

BRAÇOS E MENTES AO SUS: RELATO CRÍTICO E MULTIDISCIPLINAR DE IMERSÃO ACADEMICA NO VER-SUS/RJ – CAP 5.2 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Nathália Figueiredo de Azevedo¹
Fernanda Filgueiras Sauerbronn²

RESUMO:

O objetivo do presente trabalho é analisar a experiência de aprendizado multidisciplinar resultante das vivências obtidas no VER-SUS como estudante de graduação na CAP 5.2 do Rio de Janeiro. A metodologia utilizada foi qualitativa e multidisciplinar, através de um estudo de caso que discute a vivência no VER-SUS como caminhos de maior interação com parcerias público-privadas. O VER-SUS, projeto nacional criado pelo Ministério da Saúde com a Rede Unida pretende qualificar futuros profissionais num espaço de formação que dialogue com novos processos organizativos do SUS, ao proporcionar aos estudantes um espaço de interação no cotidiano do SUS e contribuir para a formação de uma visão crítica de forma a superar a “educação bancária” denunciada por Paulo Freire. A metodologia reflexiva (ALVESSON, 2003) do estudo foi desenvolvida em duas etapas que tiveram início após o período de 10 de imersão no VER-SUS. O presente estudo teve início com o levantamento das dimensões de análise da reflexividade, formuladas a partir de OLIVEIRA E PICCININI (2007): (a) a metodologia do VER-SUS e a forma como os estudantes-pesquisadores se relacionaram com os objetos e sujeitos do estudo; (b) os principais questionamentos e (re) posicionamentos diante da realidade vivida, mais especificamente, dos temas e situações que frequentemente se encontraram “fora do lugar” na prática diária da vida social; (c) as contribuições da vivência para identificar as limitações da educação formal e para repensar as grades curriculares. A partir da experiência da vivência, são traçadas considerações quanto à atração dos estudantes para trabalhar por uma Saúde Pública de qualidade e implicações curriculares para programas que buscam formar profissionais, e verdadeiros cidadãos.

Palavras-chave: VER-SUS; Organizações Sociais; Rio de Janeiro e Estágios de Vivência.

1. INTRODUÇÃO

Brasil, único país com mais de 100 milhões de habitantes, que assumiu constitucionalmente o desafio de ter um sistema único de saúde oferecido pelo Estado, universal, integral, equânime, público, gratuito, descentralizado, hierarquizado, regionalizado e com a marca mais importante do SUS, a participação popular. (Azevedo, 2012)

¹ Graduanda do 7º Período de Gestão Pública para o Desenvolvimento Econômico e Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro e membro de Programação da Comissão Estadual da Edição de inverno do VER-SUS/RJ. E-mail: fda.nathalia@gmail.com.

² Doutora em administração pela EBAPE-FGV. Possui graduação em Ciências Econômicas pela UFRJ e mestrado em Administração Pública. Atualmente é professora adjunta da FACC/UFRJ, atuando no Mestrado em Contabilidade e no Programa GPDES (Gestão Pública para o Desenvolvimento Econômico e social). Adicionalmente, é coordenadora-adjunta do mestrado e coordenadora de pesquisa no GPDES e editora-adjunta da Revista Sociedade, Contabilidade e Gestão, além de revisora ad hoc dos periódicos BAR; RAE; RAP; RAUSP; Cadernos EBAPE; BASE; Gestão e Sociedade; Contabilidade, Gestão e Governança. Desenvolve estudos sobre agência e governança na interface público-privada em ação social no Brasil, possui diversos artigos científicos publicados em periódicos e congressos nas áreas de: contabilidade, estratégia, administração pública, estudos organizacionais e ensino e pesquisa em administração. Este artigo recebeu orientação da mesma. E-mail: fernanda.sauerbronn@gmail.com

O Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes que assumiu o desafio de ter um Sistema universal, Público e Gratuito de saúde, sua implementação é heterogênea e desigual no país. Desde a promulgação da CF/88 e a subsequente criação do SUS (Lei 8.080/90), a saúde sofreu inúmeras melhorias, mas muito ainda precisa ser feito, como demonstra o recente relatório do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS).

A Constituição Federal (1) de 1988 deu nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo o sendo que antes era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado (2). O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é concebida de forma integral (preventiva e curativa). Definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo (3).

