

O Direito Sanitário
como instrumento
de fortalecimento
do SUS: a ênfase
na Educação
Permanente
em Saúde e os
Resultados do Curso
de Especialização

Projeto de intervenção

DISTRITO FEDERAL

Elizabete Abreu Vieira
Gracilene Rodrigues de Araújo
Lidiane Carvalho Cavalcante
Luanna Mary Batista Vilas Boas
Marcos Marinho Cardoso
Meire Aparecida Lopes Machado
Paula dos Anjos Gonçalves da Silva
Rachel Caroline Rodrigues da Silva
Wendel Barros de Medeiros

Projeto de Intervenção – Distrito Federal*

Elizabete Abreu Vieira
Gracilene Rodrigues de Araújo
Lidiane Carvalho Cavalcante
Luanna Mary Batista Vilas Boas
Marcos Marinho Cardoso
Meire Aparecida Lopes Machado
Paula dos Anjos Gonçalves da Silva
Rachel Caroline Rodrigues da Silva
Wendel Barros de Medeiros

Introdução

Em 1988, por meio da promulgação da Constituição Federal foram instituídos no Brasil diversos direitos sociais: educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e infância e assistência aos desamparados. Este foi importante instrumento para a consolidação dos direitos dos cidadãos e diante da amplitude dos direitos sociais e políticos ficou conhecida como “Constituição Cidadã”.¹

A partir desse marco a saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado, e este deve encontrar meios para formular e executar políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e ofereça meios pelos quais o cidadão receba atendimento de forma integral, universal e demais princípios regidos pela legislação.

Passados vinte e sete anos desde a instalação do Sistema Único de Saúde (SUS), como ação de enfrentamento dos anseios apresentados pela sociedade brasileira, o desafio de efetivar “políticas públicas específicas e intersetoriais para assegurar a cobertura universal e equânime da promoção, da proteção e da recuperação da saúde das populações”² continua premindo diferentes atores sociais envolvidos com as questões de saúde no Brasil, entre eles, gestores, trabalhadores da saúde, usuários e acadêmicos, a questionar-se como tal objetivo pode ser alcançado.

Inúmeras reflexões já foram propostas com a finalidade de dar cabo a essa pergunta e a análise do texto da *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* e publicações relacionadas oferecem algumas respostas. A educação permanente dos profissionais de saúde é uma das

* Tutor: Cássia de Fátima Rangel Fernandes e Examinadores: Armando Martinho Bardou Raggio e Jurandi Frutuoso Silva

estratégias que mais apresenta resultados satisfatórios ante a essa necessidade,³ uma vez que agrupa componentes importantes e essenciais para implementação do SUS.

Desse modo, o investimento de recursos públicos em educação permanente para o quadro das Secretarias Estaduais de Saúde justifica-se pela possibilidade concreta dessa medida contribuir significativamente para a consolidação do modelo de atenção proposto pelo SUS.⁴

Todavia, o Sistema de Saúde apresenta lacunas no que tange ao atendimento à saúde da população de forma integral, o que ocasiona a abertura de vários litígios. Dentre as principais demandas observadas que motivam a abertura de processos, tem-se: pedido de vaga em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) na Rede Privada, assistência farmacêutica e médica, produtos para saúde, entre outros. Essa busca ascendente dos serviços do poder judiciário, por insumos e serviços relacionados a saúde é denominada “Judicialização da Saúde”.⁵

Dados do Ministério da Saúde, indicam que, em 2011, o número de novas ações alcançou nada menos que 12.811, apenas em esfera federal. Os gastos com medicamentos, em 2012, chegaram a R\$ 243.954.000,00. Além disso, por causa da crescente judicialização da saúde, as secretarias de saúde ao invés de usar o recurso financeiro para atender demandas internas, são obrigadas a cumprir as decisões judiciais.⁶

De acordo com um estudo que avaliou 385 litígios entre os anos de 2005 e 2010, (51%) dos processos judiciais foram provocado por homens e (46%) por mulheres, (8%) dos litígios apresentaram a renda média dos participantes em torno de R\$ 500,00, apontando que, ao contrário do que se ouve sobre a judicialização na saúde, não é um fenômeno predominantemente com representação elitizada.⁵

Frente a este cenário, faz-se necessário, refletir em novas configurações para o enfrentamento dessas demandas. E por que não pensar em formas de mediar esses conflitos? A resposta a este questionamento já foi obtida por meio do Novo Código de Processo Civil e a Lei 13.140 de 26 de Junho de 2015 conhecida como Lei da Mediação.⁷ A mediação sanitária é uma ferramenta em que as partes envolvidas em litígios negociam entre si um acordo para resolução de conflitos.⁶

Partindo de tais constatações, o presente projeto de intervenção, desenvolvido por uma equipe multidisciplinar de servidores da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), tem por objetivo analisar, estruturar e apresentar uma proposta de qualificação viável para trabalhadores da saúde da mesma Secretaria, levando-se em conta as necessidades locais, indicadores e as saídas possíveis para solucionar os entraves existentes para a efetivação de políticas públicas específicas da área da saúde no Distrito Federal.

Ele também será o produto final do curso de pós-graduação à distância em Direito Sanitário, organizado pela Escola Fiocruz de Governo, que compreende e descontina a educação permanente como elemento indispensável para se pavimentar caminhos que conduzam a soluções para problemas no campo da saúde.

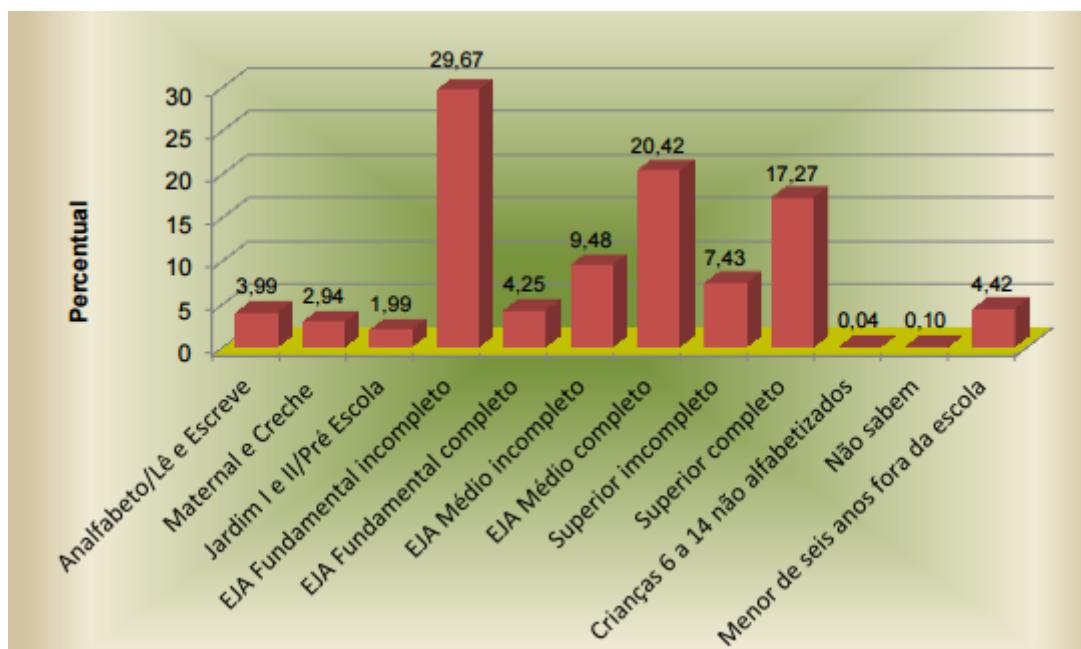
O Distrito Federal

A Unidade Federativa é o Distrito Federal (DF), cuja capital, Brasília, é um conjunto arquitetônico, urbanístico e paisagístico que recebeu da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura / *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (Unesco), o título de Patrimônio Cultural da Humanidade. O Planalto Central possui belezas naturais com as árvores retorcidas, vegetação seca e incêndios recorrentes. O Cerrado, vegetação típica da nossa região, é adaptado ao clima seco e até mesmo às queimadas, que fazem parte do seu ciclo natural.⁸

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do Distrito Federal é estimada em 2.914.830 habitantes em 2015, com densidade demográfica de 444,66 hab./km².⁸

O rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* da população residente em 2015 é de R\$ 2.252,00 reais (8). A taxa de desemprego é de 14,4% de acordo com a Companhia de Planejamento do Distrito Federal – Codeplan.⁹ Quanto ao nível de escolaridade dos residentes no Distrito Federal, 29,67% dos moradores informaram ter o ensino fundamental incompleto, enquanto 17,27% têm formação superior, incluindo curso de especialização, mestrado e doutorado. Os que se declararam analfabetos, sabem ler, escrever e cursam a alfabetização de adultos totalizam 3,99%, e somados aos que têm ensino fundamental incompleto atingem a casa dos 32,81% da população.¹⁰

