Então isso te, pode te limitar no teu trabalho, com certeza! Mas quando as dificuldades, por um outro lado, o trabalho em equipe, o trabalho com outras pessoas, ele também tem dificuldades. Lógico, porque você.. são conhecimentos diferentes, experiências diferentes, é formas de abordagens diferentes, e juntar isso é, com outras pessoas é difícil, então requer um respeito e um diálogo muito intenso. E nem sempre isso é real, isso é possível. Mesmo pela própria forma de muitos profissionais, das outras áreas. Por exemplo, (citou sua profissão) já tem a sua natureza de formação interdisciplinar. É um profissional que tá aberto, pra esse diálogo em equipe. Não só tá aberto, como o seu trabalho só é possível assim, efetivamente, mas essa não é a forma como muitos profissionais de outras áreas trabalham: - eu tô fazendo o meu trabalho, eu entro e saio, faço e vou embora. Então assim as dificuldades de trabalho em equipe são muitas. (citou sua profissão) tem todas as dificuldades quando se trata de um trabalho individual, porque nós não somos é profissionais que vamos começar e terminar o serviço que nós vamos prestar, ou aquilo que é nosso trabalho privativo, ele é requer, o envolvimento com outros profissionais. (...) Mas assim é claro que a abordagem do profissional teria que compreender essa realidade social que essa família tá vivendo. Quais os elementos sociais que incidem nessa realidade? Então, não tem disso, (citou sua profissão) não é um profissional que trabalha isolado, sozinho, num canto. "A gente não é, decididamente, definitivamente a nossa formação não tem esse formato." (P-E) -"A dificuldade maior é a gente realmente conseguir essa parceria de imediato. Por que, como eu te falei, cada profissional tem sua agenda. E ai essa dificuldade pra trabalhar junto é a gente poder coincidir essa agenda pro dia do atendimento ao idoso, né. No dia do grupo. Sendo que os idosos são atendidos normalmente por eles na agenda normal. A outra dificuldade é, realmente a participação dessa população idosa efetiva no grupo. Por que elas geralmente frequentam um período e depois elas somem. E ai qual é a estratégia que a gente usa. Liga pra saber o que aconteceu (...) e ai eles retomam de novo. A gente percebe que no grupo alguns idosos eles procuram o grupo por causa da facilidade do agendamento clinico. Não, eu tenho uma grande facilidade de trabalhar juntos com os outros profissionais, né. E sozinha eu não faço trabalho sozinha. Eu sempre preciso (citou outros profissionais) acompanhem também . E eles estão sempre à disposição". (P-F)
Dificuldades em estruturas/condições melhores de trabalho e entraves	- "Olha, aqui o que a gente tinha de dificuldade é espaço. Por que é assim, como a gente só tem uma sala, às vezes pra colega atender uma pessoa, a gente tem que sair. Às vezes pra mim atender as meninas tem que sair. Então é um negocio assim meio ruim, até o paciente as vezes fica meio assim, ele fica constrangido, pensa "poxa, eu cheguei e o pessoal tem que sair né? (especificou um caso específico). Ai ontem mesmo eu conversei com a diretora. Mas a gente vai resolver. Mas o que atrapalha é isso. Fora isso eu não tenho nenhum tipo de problema não". (P-C) -"Dificuldade de relacionamento não. Às vezes nos faltam é equipamentos adequados, uma sala adequada. É isso". (P-G)

no Sistema de Regulação e/ou falta de insumos	-"Eu encontro uma certa dificuldade. Primeiro quanto ao espaço pra atendimento. Como existe uma equipe multiprofissional na unidade, as vezes nos falta consultório pra atendimento. Também uma certa dificuldade quanto a marcação das consultas por partes dessas idosas pelo sistema Sisreg. Não, com trabalho em equipe nos temos um trabalho bem coordenado onde conversamos com os colegas quando precisamos. Não há nenhuma coisa que impeça o trabalho com dificuldade não". (P-I) -"Não, a dificuldade que a gente tem são relacionadas a falta de material e medicamento, né. Então a gente não Consegue fazer tudo porque a gente não tem tudo que a gente realmente necessitaria. A carência de alguns medicamentos". (P-K)
Dificuldades em capacitação técnica para melhor atuação com segmentos específicos, no caso a população idosa	-"Eu acho que ainda tem uma certa dificuldade na questão do lhe dar com o idoso, né? Um falta de capacitação, eu falo técnica mesmo, às vezes no cuidado do idoso, e isso às vezes atrapalha um pouquinho o processo. Mas no geral eu não tenho tanta dificuldade, ne? com os componentes da equipe, né? (...) A maioria deles tá está trabalhando a muito tempo mesmo, então eles também acabam tendo essa facilidade de lhe dar com idosos. Eles identificam na área quem são eles. Algum me levam até lá ou trazem eles aqui, né? E um conjunto com tudo isso entra todos os profissionais, uma equipe multiprofissional. Assim, dificuldade, acho que a partir do momento que a gente teve a ampliação dessa equipe e qualificou, melhorou bastante a questão do idoso. Chega um momento me que o (citou sua profissão) ele é eliminado, né? Por que a gente não consegue, a gente precisa dessa equipe. Tendo essa equipe ajudou muito assim". (P-D)
Não considera necessariamente uma dificuldade, porém registrou a questão dos diferentes perfis profissionais.	- "Não, assim... dificuldade, eu não diria que seria uma coisa que não pudesse ser superada. As pessoas têm maneiras diferente de ser, mas que num conjunto, mas que num conjunto total a gente consegue desempenhar um bom trabalho. Eu falo isso relação a minha equipe, a equipe que eu atuo né? Não é nada que impeça o desempenho do trabalho. Não, quando você trabalha com várias pessoas cada um tem um perfil diferente. Seria mais isso. Mas que não interfere no comprometimento que eles têm com o trabalho".(P-A)
Respondeu não haver dificuldades	"Não, acho que nós somos assim sempre muito bem, assim, a gente tem sempre uma harmonia, né? de do atendimento em geral, né, da população em geral". (P-H)
	"Não, não". (P-B)
	"Não". (P-J)
	"No início tive dificuldades de adaptação. Mas (citou sua profissão) lida com toda a equipe interdisciplinar e hoje não sinto". (P-L)

Quadro 31: Dificuldades existentes tanto para trabalho individual quanto em equipe, segundo trabalhadores das unidades.

Através das falas dos profissionais observamos que quando a dificuldade é relacionada à equipe, apontam mais voltada a parceria, articulação de equipe, falta de capacitação. Quanto às dificuldades de estrutura das unidades: falta de insumos, necessidades de melhores espaços. E outros disseram que não há dificuldades, mas quando perguntamos reiteramos a pergunta com um novo formato, algumas respostas foram sinalizadas.

Sobre haver dificuldades na vivência cotidiana do trabalho em equipe, dos 12 trabalhadores, tivemos como respostas: 4 sim, 3 não; 3 raramente; 2 às vezes.

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	**Trecho de falas das entrevistas**
Registrou que não há dificuldades	- “No começo (especificou um caso). Então a gente começou a perceber o quanto era importante a gente estar junto, trabalhar junto, respeitar, e graças a Deus não teve nenhum problema. Nenhum problema mesmo” (P-C)
	-“Não, acho que nós somos assim sempre muito bem, assim, a gente tem sempre uma harmonia, né? De do atendimento em geral, né? Da população em geral” (P-H)
	- Não” (P-L)
Registrou raramente, mas que há como lidar com as dificuldades cotidianas de trabalho em equipe	-“Tem, mas assim, eu poderia dizer que raramente. Não é assim uma coisa que acontece sempre, né. Até é aquilo que eu te falei, o perfil de cada pessoa. Dificuldade. Eu acho que é mais assim, do perfil do profissional mesmo, que às vezes não... O perfil da pessoa, não é nem do profissional. Por que a gente tem bons profissionais, né? Não sei se eu me fiz explicar. Porque às vezes você tem um jeito, outros tem um outro, né?. Temos que saber lhe dar com o jeito das pessoa” (P-A)
	-“Eu acho que raramente tem, por que. Eu acho que sim, raramente tem, por que assim, não é algo que seja difícil de lhe dar. Agora no momento não”. (P-B)
Registrou raramente com ênfase na marcação de consultas e parecer de demais profissionais	-“Raramente tem. Às vezes é quanto à marcação de exames, marcação de consultas onde precisamos de algum parecer e às vezes não tem vaga pro colega dar esse parecer logo de imediato” (P-I)

Registrou que às vezes com ênfase no atendimento clínico	- "Às vezes. No cotidiano a gente frequentemente... Posso até dizer que é frequentemente, a gente tem dificuldade do atendimento clinico. Por que os médicos eles tem uma agenda, tem um ou dois que atendem todo dia, mas tem outros que atendem três vezes por semana. Então a distribuição de ficha é um grande problema, por que são dadas dezesseis fichas ou vinte fichas por médico. Só que multidão que tá lá fora é superior. Então aqueles dezesseis que foram atendidos, sobram mais quatro, cinco que não foram. Então, como resolver a situação daqueles quatro ou cinco que precisam também de um agendamento? E ai a gente não tem como resolver. Por que muitas vezes eles não querem pro outro dia. Eles não entendem que a unidade básica de saúde, ele é pré-agendado ele não é emergencial. E a população ela busca a unidade básica de saúde pra solução imediata de problema de saúde. Já está doente, eles não utilizam a unidade básica pra prevenção. Eles querem trabalhar com nossa unidade com a parte curativa, e não é. Uma das estratégias também que a gente queria criar, é que cada profissional, pelo menos um dia, uma manhã ou uma tarde, ele fosse ai na frente, na espera e falar o que que é a unidade básica de saúde, pra que que ela veio. Que é pra população compreender que existe diferença entre uma unidade básica, uma policlínica, de um hospital e de um SPA. Que a gente vê que há essa incompreensão na população. Ai essa cinco pessoas que sobram, se a gente vai e pede pro médico encaixar, ele não vai querer encaixar. Por que tá passando da agente dele que é dezesseis pessoas por dia. Dificilmente o médico abre uma exceção. A não ser que a pessoa esteja tipo com muita febre, alguma coisa assim, ele já diz logo pra mandar pro pronto socorro. Que é o que a HumanizaSUS diz que não, que a gente tem que realmente atender. Pelo menos fazer os primeiros atendimento.- Ah, tá com febre alta, vai ali pro preparo., dá uma sentada... O médico vem, passa logo uma coisa pra diminuir essa febre. Enquanto isso liga-se pro SAMU, ou alguma coisa, pra vim o atendimento emergencial. E a gente não percebe essa pré-disposição dos profissionais pra fazer isso. São as dificuldades" (P-F)
Registrou que às vezes com ênfase em recursos e insumos bem como morosidade em acesso a outros níveis de complexidade pela regulação	- "Algumas vezes algumas dificuldades. Às vezes a gente não tem local, né, pra se reunir às vezes o auditório tá ocupado, né. Dificuldade financeira. Pra ajudar eles pra alguns eventos, né? (...) A dificuldade mais é marcar exames pra eles que demora, né? Demora muito e dificulta muito isso" (P-J)
Registrou que sim, com ênfase em fluxos de atendimento	- "Sempre têm né? Aqui equipe ela tem seus autos e baixos, suas dificuldades. Mas a gente procura, pelo menos tenta né, diminuir essas dificuldades. Isso a equipe nos ajuda muito nisso, mas assim, lhe damos com pessoas, né? E pessoas sempre têm os seus altos e baixos. E querendo ou não isso acaba interferindo no processo da equipe (...) O fluxo, como é que vai se dar esse fluxo das pessoas na equipe, as relações interpessoais, isso ai a gente sempre tem que tá.." (P-D)
	- "Não de relacionamento, mas de trabalho sim. Fluxo de atendimento ao usuário em geral. A outra questão é a burocracia que impede a qualidade no atendimento" (citou um caso específico) (P-E)
Registrou que sim, com ênfase em relacionamento interpessoal e/ou preparo técnico	- "Sim, sempre vai haver. As mais frequentes são as dificuldade de relacionamento com as pessoas que tem um age exacerbado, que não aceitam estar sobre vigilância ou mesmo sobre supervisão de outra pessoa. Não, eu acho que tudo conversando tudo se ajeita". (P-G)
	- "Sim. Tem. A dificuldade maior é que nem sempre todo mundo tem o mesmo preparo técnico. Então a gente se depara com dificuldades técnicas por parte de pessoas que não tem uma formação muito adequada. Essa é a mais frequente"(P-K)

Quadro 32: Detalhamento sobre dificuldades na vivência cotidiana do trabalho em equipe. Segundo trabalhadores das unidades.

Verificamos nestas falas, a sinalização de aspectos como: a dificuldade de trabalhar em equipe articulando integração; relacionamentos; indefinição de fluxos de serviços e de trabalho; burocratização dos serviços dificultando o acesso da população; necessidade de maior cobertura da rede de saúde; melhorias em espaços e apoio (recursos) para ações de educação em saúde; preparo técnico.

Há situações que dependem de mais apoio da macrogestão como a questão relacionada à cobertura de acesso, burocracia, e recursos de modo geral, mais investimento em capacitações/formações mas que a microgestão também pode fortalecer essas solicitações para que amplie a possibilidade de poder de barganha para a qualidade dos serviços.

A questão de fluxos podem ser melhor definidas dentro do processo da microgestão. Ressaltamos algumas que já as possuíam, os trabalhadores não apresentaram essas demandas. E sobre relacionamentos e articulação de equipe, o desafio é trabalhar a PNH com a transversalidade, vínculos e cogestão.

Sobre condições de trabalho[32], quando perguntamos se os trabalhadores poderiam atribuir um conceito sobre as suas condições de trabalho ouvimos: 1 ótimo; 7 boas; 2 regulares; 1 complicada e 1 ruim.

Categorias elaboradas a partir da análise de conteúdo	**Trecho de falas das entrevistas**
Ótima, com ênfase em estrutura e equipe	"Ótima. Quando eu penso nisso, eu sempre costumo comparar com o que eu tinha lá, num espaço extremamente reduzido, e hoje eu tenho toda essa estrutura aqui. Então acho que ótimo. O espaço, a estrutura, a equipe. Hoje eu consigo dar uma rotatividade bem melhor do que eu tava". (P- D)
Boa, com algumas observações que poderiam ser melhores.	-"Boa. Ótima também não é por que tem essas questões das salas. Aquela coisa né, nos não temos a limpeza aqui, nó não temos os serviços gerais. Fui pedir outro dia com a diretora, não tem nem mais o que falar. A gente pede, pede, pede e não vem". (P- C)

[32] Na unidade João Nogueira, em razão de ter estado em um momento muito específico, vamos considerar as respostas, mas com a ressalva de que ouvimos duas respostas nessa unidade (como era antes da reforma e como estava em compartilhamento com outra unidade), mas vamos citar o contexto em que se encontrava no momento para fins de tabulação/análise de dados.