Em 1990 no governo de Collor são regulamentadas as leis que de fato iriam reger o novo sistema de saúde o SUS. Desta forma, as Leis 8080/90 e a Lei 8.142/90 são singularmente relevantes para o novo modelo, uma nova espécie de estatuto da saúde no Brasil. É a partir desse momento que se dá o desmonte do setor público e o enfraquecimento do papel do Estado que, ao serem feitos de forma inadequada por aquele governo, agravaram ainda mais os problemas já existentes. Sobre forte pressão política e acusado de má administração, o presidente Collor é impedido e derrubado. Nesse momento, o Sistema Único de saúde (SUS) é visto como um problema. Hospitais completamente abandonados, profissionais desestimulados, a crise da saúde é de fato considerada.

Em 1994, o Ministério da saúde lança o programa Saúde da Família, um serviço que tem por objetivo prestar assistência médica com mais eficiência e com a qualidade de um atendimento individual e privativo. Somente em 1995, Governo Federal estuda uma nova fórmula de implantação, uma grande reforma do Estado brasileiro com a transferência da gestão de serviços públicos para entidades privadas sem fins lucrativos nasce às organizações sociais, (OS) e uma de suas áreas principais será a saúde, passando a gestão para iniciativa privada, dar-se início a era da privatização da saúde no Brasil.

Diante desse cenário, pretende-se com a experiência do estágio de vivência conhecer a organização da estrutura básica de saúde do Sistema Universal de Saúde (SUS) e, a importância de se desenvolver junto aos cursos de graduação na área pública, propostas de estágios de vivência na área da saúde.

2. O CAMINHO DA GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE E A CRIAÇÃO DO VER-SUS

Tratando-se da coisa pública, a legislação é de extrema importância para se propuser projetos e melhorias em quaisquer áreas, sendo de total relevância o respeito às leis, principalmente à lei máxima de nosso ordenamento jurídico, a constituição. Sendo a saúde o foco de nossa pesquisa, faz-se necessário uma conexão entre os assuntos aqui tratados por nós e, a forma com que o governo deveria agir e, o que acontece na realidade.

É assegurado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no caput do artigo 196 que: “saúde é direito de todos e dever do estado”; ao interpretar a constituição, podemos concluir que, o Estado é quem deve assegurar o acesso à saúde, bem como os meios auxiliares que garantam a efetivação da mesma, como medicamentos, prevenção, etc., de todos os brasileiros. Em 1990 cria-se a Lei Orgânica da Saúde que transforma o sistema de saúde em universal, buscando uma maior interação entre o sistema de saúde e os cidadãos através de seus princípios e, dessa forma, uma maior eficiência na prestação do serviço, com administração atribuída ao Ministério da Saúde. Em 1995, no governo de Fernando Henrique Cardoso, em um cenário de grande descentralização, é criado o Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE), que tem por ministro Luiz Carlos Bresser Pereira. O primeiro documento do MARE é o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado ou, “documento branco”, que propunha uma reforma na gestão pública de maneira a seguir os modelos dos países desenvolvidos, com participação na administração de entidades regionais e, o estímulo à competição entre aqueles que proveriam o serviço, a autonomia gerencial, e, com o objetivo de baixar custos e aumentar a qualidade do fornecimento da saúde (4).

Não queremos aqui entrar no mérito da delegação da gestão do serviço de saúde, e sim, fazer um diagnóstico através da análise de diversos instrumentos que, existe uma deficiência na qualificação daqueles que gerem a saúde no Brasil. Durante anos levantaram-se discussões quanto à reforma da maneira de se gerir ou, que instrumentos seriam necessários para tal e, a educação em si, o conhecimento do problema e a especialização de profissionais tem se mostrado inviável até então.

Diante do cenário de má gestão enfrentado, obtemos como resposta a criação de diversos cursos de graduação na área pública, ficando confirmado que a deficiência de especialização de fato existe. A multidisciplinaridade vem como resposta a essa necessidade de uma melhor especialização, porém, mais do que conhecimento teórico, é fundamental o conhecimento da realidade, tal como ela se mostra a todos nós. O Projeto Organizações Sociais, no âmbito do Programa Nacional de Publicização (PNP), tem como objetivo permitir a publicização de atividades no setor de prestação de serviços não exclusivos, baseado no

pressuposto de que esses serviços ganharão em qualidade: serão otimizados mediante menor utilização de recursos, com ênfase nos resultados, de forma mais flexível e orientados para o cliente-cidadão mediante controle social.

As Organizações Sociais (OS) é um modelo de organização pública não estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Trata-se de uma forma de propriedade pública não estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público. As OS são um modelo de parceria entre o Estado e a sociedade. O Estado continuará a fomentar as atividades publicizadas e exercerá sobre elas um controle estratégico: demandará resultados necessários ao atendimento dos objetivos das políticas públicas. O contrato de gestão é o instrumento que regula as ações das OS.