Figura 1. População por nível de escolaridade Distrito Federal 2013

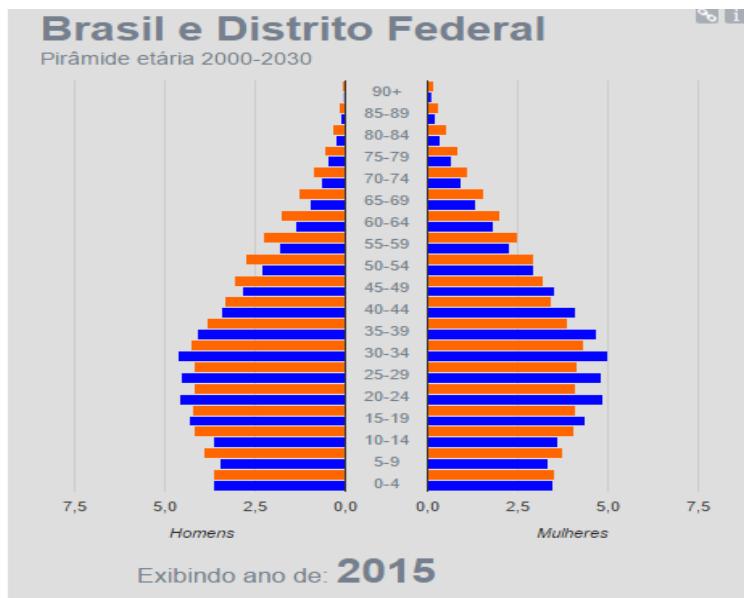


Fonte: Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD/DF-2013

Com relação à distribuição populacional por sexo, a Pesquisa Distrital por Amostras de Domicílios (PDAD) mostra que a população é constituída por 51,98% de mulheres e 48,02% de

homens, situação relativamente semelhante à observada em todas as regiões administrativas. Do total de habitantes, 65,56%, que constituem a grande maioria, situam-se na faixa de 15 a 59 anos, 20,38% têm até 14 anos de idade e 14,07% são idosos.¹⁰

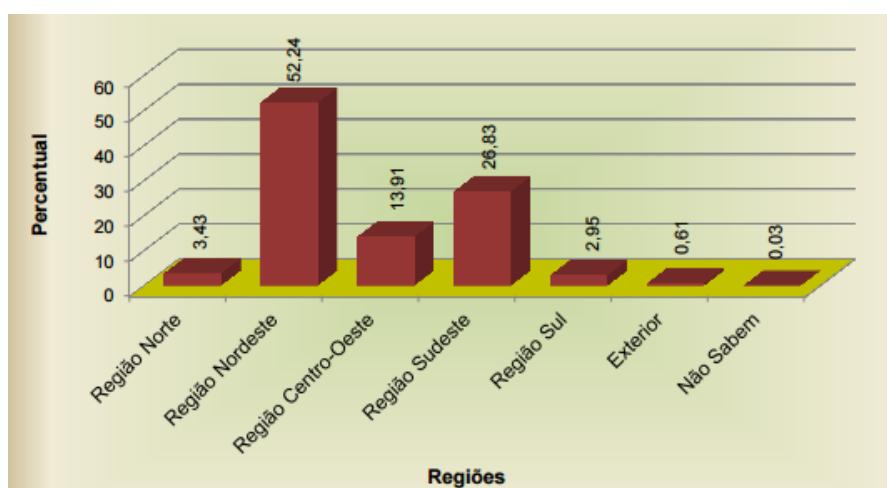
Figura 2. Pirâmide Etária – Brasil e Distrito Federal



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

Quanto ao aspecto migratório, 48,98% dos residentes do Distrito Federal são pessoas naturais da região, enquanto que 51,02% são constituídos por imigrantes. Do total de imigrantes 52,25% são oriundos da Região do Nordeste, 26,83% da Região Sudeste, 13,91% do Centro-Oeste, da Região Norte 3,43% e da Região Sul do país 2,95% e estrangeiros somam 0,61%. Os principais motivos da migração foram à procura por trabalho e o acompanhamento de parentes.¹⁰

Figura 3. População imigrante segundo a naturalidade – Distrito Federal



Fonte: Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD/DF-2013

De acordo com o atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, em 2010 o índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Distrito Federal é de 0,824, sendo considerado o mais elevado entre todas as 27 Unidades da Federação (e o 9º maior entre os 5.565 municípios) e o único classificado como muito alto. A análise do IDH, sob todos os prismas, indica a posição de destaque do Distrito Federal, que apresenta os melhores índices do Brasil em relação ao IDH Renda, ao IDH Longevidade e também ao IDH Educação. A dimensão que mais contribui para o IDHM da UF é a Longevidade, com índice de 0,873, seguida de Renda, com índice de 0,863, e de Educação, com índice de 0,742. A maior diferença entre o IDH do Distrito Federal e o nacional é no componente da renda (16,8%), seguido do observado na Educação (16,4%) e na Longevidade (7,0%). Na média, o IDH do Distrito Federal é 13,3% superior à média nacional.¹¹

O Plano Distrital de Saúde 2016-2019 do DF destaca que somente 34,59% da população do Distrito Federal possui Plano de Saúde. Em contrapartida, 65,36% da população do Distrito Federal não possuem plano de saúde e, portanto, podem ser considerados usuários que em sua grande maioria dependem exclusivamente do SUS. Quanto à utilização de hospital público/Unidade de Pronto Atendimento – UPA, 72,37% da população declarou fazer uso desses serviços. Do total que os utilizam, 18,52% o fazem em Ceilândia, 15,86%, em Taguatinga e 12,35%, no Plano Piloto. Em relação à localização do posto de saúde utilizado pela população, 80,95% declararam utilizar esse serviço público. Dos que o utilizam, aproximadamente 90% procuram o posto de saúde da própria Região Administrativa.¹²

Tabela 1 e 2. Percentual de Usuários com Plano de Saúde Privado e Percentual de Usuários sem Plano de Saúde Privado por Regiões de Saúde

Distrito Federal e Regiões	Percentual de Usuários com Plano de Saúde Privado	Distrito Federal e Regiões	Percentual de Usuários sem Plano de Saúde Privado
Administrativas			
Centro-Norte	80,38%	Centro-Norte	19,58%
Centro-Sul	61,82%	Centro-Sul	38,15%
Leste	15,97%	Leste	62,79%
Norte	22,23%	Norte	77,74%
Oeste	17,02%	Oeste	82,97%
Sudoeste	35,76%	Sudoeste	64,14%
Sul	21,07%	Sul	78,89%
Distrito Federal	34,59%	Distrito Federal	65,36%

Fonte: Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD/DF-2013

O Plano Distrital de Saúde apresenta a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal com a seguinte estrutura de saúde:¹²

- 172 Unidades Básicas de Saúde: sendo 59 Centros de Saúde Tradicionais; 7 Centros de Saúde da Família; 9 Clínicas da Família; 38 Postos de Saúde rurais e urbanos e 59 Unidades (alugadas/comodato/cedida);

- 12 Unidades Hospitalares Regionais: Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), Hospital Regional do Guará (HRGu), Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Hospital Regional de Ceilândia (HRC), Hospital Regional de Brazlândia (HRBz), Hospital Regional de Taguatinga (HRT), Hospital Regional de Samambaia (HRSam), Hospital Regional de Sobradinho (HRS), Hospital Regional de Planaltina (HRP), Hospital Regional do Paranoá (HRPa), Hospital Regional do Gama (HRG) e Hospital Regional de Santa Maria (HRSM). Sendo que o Hospital da Criança de Brasília – HCB com a conclusão do bloco II passará a ser uma Unidade de Referência Distrital, O Hospital Universitário de Brasília – HUB com a efetivação do contrato integrará a rede de saúde da SES DF com mais serviços à população. O Instituto de Cardiologia do Distrito Federal – ICDF é uma entidade sem fins lucrativos e é contratada pela SES para prestar serviços de cardiologia de média e alta complexidade;

- 3 Unidades de Referência Distritais: Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Hospital São Vicente de Paula (HSVP) e Hospital de Apoio de Brasília (HAB);

- 6 Unidades de Pronto Atendimento: UPA Ceilândia, UPA Samambaia, UPA Núcleo Bandeirante, UPA São Sebastião, UPA Recanto das Emas e UPA Sobradinho;

- 32 Unidades de Apoio: 1 central de radiologia, 2 laboratórios regionais, 1 Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica (COMPP), 01 Fundação Hemocentro de Brasília (FHB), 01 Laboratório Central (LACEN), 22 núcleos de inspeção de saúde; 1 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); 1 Diretoria de Saúde Ocupacional (DSOC), 1 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), mantenedora de três instituições de ensino, a Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e a Escola Técnica de Brasília – ETESB, bem como a Escola de Aperfeiçoamento do SUS (EAP-SUS) e 1 Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO);

- 1 Centro de Alta Complexidade em Oncologia no HBDF (CACON);

- 10 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): Unidade Mista de Taguatinga – CEO tipo II, Hospital Regional da Asa Norte – CEO tipo II, Hospital Regional de Planaltina – CEO tipo II, Hospital Materno Infantil de Brasília – CEO tipo II, CEO 712/912 Sul – CEO tipo II, Hospital Regional da Ceilândia – CEO tipo I, Centro de Saúde 11 da Ceilândia – CEO tipo III, Hospital Regional de Santa Maria – CEO tipo I, Hospital Regional de Sobradinho – CEO tipo II e Hospital Universitário de Brasília – CEO TIPO II;

- 17 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): CAPS I Instituto de Saúde Mental (ISM) – Riacho Fundo, CAPS II – Paranoá, CAPS II – Planaltina, CAPS II – Taguatinga, CAPS II – Samambaia, CAPS ad II – Guará, CAPS ad II – Sobradinho, CAPS ad II – Santa Maria, CAPS

ad II – Itapoã, CAPS ad III – Ceilândia, CAPS ad III – Samambaia, CAPS ad III – Candango – Brasília, CAPS ad i III – Taguatinga, CAPS ad i III – Brasília, CAPS i II – Sobradinho, CAPS i II – Brasília e CAPS i – Recanto das Emas.