	-“São boas. São boas porque precisa melhorar nessa parte realmente da operacionalização do trabalho. Por que a equipe de trabalho tem que tá engajada. E pra tá engajada o ser humano precisa saber dessa importância. E como a gente tem profissionais, e profissionais, a gente cria um pouco de embate porque alguns estão pré-dispostos a fazer isso, outros não, ou outros não estão nem aí”. (P- F)
	-“Boa. Porque tem coisas que precisam melhorar. Por exemplo, ter uma gerente de enfermagem. Se tivesse uma resposta, supervisionar. É importante capacitação continuada de pé-diabético. É um excelente espaço” (P- L)
Boa, sem registros de sugestões de melhorias;	- “Ela é boa. Ela é boa por que a gente pode tá aplicando na prática aqueles conhecimentos que a gente recebe, né? Como eu te falei, tanto na capacitação onde podemos desenvolver e por na prática, né? diariamente com o usuário”. (P- B)
	- “Boa. Por que a gente ainda consegue ainda, vamos supor... A gente consegue ajudar eles no que for preciso, né? E a unidade tem vários programas que ajudam, né? Facilita mais pra eles, né? E aqui a unidade tem todos os programas também, e isso é muito bom”. (P- J)
	- “Boa. (Citou algo específico da unidade)”. (P- I)
	- “Boa. (Citou algo específico da unidade)”. (P- G)
Regular, com ênfase em insumos e em necessidades de melhorias no sistema de regulação e na integralidade do SUS.	“Regular. Não é ruim, né? Mas não é ótima também por que a gente sabe que falta recursos matérias. Acho que regular. Por que assim, nós somos vários profissionais, né. Então eu acho que aqui falta ainda recursos materiais”. (P- A)
	“Olha, regular. É aquilo que eu falei um pouco antes. A gente tem uma boa vontade enorme por parte da equipem né. Mas por questões de crise, falta de abastecimento às vezes da farmácia e alguns exames que faltam rotineiramente. Os kits ficam desabastecidos. Por exemplo, o doente vem fazer exame de colesterol e não tem, ai faz só uma parte dos exames. Então a gente se depara com essas dificuldades. Então, regular no sentido de que a gente não é tão bem abastecido como deveria ser. O Sisreg demora muito pra marcar as consultas. O retorno dos exames é muito demorado. O paciente consegue marcar exame, às vezes, dois, três meses depois que a gente solicita. Quando eles voltam já está na data de vencimento. Então regular no sentido que os serviços essenciais realmente, da base dos exames, não funciona adequadamente”. (P- K)
Complicada	- “Eu diria que tá muito complicado”. (P- E)
Ruim	-“Agora as coisas estão bem mais difíceis. (Citou exemplo)” (P- H)

Quadro 33: Detalhamento sobre condições de trabalho, segundo trabalhadores das unidades.

Muitos apontam que se precisam de melhorias em: recursos e cogestão com corresponsabilização de todos os atores.

De modo geral, argumentam a necessidade de fortalecer o planejamento e a avaliação de modo participativo, o que é um desafio. Os trabalhadores também sentem o déficit de RH, os cursos/capacitações estão muito voltadas para a questão fitopatologicas, sendo que uma entrevistada inclusive apontou que os indicadores da SEMSA estão muito condensados nesse contexto fitopatológico, que atrai apenas alguns segmentos profissionais.

CONCLUSÃO

A gestão em trabalho é indispensável para o fortalecimento do SUS enquanto direito garantido na Constituição de 1988. Os desafios, no entanto, são muitos para Consolidação do Pacto de Gestão de 2006 e da NOB-RH-SUS 2005.

Analisamos a luz do referencial adotado nesse estudo que aponta que para a gestão em trabalho aconteça de modo mais compartilhada e em equipe, é necessário que se implemente o que rege o SUS e trabalhe a cogestão com elementos de articulação, transversalidade, acolhimento, vínculos, descentralização e corresponsabilização.

Dentro de uma equipe de trabalho, há diversidade de formação, há diversidade de posturas de trabalho e ainda há diversidades de compromissos ético-políticos. É um desafio complexo, mas necessário que a defesa do SUS enquanto direito e da qualidade dos serviços prestados seja uma defesa de todos.

Os serviços de saúde apresentam necessidades multidimensionais e complexidade de avaliação e também há uma dependência do ambiente sociopolítico e que a prestação de cuidados públicos

O estudo detectou que o quadro de trabalhadores é pequeno para a abrangência da área de sua cobertura. Ampliação dos equipamentos e da cobertura dos serviços também é um desafio que se torna complexo em meio aos desmontes neoliberais. Estudos do território em saúde e do modo como esse território é utilizado são necessários, uma vez que não existe uma gestão da cidade em subprefeituras, portanto dificuldade de distritação e espaço da territorização da área de alcance da saúde no DISAL.

Educação permanente para os trabalhadores incluindo a questão da dimensão de saúde articulando os processos que vão para além de processos fitopatológicos devem ser contemplados.

Outro ponto é a necessidade de valorização do trabalhador de saúde em seu sentido pleno, desde melhorias de condições de trabalhos dignas, a valorização dos processos de desenvolvimento e possibilidades de aprendizados contínuos, ao fortalecimento das redes de trabalho e grupos de discussão de estudos e interação para fortalecimento e vínculo de equipe; melhorias salariais contínuas e investimento em saúde do trabalhador.

Constatamos fragilidades na dimensão do controle social, uma vez que os Conselhos Gestores Locais não funcionam como órgão deliberativo da demanda da saúde desse território, porque é na base local que esse controle deve iniciar mais esses processos. É necessário fortalecer os Conselhos Gestores Locais nas unidades. A questão da cogestão e corresponsabilidade na unidade abarcando gerentes, trabalhadores e usuários é um desafio. Quando há mudança na gestão, identificamos a necessidade de uma política de transição de gestão para que haja continuidade nas ações, mas, sobretudo, esse estudo propõe ser crítico-propositivo com estratégias para a gestão do trabalho no DISAL na dimensão de melhorias da qualidade dos serviços prestados a população.

Ainda há fragilidades no desenvolvimento de trabalho em equipe e desafios para que esse trabalho seja melhor consolidado. Nesse sentido, é importante a cogestão como um dos instrumentos de melhorias. Sabemos que há dois contextos envolvidos nesses processos que são interrelacionados: o da macrogestão e o da microgestão.

Corroboramos com a leitura e o debate de Merhy sobre que a gestão é mexer com cabeças. Não é fácil, envolve jogo de interesses dos diversos atores e intencionalidades distintas. Esses entraves de posturas e dimensões ético-política frágeis de alguns, acarretam dificuldade para todo o contexto do cotidiano dos serviços. São barreiras que devem ser cotidianamente lutada pelos que acreditam e tem interesse em fortalecer e implantar o SUS como é preconizado pela Constituição de 1988. Falar em gestão do trabalho é pensar que há dificuldades, mas que deve ser fortalecida a NOB-RH-SUS, pois os desafios devem ser encarrados todos os dias para que possamos rompê-los e superá-los, mesmo com contexto de desmonte das políticas públicas, não podemos silenciar a luta pelo direito à saúde e defesa do SUS com qualidade.

Nesse contexto, é preciso fortalecer o controle social para romper com essas posturas que não condizem com o que é necessário para a qualidade dos serviços. Quando verificamos que há pouco conhecimento dessas esferas de controle social e que ainda há fragilidade nos processos que nele são envolvidos, torna um contraste de que não basta fortalecer a discussão dentre os membros da gestão dos servidores, mas estendê-las a todos os representantes.

À luz do que foi tratado, podemos inferir como prospecção futuras: mais investimento e fiscalização em manutenção do patrimônio físico; ampliação da cobertura com mais unidades básicas em Manaus, sobretudo, na Zona Leste; fortalecimento da dimensão de integralidade cobrando mais cobertura nas demais esferas responsáveis pela média e alta complexidade em

saúde. E a esfera municipal voltar-se mais a atenção básica, incentivo via oficinas ou outros formatos de educação em saúde sobre metodologias de gestão participativa; de cogestão e de vínculos voltadas às unidades básicas.

Todos esses apontamentos acima listados estão imbricados. Quando pensamos que há intensidade do setor saúde, há uma multiplicidade de fatores para pensar propositura e ações de superação de desafios. As realidades das unidades básicas estão fincadas no cotidiano no agir em saúde e apresentam além dos impactos da macropolítica, determinações únicas da micropolítica em saúde, sempre em construção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES, Rosana Freitas; SENNA, Mônica de Castro Maia. Avaliação dos Serviços de Saúde sob a ótica da integralidade. In: SENNA, Mônica de Castro Maia; et al (organizadoras). **Serviço Social na saúde coletiva:** reflexões e práticas. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

ARAÚJO, Paulo Ricardo da Rocha. Os desafios da longevidade: (des) construções de paradigmas sobre qualidade de vida. In: FALEIROS, Vicente de Paula; LOUREIRO, Altair Macedo Lahud (org.) **Desafios do envelhecimento:** vez, sentido e voz. Brasília: editora Universa, 2006.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BENAYON, Noval. **Subordinação reiterada**: imperialismo e subdesenvolvimento no Brasil. Manaus: EDUA, 2006.

BARATA, Rita Barradas. Condições de Saúde da População Brasileira**.** In: GIOVANELLA, Ligia et. al. (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** RJ: ed. FIOCRUZ/CEBES, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde**. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB-RH-SUS)**. 3ed. Ver. Atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Gestão do trabalho na saúde.** Coleção para entender a gestão do trabalho no SUS, v.5. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Gestão do trabalho e da educação na saúde.** Coleção para entender a gestão do trabalho no SUS, v.9. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. **Decreto 7508 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 a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990.** Dispõe sobre as a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. **Lei 10.741 de 1º de Outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z:** garantindo saúde nos municípios. 3.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Série F. Comunicação e Educação em Saúde.

BAUMAN,ZYGMUNT. **44 Cartas do mundo líquido moderno**. Tradução: Vera Pereira. Rio de Janeiro: Zahar,2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais.4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CAMPOS, Maria Cristina Siqueira. A montagem de um projeto de pesquisa. In: LANG, Alice Beatriz da Silva Gordo. **Desafios da Pesquisa na área das ciências sociais**. São Paulo: CERU,2001.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant. Gestão Social: alguns apontamentos para o debate. In: Rico, Elizabeth de Melo e RAICHELIS, Raquel (orgs.). **Gestão Social**: uma questão em debate. São Paulo: EDUC, IEE, 1999.

CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. A gerência na prática programática. In: SCHRAIBER, Lilia B; NEMES B., Maria Inês; MENDES- GONÇALVES, Ricardo Bruno (org.). **Saúde do Adulto:** Programas e Ações na Unidade Básica. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Participação Social. In: GIOVANELLA, Ligia et. al. (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** RJ: ed. FIOCRUZ/CEBES, 2008.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FLEURY, Sonia**. Reforma Sanitária brasileira**: dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciência & Saúde coletiva. n.14, Rio de Janeiro.2009.

FLEURY, Sônia; OUVERNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Ligia et. al. (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** RJ: ed. FIOCRUZ/CEBES, 2008.

FREITAS, Elizabete Viana de. Demografia e Epidemiologia do Envelhecimento. In: PY, Lígia; et all (org.) **Tempos de Envelhecer:** percursos e dimensões psicossociais. 2. ed. São Paulo: editora Holambra, 2006.

GIOVANELLA, Lígia e MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à saúde. In: GIOVANELLA, Ligia et. al. (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** RJ: ed. FIOCRUZ/CEBES, 2008.

GONDIN, Grácia Maria de Miranda et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de et al (org). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GOLDMAN, Sara Nigri. As dimensões sóciopolíticas do envelhecimento. In: PY, Lígia; et all (org.) **Tempos de Envelhecer:** percursos e dimensões psicossociais. 2. ed. São Paulo: editora Holambra, 2006.

GIATTI, L. et al. **Manaus:** uma análise ecossistêmica através de indicadores de sustentabilidade ambiental e de saúde. Fiocruz, 2011.

HARVEY, David. **Espaços de esperança.** Edições Loyola, São Paulo: 2004

IANNI, Otávio. A questão social. In: **A ideia de Brasil Moderno**. São Paulo: brasiliense, 1992.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=13. Acesso em setembro de 2015.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde como processo social**.** *"La salud-enfermedad como processo social".* **Revista *Latioamericana de Salud*,** México, 2,1982, Trad. E.D.Nunes

LIMA, Ângela Maria Machado (et all).Saúde no Envelhecimento . In: SCHRAIBER, Lilia B; NEMES B., Maria Inês; MENDES- GONÇALVES, Ricardo Bruno (org.). **Saúde do Adulto**: Programas e Ações na Unidade Básica. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Ligia et. al. (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ed. FIOCRUZ/CEBES, 2008

MACHADO, Maria Helena. Trabalho e emprego em saúde. In: GIOVANELLA, Ligia et. al. (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** RJ: ed. FIOCRUZ/CEBES, 2008.

MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, Classe Social e Status.** Traduzido por Meton Porto Gadelha. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MARTINS, Jéssica Marinho e SASSAKI, Yoshiko. **A integralidade dos serviços de saúde voltados aos idosos e a rede sócioassistencial na atenção terciária** (Hospital Universitário Getúlio Vargas e Hospital E Pronto Socorro João Lúcio) de saúde de Manaus. Programa Institucional de Iniciação Científica. Manaus: UFAM, 2013.

MATTOS, Rubens Araújo. A integralidade na prática (ou sobre a prática de integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.5, Rio de Janeiro. 2004.

MEHRY, Emerson Elias e ONOCKO, Rosana (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa Social:** Teoria, método e criatividade. 30. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

MONKEN, Maurício et al. O território na Saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, Ary Carvalho de et al (org). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

NEMES, Maria Ines Baptistella. Prática Programática em Saúde. In: SCHRAIBER, Lilia B; NEMES B., Maria Inês; MENDES- GONÇALVES, Ricardo Bruno (org.). **Saúde do Adulto**: Programas e Ações na Unidade Básica. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

OUVERNEY, A Assis Mafort; NORONHA, José Carvalho. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz /Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 143-182. ISBN 978-85-8110-017-3. Disponível em: SciELO Books <http://books.scielo.org>.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária e a municipalização. **Saúde e Sociedade**, 1992.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Ligia et. al. (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** RJ: ed. FIOCRUZ/CEBES, 2008.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Estado, regulação social e controle democrático. In: PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira; BRAVO, Maria Inês Souza. **Política Social e democracia**. 5 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

PONTE, Carlos Fidélis, org.(et all) **Na corda bamba de sombrinha** : a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

QUEIROZ, Roosevelt Brasil. Formação e gestão de políticas públicas. In: QUEIROZ, Roosevelt Brasil. **Formação e gestão de políticas públicas**. Curitiba: Ibpex, 2009.

SANTOS, Maria das Graças dos. Políticas Públicas: Contribuições para o Debate. In: KAANE, R; FILHO, A.F, FERREIRA, M. das G. **Gestão Pública**: Planejamento, processos, sistemas de informação e pessoas. São Paulo: Atlas, 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO AMAZONAS. **Relatório Anual de Gestão-2013.** Amazonas, 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE MANAUS. **Relatório Anual de Gestão- 2015.** Manaus, 2015.

SILVA, Heloísa Helena Corrêa da et al. **Estado/ Sociedade e o Controle Social.** In: Divers@ Revista Eletrônica Interdisciplinar, Matinhos, v.1, n.1, p.23-39, jul./dez. 2008.

SCHRAIBER, Lilia Blima; MENDES- GONÇALVES, Ricardo Bruno. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER, Lilia B; NEMES B., Maria Inês; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno (org.). **Saúde do Adulto:** Programas e Ações na Unidade Básica. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

SCHWEICKARDT, Júlio César et al (organizadores). **Educação permanente em gestão regionalizada da saúde:** saberes e fazeres do território do Amazonas. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

SOARES, S.R.; BERNARDES, R. S.; NETTO, O.M.C. **Relações entre saneamento saúde pública e meio ambiente**: elementos para formulação de um modelo de planejamento e saneamento. Cadernos de Saúde Pública, n. 18, v. 06, 2002.

SORIANO, Raúl R**. Manual de Pesquisa Social.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

TRAVASSOS, Cláudia e CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, Ligia et. al. (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** RJ: ed. FIOCRUZ/CEBES, 2008.

TURA, Luís Fernando Rangel et al. Envelhecimento, práticas sociais e políticas públicas. In: LOPES, Manuel José et orgs. **Envelhecimento: estudos e perspectivas**. São Paulo: Martinari, 2014.

VERAS, Renato. Idoso: a aprendizagem continuada e a função social das UnATIS. IN: BRASIL, Cristiane (org) **Viver é a melhor opção**: envelhecer faz parte. Rio de Janeiro: Quartet, 2012.

WANDERLEY, Luiz Eduardo W. A questão social no contexto da globalização: o caso latino-americano e o caribenho. In: BELFIORE-WANDERLEY, Mariangela et al orgs. **Desigualdade e a questão social**. 2 ed. rev. e ampliada. São Paulo: EDUC, 2004.