O modelo institucional das Organizações Sociais apresenta vantagens claras sobre outras formas de organizações estatais atualmente responsáveis pela execução de atividades não exclusivas. Do ponto de vista da gestão de recursos, as Organizações Sociais não estão sujeitas às normas que regulam a gestão de recursos humanos, orçamento e finanças, compras e contratos na Administração Pública. Com isso, há um significativo ganho de agilidade e qualidade na seleção, contratação, manutenção e desligamento de funcionários, que, enquanto celetistas, estão sujeitos ao plano de cargos e salários e regulamento próprio de cada Organização Social, ao passo que as organizações estatais estão sujeitas às normas do Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos, a concurso público, ao SIAPE e à tabela salarial do setor público. (Caderno MARE Reforma do Estado (5))

Associado a toda essa teorização burocrática na mudança para o modelo gerencial, encontra-se um grande problema enfrentado pelos acadêmicos e universidades, sejam elas públicas ou privadas, que consiste justamente na falta de inserção dos estudantes nos Sistemas Públicos como o SUS devido à burocracia e a falta de acesso a informação. A maioria das faculdades possui currículos tradicionais, bem estruturados, baseados na “educação bancária”, onde o educador é o detentor do conhecimento e o aluno é o mero depósito deste, sendo, portanto, as principais responsáveis pela formação de grandes teorizadores e de profissionais que não se adéquam as necessidades da população e do Sistema Único de Saúde.

Diante desse contexto, surgiu a iniciativa de desenvolver o um projeto de vivência que nasceu em 2001 no Rio Grande do Sul, na Escola de Saúde Pública, e em 2004 se transformou num projeto Nacional do Ministério da Saúde, chamado VER-SUS/Brasil. Projeto esse que não só buscou inserir os estudantes no SUS, mas também buscou suprir uma

falha na formação curricular de muitos acadêmicos. Uma vez que muitos desses só entram em contato com a prática e a realidade do sistema nos últimos períodos de seu curso. Com essa iniciativa, buscou-se complementar a “educação bancária” denunciada por Paulo Freire, com uma “educação problematizadora” fundada na dialogicidade, na qual o professor deve chamar a atenção dos alunos para os tópicos polêmicos e questões em aberto que existam sobre qualquer tema ensinado, iniciando desta forma discussões e debates em torno deste. Formando, assim, profissionais e cidadãos conscientes, questionadores, e voltados para as necessidades reais do país.

Desde a criação do VER-SUS/Brasil, o projeto estimula a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos eticamente com os princípios e diretrizes do sistema e que se entendam como atores sociais, agentes políticos, capazes de promover transformações. Assim, a proposta do Ministério da Saúde, em parceria com a Rede Unida, com a Rede Colaborativa de Governo/UFRGS, com a UNE, com os gestores municipais, e com outras entidades está propondo retomar em grande escala os estágios e vivências no SUS para que estudantes universitários dos diversos cursos com atuação na saúde vivenciem a realidade do SUS e assim se qualificarem para atuação no sistema de saúde.

Os estágios de vivência não são novidade, nem mesmo no campo da saúde; a história de realização dos estágios de vivência é antiga e já teve inúmeras experiências realizadas. Os estágios de vivência aqui nominados como VER-SUS já têm nessa marca uma identidade construída a partir da realização do VER-SUS/RS em 2002, do VER-SUS/Brasil em 2004 e 2005 e diversas experiências locais após esse período. Agora, mais uma edição do projeto foi lançada pelo Ministério da Saúde através do Departamento de Atenção Básica/SAS e sua rede de parceiros, trazendo diretrizes que convergem com as atuais políticas prioritárias e que preveem a organização das redes de atenção à saúde nas diversas regiões de saúde, tendo a atenção básica como organizadora do processo de cuidado. Assim, esse projeto pretende qualificar os futuros profissionais do SUS num espaço de formação e trabalho que dialogue com os novos processos organizativos do SUS, possibilitando aos estudantes um espaço privilegiado de interação e imersão no cotidiano do SUS em diversos territórios do país(6). A proposição metodológica dos estágios de vivência como forma de incorporar nos processos de formação práticas condizentes com as realidades sociais se faz necessário para analisar quando e de que forma esta metodologia transforma-se no interior do movimento estudantil, como se expande nas diversas instâncias do setor saúde e é incorporada pelo Projeto VER-SUS/Brasil (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde no Brasil), uma parceria entre o Ministério da Saúde e o movimento estudantil, efetivada em 2003.