E finalmente os dados que mostram a situação da rede de saúde no Distrito Federal: o quadro de profissionais de saúde do Distrito Federal é composto por 33.186 trabalhadores (o que corresponde à média de 86 habitantes por profissional), existem 4.492 leitos na rede de hospitais; a produção ambulatorial e hospitalar no primeiro quadrimestre de 2016 foi de 18.296.071 procedimentos.¹²

Em 2011 a cobertura vacinal de crianças menores de um ano de idade foi de 86,2%; o percentual de mães de nascidos vivos com sete ou mais consultas pré-natal foi de 68,6%. Nesse mesmo período, o percentual de mães de nascidos vivos com até três consultas de pré-natal manteve-se estável, em cerca de 8,0%; a cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família aumentou de 16,3% para 32,0% da população.¹²

Todos os indicadores supracitados são essenciais como diagnóstico da situação da saúde do DF por serem informações que interferem no cotidiano do processo de trabalho dos profissionais de saúde; além desses indicadores, outra questão pode influenciar de forma direta nesse processo, são as questões da judicialização na saúde.

A judicialização da saúde é recente no Brasil, deve-se entender como uma questão ampla e diversa de reclamações de bens e direitos na esfera judiciária: são insumos, instalações, medicamentos, assistência em saúde, entre outras demandas a serem protegidas pelo princípio do direito à saúde consubstanciada na Constituição Federal de 1988 e demais leis infraconstitucionais que seguindo o princípio do direito à saúde da população garantem aos usuários do SUS o dever de zelar com presteza desse direito por parte do Estado. “A origem da questão é ainda incerta, não apenas pela ausência de estudos empíricos sistemáticos e comparativos no país, mas principalmente pela amplitude da judicialização”.¹³

Existem argumentos distintos para analisar as implicações da judicialização do direito à saúde no país: de um lado, se anuncia a possibilidade de efetivação do direito, mas, por outro, há o risco da judicialização ser uma interferência do Judiciário nas políticas públicas de saúde que diante da situação de alta demanda e problemas de gestão, a qual possa agravar a situação daqueles que não recorrem ao judiciário por falta de conhecimento técnico ou por impossibilidade financeira, assim, caso a decisão judicial não adote critérios objetivos e uniformes ou não seja munida de informações suficientes para uma correta avaliação quanto à viabilidade e adequação técnica e orçamentária do bem demandado (conexão entre a situação da saúde e judicialização), poderá ser presenciado a inversão de valores na questão de urgência devido à escassez dos recursos limitados das secretarias Estaduais e Municipais.¹³

O crescente número de ações judiciais propostas em face do Poder Público com o fim de garantir o fornecimento de medicamentos, a realização de cirurgias e procedimentos e até mesmo a

incorporação de novas tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS tem sido motivo de preocupação para esses gestores da saúde em todos os níveis federativos.¹⁴

Diante dessa realidade, os métodos de solução de conflitos, a saber: a mediação e a conciliação surgem como forma alternativa de por fim às várias demandas levadas ao Judiciário, fato que vem influenciando negativamente o orçamento destinado ao setor de Saúde.

É cediço que a Administração Pública realiza suas compras e contratações por meio de licitações públicas. Na área da Saúde, torna-se nítida a demora no atendimento ao paciente que necessite de uma consulta, de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de medicamentos ou procedimentos cirúrgicos, pode gerar a perda de uma vida. Nessa seara, a mediação e a conciliação tentam resolver de forma mais célere e eficaz as celeumas que surgem entre pacientes e setor público na busca de um atendimento de qualidade.

Nesse sentido, de acordo com matéria vinculada pelo site do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e a Defensoria Pública do Distrito Federal estão investindo na prática da mediação extrajudicial para reduzir os casos em que pacientes recorrem à Justiça para conseguir atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS). De janeiro a outubro do ano passado (2014), quando o número de processos chegou a 1.300, decisões judiciais obrigaram a secretaria a gastar R\$ 32 milhões com medicamentos, consultas, tratamentos e outros serviços, o que impactou o orçamento do órgão.¹⁵

“A situação é gravíssima. Para se ter uma ideia, R\$ 32 milhões é exatamente o valor que gastamos no ano passado para abastecer todos os centros de saúde e a Farmácia de Alto Custo do Distrito Federal com medicamentos”, comparou a chefe do Setor de Judicialização da Secretaria de Saúde, Patrícia Paim. Segundo ela, o número de processos movidos por pacientes cresce a uma razão de 30% por ano.¹⁵

O esforço para conter as ações judiciais é centrado na Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS), criada em fevereiro de 2013 por meio de portaria conjunta entre a Secretaria de Saúde e a Defensoria Pública. Com a CAMEDIS, a defensoria, que antes priorizava a abertura de processos na Justiça, passou também a buscar soluções extrajudiciais para os conflitos por meio da prática da mediação.

As sessões de mediação, por meio da CAMEDIS, começaram a ser realizadas em outubro de 2013. Um ano após, em outubro de 2014, a unidade registrava 260 acordos entre pacientes e a Secretaria de Saúde. “Nós conseguimos acordos em 85% das audiências de mediação”, disse Patrícia Paim.¹⁵

Ela explicou que o trabalho da CAMEDIS, coordenado pela Secretaria de Saúde, ocorre da seguinte forma: quando a Defensoria Pública apresenta a reclamação de um paciente, a secretaria verifica se o medicamento ou tratamento pleiteado consta da lista padronizada pelo Ministério da Saúde. Caso não conste, é oferecida uma alternativa terapêutica ao reclamante. Em uma situação

como essa, a defensoria propõe um acordo ao paciente. Cabe a este último aceitar a proposta e encerrar o caso ou buscar outras soluções, entre elas a abertura de uma ação judicial.¹⁵

O objetivo principal da mediação é inserir o indivíduo nas políticas públicas oferecidas pela Secretaria de Saúde, permitindo que o conflito seja revolvido no âmbito da Administração Pública, com a ativa participação dos responsáveis por executar as referidas políticas públicas”, destacou a chefe do Setor de Judicialização da Secretaria de Saúde.¹⁵

Patrícia Paim reconhece que o número de acordos alcançados pela CAMEDIS no primeiro ano das mediações ainda é pequeno em comparação ao volume de processos judiciais. No entanto, ela destaca que esses acordos evitaram a abertura de 260 processos, poupano a secretaria de gastos.¹⁵

“O IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) fez uma pesquisa e concluiu que o custo médio de uma ação judicial no Brasil é de R\$ 5.600. Ou seja, com esses acordos a secretaria deixou de gastar um R\$ 1,5 milhão com custas judiciais”, disse Patrícia Paim, frisando que a atuação da CAMEDIS, embora recente, tem potencial para fazer crescer no Distrito Federal a cultura da pacificação dos conflitos na área da saúde.¹⁵

Nessa seara, tem-se a edição do Novo Código de Processo Civil – Lei n. 13.105, de 16 de março de 2015- que prioriza a mediação e a conciliação como métodos de resolução das demandas judiciais, a saber: Lei 13.105 § 3º. “A conciliação, a mediação e outros métodos de solução consensual de conflitos deverão ser estimulados por juízes, advogados, defensores públicos e membros do Ministério Público, inclusive no curso do processo judicial”.¹⁶

Portanto, a iniciativa tomada pela SES-DF demonstra como a mediação é extremamente relevante para dirimir conflitos, denotando a capacidade dessa modalidade de solução extrajudicial de reduzir significativamente as ações no Judiciário, fazendo com que os recursos do setor de saúde sejam mais bem utilizados em prol da coletividade.