WORTHEN, Blaine R. et al. O objetivo, os usos e as distinções conceituais básicos da avaliação. In: WORTHEN, Blaine R. et al. **Avaliação de programas**: concepções e práticas. São Paulo: Editora Gente,2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTAL DE PESQUISA VOLTADO AOS IDOSOS.

Data:____/____/____
Instrumento nº. _____

INSTRUMENTAL A: Formulário aplicado aos idosos que tenham frequentado uma das unidades selecionadas pelo menos 01 vez durante os últimos 06 meses; ter usado algum serviço pelo menos 01 vez no último semestre e residam na zona leste.

1. Identificação
Idade:
Sexo: [ ] Feminino [ ] Masculino

2. Reside em qual bairro da Zona Leste?
Armando Mendes ( ) Colônia Antônio Aleixo ( ) Coroado( ) Distrito Industrial() Gilberto Mestrinho( ) Jorge Teixeira( ) Mauazinho( ) Puraquequara( )
São José ( ) Tancredo Neves( ) Zumbi dos Palmares( ) Outro_____

Perguntas:

1. Que serviços de saúde o (a) senhor (a) utiliza nessa unidade de saúde?
( ) consulta com enfermeiro ( ) atendimento com assistente social
( ) farmácia ( ) vacinação ( ) Consulta com médico
( ) serviços ondontológicos <com dentista>
( ) Grupo de saúde do idoso ( )
( ) todos os acima citados ( ) outros_____

2. Quando procura atendimento de saúde nessa unidade consegue de modo fácil?
( ) sim ( ) a maioria das vezes ( ) raramente ( ) não

2.1 Há dificuldade pra acessar algum serviço? Se sim, quais são essas dificuldades?
_____
_____

3. Participa das atividades como palestras, programa de saúde do idoso, grupos de idosos e reuniões nessa unidade de saúde? Se sim, ajudam na melhoria dos serviços e atendimento?
_____
_____

4. A forma como é organizado o trabalho em equipe dessa unidade facilita seu atendimento
( ) sim ( ) a maioria das vezes ( ) raramente ( ) não

5. O que é bom no trabalho da equipe dessa unidade?
_____
_____

6. O que precisa melhorar no trabalho em equipe dessa unidade?

_____
_____

7. Em geral como avalia o trabalho desenvolvido pela equipe?
( ) ótimo ( ) bom ( ) regular ( ) ruim ( ) péssimo

7.1 Já foi ouvido e participou de alguma forma para avaliar o atendimento da equipe dessa unidade? Se sim, como foi ouvido?

_____
_____

8. O que a equipe de trabalho poderia fazer para melhorar os serviços e o atendimento dessa unidade?

_____
_____

9. Quando tem reclamação ou sugestão para serviço/atendimento de saúde consegue fazer de que forma? Acredita que é ouvido?

_____
_____

10. Já ouviu falar em Conselho de Saúde nessa unidade? Se sim, participa e conhece o que é feito no Conselho?

_____
_____

11. O senhor considera que participa de alguma forma no planejamento de como serão os serviços e o atendimento dessa unidade?
( ) sim ( ) a maioria das vezes ( ) raramente ( ) não

12 (Em caso de sim na resposta acima) em que e como o senhor participa do planejamento de como serão os serviços e o atendimento dessa unidade?

_____
_____

13. Como o senhor gostaria de ser ouvido e como o senhor gostaria de participar da organização dos serviços e do atendimento da equipe nessa unidade?

_____
_____

APENDICE B – INSTRUMENTAL DE PESQUISA VOLTADO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Data:____/____/____
Instrumento nº. _____

INSTRUMENTAL B: Roteiro de entrevista para ser aplicado aos profissionais técnico-operativo das unidades selecionadas que estão por no mínimo 01 ano exercendo o cargo na unidade selecionada, e tenham participado de pelo menos 1 reunião com a gestão da unidade selecionada, no mínimo 2 anos empregado na Secretaria.

Identificação
1. Sexo: [ ] Feminino [ ] Masculino

2. Titulação [ ] Pós – Doutorado. [ ] Doutorado [ ] Mestrado [ ] Especialização [ ] Graduação [ ] Ensino Médio ou Curso Técnico
2.1 Em caso de nível superior Formação:_____

3. Vínculo Institucional: [ ] Servidor efetivo [ ] Contratado [ ] Terceirizado [ ] Outros_____

4. Função:_____
5. Tempo na Função: ( ) anos
6. Tempo na função na unidade selecionada ( ) anos

Perguntas:

1. Quais são os serviços profissionais que realiza junto aos idosos nessa Unidade de Saúde?
_____
_____

1.1 Caracterize suas atividades privativas no trabalho em equipe
_____
_____

2.1 Como é caracterizado o trabalho em equipe nessa unidade?
_____
_____

2.2 Como avalia o trabalho em equipe dessa unidade?
_____
_____

2.3 Já tinha experiência de trabalho em equipe em outra equipe anteriormente? Onde? Essa experiência facilita o trabalho desenvolvido na sua unidade atual?
_____
_____

3. Quais são as dificuldades existentes no trabalho em equipe dessa unidade?
_____
_____

4. Quais são as estratégias utilizadas para superar essas dificuldades?

_____
_____

5. Há avanços no trabalho em equipe? Se sim, quais?

_____
_____

6. Como é feito e quais são as estratégias operacionais do trabalho em equipe voltado à população idosa?

_____
_____

8. Caracterize as relações cotidianas do trabalho em equipe.

_____
_____

8.1. Há dificuldades na vivência cotidiana do trabalho em equipe? Se sim, quais?

_____
_____

9. Fale sobre como estão suas condições de trabalho: planejamento de suas atividades, participação em atividades de capacitação; tem espaço individual para desenvolver suas atividades?

_____
_____

10. De modo geral, poderia mensurar em um conceito suas condições de trabalho?
( ) ótima ( ) boa ( ) regular ( ) complicada

11. A forma como é organizado o trabalho facilita o atendimento? Se sim, como? Se não, por quê?

_____
_____

12. Como é elaborado o planejamento do trabalho em equipe? Destaque esse planejamento também para os serviços voltados aos idosos

_____
_____

13. Como é elaborada a avaliação do trabalho em equipe?

_____
_____

14. Quais as dificuldades de gestão do trabalho na unidade para os trabalhadores?

_____
_____

14.1. Quais estratégias vêm sendo tomadas para a superação dessas dificuldades?

_____
_____

15. Há canais de participação dos trabalhadores na gestão da unidade? Quais?

_____
_____

16. Há conselho gestor local nessa unidade? Se sim, você participa de que maneira?

_____
_____

17. Participa de capacitações continuadas ofertadas pela unidade e pela Semsa? De que outra forma atualiza seus conhecimentos profissionais e de saúde de modo geral?

_____
_____

APÊNDICE C- INSTRUMENTAL DE PESQUISA VOLTADO AOS DIRETORES DE UNIDADE DE SAÚDE

Data:____/____/____
Instrumento nº. _ _____

INSTRUMENTAL C: Roteiro de entrevista para ser aplicado aos responsáveis pela gerência das unidades selecionadas que estão por no mínimo 01 ano exercendo o cargo de gestão e com no mínimo participaram pelo menos uma vez de reunião com o Disa Leste.

Identificação
1. Sexo: [ ] Feminino [ ] Masculino

2. Titulação [ ] Pós – Doutorado. [ ] Doutorado [ ] Mestrado [ ] Especialização [ ] Graduação [ ] Ensino Médio ou Curso Técnico
2.1 Em caso de nível superior Formação:_____

3. Vínculo Institucional: [ ] Servidor efetivo [ ] Contratado [ ] Terceirizado [ ] Outros_____

4. Função:_____
5. Tempo na Função: (_____)

Perguntas:

1. Como é a metodologia de planejamento da sua unidade? (Destaque como são planejados e desenvolvidos as ações e os serviços na sua Unidade de Saúde)

_____
_____

2 Há canais de participação dos usuários? Se sim, quais?

_____
_____

2.1 Quais são os atores envolvidos nas ações de gestão da sua unidade? Considera as demandas desses atores para o planejamento da unidade?

_____
_____

2.2 Quais as estratégias de controle social e de criação de canais de participação dos profissionais e dos usuários realizadas para a organização do trabalho em sua unidade?

_____
_____

3. Quais são os desafios e as dificuldades para a gestão dessa unidade de saúde? E no que se refere aos serviços de saúde voltados aos idosos, quais são os desafios?

_____
_____

4. Quais são as estratégias para enfrentar esses desafios e essas dificuldades?

_____
_____

5. Quais são os avanços na gestão dessa unidade de saúde? E no que se refere aos serviços de saúde voltados aos idosos, quais são os avanços?

_____
_____

6. A forma como é organizado o trabalho em equipe facilita o atendimento da unidade? Se sim, como? Se não, por quê?

_____
_____

7. Como é elaborado o planejamento do trabalho em equipe da sua unidade? (Destaque as ações e os serviços da equipe)E na sua unidade de saúde?

_____
_____

8. Quais são as estratégias para o conhecimento das demandas dos usuários idosos? E feito registro dessas demandas? Se sim, como?

_____
_____

9. Há desenvolvimento de cursos de aperfeiçoamento de profissional para geriatria e gerontologia nessa unidade? Se sim, quais e qual a forma de ingresso dos servidores?

_____
_____

9.1. Há oferta de capacitação continuada aos profissionais da unidade? Se sim, como é realizada?

_____
_____

10. Como é feita a avaliação do trabalho em equipe na unidade?

_____
_____

11. Quais as dificuldades da gestão do trabalho nessa unidade que enfrenta enquanto gerente da mesma?

_____
_____

11.1 Quais as estratégias que vem sendo pautadas para a superação dessas dificuldades?

_____
_____

12. Há demandas conflituosas no cotidiano da unidade? Se sim, como faz para resolvê-las?

_____
_____

13. Considera a equipe de trabalho (quantidade e qualidade) dos profissionais suficiente para o atendimento das demandas? Por quê?

_____
_____

14. Como direciona as demandas dos trabalhadores e dos usuários (destaque os idosos) para o Distrito Sanitário Leste?

_____
_____

15. Há Conselho Gestor Local nessa unidade? Se sim, como funciona? Se não, quais as estratégias para a criação do mesmo?

_____
_____

16. Em geral, como funcionam os mecanismos e os canais de participação na organização do trabalho dessa unidade?

_____
_____

APÊNDICE D- TCLE- IDOSOS

Universidade Federal do Amazonas – UFAM
Instituto de Ciências Humanas e Letras
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PESSOAS IDOSAS

O (a) Sr (a) está sendo convidado para participar na condição de entrevistado da pesquisa intitulada: **"A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE:** AS IMPLICAÇÕES NO CUIDADO DA POPULAÇÃO IDOSA DO DISTRITO SANITÁRIO LESTE DE MANAUS". A pesquisadora responsável é Jéssica Marinho Martins Sakuta, mestranda do Programa de Pós Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Para qualquer informação, o (a) Sr (a) poderá encontrá-la no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas localizada na Rua: General Rodrigo Otávio - nº. 3000 - Japiim I, Manaus/AM. Poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (92) 3305 – 4579 ou (92) 98214-0353 ou e-mail: jmm.jessicamarinho@gmail.com.br. Destaca-se que a orientadora da mestranda é a profa. Dra. Yoshiko Sassaki, com quem o (a) Sr (a) poderá entrar em contato para qualquer informação no Programa de Pós Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM localizado na rua: General Rodrigo Otávio - nº. 3000 - Japiim I, Manaus/AM, telefone (92) 3305 – 4579, ou pelo e-mail: sassakiyo@uol.com.br.

A pesquisa tem como objetivo geral: - avaliar a gestão do trabalho em saúde e suas implicações no cuidado de saúde da população idosa nas unidades básicas do distrito sanitário leste em Manaus, Amazonas. Apresenta como objetivos específicos: - Descrever os serviços e programas voltados às pessoas idosas nas unidades de saúde dos bairros do distrito leste;- Identificar como está organizada a gestão do trabalho em saúde voltada à pessoa idosa nessas unidades selecionadas;- Caracterizar o trabalho multiprofissional da equipe de saúde que se volta o cuidado de saúde da pessoa idosa nas unidades selecionadas;- Desvelar as implicações dessa gestão do trabalho sobre as condições de cuidado à saúde das pessoas idosas usuárias dos serviços dessas unidades de saúde selecionadas.

Informamos que conforme Res. 466/12, toda pesquisa com seres humanos pode envolver riscos, sejam eles desconforto, constrangimento, mal estar ao responderem ao questionário, contudo a pesquisadora se compromete em minimizar tais riscos, caso venha a ocorrer, assegurando aos participantes da pesquisa encaminhamento e acompanhamento por profissionais (Psicólogo, Assistente Social etc.), sem que acarrete nenhum ônus ao participante. Obedecendo aos critérios éticos de confidencialidade das informações prestadas e sigilo da identidade dos participantes. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardados em sigilo. Caso haja algum constrangimento, asseguraremos aos participantes da pesquisa as condições de acompanhamento, tratamento, assistência integral e orientação, o direito a indenizações e cobertura material para reparação a dano se o houver e for causado pela pesquisa ao participante da pesquisa, se assim o for necessário. O participante terá direito a ressarcimento não apenas aqueles relacionados a "transporte" e "alimentação", mas a tudo o que for necessário ao estudo, se assim o for necessário, conforme preconiza Res. 466/12.

Sua participação é inteiramente voluntária, uma vez que não será oferecida qualquer quantia em dinheiro ou em espécie como forma de pagamento à sua participação. O local, horário a e data da pesquisa serão combinados com antecedência entre pesquisador e entrevistado.

Os benefícios relacionados com a sua participação na pesquisa, referem-se aos possíveis resultados sociais a serem alcançados, tendo em vista que a mesma poderá sinalizar alternativas de melhoria aperfeiçoamento da gestão em saúde nos serviços voltados a pessoa idosa no Distrito Sanitário Leste da Secretaria Municipal de Saúde-SEMSA, através da avaliação da gestão do trabalho em saúde e suas implicações no cuidado de saúde da população idosa. Ainda como benefício o detalhamento do modo como está organizada a gestão do trabalho em saúde voltada à pessoa idosa nessas unidades selecionadas e do modo como é caracterizado o trabalho multiprofissional da equipe de saúde nas unidades selecionadas, possibilitando o fortalecimento do SUS na dimensão de sinalizações de melhorias à qualidade dos serviços de saúde.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora e com a orientadora, nos endereços acima citados ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 4950, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-1181 ramal 2004, celular 99171-2496 e email cep.ufam@gmail.com.

Consentimento Pós- Informação

Eu,_____, após a leitura deste documento, estou ciente dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, apresento minha concordância de livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa como informante. Esse termo será assinado em duas vias, uma será entregue ao participante e outra ficará com a pesquisadora responsável.

_____ Data: ___/ ____/ _____ Assinatura do participante

Impressão Datiloscópica

_____
Assinatura da Pesquisadora Responsável

_____
Assinatura da Orientadora

APÊNDICE D- TCLE- PROFISSIONAIS

Universidade Federal do Amazonas – UFAM
Instituto de Ciências Humanas e Letras
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFISSIONAIS

O (a) Sr (a) está sendo convidado para participar na condição de entrevistado da pesquisa intitulada: **"A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE:** AS IMPLICAÇÕES NO CUIDADO DA POPULAÇÃO IDOSA DO DISTRITO SANITÁRIO LESTE DE MANAUS". A pesquisadora responsável é Jéssica Marinho Martins Sakuta, mestranda do Programa de Pós Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Para qualquer informação, o (a) Sr (a) poderá encontrá-la no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas localizada na Rua: General Rodrigo Otávio - nº. 3000 - Japiim I, Manaus/AM. Poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (92) 3305 – 4579 ou (92) 98214-0353 ou e-mail: jmm.jessicamarinho@gmail.com.br. Destaca-se que a orientadora da mestranda é a profa. Dra. Yoshiko Sassaki, com quem o (a) Sr (a) poderá entrar em contato para qualquer informação no Programa de Pós Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM localizado na rua: General Rodrigo Otávio - nº. 3000 - Japiim I, Manaus/AM, telefone (92) 3305 – 4579, ou pelo e-mail: sassakiyo@uol.com.br.