No ano de 2012, a edição do projeto foi lançada pelo Ministério da Saúde através do Departamento de Atenção Básica/SAS e sua rede de parceiros, trazendo diretrizes que convergem com as atuais políticas prioritárias e que preveem a organização das redes de atenção à saúde nas diversas regiões de saúde, tendo a atenção básica como organizadora do processo de cuidado. Assim, esse projeto pretende qualificar os futuros profissionais num espaço de formação e trabalho que dialogue com os novos processos organizativos do Sistema, possibilitando que cerca de cinco mil estudantes possam participar de um espaço privilegiado de interação e imersão no cotidiano do SUS em diversos territórios do país.

3 O RELATO DE EXPERIÊNCIA

Entre os dias 29 de janeiro e 07 de fevereiro de 2012, o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), do Ministério da Saúde, proporcionou a 100 estudantes de diferentes cursos de graduação na área de saúde e na área de humanas, uma maior aproximação com o cotidiano dos usuários, trabalhadores e gestores do sistema público de saúde no Estado do Rio de Janeiro. O Programa dividiu os participantes entre as Coordenadorias das áreas Programáticas (CAP) do município do Rio de Janeiro (Figura 1.1) (7) de Rio Bonito, Barra do Piraí, Petrópolis, Volta Redonda e Três Rios. Assim, o grupo pode conhecer e refletir sobre a organização e o funcionamento do SUS na esfera municipal na alocação na Área Programática 5.2, que compreende a área de atuação (Campo Grande Norte, Sul e Guaratiba) que abrange os bairros de Santíssimo, Campo Grande, Senador Vasconcelos, Inhoaíba, Cosmos, Guaratiba, Barra de Guaratiba, Pedra de Guaratiba (Figura 1.2) (8). Tem extensão de 305,92 km² e 665198 habitantes, mas que está tendo um aumento muito grande de habitantes, tanto pelo Programa do Governo Federal - Minha Casa Minha Vida, quanto pela construção da Transoeste, obra de melhoria do transporte urbano da Cidade do Rio de Janeiro.



Figura 1.1: Mapa da Área Programática do Rio Figura 1.2: Mapa da Abrangência da Área

A iniciativa teve como foco principal a Rede de Atenção Básica à Saúde com visitas guiadas pelos gestores públicos da CAP e das unidades ou pontos de atenção como Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto-Atendimento, Hospitais, Centros de Atenção Psicossocial, entre outros, incluindo os espaços de apoio logístico das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como Centrais de Regulação, Ouvidorias, Controle e Avaliação e entrevistas com os gestores da Organização Social de Saúde – IABAS – que é gestor pleno da área programática desde março/2011 e em contratos temporários desde março/2010 a fevereiro/2011.

É importante lembrar que nessa fase os participantes vivenciam a realidade do povo e do trabalhador do SUS, e sem intervir na mesma, seja a partir de relatos ou pela troca de valores em relação à gestão, a atenção básica, aos serviços ambulatoriais, a vigilância em saúde, ao controle social e a participação popular; aos serviços pré-hospitalares e hospitalares e a promoção e a educação em saúde.

A partir dos dados recolhidos nos 10 dias de vivência por meio dos relatos e pela troca de valores com os usuários e funcionários (públicos e contratados) do SUS concentramos o estudo na atual gestão da Coordenadoria da Área Programática 5.2 em relação à Organização Social - IABAS. Na região da CAP 5.2 existem 7 unidades da Clínica da Família, 20 CMS (Centro Municipal de Saúde), 2 CAPS (Centro de Atenção Psico-Social), 1 CAPSI (Centro de Atenção Psico-Social Infantil), 1 Policlínica e mais 2 UPAs estaduais. As unidades de Saúde da área são divididas em tipos – A, B e C – tipo A: são unidades que possuem somente a estratégia da Saúde da família (Clínica da Família), tipo B: as unidades possuem a estratégia Saúde da Família e a atenção primária tradicional (Clínica da Família e CMS) e o tipo C: que são unidades que atendem exclusivamente a Atenção Primária tradicional (Policlínica).