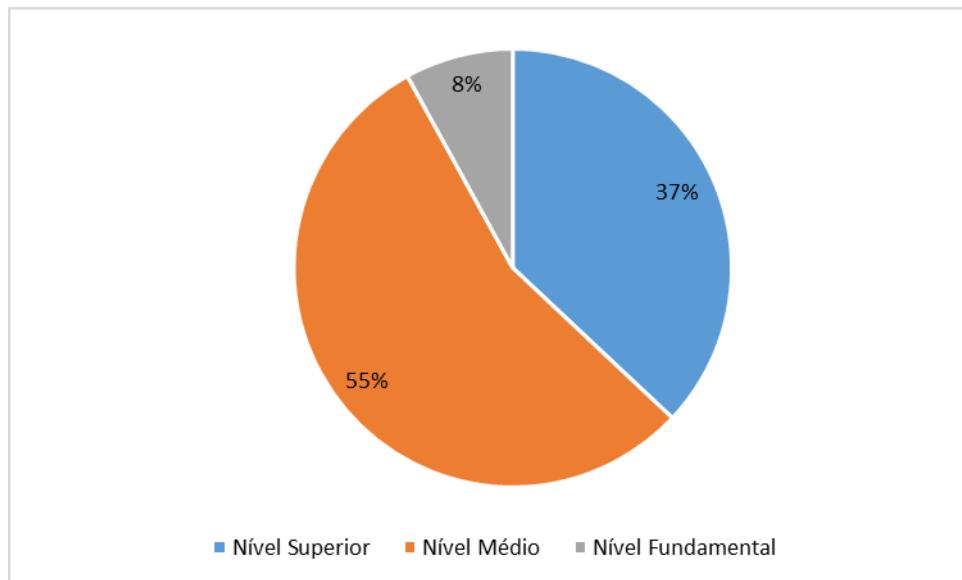
A educação permanente como ferramenta para a solução de problemas no campo da saúde

A formação de recursos humanos em saúde e sua permanente qualificação é tema recorrente nas regiões de saúde do Distrito Federal. Essa formação tende a ser crescente e descentralizada, assim como todas as outras ações propostas pelo SUS, visando a atender as demandas das regiões, para que se possa atingir o cerne dos problemas identificados pelos agentes envolvidos.

O Distrito Federal possui 31 (trinta e uma) Regiões Administrativas, que, no geral, carecem de ações educacionais permanentes para seus servidores. Atualmente a Secretaria de Estado de Saúde tem em seu quadro de pessoal o total de 33.186 (trinta e três mil cento e oitenta e seis) entre servidores efetivos, comissionados e requisitados. Desse total, 27% (12.258 doze mil duzentos e

cinquenta e oito) profissionais de nível superior, 55% (18.238 dezoito mil duzentos e trinta e oito) de nível médio e 8% (2.690 dois mil seiscentos e noventa) de nível fundamental.¹⁷

Figura 4. Quadro de profissionais da SES/DF divididos por níveis de ensino.



Fonte: IAP/SUGETES/SES – 2015

O levantamento das necessidades de habilitação e priorização do tema, para a implantação do projeto de intervenção da proposta escolhida, foi feita com base nas necessidades desses servidores, com foco na melhoria do serviço prestado aos usuários da saúde pública do Distrito Federal. A descentralização é um dos objetivos a serem alcançados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal para o período 2016-2019, a fim de garantir sua autonomia administrativa, financeira e, consequentemente, incentivar a disseminação de conhecimentos, por meio do fortalecimento das ações de Educação Permanente. Essa estratégia está apoiada nas recomendações finais da 9^a Conferência Distrital de Saúde realizada em julho de 2015, constituindo-se enquanto fator determinante, para que as políticas de Educação Permanente em Saúde obtenham o êxito pretendido no âmbito da saúde do Distrito Federal.

O grupo de servidores licenciados deverá ser preferencialmente, multidisciplinar, visto que a assistência à saúde é prestada por diversos atores. Após a qualificação, a equipe de servidores estará apta a atuar em demandas solucionáveis a partir da mediação e conciliação, contatar os usuários e serviços procurados por esses usuários e proceder à sessão de mediação/conciliação objetivando solucionar ou mitigar o problema do usuário do sistema de saúde. Os integrantes do grupo já instruídos poderão também atuar como sensibilizadores, educadores e multiplicadores dos outros profissionais da saúde que atuam na sua Região e em toda Secretaria de Estado de Saúde

do Distrito Federal (SES-DF), para a promoção da mediação sanitária, discutindo com seus pares os desafios dos processos de trabalho, bem como demonstrando a necessidade da prestação do serviço de assistência que atenda a necessidade do usuário, dentro da sua governabilidade, reduzindo a judicialização na saúde. Cada grupo habilitado atuará não só como mediador na saúde, bem como promoverá a Educação Permanente em Saúde.

Face ao exposto, apresenta-se como proposta de projeto a qualificação em mediação sanitária para servidores que atuam em áreas de conflito nas unidades de saúde e servidores que trabalham com processos judiciais nas Regiões de Saúde. Em uma visão mais ampliada os servidores habilitados também estarão, a partir da qualificação, aptos a atuarem em comissões regionais de mediação de conflitos que tenham como finalidade mediar conflitos locais com potencial de judicialização trabalhando alinhados com as orientações da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS), instituída pela Portaria Conjunta n. 01, de 26 de fevereiro de 2013, resultado de um acordo firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Defensoria Pública responsável pela mediação relativa às demandas por serviços ou produtos de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS no Distrito Federal. A Câmara atua em nível central da SES-DF e tem a missão de buscar solução às demandas por serviços e produtos de saúde, a fim de evitar ações judiciais ou propor soluções para aquelas em trâmite.

A CAMEDIS é composta por um representante titular e um representante suplente da SES/DF, que a coordena, e pela Defensoria Pública do Distrito Federal. Cabe à Secretaria de Saúde fornecer apoio administrativo e meios materiais necessários ao funcionamento da instituição. A Câmara de Mediação em Saúde tem como competências, entre outras, promover a mediação em demandas por serviços ou produtos de saúde a serem fornecidos pelo SUS no Distrito Federal; buscar conciliação e propor soluções para demandas judiciais em trâmite e propor a órgãos e entidades, medidas para melhorias e cooperação. As deliberações são encaminhadas à Unidade de Saúde responsável.

Devido ao atual cenário da saúde pública do DF, os gestores das Regiões de Saúde encontram dificuldades relacionadas com o grande número de conflitos causados pela assistência ineficiente ou pelos vazios assistenciais em determinadas áreas, escassez de recursos materiais, carência de profissionais habilitados para atuarem em alguns setores estratégicos, dentre outros fatores, que levam a judicialização, muitas vezes desnecessárias, relacionadas à aquisição de medicamentos, procedimentos cirúrgicos, entre outros.

As Regiões de Saúde, atualmente, necessitam de pessoas qualificadas para atuação local nas respostas aos processos judiciais e para mediação e conciliação de conflitos, o que poderá diminuir a judicialização da saúde, que tanto tem ferido o princípio da igualdade do SUS, privilegiando muitas vezes, alguns usuários em detrimento de outros com quadro de saúde de maior gravidade e gerando custos desproporcionais aos serviços prestados. Daniel Wang, pesquisador e professor de Direitos Humanos da London School of Economics relata que “O litígio de saúde no Brasil está fazendo o sistema público de saúde menos justo e racional. Os tribunais estão criando um sistema público de

saúde de dois níveis – um para aqueles que podem recorrer e ter acesso a qualquer tipo de tratamento, independentemente dos custos, e outro para o resto da população, que não tem acesso a cuidados restritos. A forma como o Judiciário decide tem também obrigado o Estado a fornecer drogas e serviços baseados em evidências científicas pobres e, às vezes, sem considerar a relação custo-efetividade ou as prioridades da saúde pública".¹⁸ Os litígios (ou judicialização) da saúde no Brasil começaram na década de 1990, com reivindicação de fornecimento de drogas, principalmente contra o HIV. O argumento principal é o princípio constitucional de que o direito à saúde é um direito fundamental de todos e um dever do Estado, inserido em um contexto de sistema público de saúde com base nos princípios da universalidade, da igualdade de acesso e cobertura abrangente.¹⁸

A escassez de servidores da saúde capacitados em mediar conflitos causa letargia e morosidade nas ações de diálogo em que muitas vezes com uma simples mediação o litígio estaria resolvido, diminuindo a necessidade de os gestores buscarem constantemente a Assessoria Jurídica Legislativa (AJL) da SES/DF, muitas vezes causando lentidão em responder e dar andamento ao processo. Independentemente da judicialização, a educação dos servidores em mediação é necessária por ser um método pacífico de resolução de conflitos alternativo, uma ferramenta essencial a ser utilizada no âmbito da saúde, mediação, mas também, nas relações entre profissionais e equipes de diferentes setores. Espera-se que a capacitação de servidores em cada Região de Saúde possibilite a identificação prévia de demandas que poderão ser judicializadas, mediando e conciliando com o usuário por meio da mediação sanitária e atuando nas respostas de demandas já judicializadas atendendo de forma ágil e consciente ao solicitado pelo poder judiciário, dentro dos prazos estabelecidos, trabalhando em parceria e alinhados com as orientações da CAMEDIS/AJL/SES/DF.

Objetivos

Objetivo geral

Fomentar a Mediação Sanitária no âmbito do SUS no Distrito Federal, habilitando os recursos humanos da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal e outros agentes envolvidos na busca da melhoria do atendimento e qualidade dos serviços prestados, com a finalidade de diminuir a interferência judicial e promover a resolução de litígios por meio de medidas extrajudiciais mediante um processo educativo permanente e comprometido.

Objetivos específicos

- Qualificar os servidores da saúde pública em mediação sanitária que atuam em áreas de conflito nas unidades de saúde e servidores que trabalham com processos judiciais nas Regiões de Saúde;
- Qualificar os servidores da saúde pública para atuar em comissões permanentes para mediação de conflitos, tramitação de processos judiciais oriundos da CAMEDIS/AJL/SES ou diretamente de órgãos judiciais, em cada Região de Saúde;
- Criar oficinas no âmbito da educação permanente para que se possa viabilizar o maior número de acordos com o intuito de reduzir a judicialização no âmbito da saúde do Distrito Federal.