A pesquisa tem como objetivo geral: - avaliar a gestão do trabalho em saúde e suas implicações no cuidado de saúde da população idosa nas unidades básicas do distrito sanitário leste em Manaus, Amazonas. Apresenta como objetivos específicos: - Descrever os serviços e programas voltados às pessoas idosas nas unidades de saúde dos bairros do distrito leste;- Identificar como está organizada a gestão do trabalho em saúde voltada à pessoa idosa nessas unidades selecionadas;- Caracterizar o trabalho multiprofissional da equipe de saúde que se volta o cuidado de saúde da pessoa idosa nas unidades selecionadas;- Desvelar as implicações dessa gestão do trabalho sobre as condições de cuidado à saúde das pessoas idosas usuárias dos serviços dessas unidades de saúde selecionadas.

Informamos que conforme Res. 466/12, toda pesquisa com seres humanos pode envolver riscos, sejam eles desconforto, constrangimento, mal estar ao responderem ao questionário, contudo a pesquisadora se compromete em minimizar tais riscos, caso venha a ocorrer, assegurando aos participantes da pesquisa encaminhamento e acompanhamento por profissionais (Psicólogo, Assistente Social etc.), sem que acarrete nenhum ônus ao participante. Obedecendo aos critérios éticos de confidencialidade das informações prestadas e sigilo da identidade dos participantes. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardados em sigilo. Caso haja algum constrangimento, asseguraremos aos participantes da pesquisa as condições de acompanhamento, tratamento, assistência integral e orientação, o direito a indenizações e cobertura material para reparação a dano se o houver e for causado pela pesquisa ao participante da pesquisa, se assim o for necessário. O participante terá direito a ressarcimento não apenas aqueles relacionados a "transporte" e "alimentação", mas a tudo o que for necessário ao estudo, se assim o for necessário, conforme preconiza Res. 466/12.

Sua participação é inteiramente voluntária, uma vez que não será oferecida qualquer quantia em dinheiro ou em espécie como forma de pagamento à sua participação. O local, horário a e data da pesquisa serão combinados com antecedência entre pesquisador e entrevistado.

Os benefícios relacionados com a sua participação na pesquisa, referem-se aos possíveis resultados sociais a serem alcançados, tendo em vista que a mesma poderá sinalizar alternativas de melhoria aperfeiçoamento da gestão em saúde nos serviços voltados a pessoa idosa no Distrito Sanitário Leste da Secretaria Municipal de Saúde-SEMSA, através da avaliação da gestão do trabalho em saúde e suas implicações no cuidado de saúde da população idosa. Ainda como benefício o detalhamento do modo como está organizada a gestão do trabalho em saúde voltada à pessoa idosa nessas unidades selecionadas e do modo como é caracterizado o trabalho multiprofissional da equipe de saúde nas unidades selecionadas, possibilitando o fortalecimento do SUS na dimensão de sinalizações de melhorias à qualidade dos serviços de saúde.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora e com a orientadora, nos endereços acima citados ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua

Teresina, 4950, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-1181 ramal 2004, celular 99171-2496 e email cep.ufam@gmail.com.

Consentimento Pós- Informação

Eu,_____, após a leitura deste documento, estou ciente dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, apresento minha concordância de livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa como informante. Esse termo será assinado em duas vias, uma será entregue ao participante e outra ficará com a pesquisadora responsável.

( ) Aceito que seja feito o registro fonográfico em entrevista com uso de gravador

( ) Não aceito que seja feito o registro fonográfico em entrevista com uso de gravador

_____ Data: ___/ ____/ _____ Assinatura do participante

_____
Assinatura da Pesquisadora Responsável

_____
Assinatura da Orientadora

APÊNDICE E- QUADRO DE CONSTRUÇÃO DO OBJETO E DEFINIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Itens	Caracterização	Detalhamento
Tema	Gestão do trabalho em saúde	
Delimitação do tema	Análise da *gestão do trabalho em saúde* e as suas implicações no cuidado de saúde da população idosa, tendo como lócus as unidades básicas do Distrito sanitário leste de Manaus (DISAL).	
Objeto de estudo	Visa desvelar a eficácia ou não da gestão do trabalho no SUS em unidades básicas do DISAL como estratégia da gestão do próprio SUS, bem como quais são os contrapostos dessa gestão nos serviços voltados aos idosos.	
Problematização Questão norteadora central	Quais as implicações da gestão do trabalho sobre o cuidado de saúde da população idosa nas unidades básicas do distrito sanitário leste (DISAL) em Manaus, Amazonas?	
Questões específicas	Quais os serviços e programas voltados às pessoas idosas ofertados nas unidades de saúde selecionadas dos bairros do distrito zona leste? Como está organizada a gestão de trabalho em saúde nas unidades básicas de saúde do DISAL selecionadas pela pesquisa? Como está organizado o trabalho multiprofissional da equipe de saúde que se volta para atenção à pessoa idosa nas unidades selecionadas? Quais as implicações da gestão do trabalho sobre as condições de cuidado na saúde das pessoas idosas usuárias dos serviços dessas unidades de saúde selecionadas?	
Objetivos	Geral: - Avaliar a gestão do trabalho em saúde e suas implicações no cuidado de saúde da população idosa nas unidades básicas do distrito sanitário leste em Manaus, Amazonas.	Específicos: - Descrever os serviços e programas voltados às pessoas idosas nas unidades de saúde dos bairros do distrito leste; - Identificar como está organizada a gestão do trabalho em saúde voltada à pessoa idosa nessas unidades selecionadas;

		- Caracterizar o trabalho multiprofissional da equipe de saúde que se volta o cuidado de saúde da pessoa idosa nas unidades selecionadas; - Desvelar as implicações dessa gestão do trabalho sobre as condições de cuidado à saúde das pessoas idosas usuárias dos serviços dessas unidades de saúde selecionadas;
Marco teórico	O estudo se apoiará na abordagem crítica do materialismo histórico dialético, que indica conceber o objeto de estudo no processo investigativo como uma determinação histórica, onde a realidade deve ser concebida em sua totalidade, em que as relações sociais se manifestam de forma contraditória na sociedade. Essa perspectiva fundamentará o entendimento teórico das principais categorias de análise do estudo.	
Método	**Abordagem qualitativa** de levantamento de dados e/ou informações por meio da técnica de **estudo de caso**. Bem como uso de **dados de fonte secundárias quantitativos** da Secretaria Municipal de Saúde sobre o tema.	Estudo de caso a ser realizado por meio dos seguintes levantamentos de dados e/ou informações: ✓ Bibliográfico ✓ Documental ✓ Campo
Procedimentos metodológicos da pesquisa de campo	Lócus da pesquisa Universo e amostra	1. Secretarias Municipal de Saúde, Unidades básicas do Distrito Sanitário Leste. **2. Universo:** No Disa Leste, a Semsa possui 58 unidades de saúde na zona leste: 1 centro de especialidades odontológicas,1 centro de atenção psicossocial infanto-juvenil; 1 laboratório distrital, 16 unidades básicas de saúde tradicionais (sendo 1 unidade básica de saúde convertida), 3 unidades básicas de saúde da família ampliadas, 23 unidades básicas de saúde da família 32mm; 2 unidades básicas de saúde da família 32mm inseridas; 10 Unidades básicas de saúde da família 132mm. De um universo de 16 unidades básicas tradicionais, selecionaremos uma amostragem intencional de 03 unidades, segundo critério de ter serviços voltados às pessoas idosas; que tenha conselho gestor local: duas unidades básicas (**Unidade Básica de Saúde Dr. José Amazonas Palhano**, localizada no bairro São Jose; e **Unidade Básica João Nogueira da**

		Matta, localizada no bairro Zumbi) e uma unidade básica de saúde convertida em NASF (**Unidade Básica de Saúde enfermeira Ivone Lima** dos Santos, localizada no bairro Coroado III).
	Seleção dos Sujeitos de pesquisa (Critérios de inclusão dos sujeitos na amostra)	**3 - Sujeitos de pesquisa** Sobre a amostra intencional dos sujeitos da pesquisa, teremos informantes centrais das 03 unidades,: 03 médicos, 03 assistentes sociais, 03 enfermeiros, 03 técnicos de enfermagem, sendo um profissional de cada unidade Dos idosos, 30 idosos (15 mulheres e 15 homens), sendo 10 de cada unidade (5 mulheres e 5 homens). ***Gerentes das unidades básicas selecionadas- 01 de cada unidade*** Critérios de Inclusão: - Profissional que esteja ligado à gestão do Distrito Sanitário de Saúde Leste atuando como gerente das unidades selecionadas Critérios de Exclusão - Estar a menos de 1 ano na unidade selecionada como gerente da unidade selecionada , estar a menos de 2 anos empregado no anos no exercício de suas atividades na Secretaria Municipal de Saúde e não ter participado de nenhuma reunião com o Distrito Sanitário de Saúde Leste. ***Profissionais das unidades básicas selecionadas-*** 03 médicos, 03 assistentes sociais, 03 enfermeiros, 03 técnicos de enfermagem, sendo um profissional de cada unidade. Critérios de Inclusão: - Profissionais das unidades básicas selecionadas: Profissionais da área Médica, Enfermagem e Serviço Social que atuem nas Unidades básicas selecionadas. Critérios de Exclusão - Estar a menos de 2 anos no exercício de suas atividades na Secretaria Municipal de Saúde e a menos de 1 ano na unidade selecionada.

	Abordagem do sujeito de pesquisa de dados e informações Procedimentos técnicos de levantamento Instrumental de pesquisa	***Usuários –*** 30 idosos (15 mulheres e 15 homens), sendo 10 de cada unidade (5 mulheres e 5 homens). Critérios de Inclusão: -Terem frequentado a unidade por pelo menos uma vez no último semestre, fazendo uso de algum serviço de saúde da unidade básica selecionadas. Critérios de Exclusão: - não residirem na zona leste e não estarem em condições de autonomia para responder por algum motivo de saúde, ou serem deficientes auditivos (não possuiremos tradutores em libras) impossibilitando o registro das informações se assim o for o seu estado de saúde. 4-Natureza qualitativa com dados de fontes secundárias quantitativos. 5-observação sistemática e entrevistas semi-estruturada. 6- Roteiro de formulário e de entrevista semi-estruturado, roteiro de análise das informações.
Procedimento de sistematização e analise dos dados	Sistematização Analise dos dados	1. Transcrição e categorização das respostas obtidas na entrevista 2. Codificação, ordenação e classificação dos dados coletados a luz do referencial teórico construído. Em seguida será redigido o texto definitivo correspondente à dissertação de mestrado apresentando os resultados da pesquisa.

ANEXOS

ANEXO A: LISTAGEM DE UNIDADES DE SAÚDE DO DISTRITO LESTE- SEMSA.
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2015. Disponibilizado através de Ofício.

PREFEITURA DE MANAUS SAÚDE
SEMPRE AO SEU LADO

RELAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE - DISTRITO LESTE

DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO - DICAR
Av. Mário Ypiranga, nº 1695
Adrianópolis
Cep: 69057-002
Tel.: 3236-4911

ITEM	CNES	UNIDADE	ESPECIFICAÇÃO	ENDEREÇO	TELEFONE	DIRETOR (a)	E-MAIL
1	7741499	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS PROF. DR. JAIR MACHADO SANTOS DA ROCHA	CEO LESTE	Rua J, Quadra 64, Nº 7 São José - Etapa B	98842-8455	Cátia Baggio da Costa Wanderley	catia_baggio@yahoo.com.br
2	7092415	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL LESTE	CAPS LESTE	Rua Adolfo Ducke, Nº 1221 - Coroado	3644-3201	Elivandra Franco Mendes	elivandra.mendes@pmm.am.gov.br
3	6648096	LABORATÓRIO DISTRITAL LESTE	LABORATÓRIO	Rua J, S/N - São José II	3644-9030	Jander Torres da Silva	jander.silva@pmm.am.gov.br
4	2017865	POLICLÍNICA DR. ANTONIO COMTE TELLES (L-07)	POLICLÍNICA	Rua J, S/N - São José II	3639-7486	Maria Goreth Santos da Silva	maria.goreth@pmm.am.gov.br
5	2012928	UBS CACILDA DE FREITAS	TRADICIONAL	Rua da Penetração, S/N - São José II	3249-7286	Rosana Pontes do Nascimento Ferreira	rosana.ferreira@pmm.am.gov.br
6	2017059	UBS DR JOSÉ AVELINO PEREIRA (L-02)	TRADICIONAL	Rua Cravinho, S/N - Jorge Teixeira	3681-8937	Evaneide Marques Veloso	evaneide.marques@pmm.am.gov.br
7	2013851	UBS DR. GILSON MOREIRA (L-25)	TRADICIONAL	Rua Natal, S/N - Zumbi	3644-9490	Adna Regina Maciel Lopes	adna.lopes@pmm.am.gov.br
8	2015285	UBS DR. JOSÉ AMAZONAS PALHANO	TRADICIONAL	Rua Antonio Matias, S/N - São José II	3644-9879	Eurinete Pinheiro de Santana	eurinete.santana@pmm.am.gov.br
9	2015447	UBS DRA. LUÍZA DO CARMO RIBEIRO FERNANDES	TRADICIONAL	Rodovia BR 319, nº 5585 - Vila da Felicidade	3615-2177	Lucimeyre Viana Martins Guimarães	lucimeyre.guimaraes@pmm.am.gov.br
10	3027163	UBS ENFA IVONE LIMA DOS SANTOS (L-17, L-28, L-35, L-48)	CONVERTIDA	Rua 8 com Laura Vicuna, S/N - Coroado III	3644-5932	Francicléia dos Santos Azevedo	francicleia.azevedo@pmm.am.gov.br
11	2015455	UBS GEBES DE MELO MEDEIROS FILHO	TRADICIONAL	Rua Pirarucu, nº 1000 - Jorge Teixeira III	3638-6622	EM REFORMA	
12	2011921	UBS GERALDO MAGELA	TRADICIONAL	Rua I, S/N - Armando Mendes	3215-5010	Maria do Socorro Alves da Conceição Silva	maria.daconceicao@pmm.am.gov.br
13	2015404	UBS GUILHERME ALEXANDRE	TRADICIONAL	Rua Nova Republica, nº 575 - Col. Ant. aleixo	3618-5145	Anderson Campos Figueiredo	anderson.figueiredo@pmm.am.gov.br
14	2017075	UBS JOÃO NOGUEIRA DA MATTA	TRADICIONAL	Rua Dr. Daniel, S/N - Zumbi	3248-1175	Edson Pereira do Nascimento Júnior	edson.nascimento@pmm.am.gov.br
15	2015439	UBS LAGO DO ALEIXO	TRADICIONAL	Rua Raoul Fulleraou, nº 112 - Col. Ant. Aleixo	3615-9187	Venâncio dos Santos Marinho	venancio.marinho@pmm.am.gov.br
16	2013894	UBS MARIA LEONOR BRILHANTE	TRADICIONAL	Av. Autaz Mirim, S/N - Tancredo Neves	3249-7080	Mirna Magalhães	mirna.magalhaes@pmm.am.gov.br
17	2013800	UBS MAUAZINHO	TRADICIONAL	Av. Rio Negro, S/N Mauazinho	3215-5001	Elizabeth Fariad Jorge dos Santos	elizabeth.santos@pmm.am.gov.br
18	2011816	UBS NOVA ESPERANÇA	TRADICIONAL	Rua Nova Esperança, S/N - Col. Ant. Aleixo	3214-4130	Izabella Marinho Gonzales	izabella.gonzales@pmm.am.gov.br
19	2014807	UBSF AMPLIADA DR PLATÃO ARAUJO (L-20)	CONVERTIDA	Rua Barroso, S/N - Puraquequara	3618-2031	Fracineth Maximo Rodrigues	francineth.rodrigues@pmm.am.gov.br
20	5613094	UBSF AMPLIADA DR. SILAS DE OLIVEIRA SANTOS (L-11, L-12, L-38)	CONVERTIDA	Rua Guaporé, S/N - São José Operário	3631-5884	Vânia Maria Oliveira de Paiva	vania.paiva@pmm.am.gov.br
21	5882664	UBSF AMPLIADA ENFERMEIRA JOSEPHINA DE MELLO (L-39, L-40, L-41)	CONVERTIDA	Rua Cupiuba, S/N - Jorge Teixeira	3681-7213	Ednilda Correa dos Santos	ednilda.santos@pmm.am.gov.br
22	2013916	UBS DR. ALFREDO CAMPOS (EQUIPE 137)	TRADICIONAL	Rua André Araújo, S/N - Zumbi II	3644-2365	Shaira Castro do Vale	shaira.vale@pmm.am.gov.br
23	2015137	L-01	UBSF 32mm	Rua Sumaré, S/N - Valparaíso	3682-5313	NÃO HÁ DIRETOR	

Odete dos Santos Amaral

ANEXO A (CONTINUAÇÃO): LISTAGEM DE UNIDADES DE SAÚDE DO DISTRITO LESTE- SEMSA.
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2015. Disponibilizado através de Ofício.