4. CONSIDERAÇÕES SOBRE A VIVÊNCIA NA CAP 5.2

Os avanços da Área Programática, em relação aos dados anteriores apresentados pelos gestores locais, ocorreram no Projeto Academia Carioca, na qual a CAP possui mais núcleos implantados no município tendo como principal públicos os idosos, hipertensos, diabéticos, obesos e com sobrepeso, mas algumas exceções ocorrem devido à necessidade do usuário. Cerca de 300 usuários utilizam a academia, no CMS Mário Vito os presentes relataram uma

mudança completa de vida, não só melhoraram a saúde física, mas também a mental e o posto tornou-se um local de convivência, onde formam amigos, conversão e divertem-se (ver Figura 2). O Investimento maciço na Estrutura da Saúde da Família atualmente é a principal porta de entrada para o SUS, ótimo acolhimento individual dada a importância do agente comunitário que cria um vínculo de afetividade e compromisso e o tratamento longitudinal baseado no usuário.



Figura 2: as imagens acima foram tiradas pelos estagiários durante a vivência e são um retrato da saúde pública brasileira. 1. uma aula da Academia Carioca; 2. o acompanhamento de um introdutório aos novos agentes comunitários de saúde; 3. O grupo posando em frente a uma Clínica de Família e 4. A proximidade com os usuários que muitas vezes serviu como um desabafo e uma esperança para a melhoria do serviço.

Das observações de campo destacam-se os desafios relacionados: (i) como estimular os profissionais dada a falta de comprometimento que frequentemente inviabiliza o serviço; (ii) a necessidade premente de implantação de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga para atender a alta demanda de usuários que necessitam de atendimento à longo prazo; (iii) a necessidade de uma maior e melhor articulação entre as esferas municipais, federais e estaduais; (iv) a falta de um hospital municipal na AP e os constantes problemas generalizados do Sistema em relação ao Sistema de Regulação (SISREG). Nesse aspecto, destacam-se a falta de vagas na rede (hospitais que não oferecem vagas); demora na fila, principalmente em algumas especialidades (oftalmologia, ortopedia, neurologia) enquanto na esfera municipal, por exemplo, se tem 30 vagas por semana para atender a todo o município,

nos hospitais federais há 100 consultas semanais, que muitas vezes não são agendadas, devido falta de integração no Sistema não são passadas para os usuários do município. Outro problema é o preenchimento incorreto das fichas de encaminhamento pelo profissional de saúde ocasionando o descarte daquele atendimento que pode ser prioritário ou o encaminhamento sem necessidade do usuário ser consultado por aquela vaga de marcação aumentando a fila de espera por atendimento com marcação.

Pontos Positivos	Pontos Negativos
Grupo Multidisciplinar : visão mais crítica;	Não vivenciar mais a fundo os serviços;
Conhecer as unidades do SUS;	Muito tempo dedicado a conhecer a infraestrutura das unidades;
Conviver com servidores, gestores e usuários;	Muitas palestras sobre temas teóricos;
Oportunidade de conhecer a saúde mental;	Falta de articulação entre as 3 esferas do governo;
Discutir sobre temas polêmicos : OSS;	Visão parcial do SUS: não visitamos unidades federais e somente um Hospital Estadual por ser restrito a AP do município.
Criar propostas e soluções para os problemas.	Falta de interação com todos os grupos do VER-SUS.

Tabela 1: Pontos Positivos e Negativos Observados pela vivência

Assim, o grupo analisou que era preciso pensar a fundo sobre a dinâmica e a programação escolhida para o estágio (anexo I), pois em todos os locais que visitamos havia sido inserido a ESF, o que nos remete a ideia de que aquilo era um panorama focado na administração pelas OS com aparelhos de saúde bem equipados, salas de reunião na qual são realizadas atividade de capacitação profissional, os encontros do colégio gestor local com a presença da comunidade (ainda em pequeno número), profissionais contratados da clínica, UPA ou unidades mistas: administração estatal e privada e a CAP 5.2. Por isso, o grupo retirou o foco na infraestrutura apresentada das unidades e focou o olhar a conhecer a prestação do serviço. Para tal, justificada se faz a necessidade do conhecimento da atual gestão, realizada pelas Organizações Sociais de Saúde.

Assim, em pesquisa secundária aos sites da Organização Social local (IABAS) e as legislações em vigor no município do Rio de Janeiro; entendem-se as relações público-privada “O Instituto de Atenção Básica e Avançada em Saúde - IABAS (9) é uma Organização Social de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia administrativa e financeira, que tem por objetivo fornecer apoio técnico-operacional ao desenvolvimento de

projetos na área de saúde. O IABAS possui as credenciais necessárias junto ao poder público na área da saúde, que o habilita a atuar na administração de projetos, na prestação de serviços, celebrados por intermédio de convênios e contratos, com instituições nacionais e estrangeiras. No Rio de Janeiro, é parceiro da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil e da Secretaria Municipal de Educação para desenvolvimento das ações e serviços de saúde das Clínicas de Saúde da Família com saúde bucal; das Unidades de Pronto Atendimento (UPA); do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) e do Programa Saúde nas Escolas (PSE). Essa parceria no município concretizou-se pela legislação (12) DECRETO N.º 30780 DE 2 DE JUNHO DE 2009 (11.1), que regulamenta a Lei Municipal nº 5026 (11.2), de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências.