Metodologia

O Plano Distrital de Saúde 2016-2019¹² foi objeto de consulta para escolha do tema a ser desenvolvido no projeto de intervenção. O tema foi definido pelos membros da equipe, composta por servidores da Secretaria de Saúde do Distrito Federal de diferentes áreas de atuação. Para a escolha do tema foi seguido o seguinte roteiro:

- Seleção prévia de cinco Objetivos Estratégicos do Plano Distrital de Saúde 2016-2019 para análise pelos membros da equipe;
- Escolha do tema pelo grupo, por meio de consenso, de um dos objetivos estratégicos das diretrizes do Plano Distrital de Saúde do Distrito Federal 2016-2019 previamente selecionados.

O tema escolhido para o Projeto de Intervenção a ser desenvolvido pela turma de alunos/servidores do curso de Direito Sanitário – FIOCRUZ/SES-DF; deverá ser desenvolvido de acordo com as normas instituídas para a utilização do recurso destinado a Educação Permanente em conta específica do Fundo de Saúde do Distrito Federal.

Para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção será abordado o tema: “Qualificação em Mediação Sanitária no âmbito da saúde do Distrito Federal”. Considerando o Objetivo Estratégico 2.4.1 que consta no Plano Distrital de Saúde¹⁷ no que tange a “Implementar as diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa na SES-DF”, observa-se que nos princípios que embasam a Gestão Estratégica e suas ações, a ideia da mediação sanitária está em consonância com a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS. Considerando ainda a publicação do novo Código de Processo Civil, que traz a mediação como inovação na tratativa dos litígios.¹⁶

O público-alvo da qualificação tratada no Projeto de Intervenção serão os servidores das Regiões de Saúde que atuam nas áreas com maior incidência de conflitos nas unidades hospitalares, em especial servidores que atuam nos setores de pronto atendimento, por se tratarem de áreas de funcionamento ininterrupto que lidam frequentemente com situações de urgência e emergência com constante necessidade de mediação, os Ouvidores de cada hospital e sua equipe, por serem os

responsáveis pela escuta qualificada e intermediação da relação entre o cidadão e a administração pública, os membros do Controle Social, por serem responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento dos serviços prestados aos usuários do serviço público de saúde interagindo com frequência junto aos servidores das unidades de saúde em favor do paciente, e servidores responsáveis pelos processos judiciais em cada Região de Saúde, por entendermos que a judicialização seja a última instância buscada pelo cidadão após a interação com a ouvidoria e o controle social. Na primeira fase, receberão o treinamento vinte servidores de cada Região de Saúde: Centro-Norte, Centro-Sul, Norte, Sul, Oeste, Leste, Sudoeste e as outras vinte serão divididos entre os servidores do Hospital de Base, Hospital de Apoio, Hospital da Criança, Hemocentro e da Sede da Secretaria de Saúde, totalizando assim cento e sessenta servidores.

O tema proposto também está em consonância com o Planejamento Estratégico base para o Plano de Saúde do Distrito Federal e o PPA – Plano Plurianual 2016-2019¹⁷ que estabelece no Eixo 2: Modelo de Gestão, Diretriz 2 (D2) – Qualificação dos processos de gestão em saúde na SES-DF, no Objetivo Estratégico 2.2.3 (OE.2.2.3). Aprimorar as ações de Ouvidoria visando à adequação das práticas de gestão e assistência em saúde.

Com o intuito de estabelecer nexo com o projeto de mediação em tela esclarecemos que a Ouvidoria da Secretaria de Saúde trabalha na perspectiva da participação social procurando a melhoria dos serviços de saúde. Dessa forma é desejável que a Ouvidoria busque fomentar dentro da estrutura da SES-DF métodos para mediar os eventuais conflitos existentes entre os diversos atores e leve ao gestor o olhar do usuário do SUS.

O presente trabalho baseia-se na análise documental do conteúdo de pesquisas, tabelas e relatórios da ouvidoria, bem como na proposta orçamentária explicitada nos instrumentos de planejamento da Secretaria de Estado de Saúde.

Após a análise dos dados operacionais fornecidos pela Ouvidoria da SES-DF, quanto ao número de reclamações e denúncias recebidas pela pasta a proposta do projeto de intervenção estará alinhada ao piloto estratégico-orçamentário para este quadriênio.

De acordo com o Decreto 36.462 de 23 de abril de 2015,¹⁹ que regulamenta os serviços de ouvidoria, são caracterizadas como reclamações: manifestação de desagrado, uma queixa ou crítica sobre um serviço prestado, ação ou omissão da administração e/ou do servidor público, considerado ineficiente, ineficaz ou não efetivo; caracterizam-se como denúncias: comunicação de irregularidades ocorridas no âmbito da administração pública ou apontamento de exercício negligente ou abusivo dos cargos, empregos e funções, como também infrações disciplinares ou prática de atos de corrupção, ou improbidade administrativa, que venham ferir a ética e a legislação.

Quadro 1. Manifestações recebidas pela ouvidoria da saúde do Distrito Federal no quadriênio de 2011 a 2014.

Manifestações	2011	2012	2013	2014	Total
Reclamação	14.352	18.041	16.096	15.148	63.637
Denúncia	331	1.108	1.768	918	4.125

Fonte: Ouvidoria SES-DF/Agosto 2016

O Informativo Operacional da Ouvidoria da SES-DF, de 29 de julho de 2016, trouxe dados comparativos entre reclamações e denúncias no primeiro semestre de 2015 e 2016.

Quadro 2. Manifestações recebidas pela ouvidoria da saúde do Distrito Federal no primeiro semestre dos anos 2015 e 2016.

Manifestações	2015 Primeiro semestre	2016 Primeiro semestre
Reclamação	6.766	7.718
Denúncia	527	434

Fonte: Ouvidoria SES-DF/Agosto 2016

As reclamações e denúncias registradas na Ouvidoria da Saúde do Distrito Federal reforçam a necessidade de aprimoramento dos profissionais de saúde por meio de sensibilização e capacitação permanente dos servidores, que atuam em todas as unidades da rede de Saúde do Distrito Federal, para mediação de conflitos tornando-os aptos a mitigar contendas e agir de modo resolutivo em relação aos problemas do dia a dia, durante o exercício de seu trabalho. Acredita-se que servidores sensibilizados e qualificados em mediação de conflitos estarão mais preparados para interagir com os usuários do sistema de saúde, bem como com os representantes do controle social e demais servidores o que poderá possibilitar a redução do número de ações de judicialização na saúde.

A qualificação constituirá na promoção de uma Oficina, com carga horária de 100 horas para 160 participantes. A Oficina será dividida em cinco módulos de vinte horas cada para quatro grupos de quarenta servidores. Entre cada módulo será realizada a Atividade de Dispersão, um espaço reservado para troca de experiências e relatos de aplicabilidade dos temas abordados no decorrer de cada módulo, no cotidiano profissional de cada participante; esta atividade se dará a partir do módulo II. Ao final da oficina, cada grupo elaborará e apresentará um *banner* relacionado ao tema Mediação Sanitária no âmbito da saúde do Distrito Federal.

Quadro 3. Qualificação em Mediação Sanitária

Qualificação em Mediação Sanitária – SES-DF								Carga horária: 100H (20h/Módulo)									
Módulo I		Atividade de Dispersão	Módulo II		Atividade de Dispersão	Módulo III		Atividade de Dispersão	Módulo IV		Atividade de Dispersão	Módulo V					
Turmas			Turmas			Turmas			Turmas			Turmas					
I	II		III	IV		I	II		III	IV		I	II	III	IV		
Fonte: Elaborado pelos autores																	

Instituições provedoras das ações de educação permanente

Para se entender a evolução histórica do processo de ensino na área de saúde, cujo resultado atual é a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), há que se reportar à origem que remonta à época da fundação de Brasília quando foi criada, em 17 de junho de 1960, a Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF) visando imprimir ao Sistema de Saúde um caráter mais ágil e dinâmico isento das limitações impostas pelo serviço público tradicional. Sequencialmente, é criada a Escola de Auxiliares de Enfermagem de Brasília (EAEB) objetivando a formação de recursos humanos específicos – Auxiliar de Enfermagem – para a FHDF, de forma a colaborar com a organização dos serviços de assistência em saúde. A missão da Escola consistia, então, em prover a cidade de Brasília de pessoal especializado em enfermagem que deveria constituir a estrutura básica daquela instituição (20).

Ao longo de seus 13 anos de funcionamento, a EAEB formou Auxiliares de Enfermagem e Atendentes e, no último ano (1973) a categoria de Técnico de Enfermagem. Neste ano, foi reconhecida como estabelecimento de ensino profissionalizante pela Secretaria de Educação e Cultura (SEC/DF) passando a denominar-se Escola Técnica de Enfermagem de Brasília (ETESB). Sua missão ampliou-se abrangendo, a partir daquele momento, a formação de recursos humanos em nível técnico correspondente às necessidades do Sistema de Saúde e de acordo com a legislação de ensino vigente no País. No ano de 1975 foi elaborado um Projeto que congregaria, de maneira nacional, os recursos das áreas de Saúde e Educação no Distrito Federal, de maneira a tornar cada vez mais flexível e mais ampla a possibilidade de formar, em nível de segundo grau, profissionais que pudessem engajar-se no mercado de trabalho da área de saúde e, ainda, com alternativas de ascensão que permitiriam o desenvolvimento das instituições que prestam serviço à comunidade e ao profissional.²⁰.