PREFEITURA DE MANAUS SAÚDE
SEMPRE AO SEU LADO

RELAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE - DISTRITO LESTE

DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO
E REGULAÇÃO - DICAR
Av. Mário Ypiranga, nº 1695
Adrianópolis
Cep: 69057-002
Tel.: 3236-4911

ITEM	CNES	UNIDADE	ESPECIFICAÇÃO	ENDEREÇO	TELEFONE	DIRETOR (a)	E-MAIL
24	2016710	L-02 (UBS AVELINO PEREIRA)	INSERIDA	Rua Sapucaia, S/N - João Paulo III	3638-3238	NÃO HÁ DIRETOR	
25	2015153	L-03	UBSF 32mm	Rua Matusalém, S/N - São Lucas	3682-4180	NÃO HÁ DIRETOR	
26	2015161	L-04	UBSF 32mm	Rua Tancredo Neves, S/N - Tancredo Neves	3681-7114	NÃO HÁ DIRETOR	
27	2015196	L-06	UBSF 32mm	Av. Topázio, nº 165 - Nova Floresta	3214-5251	NÃO HÁ DIRETOR	
28	2015218	L-07 (POLICLÍNICA COMTE TELLES)	INSERIDA	Rua J, S/N - São José II	3249-6285	NÃO HÁ DIRETOR	
29	2015188	L-08	UBSF 32mm	Rua das Palmeiras, nº 07 - Zumbi III	3232-8160	NÃO HÁ DIRETOR	
30	2015234	L-10	UBSF 32mm	Rua Socorro Castro Dutra, nº 24 - Armando	3215-5013	NÃO HÁ DIRETOR	
31	2015021	L-11	UBSF 32mm	Rua Perimetral, S/N - Grande Vitória	3644-2214	NÃO HÁ DIRETOR	
32	2015048	L-13	UBSF 32mm	Rua Q, nº 97 - Santa Inês	3681-8779	NÃO HÁ DIRETOR	
33	2015110	L-14	UBSF 32mm	Rua Papagaio, S/N - Tancredo Neves	3644-9661	NÃO HÁ DIRETOR	
34	2015005	L-16	UBSF 32mm	Av. Buriti, S/N - Ouro Verde	3248-9419	NÃO HÁ DIRETOR	
35	2015013	L-18	UBSF 32mm	Rua do Areal, S/N - Parque Mauá	3215-5014	NÃO HÁ DIRETOR	
36	2014998	L-19	UBSF 32mm	Beco Buriti, S/N - Col. Ant. Aleixo	3215-5016	NÃO HÁ DIRETOR	
37	2014912	L-21	UBSF 32mm	Rua São Paulo, S/N - Jorge Teixeira IV	3248-7997	NÃO HÁ DIRETOR	
38	2014777	L-22	UBSF 32mm	Rua das Tulipas, S/N - Jorge Teixeira I	3681-7186	NÃO HÁ DIRETOR	
39	2014920	L-23	UBSF 32mm	Rua Tarumã, S/N - São José I	3644-9434	NÃO HÁ DIRETOR	
40	2014785	L-24	UBSF 32mm	Rua Nestor da Paz, S/N - Zumbi II	3639-7607	NÃO HÁ DIRETOR	
41	2016990	L-25 (EQUIPE 143)	INSERIDA	Rua São Pedro, S/N - Zumbi dos Palmares I	3638-3238	NÃO HÁ DIRETOR	
42	2014947	L-26	UBSF 32mm	Rua das Angélicas, nº 08 - Jorge Teixeira I	3214-5252	NÃO HÁ DIRETOR	
43	2014793	L-27	UBSF 32mm	Rua São Francisco, S/N - Coroado III	3249-4133	NÃO HÁ DIRETOR	
44	2014815	L-29	UBSF 32mm	Rua Flávio Costa, S/N - Coroado I	3249-2767	NÃO HÁ DIRETOR	
45	2014823	L-30	UBSF 32mm	Beco dos Inocentes, S/N - Coroado I	3249-2917	NÃO HÁ DIRETOR	
46	2014831	L-31	UBSF 32mm	Rua São João, nº 207 - Coroado II	3249-2252	NÃO HÁ DIRETOR	
47	2014645	L-34	UBSF 32mm	Avenida venezuela, S/N - Nova Conquista	3248-6994	NÃO HÁ DIRETOR	
48	2014661	L-36	UBSF 32mm	Rua Vitória Régia, S/N - Grande Vitória	3638-6979	NÃO HÁ DIRETOR	
49	6352383	L-05	UBSF 132mm	Rua Carlos Drumond de Andrade, nº 30 - Tancredo Neves	3249-7136	NÃO HÁ DIRETOR	
50	2015226	L-09	UBSF 132mm	Rua Igarapé Beija-Flor, S/N - Armando Mendes	3215-5011	NÃO HÁ DIRETOR	
51	2014882	L-15	UBSF 132mm	Rua Garcia, nº 76 - Novo Aleixo	3249-2368	NÃO HÁ DIRETOR	
52	2014858	L-32	UBSF 132mm	Rua Jerusalem, S/N - Coroado II	3249-2394	NÃO HÁ DIRETOR	
53	2013010	L-42	UBSF 132mm	Estrada do Puraquequara, S/N - Puraquequara	98842-8694	NÃO HÁ DIRETOR	
54	7476108	L-44	UBSF 132mm	Rua Cinco, S/N - Mauazinho	-	NÃO HÁ DIRETOR	
55	7416628	L-45	UBSF 132mm	Rua Penetração I, S/N - São José	3236-8231	NÃO HÁ DIRETOR	
56	7238177	L-46	UBSF 132mm	Rua 1º de Junho, S/N - Zumbi dos Palmares	3638-6098	NÃO HÁ DIRETOR	
57	7726988	L-47	UBSF 132mm	Rua Beija-Flor, S/N - Cidade de Deus	3248-7887 3084 0543	NÃO HÁ DIRETOR	
58	7675275	L-49	UBSF 132mm	Estrada do Puraquequara Ramal Chico Mendes, S/N - Puraquequara	98842-8730	NÃO HÁ DIRETOR	

ANEXO B: PRODUÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO DISTRITO LESTE (JAN- AGOSTO 2015)

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2015. Disponibilizado através de Ofício.

PREFEITURA DE MANAUS SEMPRE AO SEU LADO SAÚDE

DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO – DICAR
Av. Mário Ypiranga, nº 1695 – Adrianópolis
Manaus - AM
CEP: 69057-002
Tel: 3236-4911 / 3236-2439

Tabela 1 – Totais produzidos pelas Unidades Básicas de Saúde do DISA Leste no período de janeiro a agosto/2015

Procedimento realizado	Total
ABORDAGEM COGNITIVA COMPORTAMENTAL DO FUMANTE (POR ATENDIMEN	189
ACAO COLETIVA DE APLICACAO TOPICA DE FLUOR GEL	18.760
ACAO COLETIVA DE ESCOVACAO DENTAL SUPERVISIONADA	19.627
ACAO COLETIVA DE EXAME BUCAL COM FINALIDADE EPIDEMIOLOGICA	1.040
ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE)	540
ACOES DE REABILITACAO PSICOSSOCIAL	22
ACOLHIMENTO NOTURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSS	1
ADAPTACAO DE PROTESE DENTARIA	1
ADESAO A ASSISTENCIA PRE-NATAL - INCENTIVO PHPN (COMPONENTE	244
ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.	5
ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS EM ATENCAO BASICA (POR PACIENTE)	25.668
AFERICAO DE PRESSAO ARTERIAL	47.649
AJUSTE OCLUSAL	1
ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	51.014
APLICACAO DE CARIOSTATICO (POR DENTE)	54
APLICACAO DE SELANTE (POR DENTE)	142
APLICACAO DE SUPLEMENTOS DE MICRONUTRIENTES	114
APLICACAO DE TESTE P/ PSICODIAGNOSTICO	9
APLICACAO TOPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSAO)	11.212
ASSISTENCIA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NIVEL MEDIO	2.156
ATENCAO AS SITUACOES DE CRISE	1
ATENDIMENTO CLINICO P/ INDICACAO, FORNECIMENTO E INSERCAO DO	2
ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO BASICA	1.612
ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA PACIENTES DE CENTRO DE ATENCAO P	11
ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENCAO PSICOS	651
ATENDIMENTO EM PSICOTERAPIA DE GRUPO	290
ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	1.539
ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESP	311
ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEU	489
ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES NO PRE E POS-OPERA	60
ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS ALTERACOES MOTORAS	3.777
ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENT	62
ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENCAO PSIC	4.619
ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA	783
ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTACAO EM GRUPO NA ATENCAO BASICA	6.145
ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTACAO EM GRUPO NA ATENCAO ESPECIA	160
AVALIACAO ANTROPOMETRICA	90.643
AVALIACAO DE FUNCAO E MECANICA RESPIRATORIA	9
CAPEAMENTO PULPAR	4.158
CATETERISMO VESICAL DE ALIVIO	1
CIMENTACAO DE PROTESE DENTARIA	4
COLETA DE LINFA P/ PESQUISA DE M. LEPRAE	66
COLETA DE MATERIAL P/ EXAME CITOPATOLOGICO DE COLO UTERINO	9.471
COLETA DE MATERIAL P/ EXAME LABORATORIAL	57.962
Total parcial	**361.274**

PREFEITURA DE MANAUS
SEMPRE AO SEU LADO
SAÚDE

DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO – DICAR
Av. Mário Ypiranga, nº 1695 – Adrianópolis
Manaus - AM
CEP: 69057-002
Tel: 3236-4911 / 3236-2439

Tabela 1 – Totais produzidos pelas Unidades Básicas de Saúde do DISA Leste no período de janeiro a agosto/2015 (cont.)

Procedimento realizado	Total
COLETA DE SANGUE P/ TRIAGEM NEONATAL	238
COLETA EXTERNA DE LEITE MATERNO (POR DOADORA)	3
COLPOSCOPIA	195
CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TUBERCULOSE (TRATAMENTO SUPER	859
CONSULTA C/ IDENTIFICACAO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	201
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO BASIC	62.897
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPEC	17.042
CONSULTA MEDICA EM ATENCAO BASICA	127.935
CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	21.252
CONSULTA P/ ACOMPANHAMENTO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	20.692
CONSULTA PARA AVALIACAO CLÍNICA DO FUMANTE	208
CONSULTA PRE-NATAL	14.292
CONSULTA PUERPERAL	685
CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR	230
CONTAGEM DE PLAQUETAS	53.242
CORRECAO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	16
CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO	1
CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	4.312
CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO	290
CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	29.686
CURETAGEM PERIAPICAL	23
DRENAGEM DE ABSCESSO	25
ELETROCARDIOGRAMA	4.715
ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA	59
EVIDENCIACAO DE PLACA BACTERIANA	6.222
EXAMES LABORATORIAIS	493.332
EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	13
EXODONTIA DE DENTE DECIDUO	1.581
EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	2.716
EXODONTIA MULTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE	5
FRENECTOMIA	2
FULGURACAO / CAUTERIZACAO QUIMICA DE LESOES CUTANEAS	13
GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	13
GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	3
GLICEMIA CAPILAR	16.954
GLOSSORRAFIA	1
INALACAO / NEBULIZACAO	9.494
INTADERMORREACAO COM DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD)	8
MAMOGRAFIAS	4.515
MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL P/ CONSTRUCAO DE PROTESE DENTARIA	12
OBTURACAO DE DENTE DECIDUO	7
OBTURACAO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	6
OBTURACAO EM DENTE PERMANENTE COM TRES OU MAIS RAIZES	14
OBTURACAO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	15
Total parcial	**894.024**

PREFEITURA DE MANAUS
SEMPRE AO SEU LADO
SAÚDE

DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO – DICAR
Av. Mário Ypiranga, nº 1695 – Adrianópolis
Manaus - AM
CEP: 69057-002
Tel: 3236-4911 / 3236-2439

Tabela 1 – Totais produzidos pelas Unidades Básicas de Saúde do DISA Leste no período de janeiro a agosto/2015 (cont.)

Procedimento realizado	Total
ODONTOSECCAO / RADILECTOMIA / TUNELIZACAO	7
ORDENHA MAMARIA	29
PRATICA CORPORAL / ATIVIDADE FiSICA EM GRUPO	30
PRATICAS CORPORAIS EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	51
PRATICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENCAO PS	75
PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMATICA	14.618
PROVA DO LACO	771
PULPOTOMIA DENTARIA	206
RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	17
RADIOGRAFIAS	3.149
RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE	24.212
RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	1.759
RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	265
REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PROTESE DENTARIA	8
REMOCAO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)	23
RESTAURACAO DE DENTE DECiDUO	1.799
RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	2.498
RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	6.797
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE AUDITIVA E NASAL	1
RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BASICAS (POR PACIENTE)	6.295
SELAMENTO PROVISORIO DE CAVIDADE DENTARIA	2.615
TERAPIA DE REHIDRATACAO ORAL	140
TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HEPATITE C	649
TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HIV EM GESTANTE	637
TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE INFECCAO PELO HIV	1.155
TESTE RAPIDO PARA SiFILIS	623
TESTE RAPIDO PARA SiFILIS EM GESTANTE	546
TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL	4
TRATAMENTO CIRURGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	12
TRATAMENTO DE ALVEOLITE	10
TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS	1
TRIAGEM OFTALMOLOGICA - PROJETO OLHAR BRASIL	5
ULOTOMIA/ULECTOMIA	17
ULTRASSONOGRAFIA	6.525
VISITA DOMICILIAR/INSTITUCIONAL POR PROFISSIONAL DE NiVEL SU	377
Total parcial	**75.926**
Total geral	**1.331.224**

Fonte: SIA/SUS

Odete dos Santos Amaral
Chefe da Divisão de Gestão de Informação e Análise de Situação de Saúde-DICAR/SEMSA
Mat.: 108.507-6A

ANEXO C: LISTAGEM DE CAPACITAÇÕES DISTRITO LESTE (2015- 2016)

PREFEITURA DE MANAUS

CAPACITAÇÕES DISTRITO DE SAÚDE LESTE - 2015 e 2016

Av. Mário Ypiranga, 1695 – Adrianópolis – Manaus – AM
CEP 69057-002 | Tel.: 3236-8987
gesau@pmm.am.gov.br
semsa.manaus.am.gov.br