“O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições legais que lhe são conferidas pelo artigo 84, inciso VI, alínea “a”, da Constituição, pelo artigo 107, inciso IV, da Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro e pelos artigos 5º, §2º e 20 da Lei Municipal nº 5026, de 19 de maio de 2009.

Art. 1.º Fica aprovado, na forma das normas anexas ao presente decreto, o Regulamento Geral de Qualificação e Contratação das Organizações Sociais no âmbito da Administração Direta e Indireta do Município do Rio de Janeiro.

Art. 2.º Este Decreto entra em vigor na data da sua publicação.

Rio de Janeiro, 2 de maio de 2009; 445º Ano da Fundação da Cidade.

Prefeito EDUARDO PAES.” (Trecho do DECRETO N.º 30780)

O IABAS foi qualificado, em 2009, como Organização Social na área da Saúde pela Comissão de Qualificação de Organizações Sociais (COQUALI). E, como tal, possui as credenciais necessárias junto ao poder público na área da saúde e está habilitado a atuar na administração de projetos e na prestação de serviços, por intermédio de convênios e contratos com instituições nacionais. (10)

O propósito da gestão do IABAS é contribuir para atingir os objetivos de políticas públicas de saúde, através da operacionalização, apoio e execução de serviços de saúde com qualidade e eficiência, com vistas a atingir uma superior qualidade do serviço prestado ao cidadão mantendo parcerias em todas as suas áreas de atuação, possuindo um quadro de profissionais de distintos níveis de formação nas áreas de análise e gerência de projetos, assessoramento jurídico, recursos humanos, suprimentos, finanças, contabilidade, informática, serviços gerais, almoxarifado e arquivo. (11) Faz parte da filosofia de gestão do IABAS à missão de “excelência na assistência, prevenção e promoção à saúde, com equipes qualificadas e humanizadas, respeitando a ética e o compromisso social” e a visão de “ser

referência em gestão na saúde pública, com base nos mais elevados padrões de qualidade”.
(12)

Entretanto, a criação e o desenvolvimento das Organizações Sociais na saúde municipal no Rio de Janeiro ocorreram de forma precária. Sendo necessária a implantação de instrumentos de normatização e fiscalização. No caso, o município do Rio de Janeiro deverá parar a contratação desses serviços com novas Organizações e adequar o serviço e os contratos com as já existentes. Devido os decorrentes os casos de fraudes em licitações e nos contratos de gestão. O CEBES, Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, em 2010, na publicação: Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde Pública; mostra um estudo de avaliação da autonomia gerencial e os contratos de autonomia na gestão pública em saúde ainda carecem de mecanismos de criação e desenvolvimento. Necessitando de uma nova etapa para garantir a publicização, mediante um prazo, tendo por finalidade elevar a capacidade do gerenciamento público dos serviços em saúde para um patamar de efetividade, qualidade, eficiência e eficácia significativamente mais constante que a atual. Enquanto não houver esse novo patamar, os governos deverão adequar os atuais contratos de gestão às diretrizes aqui propostas, assim como sustar a criação de novas Organizações Sociais (OSs).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das considerações formuladas, espera-se que cada estudante possa identificar linhas/temas/problemas de pesquisa que possam ser trilhados em futuros estudos. Certamente, o presente trabalho procurou fazer com que a vivência possa, realmente, aproximar, estimular e atrair os estudantes para trabalhar e pesquisar o SUS, em sua organização. O depoimento da estudante Byanca Ramos de Oliveira Correia – Odontologia – UERJ reforça a importância da multidisciplinaridade do VerSus para levar o conhecimento de gestão do SUS: “O convívio com acadêmicos de outras áreas foi um dos pontos mais interessantes, mas não foi o único. Poder estar por dentro do SUS, vendo sua organização e conversando com quem o constrói dia-a-dia, é algo que com certeza fez mudar minha opinião pré-formada a respeito da saúde pública no Brasil. De fato, o projeto me acrescentou do ponto de vista pessoal, no convívio com pessoas e áreas diferentes, e do profissional, despertando a vontade de fazer parte do SUS.”