Enfim, a ETEB que até então só oferecia cursos em nível técnico e auxiliar de enfermagem, com a implantação do Projeto do Centro Interescolar de Saúde de Brasília (CISB), abriu um leque de habilidades nas áreas de diagnóstico e tratamento com oferta de cursos profissionalizantes para a formação de Técnicos e Auxiliares de Laboratório nas várias especialidades das diferentes áreas que compõem esses setores.²⁰

Em 1976, a Secretaria de Educação e Cultura do DF ratifica o reconhecimento concedido ao CISB e, autoriza o funcionamento do ensino de 2º grau em regime de intercomplementariedade com a adoção dos currículos aprovados pelo Parecer 119/76-CEDF, nas seguintes habilitações: Habilidades Plenas: Técnico em Enfermagem, Técnico em Radiologia Médica (Radioterapia e Radiodiagnóstico), Técnico em Laboratório Médico (Hematologia/Hemoterapia, Eletrodiagnóstico Neurológico, Anatomia Patológica, Citotecnologia, Patologia Clínica e Histologia(Habilidades Parciais: Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Radiologia Médica (Radioterapia e Radiodiagnóstico), Auxiliar de Laboratório Médico (Hematologia/Hemoterapia, Anatomia Patológica, Citotecnologia e Histologia) Pode-se dizer que a Escola não só atingiu os propósitos iniciais como também adaptou-se às exigências do mercado de trabalho do setor, incorporando a docência de outras profissões.²⁰

A especialização médica é outro marco da atividade de ensino da SES-DF que, já em 1960, por meio do 1º Hospital Distrital de Brasília, criara um curso para o aperfeiçoamento técnico desses profissionais. Almejava-se atrair para a cidade médicos recém-formados e sextanistas de medicina e, desse modo, fixá-los à instituição.²⁰

Em 1964, oficialmente fica registrada a criação do sistema de Residência Médica e Internato na Resolução n. 37/64, de 11 de maio de 1964. Neste ano iniciavam no curso, os primeiros profissionais que iriam completar a primeira turma oficial de Residência Médica em 1966.²⁰

Em 1965 foi aprovado o Regimento dos Médicos Instrutores de Residentes e Internos estabelecendo uma gratificação de 50% de seus salários ou vencimentos básicos. Com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica, em 05 de setembro de 1977, a Residência começa a ser regulamentada e em 09 de julho de 1981, é publicada no Diário Oficial da União-DOU, a Lei 6.932 que dispõe sobre as atividades do médico residente.²⁰

Até 1980 a FHDF contava com três hospitais que ofereciam Residência Médica (HBDF, HMIB e HRT). Em 1984 esta modalidade de pós-graduação se estendeu para o HRS e o HRG. Em 1985 o HRAN abria a sua Residência Médica e, em 1991, o HRC também se credenciava nas áreas básicas.²⁰

Em 1986, estabelecem-se novos desafios voltados à transformação das práticas de atenção à saúde na busca de um modelo mais justo, mais eficiente e, acima de tudo, integral, universal e igualitário. Para viabilizar este novo modelo de atenção priorizou-se, entre outras ações, a capacitação de todos os trabalhadores envolvidos no processo de forma a que os mesmos se sentissem corresponsáveis por tal construção, situando-os na realidade em que estavam inseridos. Neste contexto implanta-se, mediante a Resolução no 01/86-FHDF, o Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde (CEDRHUS – órgão de ensino especializado para capacitação de servidores da FHDF na execução das ações de saúde dirigidas à clientela do SUS).²⁰

Em sua primeira estrutura administrativa, o CEDRHUS contou com uma divisão denominada divisão de ensino e aperfeiçoamento que reunia as seções de nível superior e de nível médio. A seção de nível superior incorporou todas as atividades relativas à residência médica e internato, além

das demais atividades de capacitação dos profissionais de nível superior. A seção de nível médio, por sua vez, assumiu as atividades do CISB, bem como as outras atividades de capacitação dos profissionais de nível médio e básico.²⁰

Posteriormente, em 1987, mediante a Resolução no 07/87, o CEDRHUS ganha maior autonomia ao ter sua subordinação transferida diretamente para a Diretoria Executiva da FHDF. Este remanejamento viabiliza a recomposição da estrutura administrativo-escolar e aprovação de um novo Regimento Escolar, criando a Escola Técnica de Saúde de Brasília-ETESB, inserida na nova estrutura administrativa do CEDRHUS. Esta estrutura também contemplou um setor específico para a coordenação da residência médica e internato e outro setor para o desenvolvimento das demais atividades de treinamento e capacitação da FHDF.²⁰

Em 13 de junho de 1996 foram criados os Núcleos de Educação para o Trabalho em Saúde – NETS que tinham como responsabilidade planejar e implantar estratégias de desenvolvimento de recursos humanos, coordenar as atividades de educação permanente, elaborar projetos de capacitação, orientar os servidores nos procedimentos relativos à capacitação, divulgar eventos técnico-científicos, cadastrar instrutores, entre outras, constituindo-se em órgãos de apoio técnico do CEDRHUS, no entanto subordinados administrativamente às respectivas unidades de saúde. Com a reforma administrativa da SES/DF e a extinção da FHDF, ocorridas em 2000, os Nets passaram a fazer parte da estrutura organizacional da SES com a nova denominação de Núcleos de Educação e Treinamento em Saúde totalizando, hoje, 25 núcleos.²⁰

Em 1999, com a implantação do Programa Saúde da Família, antes denominado Saúde em Casa, o Cedrus passou a atuar também como Polo de Capacitação enquanto executor do convênio do Ministério da Saúde, referente ao programa. Este trabalho foi desenvolvido de forma articulada com outras estruturas da instituição e da Universidade de Brasília-UnB.²⁰

O CEDRHUS estabeleceu-se, portanto, como um órgão formulador de políticas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde no DF agregando, também, a competência pela análise e parecer dos processos referentes à concessão de bolsas de estudo aos servidores, treinamento em serviço, estágios curriculares de nível médio e superior e atividades práticas de aprendizagem nas unidades da SES.²⁰

No ano de 2000 se iniciaram estudos visando uma maior diversificação das atividades de ensino. A estrutura existente à época não permitia o salto de qualidade almejado como a inserção do nível de graduação na SES e incremento das demais atividades acadêmicas. Em 12 de janeiro de 2001, por meio da Lei n. 2.676, foi criada a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).²⁰

A Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde é o resultante de um processo que abrange mais de quatro décadas de trabalho ininterrupto, orientado ao desenvolvimento de habilidades e competências dos servidores e profissionais de saúde que compõem o Sistema de Saúde do Distrito Federal. Consolidou-se na perspectiva para o alcance de novos objetivos

relacionados à implantação do ensino de graduação, ampliação da oferta de cursos de pós-graduação lato e stricto sensu, bem como da busca da excelência das demais atividades de educação.²⁰

Monitoramento e avaliação

O processo de monitoramento e avaliação é de grande valia para a efetivação exitosa da habilitação das equipes dentro da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham corresponsabilidades. O processo de avaliação é mediado por relações de poder. Isto não deve ser ignorado por quem tem a responsabilidade de conduzi-lo, sendo fundamental reforçar a implementação de mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos.²¹

De acordo com Contandriopoulos, a avaliação é a atividade que consiste em fazer julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços, os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas.²²

A avaliação do projeto de intervenção dar-se-á em diversos momentos:

- O primeiro será realizado no início da Oficina, por meio da aplicação de um pré-teste de assuntos gerais para avaliar o conhecimento prévio dos participantes da Oficina em relação ao tema.

Quadro 4. Modelo de avaliação do conhecimento prévio dos participantes sobre mediação sanitária.

Questionário Pré-Teste
1. O que você comprehende por Mediação Sanitária?
2. Já vivenciou ou presenciou algum conflito em seu ambiente profissional? Como foi a resolução desse conflito?
3. Você acredita que é possível dirimir os conflitos no SUS, por meio da Mediação Sanitária?
4. Qual o seu objetivo na participação da Qualificação proposta?

Fonte: Elaboração dos autores

• O segundo acontecerá em cinco módulos – após o término de cada módulo, por meio da aplicação de um pós-teste para avaliar a retenção do conhecimento obtido.

• O terceiro ocorrerá no último encontro da Oficina, quando será reaplicado o pré-teste, descrito neste momento como pós-teste, que possibilitará a comparação entre o conhecimento prévio e conhecimento adquirido no decorrer da qualificação.

• O quarto será a avaliação geral do curso, no último módulo; a compilação final será apresentada pela organização do curso para os participantes, bem como as impressões obtidas no decorrer da qualificação.