DISTRITO DE SAUDE	LOTAÇÃO	CAPACITAÇÃO	INICIO	FIM	ANO	QTD PARTICIPANTES
LESTE	UBSLA	OFICINA DE ACOLHIMENTO AO USUÁRIO DO SUS	03/09/2015	03/09/2015	2015	27
LESTE	UBSLA	OFICINA DE QUALIFICAÇÃO EM COGESTÃO E GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS	03/09/2015	03/09/2015	2015	29
LESTE	POLCT	ANALISE DE DADOS ESTATISTICOS DA VIGILANCIA	07/01/2015	03/02/2015	2015	4
LESTE	UBSJA	OFICINA DE ACOLHIMENTO AO USUÁRIO DO SUS	07/08/2015	07/08/2015	2015	24
LESTE	UBSJA	OFICINA DE QUALIFICAÇÃO EM COGESTÃO E GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS	14/08/2015	14/08/2015	2015	29
LESTE	UBSGI	PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO GERENCIAL - PDG 2015	19/10/2015	23/10/2015	2015	6
LESTE	UBSGI	PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO GERENCIAL - PDG 2015	23/11/2015	27/11/2015	2015	6
LESTE	SEADM-L	OFICINA DE ACOLHIMENTO AO USUÁRIO DO SUS	18/09/2015	18/09/2015	2015	29
LESTE	UBSPA	CAPACITAÇÃO EM TRIAGEM NEONATAL - TESTE DO PEZINHO	10/02/2015	10/02/2015	2015	20
LESTE	UBSPA	ATUALIZAÇÃO EM DERMATOLOGIA COM ÊNFASE EM TRIAGEM PARA HANSENÍASE E DST/HIV/AIDS/HV	24/04/2015	24/04/2015	2015	3
LESTE	UBSPA	CAPACITAÇÃO EM VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS EXANTEMÁTICAS E TÉTANOS ACIDENTAL E NEONATAL	05/05/2015	08/05/2015	2015	4
LESTE	UBSPA	OFICINA DE QUALIFICAÇÃO EM ACOLHIMENTO AO USUÁRIO DO SUS	10/07/2015	10/07/2015	2015	19
LESTE	UBSL45	CURSO DE BIOSSEGURANÇA EM ODONTOLOGIA	08/07/2015	08/07/2015	2015	53
LESTE	UBSLC	OFICINA DE ACOLHIMENTO AO USUÁRIO DO SUS	20/07/2015	20/07/2015	2015	10
LESTE	UBSLC	OFICINA DE QUALIFICAÇÃO EM GESTÃO COMO FORMA DE VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DO TRABALHADOR DO SUS	26/08/2015	26/08/2015	2015	12
LESTE	UBSGI	CURSO DE MANEJO CLINICO DE SINTOMATICOS DO ZIKA V	21/12/2015	21/12/2015	2015	30
LESTE	UBSLE	OFICINA DE QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO AOS USUARIOS DO SUS	08/10/2015	08/10/2015	2015	34
LESTE	UBSLE	OFICINA DE QUALIFICAÇÃO EM COGESTÃO E GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS	04/12/2015	04/12/2015	2015	23
LESTE	UBSPA	CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM ATENÇÃO AO PRÉ NATAL	22/10/2015	23/10/2015	2015	21
LESTE	UBSL01	OFICINA DE ACOLHIMENTO AO USUÁRIO DO SUS	04/08/2015	04/08/2015	2015	37
LESTE	UBSL01	OFICINA DE QUALIFICAÇÃO EM COGESTÃO E GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS	10/09/2015	10/09/2015	2015	36
LESTE	NUMOA-L	NEUROLIDERANÇA	17/08/2015	21/08/2015	2015	3
LESTE	DIVVS-L	OFICINA DE ATUALIZAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO DE AGRAVOS TRANSMISSIVEIS E NÃO TRANSMISSIVEIS	19/10/2015	23/10/2015	2015	17
LESTE	DIVVS-L	II FÓRUM PERINATAL DISTRITAL 2015	13/08/2015	13/08/2015	2015	44
LESTE	UBSJA	CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE QUEDAS E OSTEOPOROSE	18/09/2015	18/09/2015	2015	58
LESTE	UBSJM	OFICINA DE ACOLHIMENTO AO USUÁRIO DO SUS	01/09/2015	01/09/2015	2015	55
LESTE	UBSJM	OFICINA DE QUALIFICAÇÃO EM COGESTÃO E GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS	08/09/2015	08/09/2015	2015	56
LESTE	DIATS-L	OFICINA 4 - METODOLOGIAS DE TRABALHO COM GRUPOS APLICADO ÀS EQUIPES DE SAÚDE E GRUPO OPERATIVO	04/05/2015	08/05/2015	2015	14
LESTE	DIATS-L	OFICINA 2 - REDE SAÚDE MANAUARA - ASPECTOS CONCEITUAIS / OFICINA 3 - MACROPROCESSOS DA APS: TERRITORIALIZAÇÃO, CADASTRO E DIAGNÓSTICO LOCAL	06/04/2015	16/04/2015	2015	15
LESTE	DIATS-L	OFICINA 1 - DE IMPLANTAÇÃO DO APOIO INSTITUCIONAL	24/02/2015	27/02/2015	2015	15
LESTE	DIATS-L	TREINAMENTO PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO SISREG	03/06/2015	03/06/2015	2015	15
LESTE	DIATS-L	TREINAMENTO PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO SISREG	01/07/2015	01/07/2015	2015	9

PREFEITURA DE MANAUS

CAPACITAÇÕES DISTRITO DE SAÚDE LESTE - 2015 e 2016

Av. Mário Ypiranga, 1695 – Adrianópolis – Manaus – AM
CEP 69057-002 | Tel.: 3236-8987
gesau@pmm.am.gov.br
semsa.manaus.am.gov.br

DISTRITO DE SAUDE	LOTAÇÃO	CAPACITAÇÃO	INICIO	FIM	ANO	QTD PARTICIPANTES
LESTE	UBSIL	CAPACITAÇÃO NEUROMOTORA DO PÉ DIABÉTICO	19/10/2015	26/10/2015	2015	12
LESTE	UBSL36	CURSO DE MANEJO CLINICO DE SINTOMATICOS DO ZIKA V	22/12/2015	22/12/2015	2015	14
LESTE	UBSSS	OFICINA DE ACOLHIMENTO AO USUÁRIO DO SUS	14/07/2015	14/07/2015	2015	56
LESTE	UBSSS	OFICINA DE QUALIFICAÇÃO EM GESTÃO COMO FORMA DE VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DO TRABALHADOR DO SUS	27/08/2015	27/08/2015	2015	55
LESTE	UBSGI	TREINAMENTO PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO SISREG	15/07/2015	15/07/2015	2015	12
LESTE	UBSGI	CAPACITAÇÃO DINÂMICAS DE GRUPO 2015 - LNC	12/05/2015	12/05/2015	2015	11
LESTE	UBSLC	OFICINA DE ACOLHIMENTO AO USUÁRIO DO SUS	17/07/2015	17/07/2015	2015	18
LESTE	UBSLC	OFICINA DE QUALIFICAÇÃO EM GESTÃO COMO FORMA DE VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DO TRABALHADOR DO SUS	14/08/2015	14/08/2015	2015	20
LESTE	UBSLE	OFICINA DE ACOLHIMENTO AO USUÁRIO DO SUS	25/09/2015	25/09/2015	2015	20
LESTE	LBD LESTE	TUBERCULOSE	13/04/2015	13/04/2015	2015	5
LESTE	UBSGM	CURSO DE BIOSSEGURANÇA EM ODONTOLOGIA	09/07/2015	09/07/2015	2015	1
LESTE	DIVVS-L	PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO GERENCIAL - PDG 2015	05/10/2015	09/10/2015	2015	3
LESTE	DIVVS-L	PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO GERENCIAL - PDG 2015	09/11/2015	13/11/2015	2015	3
LESTE	UBSJAP	OFICINA DE QUALIFICAÇÃO DO ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS DO SUS	01/07/2015	01/07/2015	2015	22
LESTE	DIVVS-L	CURSO BÁSICO EM HANSENÍASE	08/07/2015	12/07/2015	2015	3
LESTE	UBSLC	WORD AVANÇADO	21/09/2015	25/09/2015	2015	4
LESTE	UBSL44	TREINAMENTO PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO SISREG	04/02/2015	22/04/2015	2015	1
LESTE	DIATS-L	OFICINA 1 - DE IMPLANTAÇÃO DO APOIO INSTITUCIONAL	03/03/2015	06/03/2015	2015	10
LESTE	DIATS-L	TREINAMENTO PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO SISREG	17/06/2015	17/06/2015	2015	10
LESTE	UBSMZ	OFICINA DE QUALIFICAÇÃO EM COGESTÃO E GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS	23/09/2015	23/09/2015	2015	14
LESTE	UBSMZ	OFICINA DE QUALIFICAÇÃO DO ACOLHIMENTO AOS USUARIOS DO SUS	16/09/2015	16/09/2015	2015	14
LESTE	UBSL04	SEMINÁRIO DE MANEJO CLÍNICO DE TUBERCULOSE	18/11/2015	19/11/2015	2015	12
LESTE	LBD LESTE	HEMOPARASITAS	16/03/2015	03/08/2015	2015	2
LESTE	UBSAC	EDUCANDO EDUCADORES SEM FRONTEIRAS	16/06/2015	20/06/2015	2015	7
LESTE	UBSJA	EDUCANDO EDUCADORES SEM FRONTEIRAS UM NOVO OLHAR NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE DIABETES MELLITUS	23/09/2015	23/09/2015	2015	5
LESTE	UBSJA	EDUCANDO EDUCADORES SEM FRONTEIRAS UM NOVO OLHAR NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE DIABETES MELLITUS	24/09/2015	24/09/2015	2015	5
LESTE	UBSL42	MÓD IV - GESTÃO PREVIDENCIÁRIA (APERFEIÇOAMENTO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL)	22/06/2015	26/06/2015	2015	2
LESTE	UBSL42	MÓD. III: ELABORAÇÃO DE INDICADORES DE DESEMPENHO INSTITUCIONAL - APERFEIÇOAMENTO EM GESTÃO ESTRATÉGICA NO SERVIÇO PÚBLICO	15/06/2015	23/06/2015	2015	2
LESTE	UBSMZ	OFICINA DE ACOLHIMENTO AO USUÁRIO DO SUS	24/08/2015	24/08/2015	2015	5
LESTE	UBSMZ	OFICINA DE QUALIFICAÇÃO EM COGESTÃO E GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS	21/09/2015	21/09/2015	2015	6
LESTE	LBD LESTE	OFICINA DE FOTOJORNALISMO	03/08/2015	07/08/2015	2015	1
LESTE	UBSJM	POLITICA DE ATENÇÃO A PESSOA COM DEFICIENCIA: QUALIDADE DO ATENDIMENTO EM SAÚDE	10/11/2015	10/11/2015	2015	4

PREFEITURA DE MANAUS

CAPACITAÇÕES DISTRITO DE SAÚDE LESTE - 2015 e 2016

Av. Mário Ypiranga, 1695 – Adrianópolis – Manaus – AM
CEP 69057-002 | Tel.: 3236-8987
gesau@pmm.am.gov.br
semsa.manaus.am.gov.br

DISTRITO DE SAUDE	LOTAÇÃO	CAPACITAÇÃO	INICIO	FIM	ANO	QTD PARTICIPANTES
LESTE	UBSJAP	CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM ATENÇÃO AO PRÉ NATAL	24/11/2015	24/11/2015	2015	9
LESTE	POLCT	OFICINA DE ACOLHIMENTO NO ATENDIMENTO AO USUÁRIO - DISA NORTE - UBS BALBINA MESTRINHO	03/10/2015	03/10/2015	2015	1
LESTE	POLCT	OFICINA "CO-GESTAO COMO FORMA DE VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DO TRABALHADOR DA SAÚDE" - DISA NORTE - BALBINA MESTRINHO	03/10/2015	03/10/2015	2015	1
LESTE	UBSGI	CAPACITAÇÃO EM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	08/09/2015	19/12/2015	2015	3
LESTE	DIVVS-L	CURSO BÁSICO DE INVESTIGAÇÃO DE SURTOS- CBIS	23/02/2015	27/02/2015	2015	2
LESTE	UBSL44	I ENCONTRO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - SEMSA MANAUS	30/11/2015	30/11/2015	2015	7
LESTE	LBD LESTE	49º CONGRESSO BRASILEIRO DE PATOLOGIA CLINICA/MEDICINA LABORATORIAL	29/09/2015	02/10/2015	2015	1
LESTE	UBSSS	MÉTODOS E TÉCNICAS PARA A ELABORAÇÃO DE PROJETOS SOCIAIS	15/07/2015	24/07/2015	2015	2
LESTE	LBD LESTE	EXCEL AVANÇADO	21/09/2015	25/09/2015	2015	6
LESTE	LBD LESTE	CAPACITAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE	30/03/2015	30/03/2015	2015	1
LESTE	UBSL21	CURSO DE AVALIAÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PRÉ-NATAL E IMPLANTAÇÃO DO RASTREIO ORGANIZADO DE CÂNCER DE CÓLON DE ÚTERO E MAMA - DISTRITO DE SAÚDE SUL	07/07/2015	09/07/2015	2015	1
LESTE	UBSL21	PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - DISTRITO DE SAÚDE SUL	30/04/2015	30/04/2015	2015	1
LESTE	UBSL21	CAPACITAÇÃO DE MANEJO CLÍNICO DE CHIKUNGUNYA - DISTRITO DE SAÚDE SUL	06/08/2015	06/08/2015	2015	1
LESTE	UBSL27	MÓD II: PLANEJAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA - APERFEIÇOAMENTO EM GESTÃO ESTRATÉGICA NO SERVIÇO PÚBLICO	11/05/2015	20/05/2015	2015	1
LESTE	NUIMU-L	CAPACITAÇÃO EM AÇÕES DE VIGILÂNCIA E CONTROLE EM PARALISIA FLÁCIDA	10/03/2015	10/03/2015	2015	1
LESTE	UBSLA	SIMPÓSIO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HANSENÍASE: DA CLÍNICA A BIOLOGIA MOLECULAR	09/04/2015	10/04/2015	2015	1
LESTE	LBD LESTE	CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM ATENÇÃO AO PRÉ NATAL	20/10/2015	21/10/2015	2015	5
LESTE	UBSLE	MÍDIAS SOCIAIS- PERSPECTIVAS, TENDÊNCIAS E REFLEXÕES	30/07/2015	30/07/2015	2015	2
LESTE	UBSAC	CONTROLADORIA E AUDITORIA - APERFEIÇOAMENTO EM ADM PÚBLICA MUNICIPAL	20/07/2015	28/07/2015	2015	2
LESTE	DISAL	CURSO DE LICITAÇÕES PÚBLICAS E CONTRATOS ADMINISTRATIVOS	08/06/2015	19/06/2015	2015	1
LESTE	DISAL	PALESTRA SITUAÇÕES DE RISCO NO AMBIENTE ESCOLAR	23/07/2015	23/07/2015	2015	1
LESTE	DISAL	DIREÇÃO DEFENSIVA E OFENSIVA	23/07/2015	31/07/2015	2015	1
LESTE	UBSAC	OFICINA 3 - MACROPROCESSOS DA APS: TERRITORIALIZAÇÃO, CADASTRO E DIAGNÓSTICO LOCAL	06/04/2015	13/04/2015	2015	1
LESTE	UBSL29	CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM ATENÇÃO AO PRÉ NATAL	06/10/2015	07/10/2015	2015	1
LESTE	UBSSS	CAPACITAÃ??Ã??O DO SISTEMA MAKER	02/08/2016	02/08/2016	2016	3
LESTE	UBSIL	OFICINA DE ACOLHIMENTO E GESTÃ?O PARTICIPATIVA NO SUS - UBS NASF IVONE LIMA DOS SANTOS	15/07/2016	15/07/2016	2016	2
LESTE	UBSLE	CURSO DE RESPOSTA, VIGILÂNCIA E ATENÇÃO RELACIONADA À INFECÇÃO PELO VÍRUS ZIKA	12/01/2016	12/01/2016	2016	61
LESTE	UBSLE	CAPACITAÃ??Ã??O DO SISTEMA MAKER	23/08/2016	23/08/2016	2016	5
LESTE	UBSGI	OFICINA DE ACOLHIMENTO E GESTAO PARTICIPATIVA NO SUS	21/03/2016	21/03/2016	2016	20
LESTE	UBSGI	PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO GERENCIAL - PDG 2015	05/07/2016	06/07/2016	2016	9
LESTE	UBSGI	CURSO DE RESPOSTA, VIGILÂNCIA E ATENÇÃO RELACIONADA À INFECÇÃO PELO VÍRUS ZIKA	14/01/2016	14/01/2016	2016	92
LESTE	POLCT	OFICINA DE ACOLHIMENTO E COGESTAO NO SUS - POL COMTE TELLES	28/04/2016	28/04/2016	2016	58