O movimento estudantil de públicas e os cursos de campo sob a forma de estágios de vivência são a melhor forma de mobilizar pessoas para a militância nas áreas da administração pública. Como exemplifica em entrevista, o diretor do Departamento de

Atenção Básica do Ministério da Saúde, Heider Pinto (Revista Cosems RJ, 15ª edição, 2012) (15), ao destacar que “Os estudantes são atores importantes para a mobilização da sociedade. Muitas vezes, a formação oferecida na área da saúde apresenta um descompasso com a realidade do SUS, prepara pouco o profissional para atuar com a complexidade necessária para atender as demandas da nossa população. Por isso, quanto mais à discussão sobre o SUS estiver presente nas universidades, mais profissionais sensibilizados e com vontade de atuar nele nós teremos” finaliza pinto.

6. REFERENCIAS:

1. Brasil. Constituição, 1998. Constituição da Republica Federativa do Brasil. Brasília; 1988.
2. POLITICAS PUBLICAS DE SAUDE NO BRASIL. Aylton Paulus, Luiz Cordoni Júnior. Revista Espaço para Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006 Disponível em: WWW.ccs.uel.br/espacoparasaude.
3. Caderno MARE da Reforma do Estado, Caderno 2; 5º edição. MARE; Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília – DF – 1998.
4. Cadernos MARE da Reforma do Estado 2 – Organizações Sociais: <http://www.iabas.org.br/IABAS-V0/legislacao/CadernoOS.pdf>
5. Histórico Ver SUS/ Brasil.
6. Imagem 1.1: http://www.google.com.br/imgres?q=Mapa+cap+rio+de+janeiro&hl=pt-BR&client=firefox-a&hs=BLr&sa=X&rls=org.mozilla:pt-BR:official&biw=1366&bih=664&tbn=isch&prmd=imvns&tbnid=UcBqHAIbNtyvYM:&imgrefurl=http://smsdc-cms-eithelpinheiro.blogspot.com/2012/02/conheca-as-10-areas-programaticas.html&docid=DQY_SidX-s7u1M&imgurl=http://2.bp.blogspot.com/-HQnD1Q4TSNw/T0mVwnL6U_I/AAAAAAAAAFus/ibo_KxE_cEc/s400/mapa%252Bcap.jpg.jpg&w=400&h=258&ei=RNKIT6-8M42G8QSn_YzYAw&zoom=1&iact=hc&vpx=363&vpy=161&dur=5659&hovh=180&hovw=280&tx=217&ty=81&sig=107918887025274946660&page=1&tbnh=143&tbnw=195&start=0&ndsp=19&ved=1t:429,r:1,s:0,i:73
7. Imagem 1.2: <http://www.iabas.org.br/IABAS-V0/institucional/estrategia-de-saude-da-familia.pdf>
8. Imagem 1.1: http://www.google.com.br/imgres?q=Mapa+cap+rio+de+janeiro&hl=pt-BR&client=firefox-a&hs=BLr&sa=X&rls=org.mozilla:pt-BR:official&biw=1366&bih=664&tbn=isch&prmd=imvns&tbnid=UcBqHAIbNtyvYM:&imgrefurl=http://smsdc-cms-eithelpinheiro.blogspot.com/2012/02/conheca-as-10-areas-programaticas.html&docid=DQY_SidX-s7u1M&imgurl=http://2.bp.blogspot.com/-HQnD1Q4TSNw/T0mVwnL6U_I/AAAAAAAAAFus/ibo_KxE_cEc/s400/mapa%252Bcap.jpg.jpg&w=400&h=258&ei=RNKIT6-8M42G8QSn_YzYAw&zoom=1&iact=hc&vpx=363&vpy=161&dur=5659&hovh=180&hovw=280&tx=217&ty=81&sig=107918887025274946660&page=1&tbnh=143&tbnw=195&start=0&ndsp=19&ved=1t:429,r:1,s:0,i:73
9. Imagem 1.2: <http://www.iabas.org.br/IABAS-V0/institucional/estrategia-de-saude-da-familia.pdf>
10. Legislação IABAS: <http://www.iabas.org.br/IABAS-V0/legislacao.html>
 - 10.1 DECRETO N.º 30780 DE 2 DE JUNHO DE 2009: <http://www.iabas.org.br/IABAS-V0/legislacao/decreto30780.pdf>
 - 10.2 Lei 5026: <http://www.iabas.org.br/IABAS-V0/legislacao/lei5026.pdf>
11. Site IABAS: <http://www.iabas.org.br/IABAS-V0/iabas.html>
12. Revista Cosems RJ: http://www.cosemsrj.org.br/images/revista_cosemsrj_jan_fev_mar_baixa.pdf

7. BIBLIOGRAFIA

ALVESSON, M. Beyond Neopositivist, Romantics and Localist: a Reflexive Approach to

interview. *Academy of Management Review*, 28(1), 13-33, 2003.