O processo avaliativo ocorrerá também no final de cada módulo, porém este abrangerá âmbitos relacionados ao: palestrante (domínio, tempo de oficina, conteúdo abordado, dinâmicas, vivências e articulação entre teoria e prática) e infraestrutura (condições ambientais, equipamentos e organização), além de um espaço destinado para elogios e sugestões de melhoria, o envio será feito por meio do preenchimento do formulário eletrônico na Plataforma *Survey Monkey*; a compilação dos pós-testes apontará o que deverá ser melhorado e enfatizado. A avaliação orientará à readequação e aprimoramento do palestrante e organizadores das oficinas. O intervalo entre cada módulo será de quatro semanas, no qual os participantes executarão a Atividade de Dispersão. Nessa etapa, será proposto que o conhecimento adquirido, seja aplicado no cotidiano do profissional e no início de cada módulo será reservado cerca de vinte minutos para troca de experiências e a entrega do relatório das ações desenvolvidas e dos impactos percebidos. A realização do trabalho será um dos critérios para a obtenção do certificado.

Os indicadores eleitos serão: manifestações (reclamação/solicitação) registradas com resultados de sucesso na mediação e manifestações (reclamação/solicitação) registradas com insucesso na mediação.

Os indicadores serão obtidos por meio da compilação dos dados enviados pelas Ouvidorias Seccionais mensalmente por meio dos relatórios.

Compreende-se monitoramento como parte do processo avaliativo que envolve coleta, processamento e análise sistemática e periódica de informações e indicadores de saúde selecionados com o objetivo de observar se as atividades e ações estão sendo executadas conforme o planejado e estão tendo os resultados esperados.²²

Dessa forma, por meio do monitoramento é possível identificar problemas e pensar em soluções. Pontos importantes: Identificar quando as ações propostas não estão fluindo corretamente, verificar se os recursos estão sendo bem utilizados e se serão suficientes para o que está sendo realizado, para reconhecer se a capacidade de trabalho disponível é suficiente e adequada, verificando se está sendo realizado o que foi planejado previamente. Uma das grandes vantagens é a possibilidade de identificação de problemas enquanto estes ainda são pequenos e confortáveis, fato que facilita a tomada de decisões certas no momento necessário evitando o fracasso do projeto seja por erros no planejamento, na execução ou por fatores externos.²¹

Quadro 5. Quadro demonstrativo das oficinas e respectivas avaliações.

Quadro Demonstrativo: Oficina/Avaliação									
Pré-Teste/1º Encontro	Módulo I	DISPERSÃO/4 semanas	Módulo II	DISPERSÃO/4 semanas	Módulo III	DISPERSÃO/4 semanas	Módulo IV	DISPERSÃO/4 semanas	Módulo V
	160 Servidores		160 Servidores		160 Servidores		160 Servidores		160 Servidores
	4 grupos de 40 servidores		4 grupos de 40 servidores		4 grupos de 40 servidores		4 grupos de 40 servidores		4 grupos de 40 servidores
	Pré-Teste Pós-Teste		Pós-Teste		Pós-Teste		Pós-Teste		Pós-Teste / Reaplicação do Pré-Teste
	Experiências / Avaliação do Módulo (Survey Monkey)		Experiências / Entrega de Relatórios Avaliação do Módulo (Survey Monkey)		Experiências / Entrega de Relatórios Avaliação do Módulo (Survey Monkey)		Experiências / Entrega de Relatórios Avaliação do Módulo (Survey Monkey)		Experiências / Entrega de Relatórios Avaliação do Módulo (Survey Monkey) Avaliação Geral da Qualificação

O monitoramento será desenvolvido em diversas etapas:

- Durante a qualificação: envio dos relatórios e da troca de experiências dos participantes, por meio da atividade de dispersão no início de cada módulo.
- Após a qualificação: obtenção e monitoramento dos indicadores mensais pactuados.

Ao final do curso, cada grupo elaborará e confeccionará um banner contendo a evolução dos indicadores mensurados e os impactos alcançados com a qualificação.

Recursos

A seguir, será apresentado uma estimativa real de recursos humanos, materiais e logísticos que serão utilizados para o alcance da qualificação da equipe.

Recursos humanos

Quadro 6. Estimativa de custos com recursos humanos para o projeto de intervenção. Brasília/DF, 2016.

RECURSOS HUMANOS			
Função	Remuneração (R\$)	Período	Subtotal (R\$)
Assistente Administrativo	1.000,00	5 meses	5.000,00
Coordenador (2)	3.000,00	5 meses	30.000,00
Instrutor Psicólogo – (h/aula)	150,00	140 h	21.000,00
Instrutor Direito Sanitário – (h/aula)	160,00	160 h	25.600,00
Total Geral			81.600,00

Recursos materiais

Material de Consumo

Quadro 7. Estimativa de custos com materiais de consumo para o projeto de intervenção. Brasília/DF, 2016.

MATERIAIS DE CONSUMO			
Item	Quantidade	Valor Unitário	Subtotal (R\$)
Resmas de papel	5	15,00	75,00
Canetas	170	1,00	170,00
Pastas	170	3,00	510,00
Blocos para anotações – Papel A5, 25 vias, colorido, papel reciclado 90, acabamento refile	170	2,50	425,00
Tonner preto	2	250,00	500,00
Total Geral			1.680,00

Material Permanente

Quadro 8. Estimativa de custos com materiais permanentes para o projeto de intervenção.
Brasília/DF, 2016.

MATERIAIS PERMANENTES			
Item	Quantidade	Valor Unitário	Subtotal (R\$)
Computador com acesso à internet	2	1.399,00	2.798,00
Retroprojetor	1	1.850,00	1.850,00
Total Geral			4.648,00

Os materiais permanentes poderão ser providos pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, de acordo com a disponibilidade de materiais.

Outros

Quadro 9. Estimativa de custos com outros itens para o projeto de intervenção. Brasília/DF, 2016.

OUTROS			
Item	Quantidade	Valor Unitário	Subtotal (R\$)
Apostila encadernada 60 páginas-Formato A4 (21,0 x 29,7 cm)	170	7,60	1.292,00
Cartaz-A2, colorido, papel couchê fosco 150g, acabamento refile, sem extras	50	1,10	55,00
Contrato de manutenção para computador e impressora	5	300,00	1.500,00
Crachá de Identificação – Papel A7 (7,4cm x 10,5cm), impressão frente, papel couchê fosco 250g, acabamento furo, extra cordão preto (sem montagem)	170	0,81	137,70
Folder com o cronograma-Papel A4, couchê fosco 115g, dobra simples, vinco, sem enobrecimento	170	2,69	457,30
Impressão Banner –Formato 80 x 120cm, frente, papel lona brilho, acabamento bastão e cordão, sem extra	4	48,25	193,00
Impressora Lexmark T654	1	599,00	599,00
Linha Telefônica com plano de acesso à internet e ligações locais ilimitadas (5 meses)	1	150,00	750,00
Total Geral			4.984,00

Cronograma físico-financeiro

Quadro 10. Cronograma físico-financeiro para o projeto de intervenção. Brasília/DF, 2016.

CRONOGRAMA FÍSICO-FINANCEIRO R\$					
ITEM	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5
Recursos Humanos	16.400,00	19.400,00	19.400,00	19.400,00	7.000,00
Recursos Materiais	1.620,00	15,00	15,00	15,00	15,00
Materiais Permanentes	4.648,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outros	2.971,00	450,00	450,00	450,00	643,00
Total	25.639,00	19.865,00	19.865,00	19.865,00	7.658,00

Planejamento orçamentário

Dotação orçamentária

Quadro 11. Dotação orçamentária para o projeto de intervenção. Brasília/DF, 2016.

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	
Unidade Gestora:	23901 – Fundo de Saúde do Distrito Federal
Programa a ser utilizado:	10.128.6002.4088.0021
Ação:	Qualificação de servidores
Plano de Trabalho:	Termo de Referência
Plano de Trabalho Resumido	Não se aplica
Fonte de recursos:	100
Elemento de despesa:	339014/339033/339039

Cronograma de execução

Quadro 12. Cronograma de execução do projeto de intervenção. Brasília/DF, 2016.

ESTRATÉGIA	ANO	MÊS						
		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
1 – Divulgação político-institucional	2017	X						
2 – Inscrições dos profissionais de saúde – após indicação do gestor	2017		X					
3 – Oficinas de qualificação em mediação sanitária	2017			X				X
4 – Atividades de dispersão	2017			X				
5 – Apresentação dos banners e finalização das oficinas	2017							X

*Cronograma sujeito a alterações, conforme andamento das ações

Orçamento

Quadro 13. Detalhamento dos materiais e recursos humanos que serão utilizados para o projeto de intervenção. Brasília/DF, 2016.