PREFEITURA DE MANAUS

CAPACITAÇÕES DISTRITO DE SAÚDE LESTE - 2015 e 2016

Av. Mário Ypiranga, 1695 – Adrianópolis – Manaus – AM
CEP 69057-002 | Tel.: 3236-8987
gesau@pmm.am.gov.br
semsa.manaus.am.gov.br

DISTRITO DE SAUDE	LOTAÇÃO	CAPACITAÇÃO	INICIO	FIM	ANO	QTD PARTICIPANTES
LESTE	UBSL11	CAPACITAÇÃO NEUROMOTORA DO PÉ DIABÉTICO	10/05/2016	10/05/2016	2016	29
LESTE	UBSGM	OFICINA DE ACOLHIMENTO AOS USUARIOS DO SUS - UBS GERALDO MAGELA	08/03/2016	08/03/2016	2016	13
LESTE	DIVVS-L	OFICINA DE ACOLHIMENTO NO SUS - SERVIDORES VIGILANCIA, ENDEMIAS E ADMINISTRAÃ?Ã?O LESTE	18/03/2016	18/03/2016	2016	18
LESTE	DIVVS-L	OFICINA DE CO-GESTÃ?O PARTICIPATIVA NO SUS - SERVIDORES VIGILANCIA, ENDEMIAS E ADMINISTRAÃ?Ã?O LESTE	18/03/2016	18/03/2016	2016	27
LESTE	LBD LESTE	OFICINA DE ACOLHIMENTO E GESTÃ?O PARTICIPATIVA NO SUS	20/04/2016	20/04/2016	2016	53
LESTE	UBSGM	INTEGRACAO NOVOS SERVIDORES CONCURSO 2012 - SEMSA	31/05/2016	31/05/2016	2016	50
LESTE	UBSGM	ATUALIZACAO PARA HANSENIASE EM MENORES DE 15 ANOS	12/08/2016	12/08/2016	2016	23
LESTE	UBSLA	PALESTRA SOBRE FORMACAO DO GRUPO DE AUTOCUIDADO	11/08/2016	11/08/2016	2016	10
LESTE	UBSGI	OFICINA DE ACOLHIMENTO AO USUÃ?RIO DO SUS-UBS GILSON MOREIRA	30/03/2016	30/03/2016	2016	3
LESTE	UBSGI	CURSO BÁSICO DE HANSENÍASE NÍVEL MÉDIO	11/04/2016	15/04/2016	2016	5
LESTE	LBD LESTE	OFICINA DE ACOLHIMENTO E GESTÃ??O PARTICIPATIVA NO SUS	16/03/2016	16/03/2016	2016	36
LESTE	POLCT	DINAMICAS PARA TRABALHO DE EDUCACAO COM GRUPOS	20/05/2016	20/05/2016	2016	27
LESTE	UBSGI	CURSO DE RESPOSTA, VIGILÂNCIA E ATENÇÃO RELACIONADA À INFECÇÃO PELO VÍRUS ZIKA	13/01/2016	13/01/2016	2016	54
LESTE	UBSGM	OFICINA DE ACOLHIMENTO AOS USUÃ??RIOS DO SUS	15/03/2016	15/03/2016	2016	10
LESTE	UBSGM	OFICINA DE ACOLHIMENTO E COGESTAO NO SUS - UBS GERALDO MAGELA	11/05/2016	11/05/2016	2016	12
LESTE	POLCT	ATUALIZAÇÕES NAS AÇÕES DE CONTROLE DO TABAGISMO	12/02/2016	12/02/2016	2016	7
LESTE	UBSPA	CURSO DE DERMATOLOGIA PARA ATENÃ??AO BASICA	01/06/2016	03/06/2016	2016	3
LESTE	LBD LESTE	CURSO DE BACILOSCOPIA EM HANSENIASE	28/03/2016	29/04/2016	2016	7
LESTE	LBD LESTE	CURSO BÃ?SICO EM HANSENÃ?ASE - MICROSCOPIA - AULA PRÃ?TICA	28/03/2016	29/04/2016	2016	4
LESTE	NUMOA-L	OFICINA DE ACOLHIMENTO NO SUS - SERVIDORES DIATSL, NUMOA e SEFAR	11/03/2016	11/03/2016	2016	33
LESTE	NUMOA-L	OFICINA DE CO-GESTÃ??O PARTICIPATIVA NO SUS - SERVIDORES DIATSL, NUMOA e SEFAR	11/03/2016	11/03/2016	2016	34
LESTE	UBSIL	ABORDAGEM BREVE:TUBERCULOSE E TABAGISMO	30/06/2016	30/06/2016	2016	27
LESTE	UBSJM	OFICINA DE ALINHAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO HOMEM	22/06/2016	23/06/2016	2016	15
LESTE	UBSJM	I ENCONTRO DE ASSISTENTES SOCIAIS DO DISA LESTE	21/07/2016	21/07/2016	2016	38
LESTE	UBSLE	DINAMICAS PARA TRABALHO DE EDUCACAO COM GRUPOS	31/05/2016	31/05/2016	2016	31
LESTE	UBSGA	CURSO DE PREVENÃ???Ã???O DE INCAPACIDADES FÃ???SICAS E AUTOCUIDADO EM HANSENÃ???ASE	13/06/2016	17/06/2016	2016	2
LESTE	UBSGA	CURSO BÃ?SICO DE HANSENÃ?ASE	11/07/2016	15/07/2016	2016	2
LESTE	UBSGA	CURSO BASICO DE HANSENIASE NIVEL MEDIO	11/07/2016	15/07/2016	2016	2
LESTE	DIVVS-L	DINAMICAS PARA TRABALHO DE EDUCACAO COM GRUPOS	25/05/2016	25/05/2016	2016	25
LESTE	UBSJA	ELABORAÃ?Ã?O E GERENCIAMENTO DE PROJETOS	11/04/2016	20/04/2016	2016	3
LESTE	UBSLC	CAPACITAÃ?Ã?O PARA O MANEJO DE GESTANTES COM ZIKA VIRUS	10/06/2016	10/06/2016	2016	3
LESTE	UBSSS	BOBATH - TÃ????????CNICAS DE INTERVENÃ????????Ã????????O EM MICROCEFALIAS E OUTRAS PARALISIAS	25/08/2016	25/08/2016	2016	4

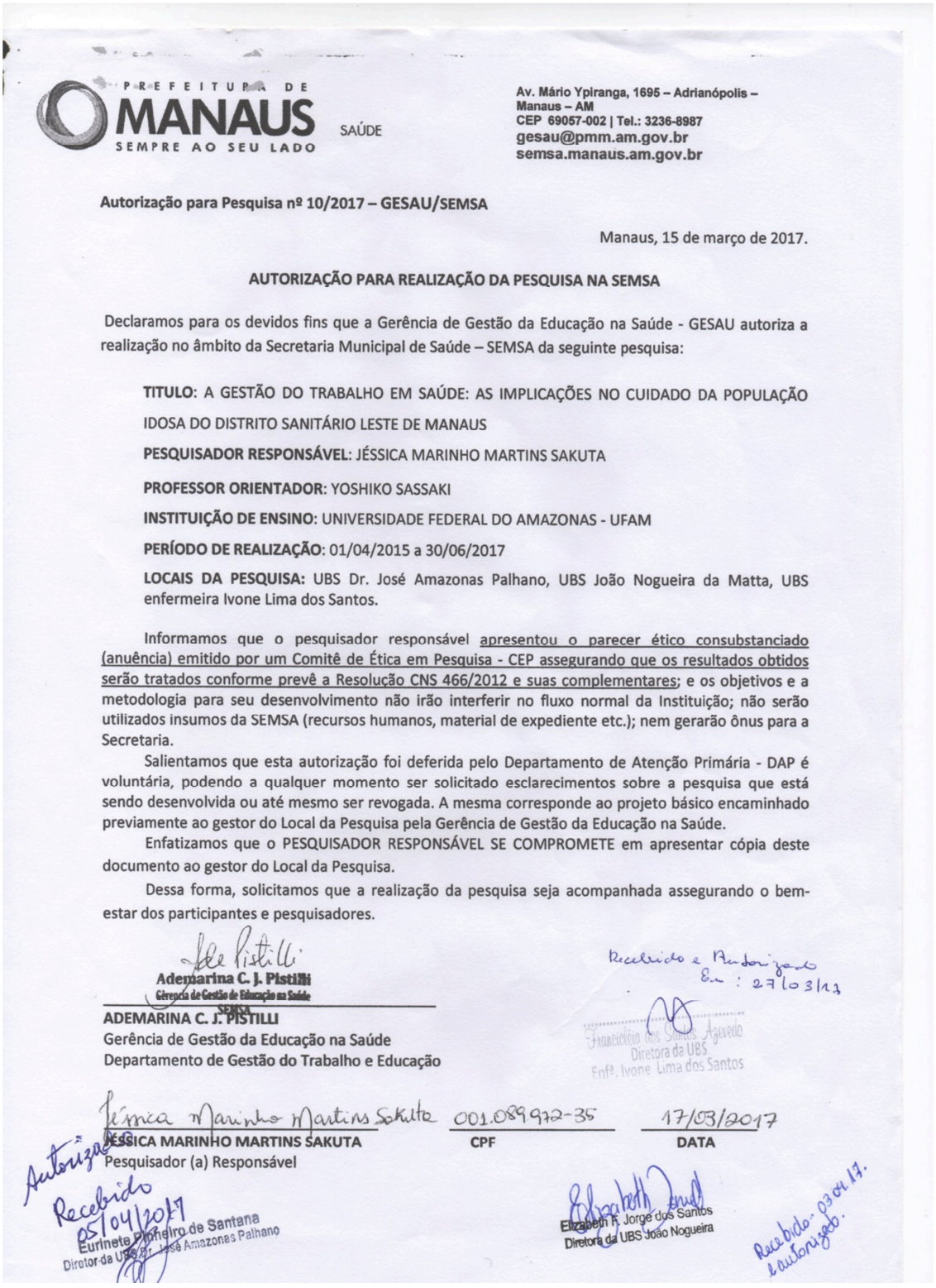
PREFEITURA DE MANAUS

CAPACITAÇÕES DISTRITO DE SAÚDE LESTE - 2015 e 2016

Av. Mário Ypiranga, 1695 – Adrianópolis – Manaus – AM
CEP 69057-002 | Tel.: 3236-8587
gesau@pmm.am.gov.br
semsa.manaus.am.gov.br

DISTRITO DE SAUDE	LOTAÇÃO	CAPACITAÇÃO	INICIO	FIM	ANO	QTD PARTICIPANTES
LESTE	UBSGM	TREINAMENTO EM APLICAÇÃO E LEITURA DA PROVA TUBERCULÍNICA	01/06/2016	01/06/2016	2016	4
LESTE	DIVVS-L	ABORDAGEM INTEGRADA TUBERCULOSE E TABAGISMO	11/03/2016	11/03/2016	2016	2
LESTE	UBSGI	ATUALIZAÇÃO NAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE	11/02/2016	11/02/2016	2016	9
LESTE	CAPSI	COMUNICAÃ?Ã?O E RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	25/07/2016	02/08/2016	2016	3
LESTE	LBD LESTE	CURSO BÃ?SICO EM HANSENÃ?ASE - COLETA EM BACILOSCOPIA/AULA PRÃ?TICA	28/03/2016	08/04/2016	2016	2
LESTE	UBSSS	CURSO BÁSICO EM DERMATOLOGIA	25/04/2016	27/04/2016	2016	1
LESTE	UBSGI	CURSO DE QUALIFICACAO DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAUDE	11/04/2016	19/04/2016	2016	7
LESTE	UBSL32	EXCEL ESSENCIAL - TURMA 1	04/04/2016	15/04/2016	2016	1
LESTE	UBSGA	POLITICA DE ATENÇÃO A PESSOA COM DEFICIENCIA	25/08/2016	25/08/2016	2016	4
LESTE	UBSJM	GESAU - OFICINA DE BORDADO PONTO CRUZ	28/04/2016	30/04/2016	2016	1
LESTE	UBSJN	DESENVOLVIMENTO DA COMPETÃ?NCIA EM LIDERANÃ?A	16/05/2016	25/05/2016	2016	6
LESTE	UBSLE	GESTÃ???O CRIATIVA NAS SOLUÃ???Ã???ES DE CONFLITOS - TURMA 01	20/06/2016	29/06/2016	2016	1
LESTE	UBSJM	CURSO BÁSICO EM HANSENÍASE NÍVEL SUPERIOR	04/04/2016	08/04/2016	2016	3
LESTE	UBSL27	OTIMIZANDO APRESENTAÇÃO COM WORD, POWERPOINT E VISIO	25/04/2016	06/05/2016	2016	5
LESTE	UBSGM	CURSO TEÓRICO E PRÁTICO DE MANEJO DA TUBERCULOSE	19/07/2016	19/07/2016	2016	6
LESTE	UBSAC	EXAME DE DOPPLER VASCULAR	17/05/2016	17/05/2016	2016	1
LESTE	UBSSS	COACHING E GESTÃO DE PESSOAS	22/08/2016	01/09/2016	2016	2
LESTE	UBSL21	I FÓRUM DE VINCULAÇÃO DO PRÉ NATAL DAS MATERNIDADES BALBINA MESTRINHO E INSTITUTO DA MULHER DONA LINDÚ COM O DISTRITO DE SAÚDE SUL	13/04/2016	13/04/2016	2016	1
LESTE	UBSL27	INCLUSÃO DIGITAL - APLICATIVOS BÁSICOS DE INFORMÁTICA	28/03/2016	01/04/2016	2016	2
LESTE	UBSGM	CAPACITAÃ?Ã?O PARA O MANEJO DE GESTANTES COM ZIKA VIRUS	11/06/2016	11/06/2016	2016	1
LESTE	DISAL	GESTÃO E CONTROLE DO SISTEMA DA FOLHA DE PAGAMENTO	23/05/2016	31/05/2016	2016	1
LESTE	DISAL	GESTÃO E CONTROLE DO SISTEMA DA FOLHA DE PAGAMENTO	16/05/2016	20/05/2016	2016	1
LESTE	POLCT	OFICINA DE ATUALIZACAO DAS ACOES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE	01/09/2016	01/09/2016	2016	1
LESTE	UBSGA	OFICINA DE ACOLHIMENTO E GESTÃ?O PARTICIPATIVA NO SUS - UBS GUILHERME ALEXANDRE	19/07/2016	19/07/2016	2016	2
LESTE	UBSIL	OFICINA DE ACOLHIMENTO E GESTÃ?O PARTICIPATIVA NO SUS - UBS NASF IVONE LIMA	20/07/2016	20/07/2016	2016	1
LESTE	UBSL07	OFICINA DE ATUALIZAÃ??AO DAS AÃ??Ã??ES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE	02/09/2016	02/09/2016	2016	1
LESTE	UBSJN	OFICINA DE ACOLHIMENTO E GESTÃ?O PARTICIPATIVA NO SUS - UBS JOAO NOGUEIRA DA MATA	28/07/2016	28/07/2016	2016	1
SOMATORIO CAPACITAÇÕES		155	SOMATORIO VAGAS			2099

ANEXO D: TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA SEMSA COM RECEBIDO DOS DIRETORES DAS UNIDADES SELECIONADAS



PREFEITURA DE MANAUS
SEMPRE AO SEU LADO
SAÚDE

Av. Mário Ypiranga, 1695 – Adrianópolis – Manaus – AM
CEP 69057-002 | Tel.: 3236-8987
gesau@pmm.am.gov.br
semsa.manaus.am.gov.br

Autorização para Pesquisa nº 10/2017 – GESAU/SEMSA

Manaus, 15 de março de 2017.