Baduy, R. S. A gestão municipal e a produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento. Tese apresentada na Pós-Graduação de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ para obtenção do título de doutor, junho de 2010.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Linha do Tempo da Saúde. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/exposicoes/linhatempo/linha.htm>>. Acesso em 07 ago 2005.

BRASIL. Decreto no 4.726, de 9 de junho de 2003. IN: O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Projeto VER-SUS/Brasil: Vivência e Estágio na Realidade do SUS**. Disponível em <www.saude.gov.br/sgtes/versus>. Acesso em 28 mar 2005b.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. 17ª. Ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

OLIVEIRA, S. R.; PICCINNI, V. C. Validade e Reflexividade na Pesquisa Qualitativa. IN: Anais do XXXI Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA Jr., Aluísio Gomes; ALVES, Carla Almeida e ALVES, Márcia Guimarães de Mello. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde**, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepsc/Uerj: Abrasco, 2005, p. 77-90.

Teixeira. R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (Orgs.). IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; pp. 89-111.

VER-SUS Brasil: cadernos de textos [documento eletrônico]/ Associação Brasileira da Rede Unida; organização de Alcindo Antônio Ferla, Alexandre de Souza Ramos, Mariana Bertol Leal, Mônica Sampaio de Carvalho. – Porto Alegre: Rede Unida, 2013. 106 p. – (Coleção VER-SUS/Brasil).

ANEXO 1
Cronograma de atividades VER-SUS – Cap 5.2

data		manhã 8h às 12h	tarde 13h às 17h	noite 19h às 21
DOM 29	1º dia	chegada das equipes	acolhimento às equipes (15 as 17 h)	ambientação – entrega de laptop e máquina fotográfica
SEG 30	2º dia	roda de conversa: proposta ver-sus; processo de aprendizagem; pactuação/programa – cf José de Paula Lopes Pontes 11 horas – visita a cf José de Paula Lopes Pontes (gerente técnico Hilton)	imersão 1: conversa com gestão local - cap 5.2 - vivência do gerenciamento local (daps, centro de estudos, dvs, svas, ouvidoria, nir, gestão de pessoas, saúde da família) 16h: visita cms Mario Vitor	espaço reservado para avaliação. exclusivo dos participantes com os facilitadores.
TER 31	3º dia	imersão 2: aps -cf Hans Jurgen Fernando Dohmann (acolhimento/educação em saúde/consultas/academia carioca) – gerente técnica Augusta e médica de família Heloíse	imersão 3: aps e vigilância em saúde cf Rogério Rocco (reunião de equipe pauta pmaq) 16 horas: visita ao cms Mario	

			rodrigues cid (unid tipo b, spa, reabilitação e academia)	
QUA 01	4º dia	imersão 4 roda de conversa -modelos assistenciais solange malfacini (policlínica carlos alberto nascimento- atenção secundária), janaína barros -caps pedro pelegriño(saúde mental), marcelo menezes e juliana cardoso (atenção primária) e gislani matheus(nasf) local: cf dalmir de abreu salgado 11 horas- visita a cf dalmir de abreu salgado	imersão 5 caps profeta gentileza/ cms aguiar torres – academia carioca – gerente técnica renata e diretor marcelo	
QUI 02	5º dia	imersão 6 média complexidade visita a policlínica carlos alberto nascimento/ceo/caps pedro Pellegrino -solange malfacini	imersão 7 participação social – reunião colegiado gestor local	
SEX 03	6º dia	imersão 8 roda de ep-educ.permanente controle social - cf david capistrano filho – mônica torres e conselheiros da ap 5.2 11 horas – visita a unidade –gerente jane falci	imersão 9 experiências exitosas de intersetorialidade cms edgard magalhães gomes/ nasf inhoaíba	
SAB 04	7º dia	imersão 10 cms alvimar de carvalho/polo de dengue/optics – diretor josé carlos bicaco	imersão 11 urgência e emergência upa	
DOM 05	8º dia	imersão 11 urgência/emergência alta complexidade hospital estadual rocha faria	passeio cultural	
SEG 06	9º dia	imersão 13 laboratório e vila do céu diretora solange malfacini e débora povoa	roda de conversa com subsecretários, aps e subhuc participação: 66 estudantes e coordenações de área	
TER 07	10º dia	avaliação do processo educativo/relatório	Deslocamento	deslocamento