ORÇAMENTO			CUSTO	
Item	Especificação	Quantidade	Unitário	Total
1	Apostila encadernada 60 páginas – Formato A4 (21,0 x 29,7cm)	170	7,60	1.292,00
2	Blocos para anotações- Papel A5, 25 vias, colorido, papel reciclado 90, acabamento refile	170	2,50	425,00
3	Canetas	170	1,00	170,00
4	Cartaz – A2, colorido, papel couchê fosco 150g, acabamento refile, sem extras	50	1,10	55,00
5	Computador com acesso à internet	2	1.399,00	2.798,00
6	Contrato de manutenção para computador e impressora	5	300,00	1.500,00
7	Contrato de RH – Assistente Administrativo	1 x 5 meses	1.000,00	5.000,00
8	Contrato de RH – Coordenador	2 x 5 meses	3.000,00	30.000,00

9	Contrato de RH – Instrutor em Mediação Sanitária	1 x 160 horas	160,00	25.600,00
10	Contrato de RH – Instrutor Psicólogo	1 x 140 horas	150,00	21.000,00
11	Crachá de Identificação-Papel A7 (7,4cm x 10,5cm), impressão frente, papel couchê fosco 250g, acabamento furo, extra cordão preto (sem montagem)	170	0,81	137,70
12	Folder com o cronograma-Papel A4, couchê fosco 115g, dobra simples, vinco, sem enobrecimento	170	2,69	457,30
13	Impressão Banner-Formato 80 x 120cm, frente, papel lona brilho, acabamento bastão e cordão, sem extra	4	48,25	193,00
14	Impressora Lexmark T654	1	599,00	599,00
15	Linha Telefônica com plano de acesso à internet e ligações locais ilimitadas (5 meses)	1	150,00	750,00
16	Pastas	170	3,00	510,00
17	Resmas de papel	5	15,00	75,00
18	Retroprojetor	1	1.850,00	1.850,00
19	Tonner preto	2	250,00	500,00
TOTAL				92.912,00

Adequação jurídica

O documento jurídico que será utilizado para a execução da proposta de educação permanente será o TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA.

MINUTA

**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA N. / – FEPECS

Termo de Cooperação Técnica que entre si celebram a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF e a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – Fepecs, objetivando a formação profissional de servidores em mediação sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal.

O **DISTRITO FEDERAL**, por intermédio de sua **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**, inscrita no CGC (MF) sob o n. 00.394.700/0001-08, com sede no Setor de Áreas Isoladas Norte – SAIN – Bloco b – 1º andar – Sala 159, Brasília – DF, doravante denominada SES e a **FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**, inscrita no CNPJ n. 04.287.092/001-93, com sede a SMHN quadra 501, bloco a, doravante denominada FEPECS, representadas neste ato por **HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA**, brasileiro, médico, residente e domiciliado nesta capital, portador da Carteira de Identidade n. e do CPF n., na qualidade de Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal e Presidente da FEPECS, em conformidade com o disposto no art. 116 da Lei n. 8.666/93, de 21 de junho de 1993, e informações constantes do Processo n. , resolvem celebrar o presente Termo de Cooperação, mediante as cláusulas e condições abaixo:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Realização do Curso de Mediação Sanitária, por meio de parceria entre a SES-DF e a FEPECS.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO CURSO

O Curso de Mediação Sanitária, por meio do Termo de Cooperação, destinar-se-á a atender à demanda de Formação de servidores da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES

A) DA FEPECS:

- a) Disponibilizar vagas no Curso de Mediação Sanitária, respeitando-se os pré-requisitos do curso;
- b) Planejar em conjunto com a Secretaria de Estado de Saúde do DF, o cronograma do curso, o quantitativo de vagas e o desenvolvimento das atividades didático-pedagógicas;
- c) Capacitar pedagogicamente os docentes que participarão do curso;
- d) Executar e coordenar em conjunto com a SES-DF o Curso de Mediação Sanitária;
- e) Encaminhar à SES-DF relatórios e documentos referentes ao desenvolvimento do Curso, mediante planejamento elaborado e/ou demandas apresentadas;
- f) Certificar os alunos aprovados após a conclusão do curso;
- g) Viabilizar espaços e cenários para o desenvolvimento das atividades educativas do curso;
- h) Elaborar e revisar material didático para o curso, bem como os cadernos de atividades relativos às unidades educacionais, assegurando a propriedade intelectual dos autores;
- i) Disponibilizar profissionais para atuarem como palestrantes, docentes e instrutores, de acordo com a disponibilidade do quadro e necessidades do projeto do curso.

B) DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF:

- a) Planejar em conjunto com a FEPECS o cronograma do curso, o quantitativo de vagas e o desenvolvimento das atividades didático-pedagógicas;
- b) Realizar processo seletivo interno, observando-se os pré-requisitos exigidos para o curso e encaminhar à FEPECS os nomes dos candidatos selecionados;
- c) Executar e coordenar em conjunto com a FEPECS o Curso de Mediação Sanitária;
- d) Indicar um servidor para apoio técnico-administrativo para desenvolver as ações operacionais do curso juntamente com servidor da FEPECS;
- e) Viabilizar espaços e cenários para o desenvolvimento das atividades educativas do curso;
- f) Disponibilizar profissionais para atuarem como palestrantes, docentes e instrutores, de acordo com a disponibilidade do quadro e necessidades do projeto do curso;
- g) Assegurar condições para a participação e permanência do aluno servidor do curso;
- h) Revisar e utilizar o material didático do curso, resguardando os direitos autorais;
- i) Reproduzir o material didático que será utilizado no curso, salvaguardando os créditos institucionais de autoria.

Fica eleito o Foro de Brasília – DF, para ajuizamento das ações deste instrumento entre as partes. E por estarem assim ajustados e pactuados, assinam o presente Termo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para o mesmo fim, na presença das testemunhas abaixo nomeadas:

Brasília – DF, de de

HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL E PRESIDENTE DA FEPECS

TESTEMUNHAS:

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 8 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal; 2015.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).
4. Sarreta, FO. *Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS*. [Internet]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica; 2009. 248 p. [Acesso em 2 nov 2015]. Disponível em: <http://books.scielo.org/search/?lang=pt&index=tw&where=BOOK&q=educa%C3%A7%C3%A3o+permanente+em+sauda+para+os+trabalhadores+do+sus&filter%5Bpublisher%5D%5B%5D=%>.
5. Diniz, D, Machado, TR de C, Penalva, J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2014;19(2):591-98.
6. Delduque, MC, Castro EV. A mediação sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. Saúde debate. 2015;39(105):506-13, abr-jun.
7. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 13.140 de 26 de junho de 2015. Dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública. [Internet]. Brasília, 2015. [Acesso em 26 set 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13140.htm.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Portal IBGE. [Internet]. Brasília, 2015. [Acesso em 13 nov 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/indicadores.php>.
9. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Mercado de trabalho no Distrito Federal em 2015. [Internet]. Brasília, 2016. [Acesso em 23 set 2016]. Disponível em: http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/ped/2015/PED-DF_Anual_2015.pdf.
10. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostras de Domicílios – PDAD – Distrito Federal. Portal CODEPLAN. [Internet]. Brasília, 2015. [Acesso em 15 jan 2016]. Disponível em: http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2013/Pesquisa%20PDAD-DF%202013.pdf.
11. Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil. *Distrito Federal* [Internet]. Brasília, 2015. [Acesso em 16 set 2016]. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/distrito-federal#idh
12. Governo do Distrito Federal. *Plano Distrital de Saúde do Distrito Federal Parte 1*. [Internet]. Brasília, 2015. [Acesso em 2 ago 2016]. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/images/LAI/Planos/PDS_2016-2019_OFICIAL_Part_I.pdf
13. Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2014;19(2). [Internet]. [Acesso em 26 set 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200591.

14. Advocacia Geral da União. Intervenção Judicial na saúde pública: panorama no âmbito da Justiça Federal e Apontamentos na seara das Justiças Estaduais. [Internet]. Brasília, 2013. [Acesso em 12 set 2016]. Disponível em: u.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Panorama-da-judicializa---o---2012---modificado-em-junho-de-2013.pdf.
15. Conselho Nacional de Justiça. Judicialização. [Internet]. Brasília, 2015. [Acesso em 10 set 2016]. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/79356-pratica-da-mediacao-e-adotada-para-conter-a-judicializacao-da-saude-no-df>.
16. Brasil. Lei n. 13.105, de 16 de março de 2015. Institui o Novo Código de Processo Civil. [Internet]. Brasília, 2016 [Acesso em 13 set 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm
17. Governo do Distrito Federal. Plano Distrital de Saúde do Distrito Federal Parte 2. Brasília, 2015. [Acesso em 17 set 2016]. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/images/LAI/Planos/PDS_2016-2019_OFICIAL_Parte_II.pdf.
18. Fundação Getúlio Vargas. Pesquisa em foco: Judicialização: um risco para a saúde pública no Brasil. Institucional [Internet]. Brasília, 2016. [Acesso em 31 maio 2016]. Disponível em: direitosp.fvg.br/em/node/71962.
19. Diário Oficial do Distrito Federal. Governo do Distrito Federal [Internet]. Brasília, 2015. [Acesso em 23 set 2016]. Disponível em: http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2015/04_Abril/DODF%20N%C2%BA%2079%20de%2024-04-2015/Se%C3%A7%C3%A3o01-%20079.pdf.
20. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Institucional. [Internet]. Brasília, 2016. [Acesso em 24 jan 2016]. Disponível em: <http://www.fepecs.edu.br/index.php/institucionalgeral/274-historico>.
21. Gestão de Projetos Sociais. Manual para organizações sem fins lucrativos. [Internet]. Brasília, 2012. [Acesso em 18 abr 2016]. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/voluntariosonline/manual-gesto-de-projetos-sociais-2012>.
22. Contandriopoulos, A, Champagne, F, Denis J, Pineault, R. A avaliação na área de saúde. In: Hartz, ZMA (Org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 29-48, 1997.