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NA SEMSA

Declaramos para os devidos fins que a Gerência de Gestão da Educação na Saúde - GESAU autoriza a realização no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA da seguinte pesquisa:

TITULO: A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: AS IMPLICAÇÕES NO CUIDADO DA POPULAÇÃO IDOSA DO DISTRITO SANITÁRIO LESTE DE MANAUS

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: JÉSSICA MARINHO MARTINS SAKUTA

PROFESSOR ORIENTADOR: YOSHIKO SASSAKI

INSTITUIÇÃO DE ENSINO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM

PERÍODO DE REALIZAÇÃO: 01/04/2015 a 30/06/2017

LOCAIS DA PESQUISA: UBS Dr. José Amazonas Palhano, UBS João Nogueira da Matta, UBS enfermeira Ivone Lima dos Santos.

Informamos que o pesquisador responsável apresentou o parecer ético consubstanciado (anuência) emitido por um Comitê de Ética em Pesquisa - CEP assegurando que os resultados obtidos serão tratados conforme prevê a Resolução CNS 466/2012 e suas complementares; e os objetivos e a metodologia para seu desenvolvimento não irão interferir no fluxo normal da Instituição; não serão utilizados insumos da SEMSA (recursos humanos, material de expediente etc.); nem gerarão ônus para a Secretaria.

Salientamos que esta autorização foi deferida pelo Departamento de Atenção Primária - DAP é voluntária, podendo a qualquer momento ser solicitado esclarecimentos sobre a pesquisa que está sendo desenvolvida ou até mesmo ser revogada. A mesma corresponde ao projeto básico encaminhado previamente ao gestor do Local da Pesquisa pela Gerência de Gestão da Educação na Saúde.

Enfatizamos que o PESQUISADOR RESPONSÁVEL SE COMPROMETE em apresentar cópia deste documento ao gestor do Local da Pesquisa.

Dessa forma, solicitamos que a realização da pesquisa seja acompanhada assegurando o bem-estar dos participantes e pesquisadores.

Ademarina C. J. Pistilli
Gerência de Gestão da Educação na Saúde
SEMSA
ADEMARINA C. J. PISTILLI
Gerência de Gestão da Educação na Saúde
Departamento de Gestão do Trabalho e Educação

Recebido e Autorizado
Em: 27/03/17
Francicleia dos Santos Azevedo
Diretora da UBS
Enfª. Ivone Lima dos Santos

Jéssica Marinho Martins Sakuta — 001.089972-35 — 17/03/2017
JÉSSICA MARINHO MARTINS SAKUTA — **CPF** — **DATA**
Pesquisador (a) Responsável

Autorizado
Recebido
05/04/2017
Eurinete Pinheiro de Santana
Diretor da UBS Dr. José Amazonas Palhano

Elizabeth R. Jorge dos Santos
Diretora da UBS João Nogueira

Recebido: 03.04.17.
Autorizado.

ANEXO E: PARECER CONSUBSTANCIADO DA PLATAFORMA BRASIL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: AS IMPLICAÇÕES NO CUIDADO DA POPULAÇÃO IDOSA DO DISTRITO SANITÁRIO LESTE DE MANAUS.

Pesquisador: JESSICA MARINHO MARTINS SAKUTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64331117.6.0000.5020

Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.963.694

Apresentação do Projeto:

Resumo: A gestão do trabalho em saúde é estratégica para a gestão do próprio Sistema Único de Saúde-SUS com vistas ao cumprimento do que preconiza a Carta Magna de 1988, através de um SUS com atendimento integral, descentralizado político-administrativamente e com participação social. No Ouverney e Noronha (2009) apontam o desafio de uma gestão participativa e que contemple as reais necessidades de saúde da população desde o campo do micro-trabalho perpassado no cotidiano do trabalho até ao macro-trabalho dos arranjos de regionalização. No contexto da atenção básica, Castanheira (2000) discorre que a gerência das unidades pode ser estratégica para que as políticas sejam traduzidas concretamente nas ações e serviços. O estudo proposto tem por objetivo geral avaliar a gestão do trabalho em saúde e suas implicações no cuidado de saúde da população idosa nas unidades básicas do distrito sanitário leste em Manaus, Amazonas. O delineamento metodológico buscará responder a seguinte questão: Quais as implicações da gestão do trabalho sobre o cuidado de saúde da população idosa nas unidades básicas do distrito sanitário leste (DISAL) em Manaus, Amazonas? A metodologia será utilizada a de natureza qualitativa de levantamento de dados e/ou informações por meio de estudo de caso. Bem como uso de dados de fonte secundárias quantitativos da Secretaria Municipal de Saúde, Ministério da Saúde, IBGE dentre outros sobre o tema. O estudo de caso a ser realizado por meio

Endereço: Rua Teresina, 4950
Bairro: Adrianópolis **CEP:** 69.057-070
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3305-5130 **Fax:** (92)3305-5130 **E-mail:** cep@ufam.edu.br

dos seguintes levantamentos de dados e/ou informações: Bibliográfico, Documental e Campo. Sobre universo e amostra, o DISAL possui 58 unidades, sendo dessas 16 unidades básicas tradicionais, selecionaremos uma amostragem intencional de 03 dessas unidades com base de que tenha serviços voltados às pessoas idosas e que tenha conselho gestor local (Unidade Básica de Saúde Dr. José Amazonas Palhano, localizada no bairro São Jose; e Unidade Básica João Nogueira da Matta, localizada no bairro Zumbi) e uma unidade básica de saúde convertida em NASF (Unidade Básica de Saúde enfermeira Ivone Lima dos Santos, localizada no bairro Coroado III). Sobre a amostra intencional dos sujeitos da pesquisa, teremos informantes centrais das 03 unidades,: 03 médicos, 03 assistentes sociais, 03 enfermeiros, 03 técnicos de enfermagem, sendo um profissional de cada unidade. Dos idosos, 30 idosos (15 mulheres e 15 homens), sendo 10 de cada unidade (5 mulheres e 5 homens). Como técnicas utilizaremos: observação sistemática, entrevistas semi-estruturada e aplicação de formulários. Para que após a pesquisa de campo, faremos análise dos dados coletados à luz do referencial teórico construído. Em seguida será redigido o texto definitivo correspondente à dissertação de mestrado apresentando os resultados da pesquisa. Sobre esses resultados, construídos através de dissertação de mestrado e que possa contribuir tanto na dimensão de pesquisa e conhecimento, mas, sobretudo, ser crítico-propositivo com estratégias para a gestão do trabalho no DISAL na dimensão de melhorias da qualidade dos serviços prestados a população.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: - Avaliar a gestão do trabalho em saúde e suas implicações no cuidado de saúde da população idosa nas unidades básicas do distrito sanitário leste em Manaus, Amazonas. Objetivo Secundário: - Descrever os serviços e programas voltados às pessoas idosas nas unidades de saúde dos bairros do distrito leste;- Identificar como está organizada a gestão do trabalho em saúde voltada à pessoa idosa nessas unidades selecionadas;- Caracterizar o trabalho multiprofissional da equipe de saúde que se volta o cuidado de saúde da pessoa idosa nas unidades selecionadas;- Desvelar as implicações dessa gestão do trabalho sobre as condições de cuidado à saúde das pessoas idosas usuárias dos serviços dessas unidades de saúde selecionadas;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Informamos que conforme Res. 466/12, toda pesquisa com seres humanos pode envolver riscos, sejam eles desconforto, constrangimento, mal estar ao responderem ao questionário, contudo a pesquisadora se compromete em minimizar tais riscos, caso venha a ocorrer, assegurando aos participantes da pesquisa encaminhamento e acompanhamento por profissionais (Psicólogo, Assistente Social etc.), sem que acarrete nenhum ônus ao participante. Obedecendo

aos critérios éticos de confidencialidade das informações prestadas e sigilo da identidade dos participantes. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardados em sigilo. Caso haja algum constrangimento, asseguraremos aos participantes da pesquisa as condições de acompanhamento, tratamento, assistência integral e orientação, se assim o for necessário. O participante terá direito a ressarcimento não apenas aqueles relacionados a "transporte" e "alimentação", mas a tudo o que for necessário ao estudo, se assim o for necessário, conforme preconiza Res. 466/12. Benefícios: Os benefícios referem-se aos possíveis resultados sociais a serem alcançados, tendo em vista que a mesma poderá sinalizar alternativas de melhoria aperfeiçoamento da gestão em saúde nos serviços voltados a pessoa idosa no Distrito Sanitário Leste da Secretaria Municipal de SaúdeSEMSA, através da avaliação da gestão do trabalho em saúde e suas implicações no cuidado de saúde da população idosa. Ainda como benefício o detalhamento do modo como está organizada a gestão do trabalho em saúde voltada à pessoa idosa nessas unidades selecionadas e do modo como é caracterizado o trabalho multiprofissional da equipe de saúde nas unidades selecionadas, possibilitando o fortalecimento do SUS na dimensão de sinalizações de melhorias à qualidade dos serviços de saúde. Ao passo que também contribuirá com a sociedade por tratar de um tema que é correlato ao direito à saúde e a gestão do trabalho em saúde como estratégica para a defesa do Sistema Único de Saúde como se preconiza na Carta Magna de 1988, através de uma gestão democrática e participativa. A pesquisa está direcionada também a contribuir com relevância teórica, uma vez que está direcionada na avaliação de um direito social que é a Política de Saúde no contexto de sinalizar melhorias efetivas ao que se refere a gestão do trabalho pautada na saúde como direito e nas diretrizes do SUS via, CF/88, Lei 8080/90, Nob-rh-sus, Política Nacional de Saúde da pessoa idosa para a Universidade, dentre outros correlatos. Haverá publicização posteriormente mediante relatório de pesquisa em formato de dissertação ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da pesquisa ao qual nos comprometeremos de enviar uma cópia posteriormente à defesa pública para a Semsa. O benefício que as pessoas pesquisadas darão será a contribuição publicização da gestão do trabalho em saúde e as suas implicações no cuidado de saúde da população idosa, tendo como lócus as unidades básicas do Distrito sanitário leste de Manaus (DISAL). Sendo crítica e propositiva, visando também apontar melhorias para as instituições pesquisadas, contribuindo com proposições de melhorias aos serviços prestados a população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta: A pesquisa esta pautada na abordagem crítica e de natureza qualitativa para levantamento de dados primeiros. Faremos uso ainda de dados de fonte secundárias

quantitqualiativos em levantamento documental dos relatórios e documentos da Secretaria Municipal de Saúde. Consideramos Soriano (2004) que discorre que os métodos e técnicas constituem-se como elementos chaves da metodologia, de modo a almejar a consecução dos objetivos formulados. Portanto, a trilha metodológica constará com pesquisa documental; pesquisa bibliográfica e de campo. Bem como outros autores:Minayo et al (2011); Campos (2001) dentre outros.Serão utilizadas várias técnicas de pesquisas : análise de conteúdo, entrevista e formulário. Análise de conteúdo: caracterizar os serviços e programas direcionados à pessoa idosa das unidades básica da Zona Leste. Como dados secundários, faremos aporte aos relatórios, pesquisas e documentos do IBGE, Ministério da Saúde, SUSAM e SEMSA para melhor contextualizar a problemática. As entrevistas para os profissionais para analisar o trabalho profissional da equipe de saúde que se voltam na atenção à pessoa idosa nas unidades selecionadas. As entrevistas para os gerentes (diretores) das unidades básicas selecionadas fornecerão subsídios para a avaliação da gestão desses serviços direcionados a esse público etário. Os formulários serão aplicados com os idosos para que possamos verificar as condições de acesso das pessoas idosas aos programas voltados a esse público etário.Para melhor delinear o estudo, o mesmo será dividido em fases não estanques: 1ª fase: pré-implementação: De caráter preliminar e de instrumentalização à pesquisa, na qual se elaborará o levantamento bibliográfico, orientação e discussões com o orientador, pesquisa documental e bibliográfica (que por motivo de melhor entendimento da temática realizar-se-á durante todo o processo de pesquisa), utilizar-se-á de dados do IBGE, Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde (SUSAM), Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e devido também à caracterização dos serviços e identificação da organização sócio-espacial da rede de saúde, das unidades e os serviços do Distrito Leste. Houve aprovação da Banca de Qualificação e aguardaremos aprovação do Comitê de Ética.2ª Fase: Implementação: momento da seleção da amostra nas Unidades selecionadas ao qual mais abaixo teremos o detalhamento do tipo de amostragem e detalhamento da mesma e aplicação do pré-teste para validação do formulário. Ao se verificar falhas, corrigir-se-ia para aplicação definitiva e aplicação, coleta, sistematização dos dados e informações coletados.Sobre o universo e amostra das unidades básicas do DISAL: No Disa Leste, a Semsa possui 58 unidades de saúde na zona leste, desse total há um universo de 16 unidades básicas tradicionais, sendo que selecionaremos uma amostragem intencional de 03 unidades, segundo critério de estar funcionando há mais tempo e tenha serviços voltados às pessoas idosas; que tenha conselho gestor local: duas unidades básicas (Unidade Básica de Saúde Dr. José Amazonas Palhano, localizada no bairro São Jose; e Unidade Básica João Nogueira da Matta, localizada no bairro Zumbi) e uma unidade básica de saúde convertida em NASF (Unidade

Básica de Saúde enfermeira Ivone Lima dos Santos, localizada no bairro Coroado III).Sobre a amostra intencional dos sujeitos da pesquisa, teremos informantes centrais das 03 unidades,: Profissionais: 03 médicos, 03 assistentes sociais, 03 enfermeiros, 03 técnicos de enfermagem, sendo um profissional de cada unidade selecionada. Gerentes: 01 de cada unidade selecionada. Dos idosos, 30 idosos (15 mulheres e 15 homens), sendo 10 de cada unidade (5 mulheres e 5 homens). 3ª Fase: Pós-implementação: configurar-se-á na construção do objeto de estudo e pesquisa em forma de Dissertação de mestrado, frente aos dados e informações coletadas e sistematizadas passar-se-á à discussão, análise e interpretação dos dados à luz do referencial adotado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1.Critério de exclusão: adequado

2.Benefícios: adequados

3.TCLE: adequado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em razão do exposto, somos da parecer pela APROVAÇÃO do projeto, pois cumpriu as determinações da Res. 46/2012.

É o parecer.

Obs.: A pesquisadora deve incluir obrigatoriamente no TCLE que está assegurado o direito a indenizações e cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa (Res. 466/2012, IV.3. h, IV.4. c e v.7).

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_807015.pdf	10/03/2017 20:36:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PESSOASIDOSAS.pdf	10/03/2017 20:35:21	JESSICA MARINHO MARTINS SAKUTA	Aceito
Projeto Detalhado	PROJETOPLATAFORMAJESSICA.pdf	10/03/2017	JESSICA MARINHO	Aceito



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM



/ Brochura Investigador	PROJETOPLATAFORMAJESSICA.pdf	20:29:03	MARTINS SAKUTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSIONAIS.pdf	10/03/2017 20:27:17	JESSICA MARINHO MARTINS SAKUTA	Aceito
Outros	CRONOGRAMA.pdf	10/03/2017 20:26:59	JESSICA MARINHO MARTINS SAKUTA	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	19/01/2017 22:44:42	JESSICA MARINHO MARTINS SAKUTA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoJESSICA.pdf	19/01/2017 22:44:01	JESSICA MARINHO MARTINS SAKUTA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

MANAUS, 14 de Março de 2017

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4950
Bairro: Adrianópolis **CEP:** 69.057-070
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3305-5130 **Fax:** (92)3305-5130 **E-mail:** cep@ufam.edu.br